



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**LAS TEORÍAS IMPLÍCITAS DE LOS ADOLESCENTES SOBRE LAS CAUSAS Y CURAS DE
LA OBESIDAD Y LA ANOREXIA**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

DANIELA LUNA MEZA

DIRECTOR: DR. RIGOBERTO LEÓN SÁNCHEZ

REVISORA: DRA. ZURAYA MONROY NASR

JURADO: MTRO. JORGE MOLINA AVILÉS

DR. GERMÁN ÁLVAREZ DÍAZ DE LEÓN

DRA. KIRARESET BARRERA GARCÍA

Ciudad Universitaria, CDMX. Marzo 2018

Investigación realizada gracias al Programa UNAM-DGAPA-PAPIIT «IN402515».



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

	Páginas
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO I Los trastornos alimentarios.....	5
1.1 ¿Qué es un trastorno alimentario?.....	5
1.1.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	5
1.1.2 Desencadenantes de los TCA.....	6
1.1.2.1 Factores genéticos.....	7
1.1.2.2 Factores socioculturales.....	8
1.1.2.3 Eventos estresantes.....	10
1.1.2.4 Factores Psicológicos.....	10
1.1.2.5 Medios de comunicación.....	11
1.1.2.6 Imagen Corporal.....	13
1.1.2.7 Complicaciones Fisiológicas.....	14
1.1.3 Anorexia.....	15
1.1.3.1 Comorbilidad.....	19
1.1.4 Obesidad.....	21
1.1.4.1 Genética de la obesidad.....	22
CAPÍTULO II Las teorías implícitas sobre las causas y curas de la obesidad y la anorexia.....	23
2.1 Las representaciones implícitas de la anorexia y la obesidad.....	23
2.2 Las teorías implícitas de la anorexia y obesidad.....	24
2.3 Estigmatización de la anorexia y obesidad.....	28
CAPÍTULO III Estudios.....	33
3.1 Planteamiento del problema.....	33
3.1.1 Objetivo.....	33
3.1.2 Hipótesis.....	33
3.1.3 Procedimiento.....	34
3.2 Estudio 1.....	34
3.2.1 Método.....	34
3.2.1.1 Participantes.....	34
3.2.1.2 Instrumentos.....	35
3.2.1.3 Procedimiento.....	35
3.2.2 Resultados.....	35
3.2.2.1 Causas de la anorexia.....	35
3.2.2.2 Causas de la obesidad.....	36
3.2.2.3 Cura de la anorexia.....	37
3.2.2.4 Cura de la obesidad.....	38
3.3 Estudio 2.....	40

3.3.1 Método.....	40
3.3.1.1 Participantes.....	40
3.3.1.2 Instrumentos.....	40
3.3.1.3 Procedimiento.....	40
3.3.2 Resultados.....	41
3.3.2.1 Causas de la anorexia.....	41
3.3.2.2 Causas de la obesidad.....	41
3.3.2.3 Cura de la anorexia.....	42
3.3.2.4 Cura de la obesidad	43
3.3.2.5 Comparación causas anorexia y obesidad.	43
3.3.2.6 Comparación curas anorexia y obesidad...	44
 CAPÍTULO IV	
Discusión y conclusiones.....	46
 REFERENCIAS	50
 ANEXOS	59

INTRODUCCIÓN

El aumento tanto en la literatura científica como en los medios de comunicación sobre los trastornos alimentarios (especialmente la anorexia y obesidad) dan fe del creciente interés en este tema. La anorexia nerviosa y la obesidad tienen muchas cosas en común. No solo la prevalencia de ambos está incrementando, sino que tienen riesgos específicos para la salud.

El presente trabajo examina algunas teorías implícitas que sostienen las personas acerca de las causas y curas tanto de la anorexia como de la obesidad. Sean estas causas la familia, la presión social, los medios de comunicación o la genética.

Como parte del trabajo de investigación, se realizó la traducción del instrumento de Furnham y Manning (1997), el cual está compuesto por 108 preguntas organizadas en cuatro partes que implican diferentes hábitos alimentarios. Cada una de las cuatro partes contiene 27 ítems, con una escala Likert de siete puntos (7 = de acuerdo, 1 = en desacuerdo) con una opción adicional para las respuestas de "no sé. Posteriormente se realizó una revisión por parte de dos especialistas en el tema para corroborar el sentido de los enunciados y su claridad. En primera estancia, dicho instrumento se aplicó a una población universitaria (Estudio 1) para realizar un análisis de confiabilidad y con ello poder completar una versión más corta (85 ítems) para ser aplicada a alumnos de secundaria (Estudio 2).

Ambos grupos se eligieron con el fin de examinar no solo sus teorías implícitas sobre las causas de la anorexia y la obesidad sino también si éstas cambiaban o no respecto del género (ser hombre o mujer), la edad y el grado escolar. Los resultados obtenidos en el presente trabajo guardan cierta similitud con los resultados obtenidos por Furnham y Manning (1997); a saber, los participantes atendieron más a las causas centradas en la "presión social", mientras que las declaraciones relativas a la familia fueron más comúnmente rechazadas.

CAPÍTULO I

Los trastornos alimentarios

1.1 *¿Qué es un trastorno alimentario?*

Un trastorno hace referencia a un conjunto de síntomas, conductas de riesgo y signos que puede presentarse en diferentes entidades clínicas y con distintos niveles de severidad; no se refiere a un síntoma aislado ni a una entidad específica establecida (Secretaría de Salud, 2004). Los trastornos alimentarios se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura, ritmo de vida, etcétera. Estos trastornos pueden desarrollarse a través de la combinación de condiciones psicológicas, interpersonales y sociales, sentimientos inadecuados, depresión, ansiedad, soledad, así como problemas familiares y de relaciones personales. Asimismo, la idealización obsesiva de nuestra cultura por la delgadez y el “cuerpo perfecto”, también es un factor contribuyente a los trastornos alimentarios.

1.1.1 *Trastornos de la conducta alimentaria*

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) han tenido diferentes denominaciones a lo largo del tiempo como son trastornos del apetito, patología del peso o trastornos de conducta alimentaria. Estos trastornos alimentarios se presentan principalmente en adolescentes, iniciando a los 12 y con una frecuencia que suele aumentar entre los 12 y 17 años. Con todo, se ha observado su aparición en edades cada vez más tempranas. Por género, quienes padecen estos trastornos, entre el 90-95%, son mujeres. De acuerdo con la etiología, el desencadenamiento de estos trastornos está relacionado con una baja autoestima, perfeccionismo y conflictos interpersonales. Rastam y Gillberg (1992) encontraron que un exceso de eventos estresantes presentes durante tres meses puede influir en la aparición de los TCA, los cuales a su vez pueden afectar las relaciones entre los familiares y amigos. Con todo, la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria es

aún enigmática y, considerando su diversidad y complejidad, numerosas teorías concuerdan en que es multicausal, pues ningún factor aislado puede explicarlos en su totalidad, por lo cual deben ser tomados en cuenta los factores biológicos, individuales, familiares y socioculturales (Garrido & García, 2011; Peláez, Raich & Labrador, 2010; Smink, Hoeken & Hoek, 2012).

Asimismo, algunos desencadenantes de la anorexia nerviosa en los adolescentes son los conflictos, así como las separaciones familiares, cambios de escuelas y el aumento de la presión académica. La aparición de una anorexia tardía parece deberse más bien a factores estresantes, conflictos familiares, pérdidas y enfermedades médicas. De manera específica, el inicio de la bulimia nerviosa puede estar asociado con pérdidas, así como separaciones afectivas, problemas interpersonales con la familia y amigos, y problemas de salud. Además de los desencadenantes anteriormente mencionados existen factores de riesgo que pueden desencadenar estos trastornos como son las conductas de dieta, la internalización de la delgadez, el evitar alimentos engordantes y la insatisfacción de la imagen corporal (Behar, 2010c; Behar, Barahona, Iglesias & Casanova, 2007).

1.1.2 *Desencadenantes de los TCA*

La anorexia nerviosa ha surgido como el trastorno alimentario predominante desde los años 80. Algunos factores contribuyentes parecen ser necesarios para la aparición de trastornos alimentarios: socioculturales (por ejemplo, influencias de los medios e influencias de los compañeros), factores familiares (por ejemplo, enredado y crítica), afecto negativo, baja autoestima e insatisfacción corporal. Los trastornos alimenticios pueden representar una manera de afrontar problemas de identidad y control personal (Polivy & Herman 2002).

Las formas extremas de auto-inanición se pueden rastrear a través del tiempo y el lugar, y se puede interpretar usando una variedad de modelos explicativos. Curiosamente, la definición biomédica predominante de la anorexia nerviosa ha asignado la primacía al uso exclusivo de 'fobia a la grasa' por los sujetos afectados para justificar su consumo de alimentos disminuido (Lee, 1995)

El papel de la cultura en la anorexia nerviosa (AN), una condición que se caracteriza por la negación de alimentos, marcada pérdida de peso y amenorrea en mujeres jóvenes, ha continuado despertando el interés de teóricos e investigadores. Al ser complejo, la etiología es singularmente susceptible a una amplia gama de teorizaciones tales como los modelos biológicos, psicoanalíticos, psicodinámicos, familiares, feministas, históricos, ascéticos, capitalistas y evolutivos. Curiosamente, en la conceptualización moderna biomédica la evasión de alimentos en la AN se atribuye únicamente al intenso temor de grasa que persevera en la cara de la emaciación. Así concebido, las características clínicas esenciales de la AN, tal y como se representa por el DSM-III-R, incluyen: mantenimiento rígido de un bajo peso corporal; un temor intenso de ser obeso, incluso si se tiene bajo peso; alteración en la experiencia de peso corporal, tamaño o forma (por ejemplo, las afirmaciones individuales de sentir grasa incluso cuando está extenuada, o cree que un área del cuerpo es demasiado grasa, incluso cuando no lo sea) y amenorrea en las mujeres (o pérdida de la libido en los varones).

Ligado a los trastornos alimentarios se encuentran las dificultades para establecer relaciones interpersonales mientras que las relaciones con los pares van disminuyendo conforme avanza el trastorno, ya que se reducen los contactos físicos y se presentan conductas de evitación. El origen de los TCA es multifactorial ya que se encuentran incluidos aspectos genéticos, biológicos, así la personalidad y factores socioculturales, la familia y los medios de comunicación.

1.1.2.1 *Factores genéticos*

Se estima que durante la adolescencia las variaciones genéticas son responsables del 50% al 85% de los factores de riesgo de los síntomas de TCA y de preocupación con el peso y la forma del cuerpo. Se ha observado que el riesgo genético para los atracones depende del género y de la heredabilidad de los síntomas de TCA siendo que hay mayor riesgo en las mujeres, ya que éstas presentan mayor inconformidad en comparación con los hombres, esto es otro factor importante para el desarrollo de los TCA es la edad (Portela de Santana, da Costa, Mora & Raich, 2012). Se ha explicado que, con la activación de las hormonas

ováricas, principalmente del estradiol en el inicio de la pubertad, se puede influir en la predisposición genética de los TCA durante la pubertad. Esto se debe a que el estradiol regula la transcripción de genes entre los neurotransmisores que controlan tanto el apetito como el estado de ánimo, uno de los neurotransmisores encargados de esto es la serotonina.

