Herramientas de Evaluación en Trastornos de la Conducta Alimentaria

Autores:

Losada, Analía

Psicopedagoga.

Lic. y Dra. en Psicología.

Especialidad y Magister en la Metodología de la Investigación.

Docente de Psicología de la Familia y la Comunidad (UCA). Docente de Salud Mental (UBA Facultad de Medicina). Docente de Familia y Adicciones (Universidad Austral). Docente de Psicología Cognitiva (Doctorado en Psicología Universidad de Flores).

Docente invitada de Universidades e Instituciones nacionales e internacionales.

Auditora de la Obra Social de Policía Federal.

Coordinadora terapéutica de Instituto Argentino de Trastornos de la Alimentación.

Autora de libros y artículos.

Marmo, Julieta.

Lic. en Psicología de la Pontificia Universidad Católica Argentina.

Docente de Psicología del Desarrollo. Docente de Orientaciones Actuales de la Psicología II

(UCA).

Coordinadora del Departamento de Psicología (UCA).

Especialista en Clínica Psicoanalítica de niños y adolescentes (Colegio de Psicólogos de la Pcia. de Buenos Aires, Distrito XII).

Doctoranda en Psicología (UCA).

Índice

Introducción…….. pág. 4

Capítulo I.

Historia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria…… pág. 7

Capítulo II.

Trastornos de la Conducta Alimentaria……..… pág. 17

Capítulo III.

Herramientas de Evaluación en Trastornos de la Conducta Alimentaria

……..pág. 21

1. Exploraciones físicas

1.1 Índice de Masa Corporal (IMC)

2. Entrevistas estructuradas

2.1 Lista de Evaluación de Resultado Morgan Russell (MR AS)

2.2 Entrevista de Desordenes del Comer (EDI)

2.3 Instrumento Clínico que tasa el Desorden de Comer (CEDRI)

2.4 Exámen de Desordenes del Comer (EDE)

2.5 Entrevista para el Diagnóstico de Trastorno Alimentario (IDED)

2.6 Instrumento de Detección de los Trastornos de la Alimentación (SDE)

3. Cuestionarios Auto aplicados

3.1 Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT)

3.2 Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI)

3.3 Cuestionario de Bulimia Revisado (BULIT R)

3.4 Test Edimburgo de Investigación de Bulimia (BITE)

3.5 Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ)

3.6 Escala de Trastornos por Atracón (BES)

3.7 Cuestionario de Comer y Modelo de Peso Revisado (QEWP-R)

3.8 Cuestionario Auto informado de Desorden (EDE-Q)
3.9 Cuestionario SCOFF
3.10 Cuestionario de Diagnóstico de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Q-EDD)
4. Métodos de Percepción Corporal
4.1 Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ)
4.2 Test de Siluetas (TS)
4.3 Examen del Trastorno Dismórfico (BDDE)
5. Registros Alimentarios
5. 1 Auto Registro de Alimentación (ARA)
6. Escalas de Percepción Familiar
6.1 Escala de Clima Social en la Familia (FES)
7. Evaluación de Presencia de Abuso Sexual Infantil
7.1 Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil y Patologías Alimentarias

Capítulo IV.
Discusión…….……..…… pág. 51

Capítulo V.
Referencias……...……..… pág. 53

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen una problemática que afecta a gran parte de la población adolescente y joven especialmente del mundo occidental, aunque no de manera exclusiva, y se caracterizan por ser una patología de etiología multicausal, es decir, resultante de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos y socio – culturales (Marmo, 2011).

El término Trastornos Alimentarios se refiere en general a trastornos psicológicos que comportan anomalías graves en el comportamiento de la ingesta. Comprenden actualmente tres categorías diagnósticas: la Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE).

La palabra anorexia proviene del vocablo griego "*anorektous*" y se la ha definido como "*falta de apetito*". Etimológicamente está conformada por el prefijo privativo "*an*" que implica negación y "*orexis*" que se entiende como apetito, por lo que se lo traduce como "*sin apetito*" o "*pérdida de apetito*"; mientras que el adjetivo "*nerviosa*" expresa su origen psicológico (Fragale, 2010).

Sin embargo, se sabe que no es falta de hambre lo que caracteriza a estas pacientes, sino una búsqueda por la delgadez lo que las lleva a restringir la ingesta y clasificar calóricamente cada una de las comidas que se realizan, asociada a una alteración de la imagen corporal.

La raíz etimológica de la palabra bulimia, proveniente del griego "*bus*" (buey) y "*limos*" (hambre) y se traduce como "*hambre de buey*", lo que significa una sensación de hambre desmesurada. Las características más claras de este trastorno se muestran como una necesidad incontrolable de comer cantidades de

comida más allá de lo normal y generalmente de alto valor calórico. Durante esta ingestión la persona por lo general pareciera perder el control y se sigue de un sentimiento de culpa por lo hecho. La reacción inmediata es buscar diferentes métodos de purga por ejemplo el vómito o bien recurrir a otros mecanismos no purgativos como el ayuno o abuso de ejercitación.

Estos cuadros psicopatológicos comparten entre sí el rechazo a mantener el peso corporal mínimo de acuerdo a los patrones esperables y saludables y la distorsión de la imagen corporal, considerados también como notables factores de riesgo en el sostenimiento de estos trastornos (Bruch, 1982; Paniagua & García, 2003; Sepúlveda, Botella & León, 2001 en Marmo, 2011).

La prevalencia de los TCA ha aumentado durante los últimos tiempos, convirtiéndose también en un tema de atención no sólo médico – psicológico, sino también de interés mediático y social, a partir del cual tienen mayor difusión entre los integrantes de la sociedad.

Los trastornos de la conducta alimentaria han sido considerados como alteraciones típicamente femeninas, proponiéndose relaciones de 1/10 en cuanto a prevalencia en casos de AN. En relación a la BN es de uno a tres por ciento y de los TCANE es de tres por ciento. Se calcula que entre los varones la prevalencia sería nueve veces menor (Carrera Guermeur, 2007; Rutsztein, Murawski, Elizathe & Scappatura, 2010).

Su inicio se da con mayor frecuencia en población adolescente y si no son tratados oportunamente, generalmente se mantienen hasta los primeros años de la edad adulta (Fairburn & Brownell, 2002; Góngora, Grinhauz & Suárez, 2009). Las investigaciones señalan un incremento incidencia de los trastornos de la ingesta en general (Salazar Mora, 2008). Según Allegue (2009) se los considera trastornos frecuentes, con tendencia a la cronicidad y considerable riesgo de morbimortalidad.

La patología alimentaria ha existido a lo largo de la historia, aunque con una descripción clínica y etiológica diferente a la actual. Es por ello que se detallarán a continuación las referencias históricas más relevantes, a fin de arribar a la conceptualización actual de los TCA.

Se describirán también las características diagnósticas vigentes y finalmente se detallarán las herramientas de evaluación psicológica que permiten conocer distintos aspectos implicados en los TCA a fin de arribar a un diagnóstico puntual así como también constituyen un soporte para el tratamiento específico de las distintas áreas de la personalidad implicadas en dicha alteración.

Capítulo I. Historia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

En el conjunto de enseñanzas y tradiciones médicas atribuidas a Hipócrates de Cos (460-377 antes de Cristo) en los Aforismos, se planteaba *"…los efectos de un régimen debilitante y prolongado son difíciles de reparar, y lo mismo sucede con los de una repleción extrema y continuada…*" (Catalán Matamoros, 2007).

Galeno en el año 155 describe un cuadro de emaciación, es decir, de adelgazamiento morboso, en el cual el paciente es incapaz de comer. También definió los principales síntomas bulímicos como antojos, colapso, palidez, frialdad de extremidades, opresión abdominal y pulso débil (Farrera, 2009).

En el Talmud judío se hace referencia al "*boolmut*" o "*boolmot*", un trastorno hiperfágico (comer en exceso) que aparece en las personas con problemas emocionales (Catalán Matamoros, 2007).

En la Civilización Romana era habitual en banquetes y fiestas la ingesta masiva de alimentos, seguida de una conducta purgante. A lo largo de estos banquetes el vómito era un remedio usual para reiniciar la comilona. Estos atracones permitían acumular tejido graso para compensar los períodos de carencia de alimentos. (Farrera, 2009).

Se denominaba *vomitorium* a estos recipientes enormes que tenían carácter público, como grandes fuentes instaladas para tal fin entre banquete y banquete (Toro, 1996; López Coutiño, Nuño Gutiérrez & Arias Ibáñez, 2006; Farrera, 2009, en Losada 2011)

En el siglo X, se describió al "*hambre mórbido"* como un apetito feroz con deglución en ausencia de masticación y vómito auto-provocado. En estos enfermos eran evidentes las grandes glándulas parótidas y la existencia de caries. Estos signos,

característicos de la bulimia nerviosa, son consecuencias médicas del vómito auto-inducido (Farrera, 2009).

Existen también algunas primeras referencias históricas sobre los trastornos de la alimentación ligadas al contexto religioso.

Los primeros cristianos y los místicos lo practicaban como una forma de autopunición, de penitencia, de rechazo del mundo y como un medio para lograr un estado espiritual más elevado (Jarne, 2010). Era considerada además una práctica purificadora y protectora frente a espíritus malignos.

En este ámbito, la historia descrita y más conocida es la de Catalina Benincaso o también conocida como Santa Catalina de la Siena, nacida en 1347, quien a los 7 años comienza a rechazar la comida y en la adolescencia sólo se alimenta de hierbas y pan. Ingresó en la orden de las Dominicas y fue consejera del Papa Gregorio XI en Avignon. Al sentirse fracasada en sus intentos de unificación del papado deja de alimentarse y muere (Farrera, 2009).

En relación a su alimentación, las hierbas constituían sustancias laxantes para purgarse, al igual que la caña que utilizaba para producirse el vómito, precedido en ocasiones de atracones (Farrera, 2009).

Es en la Edad Media cuando el vómito ocupa una práctica penitencial; el penitente arrojaba de sí sus pecados y dominaba así sus apetitos sexuales (Farrera, 2009).

Existen otras referencias de anorexia en las santas católicas del medioevo: Santa Wilgefortis, hija del rey de Portugal, ayunó y rezó a Dios rogándole le arrebatara su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres; Santa Teresa de Ávila, quien con una rama de olivo se inducía el vómito; Santa Liduina de Chiedam y Sor Juana Inés de la Cruz; mujeres místicas que en tiempos antiguos se volvían anoréxicas (Gamero Esparza, 2002)

En el período medieval, el ayuno religioso constituía un medio para obtener la gracia, el perdón, la iluminación mística, pero sobre todo la identificación con Dios (Brusset, 1994; Sáenz, 2003 en Fragale, 2010).

Fue en el año 1694, cuando apareció la primera descripción clínica de la anorexia nerviosa. La misma se le atribuyó al médico inglés Richard Morton. En ese entonces, fue denominada "*consunción nerviosa*", consumición física derivada de trastornos nerviosos (Raich, 1994).

Entre 1873 y 1874, el médico inglés William Gull y el médico francés Lasègue, reconocieron simultáneamente la anorexia nerviosa.

Gull publicó sus datos en el British Medical Journal y le otorgó a este trastorno el nombre de anorexia nerviosa otorgándole un componente mental y señalando que en estas chicas existía una negación perversa a comer, en una conferencia que dio en la Universidad de Oxford (Farrera, 2009).

Lasègue, en un artículo publicado durante ese año, con el título "*L anorexia hystérique*", reconoció que la histeria es la causante de dicho trastorno, denominando a la enfermedad *anorexia histérica*. Para él esta patología es una enfermedad mental: un cuadro clínico preciso, con una evolución bastante típica y un tratamiento propio. La definió como "*perversión insólita del apetito*" (Goldman, 2005 en Fragale 2010). Describió el cuadro haciendo referencia a la progresiva restricción alimentaria, a fenómenos concomitantes tales como hiperactividad motriz, amenorrea y constipación (Losinno, 2001 en Fragale 2010). Observó además que la enfermedad ocurría en mujeres adolescentes y comenzó a investigar la conducta de la familia ante el rechazo de la adolescente a ingerir alimentos.

Para los dos médicos la anorexia se centra en las mujeres, con una estigmatización social que incluye solo a las mujeres burguesas.

Jean Martin Charcot colaboró con Lasègue en el estudio de la anorexia histérica (Garner & Garfinkel, 1997; Farrera, 2009). A pesar de los avances médicos de Lasègue, fue Charcot quien llevó a la práctica, como tratamiento más eficaz, el aislamiento de la paciente respecto a su familia, consiguiendo con ello el reconocimiento tanto en Europa como en Estados Unidos (Brumberg, 1988; Farrera, 2009, en Losada 2011).

Siguiendo la publicación de Ortíz Montcada & Álvarez Dardet Díaz (2009), se detallan a continuación los aportes respecto a la construcción histórica de la anorexia en 1873 de los autores:

William W. Gull Anorexia nerviosa	Charles Laségue Anorexia histérica
Origen: enfermedad diferente a la inanición y a las enfermedades orgánicas (cáncer). Afectaba a la mujeres burguesas entre 16 a 30 años.	Origen: la anorexia era un tipo de histeria, relacionada a la histeria del centro gástrico, que afectaba a mujeres jóvenes burguesas.
Orientación: su propósito fue tener mayor comprensión de los síntomas para establecer diagnósticos clínicos.	Orientación: su propósito fue contribuir al estudio de la histeria, entendida como una enfermedad neurológica, y sus distintas formas clínicas.
Factores determinantes: edad, modo de vida, relaciones familiares y sociales.	Factores determinantes: edad, modo de vida, relaciones familiares y sociales.
Tratamiento: seguimiento estricto de la dieta calórica, cuidados físicos y reposo	Tratamiento: no fue explicito. Señalo la dificultad de restablecer el

bajo la tutela de una enfermera experta, con aislamiento de familiares y amistades.	funcionamiento de un estómago atrófico.