1.1.2.2 *Factores socioculturales*

A pesar de que existe en los adolescentes una obsesión por conseguir el cuerpo ideal (Moreno & Ortiz, 2009), el medio en el cual se desarrollan impide que esto se logre, por ejemplo, el fácil acceso a los alimentos de bajo costo los cuales son altos en calorías y con un agradable sabor.

Se ha tratado de explicar la forma en que la publicidad, los medios de comunicación, los amigos y familia favorecen la adopción del modelo estético corporal dominante. Los medios de comunicación masiva constituyen el factor sociocultural más potente para el desarrollo de la disconformidad corporal (Carrillo, 2005; Larrín. Arrieta, Orrelana & Zegers, 2013; Rey, 2010). La insatisfacción corporal se presenta de diferentes formas de acuerdo al género ya que el estereotipo de belleza en la sociedad actual varía de acuerdo al sexo, es decir, en las mujeres se demanda un cuerpo más delgado, mientras que en los hombres se muestra un cuerpo más fornido, con musculo y no con grasa, ya que este cuerpo fornido se asocia con la idea de virilidad, así como de atractivo (Portela de Santana et al., 2012; Toro, Nieves & Borrero, 2010; Zubieta, Muratori & Fernández, 2012)

Las presiones socioculturales han promovido un mayor valor a la apariencia corporal, lo cual genera una insatisfacción trayendo como consecuencia comportamientos alimentarios gravemente negativos, sobre todo, para aquellas personas que presentan obesidad o una distorsión de la imagen de su cuerpo. Durante la adolescencia esto se convierte en un factor que genera comportamientos inadecuados para lograr perder peso y dejar de ser víctima de burlas y críticas por parte de las personas que lo rodean. Todo ello genera en algunos adolescentes una baja autoestima, depresión y ansiedad (Behar et al., 2007; Camarillo, Cabada, Gómez & Munguía, 2013; Ruiz-Lazaro, 2010; Toro et al., 2010).

La influencia que ejercen los padres y los amigos suele reforzar las presiones que aprueban la imagen del cuerpo ideal que se ha impuesto en la sociedad en la que vivimos y propician el incremento de problemas relacionados con la alimentación, la figura del cuerpo y las medidas ideales, así mismo se ha observado que los padres son lo que ejercen mayor presión y tienen mayor influencia en los hijos para tener un cuerpo delgado que los amigos y los medios de comunicación. En muchas ocasiones los padres controlan la alimentación y contribuyen al desarrollo de una imagen corporal negativa de sí mismo y genera posteriormente conductas de riesgo para la salud (Cano, 2004; Lucas, 1996).

En las mujeres la presión social también dicta la búsqueda de medidas corporales que sean “ideales” (busto, cintura y cadera), generando así el deseo de estar delgadas pero, al mismo tiempo, ser voluptuosas. Toda esta inconformidad que se genera hacia la propia imagen está caracterizada porque el individuo comienza a negarse a sí mismo y comienza a no aceptar el cuerpo que le corresponde de acuerdo con su edad, sexo, talla. El problema con la imagen corporal está determinado, en gran medida, por la constante preocupación y la constante evaluación de ciertos rasgos de belleza determinados socialmente que quizás no se cumplan (Carrillo, 2005; Larrín et al., 2013; Moreno & Ortiz, 2009).

La insatisfacción corporal que se presenta se ve retroalimentada por el constante estrés al enfrentar situaciones en las cuales se cuestiona el propio cuerpo con el deseo de igualarlo a los modelos ya sea delgados o musculosos que son promovidos por los medios de comunicación, y generando la insatisfacción con el propio cuerpo (Carrillo, 2005). La insatisfacción con la imagen corporal guarda una gran relación no solo con la influencia que ejercen los factores socioculturales, sino también con el índice de masa corporal (IMC) que se tiene; es decir, las personas que muestran sobrepeso reportan mayor influencia de la publicidad a través de aquellos productos, anuncios relacionados con la delgadez y con el control de la obesidad.

1.1.2.3 *Eventos estresantes*

Rastam y Gillberg (1992, como se cita en Behar & Valdés, 2009) encontraron un exceso de situaciones estresantes durante los tres meses que antecedían al comienzo de una anorexia nerviosa. Dichas situaciones tienden a afectar las relaciones con sus familiares y amigos, aunque se presentan mayores conflictos interpersonales en las pacientes bulímicas que en las anoréxicas.

Actualmente, dentro de nuestra sociedad las exigencias profesionales tienen una gran influencia en el desarrollo del deseo de delgadez, por lo cual puede ser un desencadenante de la falta de autoestima. Ya que el estar delgado es un símbolo de triunfo en la mujer y eso le hace obtener resultados positivos, en cambio las mujeres que presentan obesidad son consideradas como personas aburridas, poco interesantes, faltas de motivación y despreocupadas (Behar, 2010a; Díaz, 2007).

1.1.2.4 *Factores psicológicos*

La preocupación por el peso se genera por el deseo de tener un cuerpo ideal, ya sea delgado en el caso de las mujeres o un cuerpo musculoso en los hombres (Carrillo, 2005; Toro et al., 2010). El llegar a internalizar los ideales de belleza llega a ocasionar una profunda insatisfacción corporal y se forjan conductas de TCA cuando no se logra tener el peso deseado. En muchas ocasiones las prácticas que llevan a cabo las personas que sufren TCA son un intento desesperado por regular los efectos negativos abrumadores que aparecen en su vida cotidiana como los problemas emocionales o de identidad, tendiendo a enfocar su atención en el peso, la figura y la comida (Unikel & Caballero, 2010).

Las personas con una baja satisfacción corporal suelen realizar dietas restrictivas y ayunos o, en ocasiones, tienen una ingesta compulsiva seguida de vómitos auto-infligidos, uso de laxantes y diuréticos dado que creen que estos comportamientos tienen beneficios físicos y psicosociales. La restricción de alimentos calóricos en estas personas suele reducir la actividad física tanto en mujeres como en los hombres. La comparación social, la

internalización del ideal de delgadez pueden contribuir a la insatisfacción con la imagen corporal y esto a su vez puede promover la restricción dietética, la baja autoestima y la depresión entre adolescentes, determinando la ocurrencia de los TCA (Portela de Santana, 2012). Tener una baja autoestima se asocia con la imagen negativa del cuerpo ya que se suele comparar el cuerpo con el de otros, además de que tiene una gran influencia la presión social que ejercen las familias y los amigos con respecto a la forma del cuerpo, favoreciendo la aparición de una baja autoestima.

Bruch (1973, como se cita en Unikel & Caballero, (2010) planteó que el origen de ciertos trastornos alimentarios se encontraba en la negativa para comer y el miedo a engordar, así como en la relación madre-hija. Para esta autora, cuando la madre no atiende las necesidades del hijo, sino que responde a sus propias necesidades, no permite que éste desarrolle sus propios estados corporales y la capacidad para ser cuidado, por lo tanto, el niño no aprende a identificar de manera correcta el hambre, ni a distinguirla de otras necesidades corporales o emocionales.

1.1.2.5 *Medios de comunicación*

Los medios de comunicación han presentado a la sociedad, desde hace varios años, el modelo estético corporal ideal, lo cual ha generado en las personas una insatisfacción, esa insatisfacción no solo se ve reforzada por los medios (Díaz, 2007), también los familiares y amigos ejercen una fuerte presión para que el peso corporal sea cuidado (Portela de Santana et al., 2012). La exposición a la publicidad impacta más en las personas de sexo femenino que en los varones, esto se debe a que las personas que presentan ropa de moda, alimentos, autos, etc., son categorizadas como bellas debido a que son mujeres delgadas y jóvenes, siendo estos los atributos incorporados al status de belleza (Carrillo, 2005). Por lo tanto, es posible que entre mayor sea la interiorización de las influencias socioculturales favorecedoras del adelgazamiento, mayor es la insatisfacción que se presenta con la imagen corporal y mayor será la sintomatología de los TCA que se presenten. Así, en el caso de la publicidad, se ha observado que entre mayor contacto tengan las mujeres con la publicidad de productos adelgazantes mayor insatisfacción con su cuerpo. Por lo tanto, no es raro que

comiencen a desarrollar conductas poco saludables, como una fuerte tendencia a la reducción del peso y el moldeamiento de una figura esbelta (Larrín, et al., 2009; Mancilla-Díaz et al., 2010).

Otra forma de influencia de la publicidad es a través de revistas de moda, ya que estas también promueven de forma significativa la delgadez. Las revistas ocupan un lugar relevante en la difusión de los elementos que están relacionados con las dietas o con el culto al cuerpo. La televisión es otro de los medios en los cuales se difunde la imagen de una mujer que no presenta un peso corporal saludable o que es poco común, por lo tanto, las mujeres que presentan una mayor exposición a la televisión suelen interiorizar de forma significativa los ideales de apariencia aproximadamente un año después (Behar, 2010b). La moda influye en el desarrollo de los trastornos alimentarios ya que dicta que es lo que se debe comer, como se debe vestir, como es que se debe de tener ciertas actitudes hacia el mundo. Es importante mencionar que algunas modas son más peligrosas que otras, en este caso, la moda de la delgadez extrema.

En el caso del factor parental, los padres pueden fomentar el aprecio por la delgadez a través de las conversaciones sobre las figuras femeninas delgadas; o cuando las madres interiorizan los mensajes publicitarios sobre la delgadez y empiezan a forjar ese ideal en sus hijas (Ruiz, Vázquez, Mancilla & Trujillo, 2010). Por otro lado, los mensajes que son transmitidos por los medios de comunicación estimulan una disconformidad con el cuerpo si este no se logra ajustar al ideal que ha sido propuesto ello ocasiona que se valore el cuerpo ideal y disminuya la valoración personal (Larrín, 2009; LArrín et al, 2013). Si bien los adolescentes son afectados y presionados por el ideal corporal que es transmitido e incorporado a la sociedad por los medios de comunicación, la influencia que van a tener los medios de comunicación va a depender del nivel de auto-monitoreo de los adolescentes, así como del juicio sobre la belleza corporal personal. Siendo las mujeres quienes presentan un mayor auto-monitoreo por lo que son más susceptibles a la presión cultural que se ejerce con relajación a los ideales de belleza, lo cual puede llegar a generar un nivel de autoestima corporal menor (Carrillo, 2005; Rey, 2010).

Una gran parte de la percepción está mediada por la publicidad y la moda, las cuales marcan qué es lo atractivo, la felicidad y el éxito. Los medios de comunicación que tienen un mayor impacto en las personas son las revistas ya que éstas tienen mayor influencia sobre los adolescentes, y se ha observado que las imágenes que se muestran en este medio son más influyentes que aquellas que son mostradas en la televisión, esto puede deberse al carácter de permanencia facilidad para acceder a ellas. Otro de los medios que llega a favorecer el desarrollo de los trastornos alimentarios es el internet; por ejemplo, a través de sitios web como Pro Ana & Pro Mia (Lladó, González-Soltero & Blanco, 2017; véase también <https://otraprincesaproanaymi amas.wordpress.com/>), espacios en los cuales se pueden encontrar dietas laxantes que pueden ayudar a conseguir el cuerpo ideal, incluso se encuentran consejos para suicidarse sin dolor en el caso de no poder alcanzar el cuerpo perfecto.

1.1.2.6 *Imagen corporal*

La imagen corporal es un factor importante que nos permite comprender algunos aspectos de la personalidad como es la autoestima y el auto-concepto. La imagen corporal no se mantiene estable durante toda la vida de la persona, esta va cambiando con el paso del tiempo, teniendo una mayor importancia durante la niñez y la adolescencia, sobre todo en aquellos que maduran a temprana edad ya que pueden presentar una mayor insatisfacción corporal. (Anuel, Bracho, Brito, Rondón & Sulbarám, 2012). La imagen corporal es definida por Baile (2003, en Contreras et al 2012) como un constructo psicológico complejo que se refiere a como la autopercepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo, así como por las emociones, pensamientos y conductas asociadas. La imagen corporal está formada por tres componentes: el perceptivo, el cognitivo-afectivo y el conductual. El primero hace referencia a la información sobre cómo se percibe el tamaño y la forma del cuerpo; el segundo se refiere a los auto-mensajes, pensamientos y sentimientos, actitudes, valores y creencias sobre el cuerpo. Y el último es la percepción positiva o negativa del cuerpo y los sentimientos de satisfacción e insatisfacción. En resumen, la imagen corporal se refiere a la imagen mental que la persona tiene sobre la apariencia física de su cuerpo. Por lo tanto,

cuando se habla de la insatisfacción corporal se hace referencia a las emociones, pensamientos y actitudes negativas a la apariencia física, esto suele asociarse con trastornos depresivos y a una baja autoestima (Moreno & Ortiz, 2009; Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor & López-Miñarro, 2013; Vellasca, Orejudo & Latorre, 2012).

1.1.2.7 *Complicaciones fisiológicas*

Los problemas alimenticios suelen estar relacionados con conflictos emocionales, por lo que la alimentación la utilizan las personas con estos trastornos como una forma de nutrirse o protegerse, de expresar ira, autocastigarse, calmar dolores insoportables, distanciarse de situaciones que son percibidas como dolorosas e incluso para crear una identidad. Uno de los problemas de salud que se presentan en la anoréxica es la amenorrea y las irregularidades menstruales en el caso de la bulimia, también al inducir el vómito las glándulas salivales se agrandan, se produce pancreatitis, una hemorragia digestiva y se puede llegar a generar un ataque cardíaco (Borrego, 2000). Es decir, la anorexia y la bulimia pueden tener acarrear serias complicaciones cardiovasculares, digestivas, renales, hematológicas, endocrinológicas, óseas, dermatológicas y dentales. Dentro de las enfermedades cardiovasculares se encuentra la hipertensión, bradicardia y arritmias, hay una alteración en el trazo electrocardiográfico, se puede generar una disminución en el tamaño de las cavidades del corazón, falla cardíaca. Entre las complicaciones digestivas puede haber una constipación o diarrea, distensión o molestias abdominales, alteraciones esofágicas, retraso en el vaciado gástrico, disminución de la movilidad gastrointestinal. Cuando aparecen complicaciones renales hay una disminución del filtrado glomerular y de la capacidad de concentración, hay alteraciones hidroeléctricas, hipocalcemia, edemas periféricos, cálculos renales. Complicaciones hematológicas: anemia, leucopenia, trombocitopenia, hipoplasia en la médula ósea (Bermúdez, Machado & García, 2016).

Las complicaciones médicas de los TCA incluyen la desnutrición la cual genera una pérdida excesiva de peso, amenorrea primaria o secundaria, osteopenia y osteoporosis, disminución de volumen cerebral, una intolerancia al frío y que la piel sea escamosa y quebradiza. Asimismo, la mala nutrición puede generar anemia. Los vómitos autoinducidos

tiene como consecuencia el reflujo gastrointestinal, síndrome de Mallory-Weiss, deshidratación, hipopotasemia, alcalosis metabólica, desgaste del esmalte dental, gingivitis, hipertrofia parotídea y xerostomía. El abuso de laxantes también genera consecuencias como la deshidratación, una tolerancia al efecto del laxante, así como acidosis metabólica, mientras que el abuso de diuréticos genera deshidratación, hipopotasemia e hipotensión arterial (Fernández, Grande, Banzo & Félix-Alcántara, 2015).

1.1.3 *Anorexia*

La anorexia se caracteriza por una gran reducción de la ingesta de alimentos indicada para el individuo en relación con su edad, estatura y necesidades vitales. Esta disminución no responde a una falta de apetito, sino a una resistencia a comer, motivada por la preocupación excesiva de subir de peso o por reducirlo (Behar, 2010c). En las sociedades urbanas se establece un modelo ideal tanto para hombres como para mujeres. Por ejemplo, para los hombres ser delgado, fuerte, andrógino, joven, es un ideal. Sin embargo, para alcanzar dicho ideal se requiere de dietas, ejercicio, cirugías y el consumo de ciertos productos (anabólicos, suplementos alimenticios, etc.) (Behar, 2010b; Rey, 2010). Para las mujeres, el ideal es ser eternamente adolescentes pero, al mismo tiempo, aspirar a ser madres. Ser físicamente jóvenes, pero con la experiencia de la madurez, tener un cuerpo esbelto, hermoso y atractivo pero sin dejar de ser inteligentes, hábiles y astutas y ser pasionales pero sin perder el control (Secretaría de Salud, 2004).

A lo largo del tiempo, el ideal de belleza del cuerpo femenino se ha modificado de forma importante, pasando de los cuerpos redondos y curvilíneos a cuerpos rectilíneos y extremadamente delgados. Este tipo de exigencias hacia la forma del cuerpo femenino quizás esté íntimamente relacionado con la anorexia nerviosa la cual es un trastorno que se caracteriza por una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por la persona misma y que aparece con mayor frecuencia en mujeres jóvenes (Cano, 2004; Garrido & García, 2011; Lucas, 1996; Moreno & Ortiz, 2009). Un peligro real para las personas que padecen este trastorno es la desnutrición intensa y que va a traer consigo consecuencias negativas de tipo endocrino y metabólico, así como trastornos funcionales (Fernández et al., 2015).

En los últimos años, la anorexia ha incrementado su prevalencia cada vez más en los grupos de menor edad. Se han observado dos picos de incidencia en torno a la anorexia, el primero se encuentra entre los 14 y 15 años y el segundo entre los 18 y 19 años (Villasca, Orejudo, & Latorre, 2012), pero esto no quiere decir que no aparezca en personas de mayor o menor edad, ya que se han reportado casos de TCA en personas de diversas edades. Dependiendo de la edad en la que se presentan los primeros síntomas de los trastornos, se denomina inicio temprano cuando los síntomas aparecen a los 14 años de edad o antes, también se llama inicio temprano los síntomas tienen lugar antes de la primera menstruación y se llama inicio tardío cuando el comienzo de la sintomatología es posterior a esa edad (Lask et al., 2005, en Villasca, 2012; Rojo et al., 2012).

Dentro de los síntomas que acompañan los TCA se encuentra la distorsión de la percepción, de la forma o tamaño corporal. Gardner y Garfinkel (1981, en Villasca, 2012) hablan sobre dos aspectos relacionados con las alteraciones de la imagen corporal: la distorsión perceptiva de la talla y la alteración cognitivo-afectiva. En los trastornos de la imagen corporal se encuentra la dismorfia corporal la cual se distingue por ser una preocupación obsesiva por alguna parte del cuerpo. Así, sin importar que no exista defecto alguno, la persona adopta una gran variedad de comportamientos como el mirarse al espejo de manera recurrente, realiza actitudes compensatorias o incorpora a su imagen elementos que son ajenos a la persona, este trastorno puede a la realización de conductas inadecuadas como son las cirugías.

En el tema de los trastornos alimentarios una de las variables estudiadas es la de la imagen corporal, la cual se ha asociado frecuentemente con la modificación nociva de los hábitos alimentarios, hasta llegar a constituir un problema de salud (Vaquero-Cristóbal et al., 2013). Se ha sugerido que la alteración de la percepción de la imagen corporal es un síntoma precoz de la presencia de trastornos alimentarios como anorexia y bulimia (Castro-Fornieles, 2015; Lladó et al., 2017; Sánchez, 2001). Baile, Guillén y Garrido (2002) asumen que una alteración de la imagen corporal, o insatisfacción corporal, se ha considerado clave dentro de los posibles factores predisponentes a las distorsiones en la

percepción del tamaño corporal, como un criterio diagnóstico, y ha provocado que se estudie como una variable asociada a los trastornos de la conducta alimentaria

Para Chávez (2004) la imagen corporal representa una construcción social con referentes biológicos, psicológicos, económicos y socioculturales, por lo que espacios culturales diversos dan lugar a patrones estético corporales específicos para cada uno. Por su parte, los medios de comunicación influyen en la existencia de un modelo ideal de belleza establecido y compartido socialmente, lo que se traduce en una presión significativa para los miembros de una sociedad, por la importancia que se concede al atractivo para triunfar en todas las áreas. Unikel (2000) menciona que la insatisfacción corporal, la excesiva preocupación por el peso y los trastornos alimentarios han venido incrementándose de manera consistente en las escuelas. Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz (2002) argumentan que en algunos estudios se ha demostrado que entre más afectado emocionalmente se encuentre un adolescente, menos soportará su apariencia física y por ende será más susceptible a desarrollar trastornos alimentarios.

Montero, Morales y Carbajal (2004) señalaron que la imagen corporal es un buen predictor de los trastornos alimentarios y que los adolescentes tienden a despreciar un cuerpo con sobrepeso debido a que socialmente existe la creencia de que un cuerpo delgado es el ideal; Asimismo, mencionan que el interés por estudiar las alteraciones en la percepción de la imagen corporal es cada vez mayor, en los estudios realizados se ha detectado que múltiples factores biológicos, sociales y culturales modulan esta percepción, sin embargo, todavía no se han desarrollado suficientes métodos objetivos para su valoración y en algunos casos estos factores son difíciles de estimar (Gupta, 2000). Al respecto, Dowson y Hendersen (2001) comentan que la percepción de la imagen corporal se utiliza a menudo como medida de la autoestima y del grado de satisfacción con la propia imagen. Abundando un tanto en el tema de la autoestima, en (Moreno & Ortiz 2009) Aramburu y Guerra (2001) la definen como "una especie de sociómetro que indica el grado en que una persona se percibe como incluida o excluida en el entramado social", de modo que una de las principales funciones que se atribuyen a la autoestima es la protección de la exclusión social, esto es, la manera en que las personas tratan de manejar la impresión que causan a

los demás con estrategias que aseguren su integración social y eviten su exclusión. Para García (1998) la autoestima se refiere a la forma en que las personas se perciben a sí mismas en términos generales, independientemente del aspecto analizado.