A partir de 1940 resurgieron las teorías de causalidad psicológica, muy influenciadas por los conceptos psicoanalíticos que tiñeron el pensamiento psiquiátrico durante varias décadas. Desde esta óptica la anorexia simbolizaba el repudio de la sexualidad y la presencia de fantasías de embarazo oral (Rausch Herscovici & Bay, 2000 en Fragale 2010).

Charcot & Henry Ey imponen tratamientos basados en *el* aislamiento y una táctica de firmeza.

A finales del siglo XIX, en el año 1893, Freud refirió un caso de anorexia tratado con hipnosis. Un año más tarde describió dicha enfermedad como una psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación con melancolía. Freud interpretó la anorexia nerviosa como una forma de melancolía en la pubertad. A pesar de sus interpretaciones etiológicas, en sus escritos sobre psicoterapia desaconsejaba el tratamiento psicoanalítico para este tipo de pacientes (Farrera, 2009, en Losada 2010).

Breuer menciona a un niño de doce años que presenta signos de anorexia luego de un episodio de abuso sexual en un baño público.

En 1920, Abraham relaciona el origen de estas problemáticas con ambivalencia y oralidad: devorar y ser devorado, amar y destruir.

S. Freud, en "*Sobre la psicoterapia*", expone: "*...La psicoterapia nos ofrece procedimientos y caminos muy deferentes. Cualquiera de ellos que nos conduzca al fin propuesto, la curación de enfermos, será bueno...*"

Lacan (1957, en Martín s/a) expresa: "*... Se trata de comprender la anorexia mental como: no que el niño no come, sino que come nada... lo que significa que en la medida en que ha sido colmado el nivel de las necesidades fisiológicas, el paciente no puede soportar que cualquier demanda sea interpretada en términos de necesidad. Es entonces que se vuelve vital comer nada, con el fin que se mantenga viva la dimensión del deseo...*"

Algunos autores lacanianos (Martín s/a) plantean que existe un vínculo de sujeción entre anoréxicas y bulímicas y el alimento. Se trata de un vínculo especial amoroso y despótico, que es sometimiento y esclavitud ante un objeto deseado, temido, idealizado y siniestro.

La anorexia sería síntoma del deseo. En la negativa a comer hay una relación constante de lo vacío y lo lleno (incorporar para expulsar), vaivenes de la pérdida (es el objeto eternamente faltante). El goce del hambre lleva a la pulsión de muerte, a que surja el fantasma de la propia separación, a ser en la nada. (Martín)

Las primeras referencias a imagen corporal, y alteraciones asociadas, se hallan en trabajos médicos sobre neurología de principios del siglo XX.

Paul Schilder en 1935, propone la primera definición de imagen corporal que se realiza sin recurrir a aspectos exclusivamente neurológicos. En ella se conjugan aportaciones de la fisiología, del psicoanálisis y de la sociología, definiéndola como: "La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos" (Shilder, 1950).

Schilder define el esquema corporal como la imagen que cada uno tiene de sí mismo. Es una estructura que funciona inconscientemente, que sufre variaciones de todo tipo, ya sea por lesiones en el cuerpo o enfermedades que distorsionan la imagen corporal (alteraciones ligadas a lesiones orgánicas, o desarrollos desviados de la

personalidad). Se ocupó sobre todo de demostrar la relación que existe entre el esquema corporal y los procesos de identificación. Partiendo de la idea de que el esquema corporal es una estructura narcisística, ya que representa la imagen de sí, estudió todas las distorsiones en relación con la hipocondría, donde el objeto principal de preocupación del sujeto es su cuerpo. También enunció que el esquema corporal, la imagen que cada uno tiene de sí mismo, es una estructura móvil, que se configura en la interrelación con el mundo, es decir, que es cambiable y sufre las vicisitudes del desarrollo.

Pero, además, el esquema corporal se refiere a la representación mental que tenemos de nuestro cuerpo, de los diferentes segmentos corporales, de sus posibilidades de movimiento y acción, así como de sus diversas limitaciones. Esa compleja representación se va construyendo lentamente como consecuencia de las experiencias que de él tenemos. La construcción de esa representación es un largo proceso de ensayos y errores, de ajustes progresivos de la acción del cuerpo a los estímulos del medio y a los propósitos de la acción, a través de un proceso en el que la imagen inicial y poco precisa, se va ajustando y afinando en función de las experiencias. Es una construcción progresiva en la que nuevos elementos se van añadiendo como consecuencia de la maduración y los nuevos aprendizajes (Carranza, 1994).

En 1962, Brusch puso de manifiesto por primera vez la importancia de una alteración de la imagen corporal en sus pacientes anoréxicas. A partir de ese momento se adquirió conciencia en el mundo científico de la necesidad de saber qué es la imagen corporal y cuáles podrían ser las técnicas de evaluación para "apresarla" (Brusch, 1962).

A pesar de su formación psicoanalítica, Bruch reconoció que el tratamiento psicodinámico en sí, tal como Freud avanzó, no era eficaz en estas patologías. Para la autora la anorexia nerviosa se concebía en términos de desarrollo de la personalidad total, en el contexto de una familia concreta. Postuló dos tipos de anorexia: la anorexia primaria, basada en la distorsión de la imagen corporal, falta de insight

desde el hambre hasta las emociones, con una sensación generalizada de ineficacia que en términos cognitivistas se llamaría locus of control externo. Dio importancia a las experiencias infantiles y adolescentes, por ello la adolescencia es la edad crítica para la aparición de la anorexia pues es en este período de la vida en el cual se busca y se desarrolla la autonomía y la individualización (Bruch, 1978, Bruch, 1982, Bruch, 2001 en Losada 2011).

La anorexia secundaria o atípica tuvo como característica esencial en Bruch, una pérdida de peso grave causada por conflictos internos. La autora aludió la autonomía de la personalidad anoréxica, la autoestima, la obsesión, así como la adaptación e integración social; no olvida la susceptibilidad al estrés de posibles perturbaciones asociadas, las predisposiciones genéticas y las consecuencias psicosomáticas de la malnutrición. Pero junto a todos estos factores Bruch valora la indudable influencia de los agentes socioculturales (en Garner y Garfinkel, 1979; Guillemot y Laxenaire, 1994; Toro, 1996; Garner y Garfinkel, 1997; Turón, 1997; Farrera, 2009 en Losada 2011).

Las investigaciones actuales refieren que en los TCA se dan en el seno de una dinámica familiar específica en la que se destaca un relativo disfuncionamiento familiar (Cruzat, Ramírez, Melipellán & Marzolo, 2008; Minuchin, 1989).

Según Selvini Palazzoli, (1988, 2008) se habla de sistemas familiares que se rigen por reglas secretas, allí donde la familia queda unida por invisibles lazos patológicos. Según esta autora, no existiría una tipología familiar única sino una serie de factores de riesgo y dificultades familiares que actuarían como factores predisponentes, tales como un grado particularmente bajo de tolerancia hacia las tensiones conflictivas, sistemas familiares con una delimitación muy inestable entre las generaciones y los miembros de la familia y con una tendencia constante a la intrusión en los espacios no sólo físicos, sino también psico-emocionales de los individuos.

Linares (2002) manifiesta que los TCA son producto de la disfunción de las relaciones conyugales que repercuten en las relaciones paterno-filiales. Onnis (2004) describe como factor típico de las familias con TCA la presencia de intrusión, excesivo contacto y bloqueo de la independencia y autonomía.

En relación a la difusión del conocimiento como definición normado de los TCA se lleva a cabo a partir del proceso de clasificación de las enfermedades mentales, realizado por el comité de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1994) en 1952 (Ortíz Montcada, 2009).

En 1980 la Sociedad Americana de Psiquiatría incluyó la bulimia en el manual de Psiquiatría DSM-III como una enfermedad diferenciada de la anorexia nerviosa (López Coutiño, Nuño Gutiérrez & Arias Ibáñez, 2006) y posteriormente en la edición revisada del DSM III R. En esa edición los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa fueron: el rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la estatura, el miedo intenso a subir de peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal, la alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta y la ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

A pesar de la gran cantidad de estudios que se han hecho alrededor de los dos tipos de anorexia, el DSM III R no hizo una distinción clara de criterios diagnósticos para la anorexia restrictiva y la bulímica. Esta distinción finalmente se incluyó en el DSM IV.

En la actualidad la anorexia nerviosa se encuentra clasificada detalladamente en el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV). En la enfermedad existe el persistente deseo de mantener un peso corporal debajo de lo sanamente recomendable, el miedo a engordar, la falta de menstruación y la distorsión de la imagen corporal. Las pacientes le otorgan gran importancia al peso cuando se

autoevalúan como personas y minimizan el peligro que implica para la salud su bajo peso corporal (Holtz, 1995). En el DSM IV se caracterizó a la bulimia como la ingesta excesiva de alimentos en un corto período de tiempo, acompañada de una sensación de pérdida de control sobre dicha ingesta y de conductas compensatorias como el vómito auto-inducido, el abuso de diuréticos, laxantes, ejercicio físico, pastillas adelgazantes (Farrera, 2009, en Losada 2011).

Capítulo II. Trastornos de la Conducta Alimentaria

En el siguiente trabajo se conceptualizarán los Trastornos de la Conducta Alimentaria de acuerdo a la clasificación del DSM IV (APA, 1994). Siguiendo esta línea, se incluyen tres categorías diagnósticas: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y el Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE).

Los criterios diagnósticos para Anorexia Nerviosa son:

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pos-puberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.).

Especificación de tipo:

- Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no - recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

- Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Para los casos de Bulimia nerviosa, se consideran los siguientes criterios diagnósticos:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias 2. sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales. E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificación de tipo:

- Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

- Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Cuando una patología alimentaria no coincide plenamente con los criterios de AN y BN se la clasifica como TCANE. Si bien comparte los criterios fundamentales de los TCA, no se pueden especificar como AN / BN.

Raich (1994) observó en los TCANE las siguientes conductas alimentarias: dietas extremas o ayuno, episodios de sobre ingesta o bien una combinación de ambos. Aparece una preocupación por el peso y alteración de la imagen corporal y en todos los trastornos que predominan los atracones aparece un sentimiento persistente de falta de control sobre la ingesta.

Estos cuadros psicopatológicos comparten entre sí el rechazo a mantener el peso corporal mínimo de acuerdo a los patrones esperables y saludables y la distorsión de la imagen corporal, considerados también como notables factores de riesgo en el sostenimiento de estos trastornos (Bruch, 1982; Paniagua & García, 2003; Sepúlveda, Botella & León, 2001). Requieren de intervenciones interdisciplinares, dada la complejidad y múltiples consecuencias que presentan en los sujetos que la padecen (Losada, 2011).

La alteración de la imagen corporal implica juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con la imagen real. Según Sepúlveda (2001) es esperable un margen de error en la autoevaluación sobre el propio cuerpo, aunque la presencia de sesgos sistemáticos en los pacientes con TCA ha llevado a generalizar el concepto de alteración de la imagen corporal.

Capítulo III. Herramientas de Evaluación en Trastornos de la Conducta Alimentaria

1. Exploraciones físicas

1.1 Índice de Masa Corporal (IMC)

2. Entrevistas estructuradas

2.1 Lista de Evaluación de Resultado Morgan Russell (MR AS)

2.2 Entrevista de Desordenes del Comer (EDI)

2.3 Instrumento Clínico que tasa el Desorden de Comer (CEDRI)

2.4 Exámen de Desordenes del Comer (EDE)

2.5 Entrevista para el Diagnóstico de Trastorno Alimentario (IDED)

2.6 Instrumento de Detección de los Trastornos de la Alimentación (SDE)

3. Cuestionarios Auto aplicados

3.1 Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT)

3.2 Inventario de Desordenes Alimentarios (EDI)

3.3 Cuestionario de Bulimia Revisado (BULIT R)

3.4 Test Edimburgo de Investigación de Bulimia (BITE)

3.5 Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ)

3.6 Escala de Trastornos por Atracón (BES)

3.7 Cuestionario de Comer y Modelo de Peso Revisado (QEWP-R)

3.8 Cuestionario Auto informado de Desorden (EDE-Q)

3.9 Cuestionario SCOFF

3.10 Cuestionario de Diagnóstico de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Q-EDD)

4. Métodos de Percepción Corporal

4.1 Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ)

4.2 Test de Siluetas (TS)

4.3 Examen del Trastorno Dismórfico (BDDE)

5. Registros Alimentarios

5. 1 Auto Registro de Alimentación (ARA)

6. Escalas de Percepción Familiar

6.1 Escala de Clima Social en la Familia (FES)

7. Evaluación de Presencia de Abuso Sexual Infantil

7.1 Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil y Patologías Alimentarias

Los trastornos del comportamiento alimentario son problemas graves que producen complicaciones médicas y psicosociales que pueden llevar a la muerte (Sullivan, 1995).

Ante la complejidad de los Trastornos de la Conducta Alimentaria se describen a continuación los instrumentos utilizados para su evaluación, destacando que sus utilidades guardan diferencias. Es decir algunos se esgrimen como estandartes para comprender la magnitud de la problemática, aportando datos para la prevalencia. Otros son instrumentos loables de contribuir al diagnóstico de la afección. Por último otro grupo es utilizado para el tratamiento de personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Este trabajo cuenta con utilidad en las áreas de investigación y clínicas. Le permite al investigador seleccionar los instrumentos adecuados para su trabajo. A la vez al psicólogo clínico le posibilita la evaluación al inicio y a la finalización de su trabajo terapéutico.

1. Exploraciones físicas

1.1 Índice de Masa Corporal (IMC)

El Índice de Masa Corporal (IMC) o también llamado Índice de Quetelet (IQ) fue diseñado por Lambert Adolph Quetelet en 1835. Quetelet (1796-1874) se ha destacado en las áreas de matemática, sociología, astronomía, biología y estadística. En 1953 Keys & Brozek cambiaron su nombre a Índice de Masa Corporal (en Williamson 1990).