Se debe mencionar que la etiología de los TCA es multifactorial, por lo que se deben incluir factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales (Zaragoza, Saucedo & Fernández, 2011). La sociedad y la cultura en la que nos desenvolvemos ejercen una gran influencia sobre las personas y la forma en las que estas se valoran. Los medios de comunicación ejercen un papel importante dentro de la sociedad, ya que estos a través de sus mensajes, publicidad, spots, venden una imagen del cuerpo como una condición para conseguir el éxito y la felicidad (Carrillo, 2005; Larrin, 2009; Larrín et al., 2013).

El papel que juega la familia (Leonidas & dos Santos, 2016) es muy importante y esto se ve en el perfil psicológico de aquellas personas anoréxicas. Se ha observado que las familias de las personas que sufrían TCA exhibían perfeccionismo, reprimían sus emociones y el perfeccionismo hiper-escrupuloso que mostraban los padres hacía que los niños mostraran infantilismo en la toma de decisiones y que estos tuvieran un hipercontrol, además, había una preocupación por la gordura y por la dieta. En algunas ocasiones incluso son las madres quienes generan patologías alimenticias a sus hijas debido a que estas internalizan los mensajes que son transmitidos por los medios de comunicación (Vázquez & Raich, 1997).

La cultura a través del tiempo ha ido creando patrones que cambian con el tiempo. Un ejemplo de esto es la moda, en estos años, de un gran culto por la delgadez del cuerpo (Rojo & Cava, 2003, en Romero, 2012), esto hace que la gordura y la flacidez se tipifiquen como un descuido hacia el cuerpo, es por ello que las personas se someten a diversos tratamientos como la realización de dietas, el consumo de fármacos, la realización de ejercicio de forma exagerada, etc., y todo con el fin de conseguir el cuerpo que la sociedad impone.

La anorexia nerviosa (AN) se caracteriza por una imagen distorsionada de cuerpo rechazando tener un peso superior saludable correspondiente a la edad y altura, lo cual lleva

a una persona a la adopción de estrategias inadecuadas para evitar y prevenir el aumento de peso, como es la realización de actividad física vigorosa y la restricción de la ingesta de alimentos, pero se pueden dar atracones de comida y/o conductas purgativas lo cual se denomina anorexia nerviosa del tipo purgativo (Portela de Santana, 2012). La presentación de la AN es mayor en la adolescencia debido a la gran cantidad de cambios biológicos, psicológicos y de redefinición del papel social en esta etapa en la cual también se da una mayor preocupación por la belleza (Moreno & Ortiz, 2009). La anorexia y la bulimia habían sido descritos desde finales del siglo XIX, pero hay documentos en los cuales aparecen casos de este trastorno desde el siglo XVII, aunque los trastornos alimenticios son padecimientos individuales, tienen sus causas desencadenantes en el entorno familiar y cultural (Baile & González, 2010, 2012).

La anorexia y la bulimia están ubicados como problemas de la salud pública que requieren ser atendidos de forma rápida. La población más vulnerable son las mujeres adolescentes (Guía de trastornos alimenticios, 2004). Dentro de los TCA se desarrolla una sintomatología tanto conductual como psicológica. La conductual está marcada por la práctica de ayunos de más de 12 horas de duración y de ejercicio excesivo por varias horas durante el día con la finalidad de perder peso, atracones y presencia de vómitos, uso de laxantes y/o diuréticos. Mientras que en la psicológica se presentan deseos intensos de disminuir el peso, hay una alteración en la auto-evaluación de la imagen corporal y se evalúa de manera constante el propio cuerpo comparándolo con el de otras personas, por lo que se genera una auto-crítica intensa por la apariencia o el tamaño del cuerpo, así como por la forma de comer, por lo que puede existir una mayor atención en el conteo de las calorías que se ingieren (Borrego, 2000; Fernández et al., 2015; Rojo et al., 2012).

1.1.3.1 *Comorbilidad*

Las comorbilidades más frecuentes que acompañan el curso de los desórdenes alimentarios son los trastornos afectivos y de ansiedad, así como los trastornos depresivos y de ansiedad social (Behar, 2010a; Behar & Valdés, 2009). También se encuentra presente el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) dentro de los TCA. La comorbilidad psiquiátrica con la

anorexia nerviosa se relaciona con el trastorno depresivo mayor, trastorno de la personalidad y fobia social mientras que con la bulimia nerviosa se encuentra el trastorno obsesivo compulsivo. La depresión se correlaciona significativamente con la insatisfacción corporal y con la autoestima; la ansiedad social se relaciona con una menor capacidad para discriminar sensaciones, emociones y sentimientos. La ansiedad social se crea ante el temor a enfrentarse a situaciones sociales en las cuales se implica el comer y beber en público, así como a situaciones en donde el cuerpo se somete a una observación por los demás y en donde existe el temor de hablar y hacer el ridículo; este miedo es generado por una baja autoestima y genera un menosprecio de sí misma (Behar, Barahona, Iglesias & Casanova, 2007).

La fobia social produce ansiedad y esto puede llegar a desarrollar la alexitimia, es decir, una dificultad para la identificación y expresión de sentimientos y sensaciones corporales lo cual puede generar un aislamiento y una falta de asertividad. La alexitimia tiene una mayor prevalencia en las personas que presentan anorexia, esto se debe a que experimentan sus emociones con descontento y no pueden llegar a reconocerlas ni expresarlas y ésta descende a medida que la depresión disminuye, por lo tanto, la alexitimia dentro de los TCA puede ser un estado generado por la depresión y la ansiedad en estos trastornos y dicho síntoma es una reacción, más no un factor causante. Dentro de los TCA se ha observado una falta de asertividad la cual se presenta antes del comienzo de la enfermedad, mostrando dificultades para poner límites a otras personas y diferenciarse de ellas, así como para expresar sentimientos y opiniones (Behar, 2010a). Dentro de los TCA no se suelen mostrar las emociones y los sentimientos negativos, excepto los exabruptos de agresividad, cuando se le cuestiona a una persona sobre el posible riesgo de su delgadez, su forma de comer o su vomito (Behar, 2010b, 2010c). Al presentarse una baja asertividad se tiene la necesidad de aprobación externa lo cual sitúa a las pacientes en una posición de conformismo lo cual genera relaciones en donde lo único existente es la aprobación, ya que presentan un miedo hacia la crítica lo cual provoca que callen y se esmeren por quedar bien y agradar a los demás, por lo tanto, dentro de la recuperación de las pacientes se apoya la expresión de sus opiniones (Borrego, 2000; Fernández et al., 2015; Rojo et al., 2012). El TOC se presenta con mayor frecuencia en los pacientes anoréxicos compulsivo-purgativo

ya que muestran mayores compulsiones en torno a la conducta alimentaria, a la figura y al peso corporal, esto se debe a que presentan una motivación para alcanzar una silueta delgada, la dificultad para identificar sus propias sensaciones y necesidades corporales, exhiben una insatisfacción corporal y una sensación de inutilidad debido a una baja autoestima (Félix, Nachón & Hernández, 2003). En los desórdenes alimentarios, la depresión suele manifestarse asociada a la anorexia, el insomnio, la tristeza, el aislamiento, el llanto, la anhedonia (incapacidad de experimentar placer, así como la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades), los problemas de auto-concepto, incluyendo la autocritica que se extiende desde la autoestima hasta la imagen corporal, acompañada de culpa, vergüenza y desesperanza (Behar et al., 2007)

1.1.4 *Obesidad*

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia. Tiene su origen en una interacción genética y ambiental, siendo más importante la parte ambiental o conductual, e implica un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. Se caracteriza por una excesiva acumulación de grasa corporal y se manifiesta por un exceso de peso y volumen corporal. Sin embargo, es muy simplista pensar que la obesidad sólo se debe a un consumo excesivo de alimentos y a una actividad física deficiente (Barrera-Cruz, Rodríguez-González & Molina-Ayala, 2013). La obesidad es la acumulación excesiva de tejido adiposo, consecuencia del desequilibrio energético. Los cambios en la disponibilidad y características de los alimentos y en la actividad física en las últimas décadas han dado lugar a que la ingestión de energía exceda al gasto. Esta tendencia se observa en todos los grupos de edad y en numerosos países. La respuesta a estos cambios ambientales que afectan a la dieta y a la actividad física es variada, y ciertos individuos y poblaciones parecen tener mayor predisposición al desarrollo de la obesidad y de sus comorbilidades. En la obesidad, en etapas tempranas de la vida, es importante diferenciar la obesidad ocasionada por anomalías genéticas de aquellas formas comunes. Numerosas alteraciones genéticas se caracterizan por la obesidad. En algunos casos mutaciones en un solo gen, pueden tener un efecto importante sobre el índice de masa corporal (IMC). Actualmente, la obesidad se considera una enfermedad compleja con

bagaje poligénico. Algunos alelos han sido asociados a la obesidad común y el IMC; sin embargo, los efectos observados son modestos y se requieren replicaciones en diferentes poblaciones para confirmar el efecto de estas variantes y establecer los mecanismos que explican su contribución a la obesidad (Miguel & Niño, 2009).

La epidemia de obesidad que existe en la actualidad ha afectado a todos los grupos de edad en el mundo (Malo, Castillo & Pajita, 2017). En adultos se muestran incrementos importantes en los índices de obesidad y sobrepeso en países como España (Aranceta-Bartrina, Pérez-Rodrigo, Alberdi-Aresti, Ramos-Carrera & Lázaro-Macedo, 2016) o México (Barquera, Campos-Nonato, Hernández-Barrera, Pedroza & Rivera-Dommarco, 2013). De acuerdo a los datos de la International Task Force, México se encuentra entre los países con mayor índice de obesidad en niños. Paralelamente a la obesidad en la infancia y adolescencia, ha aumentado la frecuencia de anormalidades metabólicas asociadas al exceso de adiposidad, además de que éstas aparecen a edades más tempranas. Las causas de este incremento en la frecuencia y severidad de la obesidad son múltiples y se asocian en gran medida a los cambios en la disponibilidad y composición de los alimentos, y a la disminución de la actividad física.

1.1.4 *Genética de la obesidad*

La obesidad se considera una enfermedad compleja y multifactorial puesto que es el resultado de la interacción entre factores genéticos, conductuales y ambientales que pueden influir en la respuesta individual a la dieta y la actividad física. La obesidad tiende a agregarse en familias, su forma de herencia no corresponde a los patrones conocidos, y es altamente dependiente de factores ambientales. Numerosos estudios han demostrado que la predisposición a la obesidad, y sus condiciones asociadas, son más parecidas entre individuos genéticamente relacionados que en aquéllos no relacionados. Los fenotipos asociados a la obesidad tienen una heredabilidad aditiva significativa, siendo este parámetro la proporción de la variabilidad de un rasgo que es atribuible a factores genéticos (Tejero, 2008).