Se trata de un instrumento del tipo de índice antropométrico que contempla dos variables: el peso y la estatura. El objetivo es conocer el rango de valor de ambas proporciones de un sujeto. Este es el método más práctico para evaluar el grado de riesgo asociado con la obesidad y también al bajo peso. Si bien puede administrarse en niños y adultos, algunos investigadores exponen controversias en su utilización en deportistas (Malina & Bouchard, 1991; Martorell, 1985).

Para calcularlo se divide el peso en kilogramos entre la altura en metros al cuadrado. Es decir si una persona mide 1, 65 y pesa 65 kilogramos, se multiplica 1, 65 por 1, 65 lo que da un total de 2, 72 y luego el peso de 65 kg se divide por este resultado parcial de 2,72 y da un Índice de Masa Corporal de 23, 89.

Puede aplicarse para un exploración inicial, antes o después de tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud (1997) establece un criterio de Bajo Peso si el IMC es inferior a 20, Normal si el IMC oscila entre 20 y 24,9, considera Sobrepeso si el IMC se sitúa entre 25 y 29,9, y Obesidad si el IMC superar el valor de 30.

2. Entrevistas estructuradas

2.1 Lista de Evaluación de Resultado Morgan Russell (MR AS)

En 1975 Morgan & Russell (en Morgan & Hayward, 1988) desarrollaron *The Morgan Russell Outcome Assessment Schedule*, una escala a los fines de evaluar la sintomatología clínica de la Anorexia Nerviosa. Se le solicita al entrevistado información en torno a la forma de alimentarse, al peso corporal, estado mental y

actitudes que pueden atribuirse a la enfermedad con respecto del momento del encuentro y a los seis meses anteriores. Estos datos pueden ser aportados por el paciente y por su grupo familiar.

Atento a las subescalas que componen este instrumento se elabora un perfil de cinco puntuaciones. Estos apartados son: ingestión de alimentos, estado mental, ciclo menstrual, estado psicosexual y relaciones sociales y situación socioeconómica (Morgan & Hayward, 1988).

La Lista de Evaluación de Resultado Morgan Russell se utiliza también en estudios de seguimiento donde se toma una puntuación total única denominada Average Outcome Scores, que se correlaciona de modo significativo con cada una de las cinco variables. También existe una correlación alta entre escalas (Toro Trallero & Castro Fornielles, 2000).

Esta herramienta ha sido utilizada para recabar información acerca del cuadro del paciente, para evaluar la evolución y a los fines de apreciar los resultados terapéuticos.

2.2 Entrevista de Desordenes del Comer (EDI)

La Eating Disorders Interview es una entrevista destinada a la detección de Trastornos de la Conducta Alimentaria en la población en general (Mann, Wakeling A, Wood, Monck, Dobbs & Szmukler, 1983). Williamson (1990) refiere una buena confiabilidad de este instrumento.

Toro Trallero & Castro Fornielles (2000) destacan que no debe confundirse la Eating Disorders Interview con el cuestionario Eating Disorder Inventory, a pesar de que las siglas EDI son idénticas.

2.3 Instrumento Clínico que tasa el Desorden de Comer (CEDRI)

El Clinical Eating Disorder Rating Instrument (CEDRI) estudia la sintomatología de la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. Está conformado por 35 ítems

calificados mediante una escala de 5 puntos. La fiabilidad realizada por interexaminadores es alta. (Palmer, Christie, Cordle, Davis & Kendrick, 1987).

2.4 Exámen de Desordenes del Comer (EDE)

La Eating Disorders Examination es una entrevista semi estructurada compuesta por 62 ítems donde se evalúan las cuatro últimas semanas del paciente. Los diversos ítems y las formas de puntuarlos están indicados y ordenados (Cooper & Fairburn, 1987). Se cuenta con múltiples versiones y actualizaciones de este instrumento, que se adaptan a los criterios del DSM IV.

La toma se desarrolla en aproximadamente una hora. El entrevistador debe tener una capacitación al respecto y usualmente puede realizar preguntas aclaratorias según las respuestas de los entrevistados (Toro Trallero & Castro Fornielles, 2000). En la Universidad Católica Argentina se brindo el adiestramiento a profesionales del área acerca de la aplicación sobre la administración y evaluación de la EDE, tratándose de un curso de duración mensual (Leonardelli, 2012).

Este instrumento evalúa la presencia de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, aunque se observa que pregunta con mayor atención sobre la sintomatología bulímica. Se conforma de cinco sub escalas: restricción alimentaria, síntomas relacionados a las conductas compensatorias inadecuadas, preocupación por la alimentación, preocupación por el peso y preocupación por la silueta (Cooper, Cooper & Fairburn, 1987). Su consistencia interna es satisfactoria y su fiabilidad de sitúa entre 0,69 y 1 (Toro Trallero & Castro Fornielles, 2000).

La adaptación española fue desarrollada por Raich, Mora, Sánchez Carracedo & Torras (2000). Ésta se llevo a cabo en estudiantes universitarios. La consistencia interna obtenida de las subescalas fue mayor que la obtenida en los estudios de la versión original.

Robles, Oberst, Sánchez Planell & Chamarro (2006) desarrollaron una adaptación transcultural al castellano de la EDE. La versión original fue adaptada

mediante una técnica compleja de traducción re traducción sucesiva. La versión española concluyente se aplicó a 50 pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, 17 diagnosticados de anorexia nerviosa, 19 con bulimia nerviosa y 14 con trastorno por atracón y a 30 sujetos que integraban el grupo control. Obtuvieron como resultados que las medias y las desviaciones estándar del grupo en las 4 subescalas son similares a las alcanzadas por los estudios formales con la versión original inglesa. La interpretación española muestra coeficientes alfa de Cronbach similares para la fiabilidad. En cuanto a la validez discriminatoria, las subescalas segregan entre los grupos clínicos y el grupo control de modo significativo. Por tanto Robles, Oberst, Sánchez Planell & Chamarro (2006) sostuvieron que la versión española de la EDE presenta cualidades psicométricas apropiadas y similares a las de la versión original.

2.5 Entrevista para el Diagnóstico de Trastorno Alimentario (IDED)

La Entrevista para el Diagnóstico de Trastorno Alimentario (IDED), cuyo nombre original es Interview for the Diagnosis of Eating Disorders fue desarrollado por Williamson, Davis, Duchmann, McKenzie & Watkins en 1990.

Se trata de una entrevista estructurada que se compone por 18 preguntas. La entrevista busco realizar diagnósticos diferenciales entre Obesidad, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Sobre Ingesta Compulsiva. Su composición inicial incluyo preguntas cerradas en relación a las historia del problema, síntomas bulímicos y anoréxicos e ítems de evaluación general. Su extensión de auto rellenado es de 30 a 45 minutos. Las preguntas incluyen 9 ítems generales y acerca de la historicidad del trastorno, 5 para el diagnostico de Anorexia Nerviosa y 4 cuatro para la detección de la Bulimia Nerviosa.

Algunos de los ítems podrían ser respondidos por algunos miembros del grupo familiar, ante la falta de conciencia de enfermedad del sujeto o sus deseos de permanecer en la afección. Si bien presenta una escala de corte a los 4 puntos, el

puntaje máximo es de 7. Si se le consulta a familiares deben aunarse los criterios si hay discrepancias antes de realizar la evaluación final.

Puede utilizarse para analizar el cuadro al ingreso del tratamiento y al finalizar del mismo.

Cuenta con tres actualizaciones: IDED R, IDED III e IDED IV. Esta última, la Entrevista para el Diagnóstico de Trastorno Alimentario IV tiene por objetivo detectar conductas relacionadas con las patologías alimentarias de Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa y Trastornos Alimentarios No Especificados, considerando los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000). La validez de contenido contempló a diez expertos que la calificaron propiciamente. Expusieron los especialistas que oficiaron de jueces que la IDED IV evaluaba todos los aspectos ineludibles para enunciar el diagnóstico de un trastorno alimentario y distinguir entre los tipos y subtipos (Kutlesic et al., 1998).

La versión española ha sido realizada por Raich (1994).

2.6 Instrumento de Detección de los Trastornos de la Alimentación (SDE)

El Instrumento de Detección de los Trastornos de la Alimentación ha sido desarrollado por Anstine & Grinenko (2000), siendo su nombre original Screening for Disordered Eating.

El Instrumento de Detección de los Trastornos de la Alimentación es una entrevista conformada por cuatro preguntas, extraídas de la 36 que componen el Test de Actitudes hacia la Comida y de test adicionales.

Estas cuatro preguntas indicaron una correlación significativa con el Test de Actitudes hacia la Comida. A la vez el Instrumento de Detección de los Trastornos de la Alimentación ha demostrado buena fiabilidad, validez y utilidad.

Su duración es de tres minutos aproximadamente, y las respuestas obtenidas son Sí o No. Al respecto Anstine & Grinenko (2000) exponen que si se obtiene la respuesta Afirmativa debe realizarse una evaluación más profunda. Tal como sobre

su nombre lo indica esta herramienta debe utilizarse para la detección, es decir a los fines de una exploración inicial.

Las preguntas indagan acerca de dietas, disconformidad corporal, peso y sentimientos en torno al peso corporal.

3. Cuestionarios Auto aplicados

3.1 Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT)

Su nombre original es Eating Attitudes Test (EAT) y ha sido diseñado por Garner & Garfinkel (1979). Tiene como objetivo identificar síntomas e inquietudes características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. García Camba (2001) expuso que si bien el EAT aporta una medición general de síntomas de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, también puede considerárselo como un instrumento diseñado para apreciar un conjunto de actitudes y conductas relacionadas con Anorexia Nerviosa.

El Cuestionario de Actitudes hacia la Comida contiene 40 reactivos (EAT-40), congregados en siete componentes: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social distinguida al aumentar de peso (Garner & Garfinkel, 1979). Ulteriormente, plantearon una versión corta con 26 reactivos (EAT-26), en el que se suprimieron 14 reactivos, ya que se discurrió que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel; 1982).

En 1989, Maloney y colaboradores, ampliaron el cuestionario hacia una versión para niños, CHEAT-26, la cual es similar al EAT-26 pero esgrimiendo palabras más simples. El EAT en sus dos versiones, es tal vez, el cuestionario auto aplicado más utilizado y demanda de un nivel de lectura para contestarlo de aproximadamente diez años de edad.

Los reactivos del EAT se completan a través de una serie de seis puntos tipo Likert. Garner y Garfinkel sugirieron recurrir a los sucesivos puntos de corte para identificar a las personas con cierto Trastorno de la Conducta Alimentaria, es decir superior de 30 puntos para el EAT-40 y por sobre los de 20 puntos para el EAT-26 y CHEAT-26. La confiabilidad de test retest en un espacio de dos a tres semanas es del 84%. La sensibilidad y especificidad de la prueba para ambas versiones es del 77% y 95%, correspondientemente; el poder predictivo positivo es del 82% para EAT-40 y del 79% para EAT-26; el poder predictivo negativo del 93% para EAT-40 y del 94% para la versión corta con 26 reactivos (Mintz & O´Halloran, 2000).

El EAT-40 ha sido validado en mujeres mexicanas por Álvarez, Vázquez, Mancilla, y Gómez en el año 2002, sugiriendo un punto de corte de más de 28 puntos.

Mintz, Mulholland & O´Halloran (1997) sostienen que el Cuestionario de Actitudes hacia la Comida alcanza un índice de la severidad de las preocupaciones típicas entre mujeres con patologías alimentarias, específicamente en cuanto a la motivación para adelgazar, miedo a ganar peso y restricción alimenticia. Mintz & O'Hallaron, recomendaron este instrumento como una herramienta de estimación a gran escala, como prueba de filtro, para establecer la representación de los trastornos alimentarios, pero insinúan sobre la posibilidad de perder algunos individuos con Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificado (TANES).

Mintz, Mulholland & O´Halloran (1997) postulan que este cuestionario puede ser útil a modo de medida general de evaluación del corolario de un tratamiento de trastornos alimentarios.

Castro, Toro, Salamero & Guimerá (1991) han realizado la adaptación al español. Esta versión española ha discriminado correctamente entre pacientes con diagnósticos de Anorexia Nerviosa y los grupos de control. Su sensibilidad ha sido del 91 % y su especificidad del 69 % para un punto de corte de 20, la consistencia interna de alfa = 0,93 para el total y 0,92 para el grupo con diagnóstico de Anorexia Nerviosa.

Se trata de un cuestionario que puede administrarse en quince minutos aproximadamente. Las respuestas alternan en una escala de seis opciones, que circulan desde nunca a siempre (Garner & Garfinkel, 1979). En cuanto a las interpretaciones y correcciones los ítems directos puntúan nunca, casi nunca, algunas veces = 0, bastantes veces = 1, casi siempre = 2 y siempre = 3. Los ítems indirectos son 1, 18, 19, 23, 27 y 39 se aprecian de forma contraria a los directos.

Los ítems del Cuestionario de Actitudes hacia la Comida pueden agruparse en tres subescalas: Dieta y preocupación por la comida, Presión social percibida y malestar con la alimentación y por último trastornos psicobiológicos. Los ítems 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14 ,15 ,16 ,17 ,20 , 21, 22, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38 y 39 corresponden al grupo de Dieta y preocupación por la comida. La Presión social percibida y malestar con la alimentación se conforma con los enunciados 3, 8, 12, 24, 26, 33, 34 y 35. En tanto los ítems 13, 19, 28, 29, 35 y 40 atienden a la subescala de trastornos psicobiológicos. Garner & Garfinkel (1979) sugieren un punto de corte de 30 y para la versión española Castro, Toro, Salamero & Guimerá (1991) proponen un punto de corte de 20.

De Irala et al. (2008) realizaron la validación en un punto de corte alternativo de la versión española del Eating Attitudes Test (EAT-40) para el tamizado de casos de trastornos de la conducta alimentaria en la población general. Administraron el cuestionario traducido a una muestra representativa de 2.734 mujeres estudiantes de entre 13 y 22 años de edad. Luego procedieron a entrevistar a las participantes cuya evaluación en el sondeo fue superior a 21 y a una muestra aleatoria del resto. Los investigadores apreciaron los parámetros de validez interna y externa obtenidos con puntos de corte distintos de 30, que es el utilizado habitualmente en el EAT. De Irala et al. concluyeron que la mejor predicción diagnóstica se adquirió con 21 puntos, sensibilidad del 73,3% y especificidad del 85,1%. El valor predictivo positivo fue del 20% y el valor predictivo negativo, del 98,4%. Por ende señalaron en su trabajo que la mejor predicción diagnóstica del EAT-40 en la población en general se obtiene

con un punto de corte de 21 puntos, algo menor al confiado por los autores del sondeo.

Rivas, Bersabé, Jiménez & Berrocal (2010) presentaron dos estudios a los efectos de contribuir a la validación de la versión española del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26) de Gardner, Olmsted, Bohr & Garfinkel (1982). En el primer estudio participaron 778 mujeres de población general de entre 12 y 21 años de edad. El segundo estudio incluyo 86 mujeres que acuden a un centro clínico con trastornos en la alimentación y de entre 12 y 35 años de edad, y un grupo de igual cantidad y similares edades sin patologías alimentarias. Los corolarios de los análisis de los componentes principales y simultáneos revelaron una estructura unidimensional de estas puntuaciones del EAT-26. La investigación de la fiabilidad indico una apropiada consistencia interna. En el primer estudio, valiéndose como criterio del Cuestionario de Diagnóstico de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Q-EDD) los resultados exploraron la capacidad del EAT-26 para discriminar entre sujetos con un Trastorno de la Conducta Alimentaria, sintomático o asintomático. Las valoraciones del EAT-26 expusieron una aceptable especificidad pero exigua sensibilidad para detectar una patología alimentaria. El segundo estudio se analizo la capacidad del cuestionario para discriminar entre sujetos con y sin trastornos alimentarios. El EAT-26 denoto una aceptable especificidad y moderada sensibilidad para divisar una patología en la alimentación.

3.2 Inventario de Desordenes Alimentarios (EDI)

El Eating Disorder Inventory (EDI) fue desarrollado en el año de 1983 por Garner, Olmstead & Polivy para valorar distintas áreas cognitivas y conductuales de la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. Este instrumento contiene 64 reactivos congregados en ocho subescalas que se correlacionan positivamente: motivación para adelgazar, sintomatología bulímica, insatisfacción con la propia imagen corporal, inefectividad y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia o identificación interoceptiva y miedo a madurar. Las tres primeras

subescalas evalúan comportamientos y actitudes hacia la comida, el peso y la imagen corporal; los desajustes expresados en estas áreas no son específicos de la Anorexia, ya que emergen réplicas similares en conjuntos de personas preocupadas por su dieta. A la vez en las otras cinco subescalas se evalúan características psicológicas generales asentadas con trastornos alimentarios, que son aspectos cardinales de la Anorexia Nerviosa. El EDI-2 (Garner, 1991) incluyo los 64 reactivos del EDI original, pero también introdujo 27 reactivos adicionales clasificados en otras tres subescalas: ascetismo, regulación de los impulsos e inseguridad social. El nivel de estudios requerido para contestarlo es de quinto año de primaria. En su evaluación se considera que cada reactivo se justiprecia de acuerdo a una escala de seis puntos, pudiéndose incorporar todas las subescalas para un puntaje global o utilizar cada subescala por separado. La valoración total máxima de este estudio es de 192, el punto de corte es arriba de 42 puntos en las ocho subescalas originales para diagnosticar una patología alimentaria.

El EDI-2 fue validado en mujeres mexicanas, hallando en éste instrumento tiene una alta validez interna y pudiéndose ser utilizado a los fines de medir trastornos de la conducta alimentaria (García García, Vázquez Velázquez, López Alvarenga & Arcila Martínez, 2003).

Rutsztein et al (2006) realizaron una adaptación del Eating Disorder Inventory-2. Los investigadores examinaron la consistencia interna de las subescalas por medio del estadístico α de Cronbach. Las Escalas de riesgo mostraron índices adecuados, que oscilaron entre .73 y .87. Las subescalas restantes que evalúan los rasgos psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, y siete presentaron índices adecuados de consistencia interna, que oscilaron entre .62 y .80. Exclusivamente la subescala ascetismo exhibió un índice de fiabilidad bajo, $\alpha = .46$.

3.3 Cuestionario de Bulimia Revisado (BULIT R)

El Cuestionario de Bulimia fue desarrollado en su primera versión por Smith y Thelen en 1984 y evalúa la presencia de síntomas y preocupaciones característicos de la Bulimia Nerviosa.

En 1991 Thelen, Farmer, Wonderlich & Smith realizaron esta nueva versión del Cuestionario de Bulimia eliminando los ítems 6, 11, 19, 20, 27, 29, 31 y 36. Esta adaptación permitió una adaptación del instrumento a los criterios diagnósticos del DSM IV (Ruiz Martínez et al. 2010). La correlación entre la versión original y el instrumento revisado es de .99.

El Cuestionario de Bulimia Revisado BULIT R es autoadministrable y está conformado por 36 ítems. Fue diseñado a los fines de detectar el riesgo de padecer bulimia en población en general, no estimando su utilidad para diferencias bulimia de otros trastornos alimentarios. Por el tipo de ítems se estima que se requiere un nivel de estudios medio para responder a este instrumento. Si bien no cuenta con un tiempo limitado para responder, se espera que el sujeto lo haga en la forma más sincera posible en aproximadamente diez minutos.

Los ítems son evaluados en una escala Likert de cinco puntos, con diversas opciones según cada pregunta. Este Cuestionario evalúa atracones, sentimientos, conductas compensatorias inadecuadas tales como vómitos auto inducidos, preocupación por el peso y la comida. La consistencia interna del instrumento es de 0,92 – 0, 98 y la fiabilidad de test retest de 0,83 – 0, 95 (Thelen, Farmer, Wonderlich & Smith, 1991).

Sumando 28 de los 36 ítems puede obtenerse un puntaje que oscile entre 28 y 140 puntos. Los ítems que no puntúan son 7, 19, 25, 30, 32, 33, 34 y 36. El resto de los ítems califica entre 1 y 5. Cuanto mayor sea el puntaje mayor indicador de Bulimia Nerviosa. Las pacientes con este diagnostico obtienen puntajes de entre 114 y 120. La población general sin Bulimia Nerviosa obtiene una media de entre 53 y 60. Para la utilización de este Cuestionario de Bulimia revisado se ha establecido un punto de corte de 104 en la detección (Thelen, Farmer, Wonderlich & Smith, 1991).

La utilización de este instrumento infiere en la detección de la Bulimia Nerviosa, y a la vez al inicio y finalización de los dispositivos terapéuticos.

La adaptación española fue llevada cabo por Mora & Raich (1993).

En su validación para México (Álvarez, Mancilla & Vázquez, 2000) se alcanzó una organización de 3 factores: 1) Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación, 2) Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta, y 3) Conductas compensatorias. El punto de corte más apropiado para mujeres mexicanas fue .85, con un alpha de Cronbach de 0.88.

3.4 Test Edimburgo de Investigación de Bulimia (BITE)

Su nombre original es Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE) diseñado por Henderson & Freeman (1987). Se trata de un cuestionario de 33 ítems que tiene por objetivo detectar y considerar la gravedad de la sintomatología de la Bulimia Nerviosa. Esta prueba se divide en los primeros 30 ítems que revelan la posibilidad de síntomas y los tres siguientes reseñan la severidad. Opcionalmente, sin grado de obligatoriedad, puede administrarse un apéndice a los fines de incluir datos socio demográficos del sujeto evaluado, que no inciden en los puntajes del test. La duración del cuestionario es diez minutos.

Las preguntas refieren a la alimentación, consultan sobre seudo soluciones intentadas para perder peso en forma de conductas compensatorias inadecuadas, pensamientos y sentimientos en torno a sus hábitos alimentarios.

Puede administrarse como exploración inicial, durante o al finalizar el tratamiento. Si este instrumento es utilizado para realizar una detección del trastorno debe responderse en relación a los últimos tres meses. Si lo busca es evaluarse el tratamiento debe expresarse en términos del último mes (Henderson & Freeman, 1987).

El Test Edimburgo de Investigación de Bulimia puede ser autoadministrable y la toma puede efectuarse en forma individual o colectiva. Combina tres tipos de respuestas, ya que si bien en la mayoría debe responder Sí o No, en tres de las preguntas las respuestas son de una escala tipo Likert de cinco, seis o siete opciones.

Para realizar la puntuación en los ítems 1, 13, 21, 23, y 31 se asignara un punto cuando el sujeto diga No. Se otorga un punto cuando responda Sí en los ítems 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 32 y 33. El puntaje máximo total de sintomatología es de 30. En esta escala si el puntaje total es menor a 10 se presenta una ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida. Si los resultados son entre 10 y 20 se contempla la existencia de conductas alimentarias no esperadas, aunque no necesariamente representa Bulimia Nerviosa. Si los resultados superan un puntaje de 20 se observa un patrón alimentario muy alterado, con un posible diagnostico de Bulimia Nerviosa (Henderson y Freeman, 1987).

La escala de severidad se compone por los ítems 6, 7 y 27. En cada una de estas opciones hay un puntaje entre paréntesis que oscila entre 1 y 5 para la pregunta 6, entre 0 y 7 para la pregunta 7 y por último para la pregunta 27 las opciones se puntúan entre 1 y 6. Si los resultados obtenidos son superiores a 5 en esta escala debe considerarse clínicamente significativa y si la puntuación es de 10 o mayor a 10 indica un alto grado de severidad (Henderson & Freeman, 1987).

Este instrumento presenta una fiabilidad entre ítems en la escala de sintomatología de 0,96 y en la subescala de severidad de 0,62. En ambas escalas muestran una alta consistencia interna. La fiabilidad test retest fue calculada mediante la administración a un grupo control y un grupo de pacientes con síntomas de Bulimia nerviosa, con resultados de 0,86 y 0,68 respectivamente (Henderson & Freeman, 1987).

En cuanto a la validez este instrumento fue correlacionado positivamente con el EDI y EAT (Henderson & Freeman, 1987).

Franco et al. (2009) realizaron un estudio para justipreciar la consistencia interna y la validez del Bulimic Investigatory Test Edinburgh en mujeres mexicanas. La primera muestra incluyó 322 mujeres estudiantes con un promedio de edad de 21.24 años. La segunda muestra estuvo conformada por 73 mujeres con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria, 23 pacientes con Bulimia Nerviosa y 50 con Trastorno por Atracón con una edad promedio de 28.47. Los corolarios mostraron

que la consistencia interna del BITE fue de .87 en las estudiantes y .83 en las mujeres con patologías alimentarias. El punto de corte para la apreciación total del BITE fue 21, para la subescala síntomas fue 15 y para la subescala severidad fue 6. La valoración total del BITE y de sus subescalas desigualaron entre las mujeres estudiantes y las mujeres con trastorno del comportamiento alimentario. De la misma forma encontró una correlación significativa entre el BITE y el EAT. Las manifestaciones del trabajo de Franco et al. articularon que la consistencia interna del BITE fue laudable en las distintas muestras y aportan certeza respecto a la validez del instrumento.

3.5 Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ)

El instrumento Three Factor Eating Questionnaire fue diseñado por Stunkard y Messick en 1985. Contiene 51 ítems, que se fraccionan en dos fragmentos, una primera parte de 36 ítems con dos elecciones de respuesta dicotómica de falso o verdadero y una segunda porción con 15 enunciados, del tipo de escala Likert con cuatro opciones de contestación, las apreciaciones para los ítems de la inicial y segunda parte van de 0 a 1.

El TFEQ se fragmenta en tres factores relacionados con la conducta alimentaria. La restricción alimentaria, con un control consciente de la conducta alimentaria, una segunda instancia relacionada a la desinhibición a modo de ruptura del límite autoimpuesto de ingestión calórico y por ultimo ítems relacionados a la susceptibilidad al hambre (López et al., 2011).

El TFEQ fue traducido, adaptado y validado en población española por Sánchez Carracedo, Raich, Figueras, Torras & Mora (1999), en esta versión se obtuvieron 2 factores que explican el 30% de la varianza total (factor Restricción, $\alpha = .89$ y factor de Desinhibición, $\alpha = .86$).

3.6 Escala de Trastornos por Atracón (BES)

La Escala de Atracón Alimentario, Binge Eating Scale (BES) fue desarrollada por Gormally, Black, Daston & Rardin (1982), y posibilita la detección del Trastorno por Atracón. Puede indicar la presencia o no de este síndrome y a la vez, diagnosticar la gravedad según la existencia de atracones moderados o severos, basándose en la puntuación de la escala.

El Trastorno por Atracón se ha incluido en el apéndice del DSM-IV como una clase que necesita más estudio, apoyándose esencialmente en las investigaciones de Spitzer et al. (1992) & de Spitzer et al. (1993) que sostienen la hipótesis de que la patología de referencia aflora en la población obesa en un 30% y en un 2-5% de la población general. Fairburn, Welch & Hay (1993) consideraron que hacia ese momento aun era escaso el conocimiento acerca de la conducta de los pacientes con atracones y otras representaciones de sobre ingesta periódica para evidenciar su inserción y, porque la inclusión podría ocasionar una confusión diagnóstica. Recomendaron el estudio de muestras de pacientes que presenten una sobre ingesta importante antes de realizar el diagnóstico.

La Escala de Trastornos por Atracón posibilita identificar a sujetos con este trastorno entre la población obesa.