CAPÍTULO II

Las teorías implícitas de los adolescentes sobre las causas y curas de la obesidad y la anorexia

2.1 Las representaciones implícitas de la anorexia y la obesidad

Los seres humanos construyen representaciones mentales sobre el entorno que los rodea, sobre sí mismos, sobre la sociedad y sobre la naturaleza en la cual se constituyen como personas (Arbeláez, 2002). Dichas representaciones se encuentran organizadas como teorías las cuales, a diferencia de las teorías científicas, tienen la particularidad de ser implícitas. De acuerdo con algunos autores (Haslam, Bastian, Bain & Kashima, 2006), la indagación en este campo ha mostrado que las creencias que sostiene la gente acerca de los atributos humanos (por ejemplo, inteligencia, personalidad, moral) influyen de manera importante en su cognición, motivación y comportamiento. Sea que sostengan una teoría de la entidad o una teoría incremental (Dweck, Chiu & Hong, 1995). Así, las teorías implícitas (asunciones básicas que hace la gente sobre ellos mismos y sobre el mundo) tenderán a guiar sus elecciones y metas e interpretar de manera diferente el fenómeno, tal y como puede verse en el modelo propuesto por Dweck (tabla 1):

Tabla 1

Modelo socio-cognitivo propuesto por Dweck (1996).

Teoría	Meta	Reacción (conductas)
<i>Entidad</i> (atributos fijos)	Evaluar; juzgar los atributos.	Juicio global › impotencia; castigo.
<i>Incremental</i> (atributos maleables)	Desarrollar atributos; comprender la dinámica.	Proceso de análisis › orientación al dominio; educación; rehabilitación.

El modelo predice que cuando un individuo sostiene una teoría de la entidad, por ejemplo, respecto de su inteligencia, su meta se encuentra orientada hacia juzgar su inteligencia, por ende, ve los resultados negativos de su trabajo intelectual como un reflejo de su capacidad y queda preso de la impotencia, vulnerable. Por el contrario, cuando un individuo sostiene una teoría incremental se orienta hacia el desarrollo de su inteligencia, por ende, es más probable que se centre en el esfuerzo o en las estrategias (proceso de análisis) que le harán tener un mayor dominio (Dweck, 1996). Lo mismo sucederá si los individuos evalúan los rasgos de las personas. Por ejemplo, los teóricos de la entidad son más propensos a los estereotipos sociales, es decir, juzgan de manera estereotípica a las personas con base en su etnicidad u ocupación (Haslam et al., 2006). O bien, tienden a expresar más juicios negativos hacia aquellas personas que “han perdido” el auto-control, por ejemplo, personas que no pueden perder peso o bien no pueden dejar de fumar (Freeman, Shmueli & Muraven, 2013). En resumen, las teorías implícitas que sostienen los individuos crean un sistema de significados al interior de los cuales las metas son adoptadas, se interpretan los eventos y se reacciona ante estos. Por ejemplo, la teoría implícita que asumen los estudiantes se relaciona de manera directa con las estrategias de auto-regulación que dirigen su trabajo académico (Ommundsen, Haugen & Lund, 2005).

2.2 Las teorías implícitas de la anorexia y obesidad

En las investigaciones acerca de las teorías implícitas o creencias legas que sostiene la gente sobre ciertos fenómenos sean naturales, psicológicos o sociales sostienen que existe evidencia que indique que dichas creencias y expectativas causales de los individuos con respecto, por ejemplo a los trastornos psiquiátricos como la depresión, pueden también influir en la forma en que perciben el tratamiento y comprometerse con el tratamiento. En tal caso, es posible también encontrar que las creencias de los individuos sobre los alimentos pueden contribuir al desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios (Wilson, Perrin, Rosselli, Striegel-Moore, DeBar & Kraemer, 2009).

Como lo mencionan Rousseau, Callahan y Chabrol (2011), aunque la noción de Trastornos Alimentarios es bastante conocida, la comprensión del público de la psicopatología específica de la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) son algo limitadas. La insatisfacción corporal y los problemas psicológicos son citados como la principal causa de la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). Características de comportamiento más a menudo asociados con AN y BN son la restricción de alimentos, vómitos, y ejercicio excesivo. Algunos autores (Furnham & Manning, 1997; Wewetzer, Deimel, Herpertz-Dahlmann, Matthejat & Remschmidt, 1996) mencionan que hay un número de diferentes teorías de la causa de la anorexia frecuente en la literatura académica. Una de ellas, y de hecho uno de los más antiguos, es el de la patología de la familia, por lo que la anorexia nerviosa se ve en un contexto más amplio como un eslabón de una cadena de no lineal, interacciones circulares y de autorregulación entre todos los miembros de la familia. Mientras que muchos hacen hincapié en los problemas potenciales con patología familiar teoría de que los estudios son retrospectivos (Hsu, 1983 como se cita en Furham & Manning, 1997), pocos están adecuadamente controlados y que la anorexia nerviosa es un síndrome heterogéneo. Una idea popular es el de la familia que se caracteriza por una madre dominante y un padre inofensivo o distante (Crisp, 1980 como se cita en Furham & Manning, 1997). El modelo cognitivo-social de Dweck y colaboradores (Dweck, 1996; Dweck et al., 1995) ha sido utilizado, asimismo, para indagar las ideas que tiene la gente sobre las causas y curación de los trastornos alimentarios (Furnham & Davidson, 2012; Furnham & Manning, 1997).

La anorexia nerviosa ha sido definida como una condición en la que el paciente tiene un peso corporal bajo (cerca de un 25% por debajo del peso corporal adecuado para la edad y la estatura), sufre de una alteración de la imagen corporal, tiene un miedo intenso a engordar, amenorrea, una fisiología desordenada, etc. (Aguinaga, Fernández & Varo, 2000; Méndez, Vázquez-Velázquez & García-García, 2008). De acuerdo con algunos autores, la mayor incidencia de la anorexia nerviosa en las mujeres parece ser debida a factores sociales (Behar, 2010) que les afectan y que son diferentes de aquellos que afectan a los hombres (Behar & Molinari, 2010). Las tasas de mortalidad en las personas afectadas por anorexia son descritas por algunos como 'alarmante' (Malson, 1992). Asimismo, mientras

que algunas pueden recuperarse sintomáticamente, existe la preocupación acerca de si muchas otras pueden considerarse como totalmente recuperadas (Furnham & Manning, 1997).

Por su parte, la obesidad se ha valorado como un trastorno más vinculado a aspectos biológicos y/o a malos hábitos de vida y falta de autodisciplina. En contraste con lo que se piensa respecto de la anorexia la cual se relaciona más con factores psicológicos (problemas emocionales, auto-disciplina, vanidad) y socio-relacionales, tales como el ideal social de delgadez, la influencia de los amigos, la búsqueda de atención y la falta de apoyo social (Gismero-González, 2012), se considera que la obesidad se debe a una falta de disciplina y voluntad por parte de quien la padece (Crandall, 1994). Precisamente, considerar la obesidad como consecuencia de falta de voluntad y disciplina hace que se estigmatice a las personas obesas. Es decir, dicha idea contribuye a la creencia de que la obesidad es controlable (Puhl & Brownell, 2003). De esta manera, Crandall y Eshleman (2003) postularon que estas ideas acerca de la obesidad tienden a servir como "ideologías de justificación", lo que permite que la gente muestre actitudes estigmatizadoras sin sentimientos de culpa.

Un correlato potencial de la estigmatización hacia la obesidad, y quizás hacia los trastornos alimentarios, pueden ser las creencias causales y, en particular, la percepción de controlabilidad que se supone las personas pueden ejercer sobre su peso. Así, existe la creencia generalizada que la obesidad es causada por la falta de autodisciplina y, en consecuencia, se tiende a culpar a las personas obesas y, por tanto, a estigmatizarlas (Crandall, 1994). Pero, ¿qué ocurriría si las personas asumiera que lo que padece un individuo está fuera de su control? En este caso, algunas investigaciones que han examinado, por ejemplo, la relación entre las creencias causales y el estigma hacia los trastornos de salud mental han dado resultados contradictorios. Por un lado, hay evidencia que indica que si un trastorno de salud mental se atribuye a factores que están fuera del control de una persona (por ejemplo, factores biológicos) ello tiende a reducir el estigma; no obstante, por el otro, también se ha encontrado que las explicaciones biológicas se asocian con una mayor estigmatización (Ebner, Latner & O'Brien, 2011). Asimismo,

existe evidencia que indica que las creencias y expectativas causales de los individuos con respecto a los trastornos psiquiátricos, como la depresión, pueden también influir en la forma en que perciben el tratamiento y en su compromiso con el tratamiento (Furnham y Chan, 2004). De la misma manera, las creencias de los individuos sobre alimentos específicos, la conducta alimentaria y los trastornos de la alimentación pueden contribuir al desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios (Smith, Simmons, Flory, Annus, & Hill, 2007), a la probabilidad de que la gente busque tratamiento o sus preferencias para tratamientos específicos (Mond & Hay, 2008) y, posiblemente, a su compromiso con la respuesta al tratamiento (Wilson et al., 2009).

De acuerdo con Benveniste, Lecouteur y Hepworth (1999) las teorías que explican la anorexia nerviosa (AN) parten de un discurso dominante que mantiene una separación entre los aspectos socioculturales de la AN y la psicología individual y, por ende, esta separación refuerza la idea de que es una forma de psicopatología. En otros trabajos (Holliday, Wall, Treasure & Weinman, 2005) se encontró que los participantes con AN concebían su enfermedad como crónica y muy angustiante, con fuertes consecuencias negativas, a saber, ellos tenían una percepción bastante negativa de controlabilidad y curabilidad. Dicho dato contrasta con las creencias más optimistas que sostuvieron los participantes que no padecían AN. Con todo, también se encontró que ambos grupos tendían a mencionar causas emocionales y psicológicas.

En el trabajo de Mond y Hay (2008) se encontró que la mayoría de los participantes consideraron que el atracón es ante todo un problema de baja autoestima o depresión. Asimismo, consideraron que los tratamientos de pérdida de peso y de autoayuda eran los tratamientos más útiles, mientras que algunos participantes creyeron que lo era la psicoterapia. Los médicos generales y especialistas en dietética fueron los proveedores de los tratamientos que se consideraron más útiles. Por otra parte, se encontró que la mayoría de los participantes eran ambivalentes sobre el pronóstico del tratamiento dado y pesimista sobre el resultado de la ausencia de tratamiento.