En esta técnica el individuo selecciona la declaración que lo describe mejor. La cuenta total de Escala de Trastornos por Atracón cuenta con un puntaje máximo de 46. Los pacientes pueden agruparse en tres categorías: los sujetos que obtienen 17 o menos puntos no padecerían de Trastornos por Atracón, los que anotan de 18 a 26 indicarían la presencia de Trastornos por Atracón moderado y los que registran 27 o más son considerados con la presencia del síndrome en un grado severo (Guisado & Vaz, 2001).

La eficacia de esta Escala fue examinada usando registros de alimentos. Una muestra de 56 mujeres sin conductas purgativas completó el BES y registros de 28 días de alimentos. Los atracones auto identificados fueron catalogados como subjetivo cuando menos de 1,000 calorías fueron consumidas y como el objetivo cuando 1,000 calorías o más fueron absorbidas. La severidad de los atracones fue medida por la cifra total de calorías de la ingesta, episodios de atracón y cantidad de

días. La Escala de Trastornos por Atracón presento asociaciones significativas entre el atracón subjetivo y objetivo que mide la severidad (Timmerman, 2007).

La virtud de una intervención de grupo de 6 semanas para los Trastornos por Atracón fue evaluada en 18 mujeres obesas, usando estándares específicos de alimentación. Las atracones disminuyeron en la frecuencia, de 4.02 por semana a 1.57 por semana ($p < .001$), y en la severidad. Se utilizo la Escala BES y los resultados sugirieron que la intervención grupal puede ser un componente eficaz en el trato los Trastornos por Atracón (Kristeller & Hallett, 1999).

El estudio de Celio, Wilfley, Crow, Mitchell & Walsh (2004) evaluó la concordancia entre medidas auto administradas y un estándar diagnóstico para la evaluación de frecuencia de atracones y diagnóstico de Trastornos por Atracón en una muestra de comedores compulsivos. El Cuestionario para el Comer y el Peso Revisado (QEWP-R), la Escala (BES y el Examen de Desorden de Comer (EDE) fueron administrados en 157 participantes adultos, de los cuales 129 (el 79 %) fueron diagnosticados con Trastornos por Atracón, utilizando EDE como el estándar diagnóstico. En la identificación de, LA QEWP-R cedió un valor de sensibilidad de .74 y un valor de especificidad de .35. El BES cedió un valor de sensibilidad de .85 y un valor de especificidad de .20. La exactitud de diagnóstico y sintomatología entre los cuestionarios auto administrados fue variable. El BES y la QEWP-R aportan datos iniciales para el diagnóstico de Trastornos por Atracón. El EDE aporto con mayor exactitud la frecuencia los atracones en estos sujetos.

3.6 Cuestionario de Comer y Modelo de Peso Revisado (QEWP-R)

El Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R), fue desarrollado por Spitzer et al. en 1992. Se utiliza para identificar personas con Trastorno por Atracones recurrentes con una impresión de pérdida de control y de culpa, sin presentar de conductas compensatorias inadecuadas características de la Bulimia.

El Cuestionario de Comer y Modelo de Peso Revisado incluye 13 reactivos, donde se consulta al sujeto acerca de la cantidad de comida ingerida en el atracón, la duración del mismo y sobre sentimientos de culpa con respecto a la comida, la dieta y el peso (Spitzer et al., 1992).

Johnson, Grieve, Adams y Sandy (1999) desplegaron versiones del QEWP -R para adolescentes (QEWP-A) y para padres (QEWP-P).

En el QEWP-R los ítems se aprecian de acuerdo a reglas de decisión dicotómicas, pudiendo realizar un despistaje entre Trastorno por Atracón y Bulimia Nerviosa. El QEWP-R es capaz de identificar de manera precisa a personas con probabilidad baja y alta para Trastorno por Atracón y a discernir entre niveles clínicos y no clínicos de este trastorno. El QEWP puede ser tomado como una medida válida de la presencia o ausencia de Trastorno por Atracón, pero al presentárseles opciones dicotómicas, de todo o nada, se estimó que puede dejar pasar algunos individuos clínicamente con indicadores pero sin el trastorno en su forma completa (Spitzer, et al., 1992).

Entre sus propiedades psicométricas se han reportado valores de consistencia interna de .75 en muestras que acuden a programas de reducción de peso y .79 en población en general (Spitzer, Yanosvky & Marcus, 1993). También se destaca que el QEWP-R presenta una adecuada confiabilidad test-retest (κ entre .57 a .58) en un intervalo de tres semanas. Así como también los autores hallaron una validez de criterio de tipo concurrente con la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV (Spitzer, Yanosvky y Marcus, 1993).

3.8 Cuestionario Auto informado de Desorden (EDE-Q)

El Eating Disorder Examination-self-report questionnaire (EDE-Q) de Fairburn & Beglin (1994) fue diseñado a partir de la EDE, que es una entrevista semiestructurada planteada como medida de la diagnostica específica de la Anorexia y Bulimia Nerviosa. Este instrumento posibilita dar una dilucidación de la palabra

atracón, evaluar ciertas creencias como el miedo a engordar, la restricción alimentaria preocupación por el peso, la figura y la alimentación.

Se aprecia por una escala de siete puntos: entre más alto es el puntaje, mayor es la severidad del trastorno. Luce y Crowther (1999) encontraron en esta prueba una consistencia interna excelente. Se postula el EDE-Q como una buena prueba de tamiz para identificar personas con conductas de riesgo para los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

3.9 Cuestionario SCOFF

La sigla SCOFF que da nombre a éste instrumento se conforma de los términos Sick, Control, One, Fat, Food, es decir Enfermo, Control, Un, Grasa, Alimento. Se trata de un cuestionario elaborado por Morgan, Reid & Lacey (1999) que se encuentra conformado por cinco preguntas. En cada una de estas preguntas se incluye las palabras cuyas iniciales dan nombre a este cuestionario. Esta herramienta fue diseñada según a los criterios del DSM-IV.

Se otorga un punto para cada respuesta positiva en las cinco preguntas, una puntuación mayor a 2 indica un caso probable de algún Trastorno de la Conducta Alimentaria. Se reporto una sensibilidad del 92 al 96% y una especificidad del 87.5%, con una contingencia de falsos positivos del 12.5% (Perry, et al., 2002). Es un instrumento simple, fácil de aplicar y evaluar. El SCOFF puede aplicarse de forma oral o escrita. Se considera un instrumento conciso, válido y confiable para detectar Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Rueda et al. (2005) llevaron a cabo un estudio para la validación de la encuesta SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de 385 mujeres universitarias en Colombia. Los autores destacan que la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria ha aumentado en los últimos años, creando la necesidad de divisar tempranamente los casos en poblaciones en riesgo. Se aplicó de manera independiente el cuestionario SCOFF y la Entrevista Clínica Estructurada del DSM IV. Entre los resultados obtuvieron que 149 (38,7%) estudiantes fueron positivos en la apreciación del cuestionario SCOFF para los Trastornos de la Conducta Alimentaria. La sensibilidad fue de 78,4%, la especificidad de 75,8%, el valor pronóstico positivo de 46,5% y el valor pronóstico negativo de 92,9%. El alfa de Cronbach de 0,48 y la kappa media de Cohen de 0,433. La concordancia test re test ha sido de 91,6%. Dados los resultados descriptos los investigadores expusieron que el cuestionario SCOFF pareció ser una buena alternativa como instrumento de tamizaje para detectar los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias de Colombia, por su sencillez y rapidez de administración.

3.10 Cuestionario de Diagnóstico de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Q-EDD)

El Cuestionario para el Diagnostico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria fue desarrollado en 1997 por Mintz, O'Halloran, Mulholland & Schneider. Su nombre original fue Questionnaire for Eating Disorder Diagnoses. El instrumento es un cuestionario de 50 preguntas que operativiza los criterios diagnósticos del DSM-IV para los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Se evalúa siguiendo un diagrama de arbitraje, a modo de entrevista estructurada, que convierte los reactivos o sus misceláneas en términos de si se plasma o no cada uno de los criterios diagnósticos. De este modo se alcanza a un diagnóstico final. El Q-EDD diferencia entre los sujetos que padecen Trastornos de la Conducta Alimentaria y los que no los presentan (Rivas, Bersabé & Castro, 2001).

4. Métodos de Autoevaluación corporal

La primera en referirse en 1962 a un trastorno de la imagen corporal fue Hilde Bruch, psicoanalista americana. Esta patología formaría parte de la alteración perceptual y conceptual (Brownell & Fairburn, 1995; Garfinkel et al., 1996; Silverman 1997; Turón, 1997; Ayuso, Ponce de León & Gual, 1998; Farrera, 2009).

4.1 Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ)

Cooper, Taylor y Cooper & Fairburn (1987) diseñaron el Body Shape Questionnaire BSQ. Se trata de un cuestionario de 34 ítems que ha sido desarrollado a los fines de medir la preocupación por el peso y la imagen corporal, la insatisfacción producida por el propio cuerpo, el miedo a engordar, la auto desvalorización por la apariencia física, las intenciones de descender el peso corporal y la evitación de circunstancias en las que la presencia física pudiera ser observada o expuesta. Este instrumento discrimina la población general y aquella que padece Trastornos de la Conducta Alimentaria. A la vez en el grupo de pacientes evalúa la insatisfacción con su propio cuerpo.

Existen diversas versiones abreviadas del Cuestionario de la Forma Corporal, como el BSQ 16 a, BSQ 16 b, BSQ 8 a, BSQ 8 b, BSQ 8 c y BSQ 8 d.

Raich et al. (1996) realizaron una versión adaptada al español. La versión española obtuvo correlaciones de 0,71 y 0,78, superiores a la versión original.

Este instrumento está organizado en función de mujeres adolescentes y adultas sin obesidad (Cooper, Taylor y Cooper & Fairburn, 1987). Se estima una utilización de tiempo para este sondeo de entre 10 y 20 minutos. Se presenta como un cuestionario autoadministrable de 34 ítems, en forma de preguntas cerradas a las que se revela con opciones de escala de frecuencia del tipo Likert de seis elecciones. Nunca refiere a la puntación 1, 2 a Raramente, 3 a Alguna Vez, el puntaje de 4 corresponde a la opción de A menudo, 5 equivale a Muy a menudo y Siempre

representa a 6, arrojando opciones de puntaje totales de 34 a 204. Estas contestaciones deben reflejar sus sentimientos en las últimas cuatro semanas.

En el estudio de validación original se obtuvieron como corolarios una media de 136,9 para pacientes con diagnostico de Bulimia Nerviosa y una puntuación media de 81,5 en la población femenina no clínica.

La fiabilidad del instrumento test retest es de 0,88. El coeficiente de correlación de Pearson sobre la validez convergente oscila entre 0,61 y 0,81. Se lo considera un instrumento aceptable con poder discriminante para pacientes con Bulimia Nerviosa y población femenina adolescente y adulta sin Trastornos de la Conducta Alimentaria (Cooper, Taylor y Cooper & Fairburn, 1987).

4.2 Test de Siluetas (TS)

Para valorar la imagen corporal los creadores del instrumento han delineado imágenes o siluetas de mujeres y hombres. La Escala denominada Contour Drawing Rating Scale fue diseñada por Thompson & Gray (1995). Esta herramienta muestra frontalmente 9 figuras de hombres y mujeres. A cada imagen le concierne un puntaje que va de 1 a 9, siendo 1 la más delgada y 9 la figura mayor. En cuanto a las características psicométricas, presenta un coeficiente de fiabilidad de r = .78, derivado por el método test-retest y un coeficiente de validez concurrente de r = .71 correspondiente con el peso corporal y de r = .59 con el IMC. Ha sido esquematizado con características detalladas y tamaños graduados minuciosamente (Thompson y Gray, 1995). El Test de Siluetas (TS) tiene el objetivo de valorar la distorsión y la insatisfacción en relación a la imagen corporal.

Las figuras del grafico incrementan progresivamente su estampa corporal con relación al acrecentamiento de peso. A los entrevistados se les consulta sobre las figuras “como qué figura representa tu peso actual” y “qué figura representa tu peso ideal”.

La Escala de las Nueve Siluetas, propuesta por Stunkard, Sorensen y Schlusinger (1983), representa desde la delgadez como la expuesta en silueta 1 y hasta la

obesidad severa, manifiesta en la silueta 9. El individuo elige el número de la silueta que considera más semejante a su apariencia corporal real (IC real) y también el número de la silueta que cree ser más parecida a la apariencia corporal ideal (IC ideal) considerada para su edad. La Escala de las Nueve Siluetas posee como objetivo verificar la satisfacción corporal.

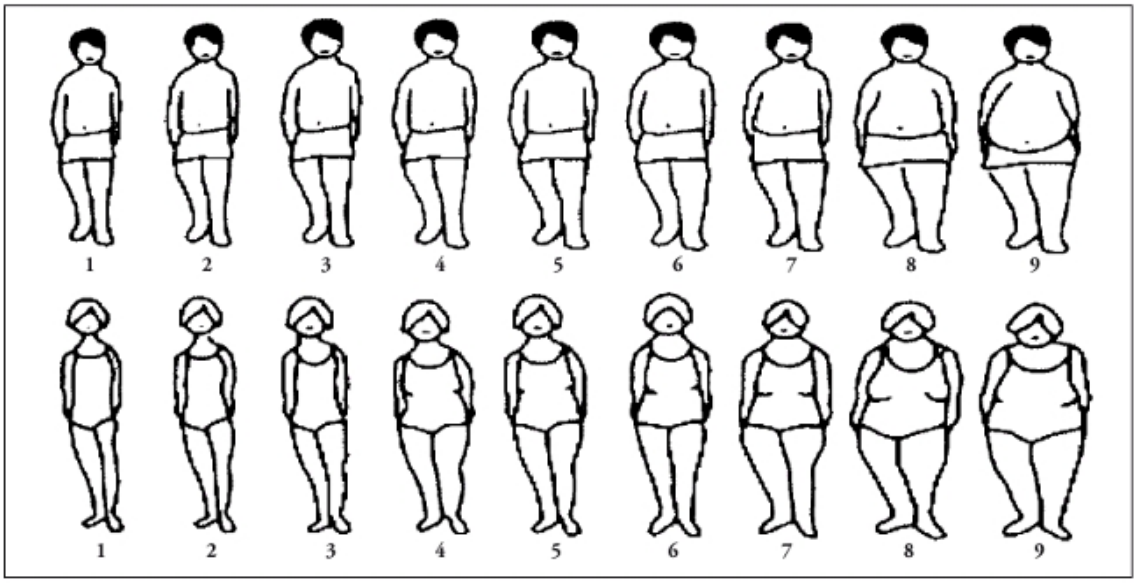

Figura 1. Escala de las Nueve Siluetas. Stunkard, Sorensen y Schlusinger (1983)

El empleo de siluetas ha manifestado ser de interés, de fácil utilización y buena aceptación para la valoración de la imagen corporal, ya que permite adquirir de forma expeditiva y simple los valores e índices de los dos componentes enlazados en la imagen corporal negativa: la distorsión y la insatisfacción.

Entre otras pueden citarse los instrumentos diseñados y adaptados por Fallon & Rozin (1985), Furnham & Greaves (1994), Thompson & Tantleff (1992), Williamson, Davis, Bennett, Goreczny & Gleaves (1989) y El Test de Siluetas de Figuras Femeninas de Bell, Kirkpatrick & Rinn (1986). En estos instrumentos se presentan al sujeto una serie de formas femeninas y masculinas, entre 6 y 9 siluetas según los ensayistas, en graduación progresiva en cuanto al Índice de masa Corporal. Entre otras cuestiones se suele inquirir, qué figura personifica tu peso actual y qué

figura simboliza tu peso ideal, valiéndose de la discrepancia entre la imagen percibida y la imagen ideal como medida de la insatisfacción corporal, y la disonancia entre el volumen del cuerpo visto y el tamaño del cuerpo actual como mesura de la distorsión.

Collins (1991) diseño el Test de Figure Scale. Se trata de una serie gráfica autoadministrable de 9 siluetas femeninas que justiprecia el grado de satisfacción con la imagen corporal, al investigar la discrepancia entre la imagen corporal que el sujeto desea tener y la imagen corporal que cree tener. Las siluetas consienten una graduación desde una silueta muy delgada hasta la última que despliega un sobrepeso significativo. Esta progresión gráfica ha manifestado en estudios con población argentina, diferenciar entre adolescentes con trastornos alimentarios y sin trastornos de la conducta alimentaria de forma similar a otras medidas externas de insatisfacción con la imagen corporal (Rutsztein et al. , 2009) .

4.3 Examen del Trastorno Dismórfico (BDDE)

El Trastorno Dismórfico Corporal puede delimitarse de acuerdo al DSM-IV (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994), como una preocupación excesiva por un defecto corporal inexistente o de escasa entidad. Esta preocupación es extremada, ocasiona malestar e obstruye gravemente en la vida cotidiana del sujeto, dificultando las relaciones interpersonales (Peruggi et al. 1997; Rosen, Gado, Silberg, Srebnik & Wendt, 1990). Las personas con esta perturbación, que se consolidan tozudamente a una apreciación no compartida por la mayoría de la gente, presentan temor a que los demás perciban el aparente defecto físico, muestran sentimientos de culpa y vergüenza, se inquietan de modo repetitivo y sobrevalorado, evitan los contextos sociales y la exposición del cuerpo, poseen rituales y requieren tratamiento médico y cosmético de forma repetitiva (Neziroglu & Yaryura Tobias, 1997; Rosen, 1995). Entre los desasosiegos más frecuentes figuran los defectos faciales como los relacionados con la nariz, la piel, el pelo, los de la estructura física y los olores

corporales (Phillips, McElroy, Kock, Pope & Hudson, 1993). Debe tenerse en cuenta que la preocupación no se revela por la presencia de otro trastorno mental como Anorexia Nerviosa o Bulimia.

El Examen del Trastorno Dismórfico (BDDE) fue diseñado por Rosen y Reiter (1996), cuyo nombre original es Body Dysmorphic Disorder Examination. La adaptación al español fue desarrollada por Raich, Torras & Mora (1997).

El BDDE evalúa la imagen corporal y Trastorno Dismórfico Corporal. Se trata de 34 ítems que conforman una entrevista semi estructurada, ya que si bien tiene preguntas predeterminadas el entrevistador puede solicitar aclaraciones o ampliaciones. Su administración se extiende de entre treinta minutos a una hora. El entrevistado debe señalar qué de su apariencia física le ha provocado desagrado o mayor desagrado durante las últimas cuatro semanas. Al respecto se le consulta si intento modificarlo de alguna forma, y en caso afirmativo que ha hecho. También se le consulta si ha evitado el contacto físico en el mismo periodo. Para la administración de este instrumento se requiere de una capacitación previa (Rosen & Reiter, 1996).

Para su evaluación se contemplan los síntomas de malestar presentes con una escala de puntuación que oscila de entre 0 a 6. Con un puntaje mayor a 60 se estima que el sujeto padece de un trastorno de la imagen corporal. Los ítems 1, 2, 3,22, 33 y 34 arrojan información cualitativa y no se computan como el resto de los ítems (Rosen & Reiter, 1996).

Este instrumento presenta una consistencia interna de 0.94 y una buena validez concurrente y predictiva (Raich, 2000).

5. Registros Alimentarios

5. 1 Auto Registro de Alimentación (ARA)

El Auto Registro de Alimentación es un instrumento del que se vale el paciente para enumerar y describir las ingestas que realiza diariamente. El objetivo que

mantiene es apreciar la conducta alimentaria de los sujetos ayudándoles a conocer con exactitud la calidad y cantidad de los alimentos incorporados (Saldaña, 2003, Saldaña & Rosell, 1998, Saldaña, Sánchez Carracedo & García, 1994, Saldaña & Tómas, 1999).

Esta dirigido a pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. Se trata de una tabla de doble entrada diferenciando allí el tipo de alimento ingerido, la preparación, el lugar y hora en que se come durante las cuatro comidas principales del día (Saldaña, Sánchez Carracedo & García, 1994). También se deben registrar allí conductas de picoteo, alimentos introducidos entre comidas, atracones. Si se trata de pacientes que presentan conductas compensatorias inadecuadas, esto debe registrarse también en este instrumento.

Saldaña, Sánchez Carracedo & García (1994) señalan que la aplicación lleva unos minutos por parte del paciente luego de cada ingesta. La corrección e interpretación se realizara con el equipo de profesionales interviniente en forma conjunta con el consultante en función de los objetivos del tratamiento. Este instrumento reviste de uso durante el periodo de evaluación y en el tratamiento propiamente dicho. Es muy importante que se lleve a cabo su registro durante más de una semana, ya que puede diferir la alimentación en un día hábil, uno laborable o un feriado.

6. Escalas de Percepción Familiar

Rodríguez Ceberio (2006) describió a la familia como una matriz de intercambio, se postula en uno de los pilares primordiales de la vida psíquica de las personas y base de la constitución de un modelo relacional que permite crear otras relaciones, desde las laborales, de amistad, pareja, hasta la arquitectura de una nueva familia. A la vez el autor expuso que los nuevos paradigmas de conocimiento, no consienten analizarla como un aditamento de dispositivos individuales sino como un todo organizado, un sistema regulado en el cual todas las partes tienen su valor en el funcionamiento. Las funciones que desenvuelven cada uno de sus miembros,

ocasionan lo que Rodríguez Ceberio define como un acople estructural del que resulta la funcionalidad o disfuncionalidad del sistema, posibilitando repensar conductas sintomáticas a la luz del sistema y no hacer foco en el individuo en sus dispositivos intrapsíquicos individuales.

En este sentido se incluye esta apartado que a través de la Escala de Clima Social en la Familia presenta relevancia en las herramientas de evaluación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

6.1 Escala de Clima Social en la Familia (FES)

Su nombre original es The Social Climate Scales: Family Environment Scale (FES) y fue diseñada en 1974 por Moos & Trickett. Cuenta con una validación en España desarrollada por Seisdedos, Cruz & Cordero (1984).

Si bien no se trata de instrumento exclusivo de utilización para los trastornos de la Conducta Alimentaria diversos autores han descriptos factores familiares protectores y otros contrarios como los de vulnerabilidad familiar en pacientes con estas problemáticas. Mara Selvini Palazzoli, psiquiatra italiana, en 1963 estudió el incremento de pacientes con anorexia tras la segunda guerra mundial. Atribuyó el desarrollo de este trastorno a la emergencia de una sociedad opulenta con una tendencia de las familias de clase social media dirigida hacia los hijos. La autora expuso que la anorexia es más frecuente en mujeres que en varones, pues a pesar de una posible independencia, éstas siguen estando sujetas a mucho más control familiar que los chicos (en Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1999; Farrera ,2009). Losada (2009) señaló que los pacientes con diagnósticos de Bulimia y la Anorexia Nerviosa muestran la necesidad de completar los mandatos de sus padres, aún aquellos que son implícitos, e incluso aquellos que incluyen silencios y secretos y provienen de familias con altos niveles de exigencia, sobre todo hacia esta hija en particular.

Un clima social propicio despliega efectos positivos sobre el ajuste psicológico (Kuperminc, Leadbeater & Blatt, 2001, Roeser & Eccles, 1998). La Escala de Clima Social en la Familia muestra las características socio ambientales de la familia, evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica. Contiene 90 elementos, agrupados en 10 subescalas: cohesión, expresión, conflicto, autonomía, actuación, intelectual-cultural, social-recreativa, moralidad-religiosidad, organización y control. A la vez estas escalas conformas tres dimensiones, a saber: relaciones, desarrollo y estabilidad.

La dimensión de las relaciones evalúa las posibilidades de expresión y comunicación libre dentro de la familia y el grado de interrelación conflictiva. Se compone de las subescalas de cohesión, expresión y conflicto.

En función del desarrollo y la importancia que el grupo familiar otorga a este aspecto de vital importancia para la familia en sí y para cada uno de sus miembros se constituye el conjuntos de ítems que aúna a las subescalas de autonomía, actuación, intelectual-cultural, social-recreativa, moralidad-religiosidad.

Las subescalas de organización y control conforman la dimensión de estabilidad. En este aspecto se incluyen la estructura y organización familiar, y el grado de control de algunos de los miembros por sobre otros integrantes y su percepción al respecto.

Esta Escala tuvo varias aplicaciones destacándose la desarrollada en México, donde los investigadores obtuvieron un alfa total de Cronbach de .78 y el análisis factorial encontró los mismos factores que la escala original (Ayala, Fulgencio, Chaparro & Pedroza, 2000).

7. Evaluación de Presencia de Abuso Sexual Infantil

7.1 Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil y Patologías Alimentarias

Se ha asociado el ASI con las patologías alimentarias en general, en mayor grado con la Bulimia Nerviosa específicamente y, en menor proporción, con la Anorexia nerviosa. (Goldfarb, 1987; Coovert, Kinder & Thompson, 1989; Smolak, Levine & Sullins, 1990; Palmer & Oppenheimer, 1992; Kern & Hastings, 1995; Tobin, Elin & Molteni, 1995; Garfinkel, Kennedy & Kaplan, 1995; Pope & Hudson, 1996; Wonderlich, Harris, R. W. Wilsnack, S. C. &Wilsnack, 1996; Turnbull, Treasure & Troop, 1997; Schmidt, Humfress & Treasure, 1997; Moyer, DiPietro, Berkowitz & Stunkard, 1997; Brown, Dunn, Russell & Thornton, 1999; Edgardh & Ormstad, 2000; Wonderlich & Crosby, 2001; Romans, Gendall, Martin & Mullen, 2001; Leonard, Kao & Steiger, 2003; Claes & Vandereycken, 2007; Perkins, 2008).

El estudio de Losada (2011) contemplo la evaluación 2076 historias clínicas, es decir el total de los pacientes asistidos en forma ambulatoria y en la modalidad de hospital de día en el Instituto Argentino de Trastornos de la Alimentación durante el término de diez años, entre el año 1.999 y 2009. Del total de los casos la muestra se compuso de 1895 mujeres (91,3%) y 181 varones (8,7%). La población de estudio presentó una media de edad de 21,4 años en varones y 20,8 años en mujeres. De las 2076 historias se halló que 1507, es decir el 72,6% de los casos, sufrieron Abuso Sexual Infantil (ASI). En algunas de las historias clínicas esto se manifestaba en las primeras entrevistas, en otras con el correr del tratamiento surgían relatos de episodios abusivos. En dos historias clínicas constaban cartas dirigidas al terapeuta describiendo el abuso sexual infantil. En otro caso, se adjuntaban fotocopias de un diario íntimo que narraba el abuso. También se hallaron relatos de otros episodios de carácter traumático como otros tipos de malos tratos, separaciones de padres o conyugales, robos, que no fueron consignados por exceder con la temática de investigación de ese trabajo._Entre las 1507 historias clínicas que contenían descripciones de episodios de abuso sexual infantil, se releyeron ubicando si esos pacientes habían atravesado las etapas del síndrome de acomodación: el secreto, el desamparo, el entrampamiento y la acomodación, la revelación tardía no convincente y la retracción (Summit, 1997). En esta relectura se observó la presencia o ausencia

de aquellas palabras y descripciones características de los diferentes estadios del síndrome. En 1505 casos se hallaron relatos que revelaban el surcado por las cinco categorías que conforman el Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil. Estas 1505 historias clínicas conformaron el síndrome de acomodación conformando el 72,5 % de los consultantes, mientras que 1507 relataron episodios abusivos es decir el 72,6%. En las dos historias clínicas que se hallaron abuso sexual infantil y no el síndrome, contenían datos escasos como para detectarlo y se trató de dos pacientes mujeres que abandonaron el tratamiento en un caso al mes y, en el otro, a los tres meses de iniciado el mismo. Estas dos pacientes presentaban un diagnóstico de anorexia nerviosa. El abuso sexual se establece como una intrusión de territorio, una negación de la presencia del niño como tal, una carencia de sus derechos, concedido a la víctima en sentimiento de extrañeza en su propio como cuerpo. Se produce una pérdida de los límites interindividuales y un atrapamiento en una relación. El aporte innovador de esta investigación es la relación entre el síndrome de acomodación abuso sexual infantil con los trastornos de la conducta alimentaria, ya que los trabajos anteriores relacionaban abuso sexual y patologías alimentarias. Los pacientes que atravesaron el síndrome de acomodación rechazan su propio cuerpo, el mismo que fue vulnerado a través del abuso y que ahora es rechazado, criticado y expuesto a una mala nutrición.