2.3 Estigmatización de la anorexia y obesidad

Algunas definiciones que se han ofrecido del término estigmatización señalan que es “una inclinación a formar juicios no razonables basados en el peso de la persona” (Washington, 2011). Desde una perspectiva social, el estigma está vinculado con ciertas enfermedades y, a este respecto conviene tener en cuenta que se hace referencia al estigma de una enfermedad cuando los pacientes sienten una especial responsabilidad y culpabilidad ante la sociedad, debido a las causas que han generado un determinado problema de salud o que han motivado que éste se mantenga en el tiempo (Puhl & Heuer 2009). Precisamente, en estos casos la visión social de la enfermedad incorpora juicios morales sobre las circunstancias en las que se ha provocado la enfermedad. Y lo que es peor, la estigmatización social de una determinada enfermedad puede llegar a suscitar la discriminación, en diversos ámbitos de la vida privada de los individuos, derivando en consecuencias adversas, para la salud física y psicológica del sujeto afectado (Bartolomé & López, 2014).

En general, al hacer referencia al estigma se hace alusión al desdoro o mala fama de alguien, algo que le identifica socialmente de forma negativa. El estigma, referido al ámbito médico, sería la lesión orgánica o trastorno funcional que indica enfermedad constitucional y/o hereditaria y que genera una actitud, generalmente negativa, por parte del entorno. La persona, o grupo social, que sufre un determinado estigma puede generar respuestas en su entorno de distinto tipo: verbales (como las burlas, los insultos, los estereotipos, los nombres despectivos, el lenguaje peyorativo, etc.), físicas (incluso con manifestaciones de violencia) u otras barreras y obstáculos. En casos extremos, el estigma puede dar lugar a experiencias evidentes de discriminación individual o colectiva (Puhl & Brownell 2001).

Se ha mostrado en diferentes modelos explicativos de las causas de la obesidad influyen en las creencias de los individuos sobre la obesidad y, en algunos casos, reducen o intensifican el sesgo de peso hacia las personas obesas. Por ejemplo, un modelo conductual de la obesidad (que hace hincapié en los factores que contribuyen como la ingesta de alimentos

poco saludables o el comportamiento sedentario) puede aumentar los niveles de estigma hacia las personas obesas (véase O'Connor, Rawlins & Jeyaram, 2003, como se cita en Latner, Puhl, Murakami & O'Brien, 2014), mientras que las explicaciones fisiológicas o genéticas de la obesidad tienden a reducir el estigma pero no en todos los casos investigados (Crandall, 1994). El estigma de la obesidad es generalizado, aumenta con el tiempo y se asocia con un peor funcionamiento psicológico y problemas académicos, laborales y de relaciones interpersonales de los sujetos obesos (Puhl & Heuer 2009).

Algunas investigaciones sugieren que la estigmatización y la discriminación no afectan con la misma magnitud a las mujeres que a los hombres (Bartolomé & López, 2014). Algunas de ellas han documentado que las mujeres, independientemente del tipo de obesidad que padezcan, presentan un mayor riesgo de padecer discriminación en el ámbito de la salud (Puhl & Brownell, 2006). Este hecho tiene como consecuencia que las mujeres con obesidad padezcan mayores problemas familiares y personales en su vida privada que las mujeres no obesas (Carr & Friedman, 2005). Desde este punto de vista, existe evidencia que las mujeres están bajo una fuerte presión social con respecto a su peso. En esta línea, una investigación (Viner & Cole, 2005) mostró que las mujeres con obesidad continuada desde la infancia a la etapa adulta tenían baja probabilidad de tener un empleo mejor remunerado y de tener una pareja. En cambio, en los hombres, la obesidad continuada no se asoció significativamente con ningún resultado adverso. Otro dato indica que los hombres con obesidad en la etapa adulta presentan un riesgo mayor de padecer una enfermedad de larga duración. Por su parte, en las mujeres, la obesidad limitada a la edad adulta se vinculó con un riesgo mayor de padecer morbilidades de carácter psicológico y, además, enfermedades de larga duración.

Stewart, Schiavo, Herzog y Franko (2008) estudiaron formas específicas de estigmatización hacia individuos con anorexia nerviosa (AN). Ochenta mujeres participantes reclutadas de una institución de pregrado completaron cuestionarios donde evaluaron los estereotipos, los prejuicios y la discriminación de cuatro individuos de destino: una mujer con AN, depresión, esquizofrenia y mononucleosis. Las características que se atribuyen a los objetivos fueron menos positivas para la AN que los adjetivos para con la esquizofrenia y

la mononucleosis. Los datos indicaron que las participantes reportaron mayor incomodidad e interacción con el objetivo con AN en comparación con los objetivos con la depresión y la mononucleosis. Los resultados apoyan la existencia de estigma hacia las personas con AN. La literatura existente muestra que los pacientes con TCA a menudo son vistos negativamente (Crisafulli, von Holle & Bulik, 2008).

El estudio de Ebner et al. (2011) investigó la relación entre las creencias y actitudes estigmatizantes hacia los trastornos alimentarios y la obesidad, además de las asociaciones entre el estigma y las creencias causales y entre el estigma y la familiaridad con estas condiciones. Estos autores encontraron que las puntuaciones más altas correlacionaban con actitudes más estigmatizantes hacia todos los trastornos alimentarios y la obesidad. Los padres y la falta de auto-disciplina se presentaron como los principales factores causales de la AN. Es decir, las actitudes más estigmatizantes hacia los atracones correlacionaron con las creencias acerca de la crianza de los hijos y la falta de auto-disciplina como los principales factores causales. Por otra parte, las actitudes más estigmatizantes hacia la obesidad se correlacionaron con las creencias más fuertes en la falta de apoyo social y la falta de auto-disciplina, y con las creencias más débiles de la crianza y factores genéticos, como los principales factores causales de la obesidad.

La investigación ha demostrado una tendencia de las personas a estigmatizar los trastornos del comportamiento alimentario (Roehrig & McLean, 2010) y la obesidad (Puhl & Heuer, 2009). La estigmatización que realizan las personas es común y se muestra en múltiples formas. El estigma, lamentablemente, produce en quien lo recibe baja autoestima y autoeficacia, aislamiento social y menor confianza (Holmes & River, 1998), agravando la situación al excluir socialmente a las persona que padecen la afección y generando un mayor estrés cuando se trata de buscar tratamiento preventivo (Puhl & Heuer, 2009). Por lo tanto, conocer los factores que contribuyen a estigmatizar algún padecimiento es crucial para el desarrollo de intervenciones eficaces de reducción de estigma.

Desde una perspectiva de psicología de la salud, es asimismo importante examinar las ideas que tienen las personas acerca de un padecimiento. En este caso, la comprensión de los

factores psicológicos que influyen en la respuesta de un individuo a la enfermedad es clave, no sólo en la explicación de la variación en la enfermedad relacionada al comportamiento, sino también en el desarrollo de las intervenciones encaminadas a mejorar el resultado de la enfermedad (Holliday et al., 2005). Por ejemplo, algunos estudios han informado que solo el 50% de las personas que sufren trastornos del comportamiento alimentario como la anorexia nervosa buscan algún tratamiento. Una barrera importante en la búsqueda de ayuda es probablemente el poco conocimiento que tienen estas personas sobre los tratamientos eficaces, o bien creencias erróneas sobre el padecimiento.

En otras palabras, si los trastornos alimentarios como la anorexia nervosa (AN) y la bulimia nervosa (BN) conducen a resultados físicos y psicológicos graves, incluyendo daño óseo, problemas cardiacos, infertilidad, malnutrición, depresión e incluso la muerte (Fairburn & Harrison, 2003), es fundamental que las personas que padecen AN y BN sean diagnosticadas y tratadas adecuadamente. (Hunt & Rothman, 2007). Y no solo eso, sino que los compañeros y miembros de la familia conozcan qué son los trastornos alimentarios y cuáles podrían ser las intervenciones más eficaces para tratarlos (Berg, Frazier & Sherr, 2009).

Ello es importante dado que al poco conocimiento que sobre los trastornos alimentarios poseen las personas debe de sumársele la estigmatización que proyectan sobre quienes los padecen. Por ejemplo, se ha encontrado que la bulimia nervosa se mantiene un tanto en la sombra debido sobre todo a que permanece sin ser detectada. Y si bien ello ha hecho que se gane el nombre de "la enfermedad secreta", para algunos autores la prevalencia de la bulimia nervosa es tres veces mayor que la anorexia nervosa en la población joven femenina (Furnham & Davidson, 2012). Con todo, la investigación ha demostrado la existencia de un proceso de estigmatización severo tanto hacia los trastornos de la alimentación (Roehrig & McLean, 2010) la obesidad (Puhl & Heuer, 2009). Este hecho, el cual se ha comprobado que es bastante común y cotidiano no deja de afectar a las personas de múltiples maneras. El estigma puede resultar en una baja autoestima y autoeficacia, el aislamiento social y menor confianza sociales (Holmes & River, 1998) y puede exacerbar la

condición a través de la exclusión y el estrés y puede condicionar que los enfermos busquen tratamiento (Puhl & Heuer, 2009). Por lo tanto, la comprensión los factores que pueden contribuir a estigmatizar a las actitudes es importante para el desarrollo de la reducción efectiva estigma intervenciones (Ebnetter et al., 2011).

El aumento tanto en la literatura científica como en la prensa popular sobre los trastornos de la alimentación (especialmente la anorexia nerviosa) y la obesidad da fe de un creciente interés en este tema. La anorexia nerviosa y la obesidad tienen muchas cosas en común. La prevalencia de ambos es cada vez mayor. Y se considera que tienen riesgos específicos para la salud se entiende porque muchos investigadores han hecho intentos para hacer frente a los dos juntos, como trastornos de la alimentación (Furnham & Manning, 1997).

De los principales trastornos de la alimentación, la anorexia nerviosa generalmente recibe la mayoría de los medios de comunicación, la investigación y la atención. Esto, en cierta medida, se explica por qué hay un mayor conocimiento público acerca de la condición relativa a los otros trastornos de la alimentación (Furnham & Davidson, 2012).

CAPÍTULO III

Estudios

3.1 *Planteamiento del problema*

De acuerdo con la revisión que se ha hecho, el propósito del presente trabajo es examinar las ideas que tienen los adolescentes acerca de las causas y cura tanto de la anorexia nervosa como de la obesidad. Para la consecución de dicho propósito se utilizará un cuestionario (Furnham & Manning, 1997) que indaga precisamente esas ideas.

3.1.1 *Objetivo*

Saber si existen diferencias significativas entre las respuestas de mujeres y hombres respecto de las creencias o teorías implícitas sobre las causas y curas de la anorexia y la obesidad. Y, asimismo, saber si la edad y el grado escolar son variables que afectan el tipo de respuesta.

3.1.2 *Hipótesis*

La estructura de las teorías de la anorexia que sostengan lo(a)s participantes de los estudios será muy similar a la encontrada por Furnham y Manning (1997). A saber, con independencia de la edad y el grado escolar, los aspectos relacionados con la presión social tendrán una mayor prevalencia en las respuestas. Mientras que sí se encontrarán diferencias entre las respuestas de hombres y mujeres respecto de las causas implicadas tanto en la anorexia como en la obesidad.