Capítulo IV. Discusión

La prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria da cuenta de la gravedad e importancia del estudio de estas afecciones.

Estos desordenes acompañan la historia del hombre mismo mostrando su malestar, expresando sus dificultades de adaptación al medio, e incluso la sobre adaptación a éste.

La complejidad de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, refiere al abordaje del tratamiento, como así también al diagnóstico y detección en sí mismos. En tal sentido se han descripto los diversos instrumentos que se han considerado valiosos para su detección. Añadiendo que el desarrollo del presente texto puede permitir al clínico la supervisión de su propio trabajo en el tratamiento de estos pacientes aplicándolos al inicio, en el transcurso e incluso al final de la terapéutica. A la vez el investigador en el tema cuenta en este proceso teórico con elementos para detectar sujetos con patologías alimentarias en poblaciones generales.

El vasto abanico de complejidad en el que se hallan tantos la Anorexia Nerviosa, como la Bulimia y los Trastornos Alimentarios No Especificados hacen que el especialista deba continuar su formación y especialización en forma continua, obteniendo incertidumbre ante un caso nuevo a pesar de cuanta experiencia guarde el profesional en el tema. Esto da cuenta de la necesidad de abordar la problemática desde la interdisciplinariedad.

A la vez también implica un compromiso de la comunidad científica devolver estos jóvenes a un espacio social saludable, logrando una inserción plena. Para ello las familias cuentan con recursos invaluables, aún cuando la trama familiar se encuentre afectada. El equipo profesional debe ofrecer recursos de fortalecimiento al paciente, a su familia, a docentes y compañeros. Mahoney (2005) en relación a

cómo hacer psicoterapia refirió el arte de cómo aplicar la ciencia del cambio a la compleja tarea de ayudar a las personas a desarrollar nuevos significados en sus vidas. De esto se trata nuestro quehacer con quienes padecen estas problemáticas: dar sentido a sus vidas. Y en el marco de estos nuevos significados, con seguridad no hay espacio para las patologías alimentarias.

Capítulo V. Referencias

Álvarez, G. L., Mancilla J. M. y Vázquez, R. (2000). Propiedades psicométricas del test de bulimia (BULIT). *Psicología Contemporánea,* 7(1), 74-85.

Álvarez, G., Vázquez, A. R., Mancilla, J.M. y Gómez, G. (2002). Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. Revista Mexicana de Psicología, 19, 147-156.

Anstine, D. y Grinenko, D. (2000). Rapid screening for disordered eating in college-aged females in the primary care setting. *Journal* of *Adolescent Health*, 26, 338-342.

APA. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders . Washington D.C.

APA. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 th , ed., text rev.). Washington D.C.

Ayala, V. H., Fulgencio, J. M., Chaparro, C. A. y Pedroza, C. F. (2000). Resultados preliminares del proyecto estudio longitudinal del desarrollo de la conducta agresiva en niños y su relación con el establecimiento de conducta antisocial en la adolescencia. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta,* 26 (1) 65-89.

Ayuso, J. L., Ponce de León H. C. y Gual, P. (1998). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Psiquiatría en atención primaria.

Bell, C., Kirkpatrick, W. y Rinn, R .C. (1986). Body image of anorexic, obese and normal females. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 431-439.

Brown, L., Dunn, S., Russell, J. y Thornton, C. (1999*).* Dissociation, abuse and the eating disorders: evidence from an Australian population. *Journal of Psychiatry*, 33 (4), 521-528.

Brownell, K. D. y Fairburn, C. G. (1995) *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York: Guiford Press.

Bruch, H. (1982). Anorexia Nervosa: therapy and theory. American Journal of Psychiatry 139, 1531-1538.

Carranza, M. (1994). *Hacia una educación del cuerpo y con el cuerpo*. Aula de innovación educativa

Carrera Guermeur, O. (2007). Apego y Anorexia Nerviosa: Manipulación de las experiencias tempranas en ratas y desempeño en el procedimiento experimental de Anorexia Basada en la Actividad (tesis de Doctorado) Recuperado el 2 de julio de 2012 de http://dspace.usc.es/bitstream/10347/2298/1/9788497508452_content.pdf

Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the spanish versión. *Psychological Assessment*, 2, 175-190.

Catalán Matamoros, D.J. (2007). Fisioterapia en Salud Mental. Efectividad de una intervención Fisioterapéutica en Trastornos Alimentarios. (Tesis de Doctorado). Recuperado de http://www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/17112072.pdf (02-12-2012)

Celio, A. A., Wilfley, D, E., Crow, S. J., Mitchell, J. y Walsh, B. T. (2004) A comparison of the binge eating scale, questionnaire for eating and weight patterns-revised, and eating disorder examination questionnaire with instructions with the eating disorder examination in the assessment of binge eating disorder and its symptoms. *International Journal* of *Eating Disorders,* 36(4), 434-44.

Claes, L., y Vandereycken, W. (2007). The Self-Injury QuestionnaireTreatment Related (SIQ-TR): Construction, reliability, and validity in a sample of female eating disorder patients. In P.M. Goldfarb (Ed.), *Psychological Tests and Testing Research Trends*. New York: Nova Science Publishers.

Collins, M. E. (1991). Body figure perceptions and preferences among pre-adolescent children. *International Journal of Eating Disorders,* 10 (2), 199-208.

Cooper, Z., Cooper, P. J. y Fairburn, C. G. (1987). The validaty of the Eating Disorder Examination and its subscales. *British Journal* of *Psychiatry*, 154, 807-812.

Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., y Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.

Coovert, D.L.; Kinder, B.N. y Thompson, J.K. (1989). The psychosexual aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 169-180.

Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R. & Marzolo, P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la comuna de Concepción, Chile. Psykhe, 17 (1), 81-90.

De Irala, J., Cano Prous, A., Lahortiga Ramos, F., Gual García, P., Martínez González, M. A. y Cervera Enguix S., (2008). Validación del cuestionario Eating attitudes Test (EAT) como prueba de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la población general. *Medicina Clínica*, 130 (13), 487-491.

Edgardh, K. y Ormstad, K. (2000). Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Pediátrica*, 89 (3), 310-319.

Fairburn, C. G., y Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders, 16*, 363-370.

Fairburn, C. G., Welch, S. y Hay, P. (1993). *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.

Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A. & Welch, S.L. (1999). Risk Factors for Anorexia Nervosa: Three Integrated Case-Control Comparisons. *Archives of Generaly Psychiatry*, 56 (5), 468-476.

Fallon, A. E. y Rozin, P. (1985). Sex differences in perception in desirable body shape. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 94, 102-105.

Farrera, S. (2009). *Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de estudiantes de Barcelona*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Barcelona.

Fragale, K.A. (2010). Anorexia: un llamado de amor. (Trabajo de integración final de licenciatura). Recuperado de http://www.kennedy.edu.ar/DocsDep29/TFI%20(Trabajos%20Finales%20Integradores)/ANOREXIA,%20%E2%80%9CUn%20llamado%20de%20Amor%E2%80%9D.pdf (07-01-2013)

Franco, K., González Dominguez, O. L., Díaz Reséndiz, F. J., López Espinoza, A. Martínez Moreno, A. G. y Aguilera Cervantes, V. (2009). Confiabilidad Y Validez Del Test De Investigación Bulímica De Edimburgo en Mujeres Mexicanas. *Journal of Behavior, Health & Social* , 2 (1) , 17-24.

Furnham, A., y Greaves, N. (1994). Gender and locus of control correlates of body image dissatisfaction. *European Journal of Personality*, 8, 183-200.

Gamero Esparza, C. (2002). La insoportable levedad del nuncacomer. Primera parte: Santas y Brujas. [Versión electrónica]. Revista Vivat Academia 36, 1-47. Extraído el 5 Diciembre, 2009 de ttp://wwwz.uah.es/vivatacademia/anteriores/n36/ambiente.htm

García García, E., Vázquez Velazquez, V., López Alvarenga, J. C. y Arcila Martinez, D. (2003). Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorder Inventory en mujeres mexicanas. *Salud Pública Mexicana*, 45, 206-210.

Garfinkel, P., Kennedy S. y Kaplan A. (1995). Views on classification of the eating disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 485-496.

Garfinkel, P. G., Lin, E., Goering, P. , Spegg, C., Goldbloom, D., Kennedy, S., Kaplan, A. y Woodside, B. (1996). Should Amenorrhea be Necessary for a Diagnosis of Anorexia Nervosa. Evidence from A Canadian Community Sample. *British Journal of Psychiatry.* 168, 500-506.

Garner, D. M. (1991). *Eating disorder inventory – 2. Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.

Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicin*e, 9, 273-279.

Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., y Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.

Goldfarb, L. A. (1987). El Antecedente de Abuso Sexual en la Anorexia Nerviosa, la Bulimia y la Ingesta Compulsiva: Presentación de Tres Casos. *International Journal of Eating Disorders*, 6 (5), 675-680.

Góngora, V. & Casullo, M. (2008) conductas y cogniciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en Estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, Fundación AIGLE,* 17, 265-272.

Gormally, J., Black, S., Daston, S. y Rardin, D. (1982) The assesment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors,* 7, 47-55.

Guisado, J. A., y Vaz, F. J. (2001). Aspectos clínicos del trastorno por atracón "binge eating disorder". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 77, 27-32.

Jarne, F. J.R. (2010). Imagen corporal y conductas alimentarias en una muestra de adolescentes de distintas culturas de ceuta. (Tesis de Doctorado). Recuperado de http://hera.ugr.es/tesisugr/18935801.pdf (18-10-2012)

Johnson, W. C., Grieve, F. G., Adams, C. D. y Sandy, J. (1999) Measuring binge eating in adolescents: adolescent and parent versions of the questionnaire of eating and weight patterns. *International Journal* of *Eating Disorders*, 26(3), 301-14.

Henderson, M. y Freeman, A. (1987). Self-rating Scale for Bulimia. The BITE. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.

Kern, J.M. y Hastings, T. (1995). *Los entornos familiares diferenciales de las bulímicas y de las víctimas de abuso sexual infantil*: *Orientado al Logro*. Journal of Clinical Psychology, 51 (4), 499-506.

Kristeller, J. L., Hallett, B. (1999). Effects of a Meditation Based Intervention in the Treatment of Binge Eating. *Journal of Health Psychology*. 4 (3), 357-363.

Kuperminc, G. P., Leadbeater, B. J. y Blatt, S. J. (2001). School social climate and individual differences in vulnerability to psychopathology among middle school students. *Journal of School Psychology, 39* (2), 141-159.

Kustlesic, V., Williamson, D. A., Gleaves, D. H., Barbin, J. M. y Murphy-Eberenz, K. P. (1998). The rewiew for the diagnosis of eating disorders-IV:

Aplication to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Assessment*, 10, 41-48.

Leonard, S., Kao, A. y Steiger, H. (2003). Childhood and adulthood abuse in bulimic and non bulimic women: Prevalences and psychological correlates. *International Journal of Eating Disorders*, 33 (4), 397-405.

Leonardelli, E. (2012). Curso de capacitación EDE. Universidad Católica Argentina. Buenos Aires.

Linares, J. L. (2002). Del abuso y otros desmanes: el maltrato familiar, entre la terapia y el control. Barcelona: Paidós.

López Aguilar, X., Mancilla Díaz, J. M., Vázquez Arévalo, R., Franco Paredes, K., Álvarez Rayón, G. L. Y Ocampo Téllez Girón, M. T. (2011). Propiedades Psicométricas del Cuestionario De Tres Factores de la Alimentación. Revista Mexicana De Trastornos Alimentarios, 2 (1), 24-32.

López Coutiño, Nuño Gutiérrez & Arias Ibáñez (2006). Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia. México: IMSS.

Losada, A. V. (2009). *Nuevos aportes al abuso sexual infantil*. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones.

Losada, A. V. (2011). Abuso sexual infantil y patologías alimentarias [en línea]. Tesis de Doctorado, Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Disponible en: http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/abuso-sexual-infantil-patologias-alimentarias.pdf.

Luce, K. H. y Crowther, J. H. (1999). The reliability of the Eating Disorder Examination-Self-Report Questionnaire Version (EDE-Q). *International Journal* of *Eating Disorders,* 25(3):349-51.

Mahoney, M. J. (2005). *Psicoterapia constructiva: Una guía práctica*. Barcelona: Paidos.

Malina, R. M. y Bouchard C. (1991). *Growth, Maturation and Physical Activity*. Champaign: Human Kinetics Publishers.

Marmo, J. (2011). Los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con los factores de riesgo y estilos parentales percibidos en jóvenes. (Proyecto de tesis doctoral inédito no publicado). Pontificia Universidad Católica Argentina, 2011.