3.1.3 Procedimiento

Primero se realizó la traducción del cuestionario a utilizar (Furnham & Manning, 1997) con el fin de pilotarlo y extraer los estadísticos para ponderar su fiabilidad y validez. Posteriormente, obtenidos los datos del piloteo se procederá a llevar a cabo la aplicación definitiva con la muestra determinada de adolescentes. A saber, el objetivo del presente trabajo fue examinar las ideas que tienen los adolescentes acerca de las causas y curas tanto de la anorexia nervosa como de la obesidad. Para la consecución de dicho propósito se utilizó un cuestionario (Furnham & Manning, 1997) que indaga precisamente esas ideas. Primero se realizó la traducción del cuestionario a utilizar (Furnham & Manning, 1997) con el fin de pilotarlo y extraer los estadísticos que ponderen su fiabilidad y validez (Estudio 1). Posteriormente, obtenidos los datos del piloteo, se procedió a llevar a cabo la aplicación definitiva con la muestra determinada de adolescentes (Estudio 2).

3.2 Estudio 1

3.2.1 Método

3.2.1.1 Participantes

Se seleccionó una muestra de manera intencional no-probabilística compuesta por 62 estudiantes de la carrera de psicología de una universidad pública ubicada en la Ciudad de México (29 mujeres y 33 hombres) quienes cursaban de primero a noveno semestres. El intervalo de edad de los participantes fue de 18 a 30 años ($M = 23.32$, $DE = 2.72$). De acuerdo con el auto-reporte de peso y estatura se calculó el Índice de Masa Corporal; de esta manera el 71% tuvo peso normal, 24.2% sobrepeso, 1.6% delgadez y 1.6% obesidad.

3.2.1.2 *Instrumentos*

Causas y cura de la anorexia y la obesidad (Furnham & Manning, 1997). El cuestionario está compuesto por 108 ítems organizados en cuatro partes de 27 ítems cada una: Causas de la anorexia, Cura de la anorexia, Causas de la obesidad, Cura de la obesidad. Los ítems son calificados en una escala Likert de 7 puntos (7 = Acuerdo, 1 = Desacuerdo) y una opción adicional de respuesta: No sé.

Los ítems que componen el cuestionario fueron traducidos al español. Posteriormente, fueron revisados por dos psicólogas expertas en trastornos alimentarios quienes hicieron los cambios que consideraron pertinentes tanto de la traducción como de su redacción en español (véase Anexo I).

3.2.1.3 *Procedimiento*

Se realizó la entrega del cuestionario a los 62 estudiantes de la Facultad de Psicología, UNAM pidiéndoles que leyeran detalladamente las instrucciones así como cada uno de los ítems y sin distracción alguna para que pudieran completar las cuatro partes que conformaban el instrumento sobre los diferentes hábitos alimenticios.

3.2.2 **Resultados**

3.2.2.1 *Causas de la anorexia*

Primero se realizó un análisis del coeficiente de fiabilidad, a través de la prueba Alpha de Cronbach, de las dos categorías causales que comprende la dimensión “Causas de la Anorexia”.

- ❖ Factor 1: Familia (11, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23), $\alpha = .824$ para nueve ítems oscilando entre .363 y .724.

- ❖ Factor 2: Presión e Ideal social (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 16, 18), $\alpha = .650$. Dado que algunos ítems poseían una carga negativa (1 y 2) o por debajo de .200, se decidió eliminarlos. Un nuevo análisis indicó $\alpha = .740$ para nueve ítems oscilando entre .217 y .681.

Posteriormente, y con el fin de examinar las respuestas dadas en cada una de las categorías causales, se sumaron los ítems que componen cada una de ellas con el fin de obtener un puntaje total que permitiera examinar su distribución. De esta manera, se encontró que, en el caso de **F1** (compuesto por nueve ítems), el puntaje mínimo obtenido fue de .67 y el máximo de 5.22 ($M = 3.43$, $DE = 1.25$, IC 95% [3.1186, 3.7594]). La media recortada al 5% y la mediana fueron de 3.48 y 3.66, respectivamente. Una prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra indicó que las respuestas poseen una distribución normal, $Z = 1.032$, $p > .05$. Por su parte, **F2** (compuesta por nueve ítems) obtuvo un puntaje mínimo de 1.44 y un máximo de 6.33 ($M = 4.42$, $DE = 1.04$, IC 95% [4.1605, 4.6956]). La media recortada al 5% y la mediana fueron de 4.47 y de 4.55, respectivamente. Una prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra indicó que las respuestas poseen una distribución normal, $Z = .831$, $p > .05$.

Una prueba t para muestras relacionadas indicó una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de F1 y F2, $t(60) = -6.017$, $p < .001$, d de Cohen = -0.859. Es decir, los participantes creen que la presión social y el ideal de delgadez impuesto por la sociedad es la causa más relevante de la anorexia.

Dos pruebas t para muestras independientes no indicaron diferencias entre las medias de los hombres ($M = 3.51$, $DE = 1.16$) y mujeres ($M = 3.34$, $DE = 1.35$) en F1 ni en F2 ($M = 4.48$, $DE = 1.17$; $M = 4.42$, $DE = .937$, respectivamente).

3.2.2.2 Causas de la obesidad

Primero se realizó un análisis del coeficiente de fiabilidad, a través de la prueba Alpha de Cronbach, de cada una de las dos categorías causales que comprende la dimensión “Causas de la Obesidad”.

- ❖ Factor 1: Familia (55, 59, 64, 72, 73, 76, 78, 79), $\alpha = .694$. Se eliminó el ítem 55 porque su carga era menor a .200. Un nuevo análisis indicó $\alpha = .723$ para siete ítems oscilando entre .338 y .714.
- ❖ Factor 2: Presión e ideal social (56, 57, 58, 60, 62, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 77), $\alpha = .769$. Dado que dos ítems puntuaron por debajo de .200 se eliminaron y se volvió a realizar el análisis. El nuevo análisis arrojó un $\alpha = .809$ para diez ítems oscilando entre .271 y .626.

Posteriormente, y con el fin de examinar las respuestas dadas en cada una de las categorías causales, se sumaron los ítems que componen cada una de ellas con el fin de obtener un puntaje total que permitiera examinar su distribución. De esta manera, se encontró que, en el caso de **F1** (compuesto por siete ítems), el puntaje mínimo obtenido fue de .57 y el máximo de 5.29 ($M = 3.61$, $DE = 1.18$, IC 95% [3.2975, 3.9256]). La media recortada al 5% y la mediana fueron de 3.66 y 4.00, respectivamente. Una prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra indicó que las respuestas poseen una distribución normal, $Z = .948$, $p > .05$. Por su parte, **F2** (compuesta por diez ítems) obtuvo un puntaje mínimo de 1.00 y un máximo de 5.60 ($M = 3.77$, $DE = 1.09$, IC 95% [3.4828, 4.0646]). La media recortada al 5% y la mediana fueron de 3.82 y de 4.00, respectivamente. Una prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra indicó que las respuestas poseen una distribución normal, $Z = 1.032$, $p > .05$.

Una prueba t para muestras relacionadas no indicó una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de F1 y F2 ($p\text{-valor} > .05$).

3.2.2.3 *Cura de la anorexia*

Primero se realizó un análisis del coeficiente de fiabilidad, a través de la prueba Alpha de Cronbach, de los dos factores que comprende la dimensión “Cura de la Anorexia”.

- ❖ Factor 1: Comida (29, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52), $\alpha = .611$. Dado que algunos ítems puntuaron por debajo de .200, se decidió eliminarlos (29 y 38). Un nuevo análisis indicó $\alpha = .649$ para seis ítems oscilando entre .260 y .571.
- ❖ Factor 2: Autoestima (30, 31, 32, 33, 39, 42), $\alpha = .403$. Dado que algunos ítems puntuaron por debajo de .200, se decidió eliminarlos (39 y 42). Un nuevo análisis indicó $\alpha = .612$ para cuatro ítems oscilando entre .355 y .541.

Posteriormente, y con el fin de examinar las respuestas dadas en cada una de los factores, se sumaron los ítems que componen cada uno de ellos con el fin de obtener un puntaje total que permitiera examinar su distribución. De esta manera, se encontró que, en el caso de **F1** (compuesto por seis ítems), el puntaje mínimo obtenido fue de 2.00 y el máximo de 6.17 ($M = 4.56$, $DE = 1.07$, IC 95% [4.2813, 4.8430]). La media recortada al 5% y la mediana fueron de 4.60 y 4.83, respectivamente. Una prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra indicó que las respuestas poseen una distribución normal, $Z = .973$, $p > .05$. Por su parte, **F2** (compuesta por cuatro ítems) obtuvo un puntaje mínimo de 3.00 y un máximo de 7.00 ($M = 5.72$, $DE = 1.04$, IC 95% [5.5094, 5.9313]). La media recortada al 5% y la mediana fueron de 5.76 y de 5.75, respectivamente. Una prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra indicó que las respuestas poseen una distribución normal, $Z = .934$, $p > .05$.

Una prueba *t* para muestras relacionadas indicó una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de F1 y F2, $t(58) = -7.61$, $p < .001$, d de Cohen = -1.215. Es decir, los participantes creen que la Autoestima es el factor más relevante en la cura de la anorexia.

3.2.2.4 *Cura de la obesidad*

Primero se realizó un análisis del coeficiente de fiabilidad, a través de la prueba Alpha de Cronbach, de los dos factores que comprende la dimensión “Cura de la Obesidad”.

- ❖ Factor 1: Comida (91, 94, 96, 97, 99, 103, 104, 106, 108), $\alpha = .681$. Dado que algunos ítems puntuaron por debajo de .200, se decidió eliminarlos (91, 94, 96). Un nuevo análisis indicó $\alpha = .738$ para seis ítems oscilando entre .404 y .575
- ❖ Factor 2: Autoestima (82, 84, 85, 86, 90, 92), $\alpha = .582$. Dado que uno de los ítems puntúo por debajo de .200, se decidió eliminarlo (92). Un nuevo análisis indicó $\alpha = .645$ cinco ítems oscilando entre .201 y .529.

Posteriormente, y con el fin de examinar las respuestas dadas en cada una de los dos factores, se sumaron los ítems que componen cada uno de ellos con el fin de obtener un puntaje total que permitiera examinar su distribución. De esta manera, se encontró que, en el caso de **F1** (compuesto por seis ítems), el puntaje mínimo obtenido fue de 1.33 y el máximo de 6.33 ($M = 4.46$, $DE = 1.16$, IC 95% [4.1623, 4.7699]). La media recortada al 5% y la mediana fueron de 4.52 y 4.66, respectivamente. Una prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra indicó que las respuestas poseen una distribución normal, $Z = 1.073$, $p > .05$. Por su parte, **F2** (compuesta por cuatro ítems) obtuvo un puntaje mínimo de 3.60 y un máximo de 7.00 ($M = 5.73$, $DE = .730$, IC 95% [5.5419, 5.9225]). La media recortada al 5% y la mediana fueron de 5.77 y de 5.80, respectivamente. Una prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra indicó que las respuestas no poseen una distribución normal, $Z = 1.529$, $p < .05$.