Martín (sin año). Recuperado de https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:_v5zUCl1G_cJ:www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa34/conferencias/Martin.doc+&hl=es&gl=ar&pid=bl&srcid=ADGEESiKY1O1uv7FXFG69MnaSBnFaG7aEZwvh-0yeINJr8o9ih_0ywmTdItJiwFaXRks91BXeO0uya9x3TWckoAfjJAQQznweps9Si2O1u1P-nNdCNLmmkWSDgLiYFAG-qrV4TEjOAvp&sig=AHIEtbQt55FI4goXLsDQddoDMq9c3VxE7g (3 -12-2012)

Martorell, R. (1985). Child growth retardation: a discussion of its causes and of its relationship to health. En: Blaxter, K.L. y Waterlow, J, C. (Ed.). *Nutritional adaptation in man*. (pp. 13-30). Londres: John Libbey.

Mintz, L. B., Mulholland, A. y O´Halloran, S. (1997). Questionnaire for eating disorder diagnoses: reliability and validity of operationalizing DSM-IV

criteria into a self-report format. *Journal* of *Counseling Psychology*, 44, 63-79.

Mintz, L. B. y O´Halloran, M. S. (2000). The eating attitudes test: validation with DSM-IV eating disorder criteria. *Journal of Personality Assessment*, 74, 489-503.

Mintz, L. B., O'Halloran, M. S., Mulholland, A. M., y Schneider, P. A. (1997). Questionnaire for Eating Disorder Diagnoses: Reliability and validity of operationalizing DSM-IV criteria into a self-report format. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 63-79.

Minuchin, S., Rosman, B. & Baker, L. (1989). *Familias psicosomáticas: anorexia nerviosa en contexto*. Barcelona: Gedisa.

Moyer, D. M., DiPietro, L., Berkowitz, R. I. y Stunkard, A. J. (1997), Childhood sexual abuse and precursors of binge eating in an adolescent female population. *International Journal of Eating Disorders,* 21 (1), 23-30.

Moos, R. H. y Trickett, E. J. (1974). *Classroom environment scale manual*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

Mora, M. y Raich, R. M. (1993). Prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en poblaciones con trastorno alimentario. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 20 (3), 113-135.

Morgan, H. G. y Hayward, A. E. (1988). Clinical assessment of anorexia nervosa. The Morgan-Russell Outcome Assessment Schedule. *British Journal of Psychiatry,* 152, 367-371.

Morgan J., Reid, F. y Lacey, H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, 319, 1467-1468.

Neziroglu, R, y Yaryura-Tobias, J.A. (1997). A review of cognitive behavioral and pharmacological treatment of body dysmorphic disorder. *Behavior Modification*, 21, 324-340.

Organización Mundial de la Salud (1997).*Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO consultation on obesity. Ginebra: OMS, 3-5. Division of Noncommunicable Diseases, Programme of Nutrition, Family and Reproductive Health.

Ortíz Montcada, M. D. C. & Álvarez Dardet Díaz, C. (2010). Informe de la epidemiología de la obesidad y las políticas públicas para su prevención. Observatorio de obesidad. Recuperado de http://www.ua.es/webs/opps/docs/informes/INFORME_DE_EPIDEMIOLOGIA_Y_POLITICA_DE_OBESIDAD_OPPS.pdf (4-12-2012)

Palmer, R.L. y Oppenheimer, R. (1992). The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population. *International Journal of Eating Disorders*, 12 (4), 359-364.

Paniagua, R. S. & García, C. S. (2003). Signos de alerta del Trastorno Alimentario, Depresión, del aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes de Cantabria. *Revista Española de Salud Pública*, 77 (3), 411-422.

Perkins, C. (2008). Sexual abuse and bulimia berviosa. *Primary Psychiatry*, 15 (6), 21-21.

Perry L., Morgan, J., Reid, F., Brunton, J., O'Brien, A. ,Luck, A. y Lacey, H. (2002) . Screening for symptoms of eating disorders: Reliability of the SCOFF screening tool with written compared to oral delivery. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 466-72.

Perugi, G., Giannotti, D., Frare, R., Di Vaio, S., Valori, E., Maggi, L., Cassano, G.B., y Akiskal, H. S. (1997). Prevalence, phenomenology and comorbidity of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia) in a clinical population. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1, 77-82.

Phillips, K. A., McElroy, S. L., Kock, R. E., Pope, H. G., y Hudson, J. I. (1993). Body dysmorphic disorder: 30 cases of ima-Tratamiento del trastorno dismórfico corporal 43 gined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 150, 302-308.

Pope Jr., H. G. y Hudson, J. (1996). Recovered memory; therapy for eating disorders: implications of the Ramona verdict. *International Journal of Eating Disorders*, 19 (2), 139-145.

Raich, M. (1994). *Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimentarios*. Madrid: Pirámide.

Raich, R. (2000). *Imagen Corporal. Conocer y Valorar el Propio Cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Raich, R. M., Mora, M., Sánchez Carracedo, D., y Torras, J. (2000). Adaptación y calidad psicométrica de la entrevista EDE (Eating Disorder Examination) para la evaluación de los trastornos alimentarios en población universitaria. *Asociación para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (AETCA)*, 1, 3-5.

Raich, R. M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. y Zapater, I. (1996). Adaptación de un Instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7 (1), 51 - 66.

Raich, R. M., Torras, J., y Mora, M. (1997). Análisis de las variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología*, 5, 55-70.

Rivas, T., Bersabé, R. y Castro, S. (2001). Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes de Málaga (España). *Salud Mental*, 24 (2), 25- 31.

Rivas, T., Bersabé, R., Jiménez, M. y Berrocal, C. (2010) The Eating Attitudes Test (EAT-26): Reliability and Validity in Spanish Female Samples. *The Spanish Journal of Psychology*, 13 (2), 1044-1056.

Robles, M. E., Oberst, U. E. Sánchez Planell, L. y Chamarro, A. (2006). Adaptación transcultural al castellano de la Eating Disorder Examination. *Medicina Clínica*, 127, 734-735.

Rodríguez Ceberio, M. (2006). Vejas y nuevas famílias: La transición hacia nuevas estructuras familiares. *Interpsiquis*. Recuperado: http//:www.psiquiatria.com.

Roeser, R. W. y Eccles, J. S. (1998). Adolescents perceptions of middle school: relation to longitudinal changes in academic and psychological adjustment. *Journal of Research on Adolescence, 8,* 123-158.

Romans, S. E., Gendall, K. A., Martin, J. L. y Mullen, P. E. (2001). Child sexual abuse and later disordered eating: a New Zealand epidemiological study, *International Journal of Eating Disorders*, 29 (4), 380-392.

Rosen, J.C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2,143-166.

Rosen, J.C, Gado, S., Silberg, S., Srebnik, D., y Wendt, S. (1990). Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance. *Behavior Therapy*, 21, 481-498.

Rosen, J.C, y Reitter, J. (1996). Development of the body dysmorphic disorder examination. *Behavior Research and Therapy*, 34, 755-766.

Rueda, G. E., Díaz, L. A., Ortiz, D., Pinzón, C., Rodríguez, J, y Cadena, L. P. (2005). Validación del cuestionario SCOFF para cribado de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. *Atención Primaria*, 35, 89-94.

Ruiz Martinez, A. O. , Vázquez Arévalo, R. ,Mancilla Díaz, J. M., López Aguilar, X. , Álvarez Rayón, G. L. y Tena Suck, A. (2010) Family Functioning in the Risk and Protection of the Eating Disorders. *Universitas Psychologica,* 9 (2) , 447-455.

Rutsztein, G., Armatta, A., Casquet, A., Leonardelli, E., López, P.; Marola, M.E., Moiseeff, C., Murawski, B. y Redondo, G. (2006). Body image and eating disorders in ballet students. Póster presentado en International Conference on Eating Disorders Barcelona, España.

Rutsztein, G., Maglio, A., Scappatura, M. L., Murawski, B., Leonardelli, E., Arana, F., Armatta, A. M., Diez, M., Elizathe, L., Lievendag, L., Sarudiansky, M. y Torres, A. (2009). La insatisfacciónconcon la imagen corporal y su relación con los trastornos alimentarios. XXXII Congreso Interamericano de Psicología, Ciudad de Guatemala, Guatemala.

Rutsztein, G., Murawski, B., Elizathe, L. & Scappatura, M. (2010). Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios,* (1) 48-61

Saldaña, C. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno del comportamiento alimentario. En Pérez, M. Fernández, J. M., Fernández, C., y Amigo, I. (Ed.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* (pp. 141-160). Madrid: Pirámide.

Saldaña, C. y Rosell, R. (1998). *Obesidad*. Barcelona: Martínez Roca.

Saldaña, C., Sánchez Carracedo, D. y García, E. (1994). La Obesidad y sus problemas: marco conceptual y factores implicados. En Graña, J.L. (Ed). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento.* Madrid: Debate.

Saldaña, C. y Tómas, I. (1999). Importancia de la alimentación en la Obesidad. *Anuario de Psicología*, 30 (2), 117-130.

Sánchez Carracedo, D., Raich, R. M., Figueras, M., Torras, J. y Mora, M. (1999) Adaptación Preliminar del Cuestionario de Alimentación de Stunkard y Messick (Three Factor Eating Questionnaire) con Una Muestra Española Universitaria. *Psicología Conductual*, 7 (3), 393-416.

Shilder, P. (1950): *The image and appearance of the human body*. N.York, International Universities Press.

Shilder P. (1989) *Imagen y apariencia del cuerpo humano,* Bs.As, Edit. Paidós.

Schmidt, U., Humfress, H. y Treasure, J. (1997). The role of general family environment and sexual and physical abuse in the origins of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 5 (3), 184-207.

Seisdedos, N., Cruz, V. y Cordero, A. (1984). *Escala de Clima Social en la Familia.* Madrid: TEA.

Selvini Palazzoli M. (1988). The anorectic process in the family: a six stage model as a guide for individual therapy. *Family Process*, 27 (2) 129-148.

Selvini Palazzoli, M., Cirillo S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas.* Barcelona: Paidós.

Selvini Palazzoli, M. (2008). The Rituals of Anorexia Nervosa. Recuperado el 7 de Julio de 2012 de http://www.ralphmag.org/palazzoli.html

Sepúlveda, A., Botella, J. & León, J. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. Psicothema, 13 (1), 7-16

Silverman, J. (1997). *History of anorexia Nervosa. En Bownwell*, K y Fairburn, C. Eating disorders and Obesity. A comprehensive Handbook. (pp. 141-144) London: The Guilford Press

Smith, M. C. y Thelen M. H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 21, 167-179.

Smolak, L., Levine, M. P. y Sullins, E. (1990*).* Are child sexual experiences related to eating disordered attitudes and behaviors in a college sample?. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (2), 167-178.

Spitzer, R.L., Devlin, M., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J. y Nonas, C. (1992).Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *Intemational Journal of Eating Disorders,* 11, 191-203.

Spitzer, R. L., Yanovsky, S. Z. y Marcus M. D. (1993). *The Questionnaire on Eating and Weight pattern-revised (QEWP-R).* New York: New York State Psychiatric Institute.

Spitzer, R.L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J., Hasin, D. y Home, R. L. (1993) Binge eating disorders: Its further validation in a multisite study. *lnternational Journal of eating Disorders*, 13, 137-153.

Stunkard, A. y Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 71-83.

Stunkard, A. J., Sorensen, T. y Schlusinger, F. (1983). Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. En: Kety, S.S., Rowland, L.P., Sidman, R.L., Matthysse, S.W. (Ed.). *Genetics of neurologic and phychictric disordens*. (pp. 115-120). New York: Raven Press.

Sullivan, P. F. (1995) Mortality in anorexia nervosa. *American Journal Psychiatry*, 152, 1073-1074.

Summit, R. (1983). The child sexual abuse acomodation syndrome. *Child abuse & Neglet*, 7, 177-193.

Thelen, M. H., Farmer, J., Wonderlich, D. y Smith, M. (1991). A revision of the bulimia test: the BULIT-R. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 119-124.

Thompson, M. A., y Gray, J. J. (1995).Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of Personality Assessment*, 64 (2), 258-269.

Thompson, J. K., y Tantleff, S. (1992). Female and male rating of upper torso: actual, ideal, and stereotypical conceptions. *Journal of Social Behavior and Personality*, 7, 345-354.

Timmerman, G. M. (2007). Binge Eating Scale: Further Assessment of Validity and Reliability. *Journal of Applied Biobehavioral Research,* 4 (1) 1-12.

Tobin, D.L., Elin, M.R. y Molteni, A.L. (1995). Early trauma, dissociation, and late onset in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders,* 17 (3), 305-308.

Toro Trallero, J. y Castro Fornielles, J. (2000) Trastornos del comportamiento alimentario. En Miján de la Torre, A. (Ed.), *Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria. (pp.* 215-224).Barcelona: Glosa.

Turnbull, S. J., Treasure, J. L. y Troop, N. A. (1997). The prevalence of post traumatic stress disorder and its relation to childhood adversity in subjects with eating disorders. *European Eating Disorders Review* 5(4), 270-277.

Turón, V. (1997). *Trastornos de la alimentación*. Barcelona: Masson.

Williamson, D. A. (1990). *Assessment of Eating Disorders: Obesity, Anorexia and Bulimia Nervosa*. Nueva York: Pergamon.

Williamson, D. A., Davis, C. J., Bennett, S. M., Goreczny, A. J., y Gleaves, D. H. (1989). Development of a simple procedure for assessing body image disturbances. *Behavioral Assessment*, 11, 433-446.

Williamson, D.A., Davis, C.J., Duchmann, E.G., McKenzie, S.J., y Watkins, P. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia, and bulimia nervosa.* Nueva York: Pergamon.

Wonderlich, S. A. y Crosby, R. (2001). Sexual abuse and disorders of the food conduct in children. *International Journal of Eating Disorders*, 29 (3), 270-279.

Wonderlich, S. A., Harris, T. R., Wilsnack, R. W. y Wilsnack, S. C. (1996) Childhood sexual abuse and bulimic behavior in a nationally representative sample. *American Journal of Public Health*, 86 (8), 1082-1086.