Una prueba *t* para muestras relacionadas indicó una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de F1 y F2, $t(61) = -7.777$, $p < .001$, *d* de Cohen = -1.300. Es decir, los participantes creen que la Autoestima es el factor más relevante en la cura de la obesidad.

3.3 Estudio 2

3.3.1 Método

3.3.1.1 Participantes

Se seleccionó una muestra por conveniencia conformada por 291 estudiantes de secundaria (148 hombres y 142 mujeres). El intervalo de edad de los estudiantes fue de 11 a 15 años ($M = 13.03$, $DE = .822$) y cursaban primero ($n = 71$), segundo ($n = 153$) y tercer ($n = 67$) grados, tanto en el turno matutino (195) como vespertino (96).

Respecto del IMC, el 38.5% (112) tenía normopeso, 5.8% (17) estaban por debajo del peso (desnutrición), 17.2% (50) tenían sobrepeso y 6.2% (18) tenían obesidad. Solo se pudo sacar el IMC de 198 participantes que proporcionaron su peso y estatura.

3.3.1.2 Instrumentos

Después de analizar individualmente factor por factor los resultados del cuestionario del estudio uno de (Furnham & Manning, 1997) Causas y curas de la anorexia y la obesidad, se realizó una mejora en la redacción de los ítems para ser leídos y comprendidos por los estudiantes de secundaria, cambiando la escala a (5 = Acuerdo, 1 = Desacuerdo) eliminando la opción adicional de respuesta: No sé, y reduciendo los reactivos a 85 respetando los cuatro factores para los dos temas en estudio (véase Anexo II).

3.3.1.3 Procedimiento

Después de hacer entrega de dicho instrumento a los 291 estudiantes de secundaria, se les pidió que contestaran honestamente a los enunciados que leerían sobre anorexia y obesidad según su criterio y conocimientos, aclarando que no existían respuestas correctas e incorrectas.

3.3.2 Resultados

El *alpha* de los los 85 ítems fue de .940.

Se organizaron por factores

Además de examinar el índice de confiabilidad de cada uno de los factores, se sumaron los ítems de cada uno de ellos con el fin de obtener un puntaje total a partir del cual examinar su distribución:

3.3.2.1 Causas de la Anorexia

$\alpha = .821$ para 19 ítems oscilando entre .295 y .529

71, 13, 55, 78, 29, 62, 09, 85, 41, 69, 37, 17, 60, 48, 74, 11, 25, 14, 84

Factor: Presión Social (PROMCaAPS): 71, 13, 55, 29, 62, 09, 37

$\alpha = .623$ para 7 ítems oscilando entre .206 y .444

$M = 2.19$, $DE = .668$. IC 95% [2.1148, 2.2690]. Una prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra mostró que el puntaje no se distribuye normalmente. $Z = 1.860$, $p = .002$.

Factor: Familia (PROMCaAF): 85, 41, 17, 60, 48, 38, 74, 11, 14, 84

$\alpha = .707$ para 10 ítems oscilando entre .335 y .445.

$M = 1.82$, $DE = .615$. IC 95% [1.7534, 1.8954]. Una prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra mostró que el puntaje sí se distribuye normalmente. $Z = 1.119$, $p = .163$.

3.3.2.2 Causas de la obesidad

$\alpha = .852$, sale 4 y 3 por estar debajo de .200. Un nuevo análisis arrojó un $\alpha = .859$ para 23 ítems oscilando entre .212 y .565.

Factor: Presión Social (PROMCoPS): 61, 76, 23, **04**, 10, 21, 40

$\alpha = .541$. Sale 04. Nuevo análisis muestra un $\alpha = .565$ para 6 ítems oscilando entre .246 y 407.

$M = 1.85$, $DE = .639$. IC 95% [1.7835, 1.9300]. Una prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra mostró que el puntaje no se distribuye normalmente. $Z = 1.568$, $p = .015$.

Factor Familia (PROMCoF): 19, 39, 73, 12, 18, 15, 51, 43

$\alpha = .657$ para 8 ítems oscilando entre .222 y 428.

$M = 1.85$, $DE = .630$. IC 95% [1.7851, 1.9306]. Una prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra mostró que el puntaje no se distribuye normalmente. $Z = 1.727$, $p = .005$.

3.3.2.3 *Cura de la Anorexia*

$\alpha = .762$. Dos ítems (01, 80) estuvieron por debajo de .200. Un nuevo análisis arrojó un $\alpha = .766$ para 16 ítems oscilando entre .219 y .489.

57, 49, 72, 54, 59, 16, 66, 02, 50, 11, 20, 33, 22, 52, 30, 82

Factor: Ayuda Médica (PROMCuAAM): 66, 50, 22, **01**, 52, 30

$\alpha = .450$. Sale 01. Un nuevo análisis indica un $\alpha = .504$ para 5 ítems oscilando entre .238 y .296

$M = 2.09$, $DE = .691$. IC 95% [2.0192, 2.1787]. Una prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra mostró que el puntaje no se distribuye normalmente. $Z = 2.369$, $p = .000$.

Factor: Autoayuda y Ayuda Social (PROMCuAUTO): 57, 54, 59, **02**, 20, 72, 16, 80, **82**

$\alpha = .631$. Sale 02 y 82. Un nuevo análisis indica un $\alpha = .658$ para 7 ítem oscilando entre .300 y .409

$M = 2.31$, $DE = .681$. IC 95% [2.2341, 2.3913]. Una prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra mostró que el puntaje no se distribuye normalmente. $Z = 2.060$, $p = .000$.

3.3.2.4 *Cura de la Obesidad*

$\alpha = .798$ para para 21 ítems oscilando entre .197 y .504. Un ítem (5) tuvo una correlación ítem-total de .197. Sin embargo, eliminarlo dejaba el alpha en .797. Por ello se decidió conservarlo.

31, 81, 27, 05, 56, 68, 77, 35, 07, 46, 79, 26, 45, 08, 32, 67, 36, 65, 28, 34, 06

Factor: Ayuda Médica (PROMCuOBAM): 68, 26, **79**, 32, 36, 28

$\alpha = .522$. Sale 79. Un nuevo análisis indica un $\alpha = .580$ para 5 ítems oscilando entre .296 y .387

$M = 1.91$, $DE = .771$. IC 95% [1.8210, 1.9989]. Una prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra mostró que el puntaje sí se distribuye normalmente. $Z = 1.299$, $p = .068$.

Factor: Autoayuda y Ayuda Social (PROMCuOBauto): 35, 27, **05**, 07, 56, 46, 77, 08, 34

$\alpha = .626$ para 9 ítems. Sale 05. Un nuevo análisis indica un $\alpha = .628$ para 8 ítems oscilando entre .213 y .441

$M = 2.18$, $DE = .647$. IC 95% [2.1053, 2.2547]. Una prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra mostró que el puntaje no se distribuye normalmente. $Z = 1.932$, $p = .001$.

3.3.2.5 *Comparación causas anorexia y obesidad*

Se realizó una prueba ANOVA de medidas repetidas con el fin de examinar las posibles diferencias entre las medias de las cuatro categorías causales. No se encontró esfericidad ($W = .831$, $p < .001$) por lo que se reporta el criterio Greenhouse-Geisser, $F(2.711, 786.233) = 52.586$, $p < .001$, potencia observado = 1, $\eta^2 = .153$.

Como puede verse en la Tabla 1.1, existen diferencias entre la Presión Social como causa de la Anorexia y el Factor Presion Social, la Presión Social y el Factor Familiar como causas de la Obesidad. Es decir, los participantes del estudio están de acuerdo en que la Presión Social es una causa relevante de la Anorexia. Una prueba U de Mann-Whitney no

encontró diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de hombres y mujeres en ninguno de los cuatro factores ni entre las respuestas de los dos grupos de edad.

Tabla 1.1

Comparaciones múltiples con el ajuste de Bonferroni de las cuatro causas, Anorexia y Obesidad.

(I)Causas	(J)Causas	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig	IC 95 %	
					LI	LS
CAPS	CAFF	.368*	.035	.000	.275	.460
	COPS	.336*	.040	.000	.231	.441
	COFF	.334*	.034	.000	.243	.425
CAFF	COPS	-.032	.034	1.000	-.122	.059
	COFF	-.033	.026	1.000	-.102	.035
COPS	COFF	-.002	.033	1.000	-.090	.087

Nota: IC = Intervalo de Confianza; LI = Límite Inferior; LS = Límite Superior; CAPS = Causas de la Anorexia Presión Social; CAAF = Causas de la Anorexia Factor Familia; COPS = Causas de la Obesidad Presión Social; COAF = Causas de la Obesidad Factor Familia

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

3.3.2.6 Comparación curas anorexia y obesidad

Se realizó una prueba ANOVA de medidas repetidas con el fin de examinar las posibles diferencias entre las medias de las cuatro categorías de curación. No se encontró esfericidad ($W = .913$, $p < .001$) por lo que se reporta el criterio Greenhouse-Geisser, $F(2.829, 820.389) = 41.122$, $p < .001$, potencia observado = 1, $\eta^2 = .124$.

Como puede verse en la Tabla 2.1, existen diferencias significativas entre el Factor Ayuda Médica para Anorexia y Ayuda Social tanto para obesidad como anorexia. Una prueba U

de Mann-Whitney no encontró diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de hombres y mujeres en ninguno de los cuatro factores ni entre las respuestas de los dos grupos de edad.

Tabla 2.1
Comparaciones múltiples con el ajuste de Bonferroni de las cuatro posibles curas, Anorexia y Obesidad.

(I)Curas	(J)Curas	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig	IC 95 %	
					LI	LS
CAAM	CAAS	-.214*	.033	.000	-.301	-.126
	COAM	.189*	.040	.000	.084	.294
	COAS	-.081	.036	.159	-.178	.015
CAAS	COAM	.403*	.041	.000	.294	.511
	COAS	.133	.033	.001	.044	.221
COAM	CUOAS	-.270	.039	.000	-.375	.165

Nota: IC = Intervalo de Confianza; LI = Límite Inferior; LS = Límite Superior; CAAM = Curas de la Anorexia Ayuda Médica; CAAS = Curas de la Anorexia Ayuda Social; COAM = Curas de la Obesidad Ayuda Médica; COAS = Curas de la Obesidad Ayuda Social.

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

CAPITULO IV

Discusión y conclusiones

Como sabemos, los trastornos de la alimentación no son enfermedades por sí mismos, sino síndromes del comportamiento que manifiestan una amplia variedad de características psicológicas, sociales y culturales que a su vez se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, entre ellos, la anorexia y la obesidad.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el Estudio 1, es destacable el hecho de encontrar diferencias significativas acerca de las causas de la anorexia entre el Factor 1 (Familia) y el Factor 2 (Presión e ideal social); es decir, los participantes creen que la presión social y el ideal de delgadez impuesto por la sociedad es la causa más relevante para la anorexia, pero sin mostrar diferencias entre las respuestas de hombres y mujeres.

Para las causas de la obesidad, por su parte, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de F1 y F2.

Por su parte, para las curas de la anorexia se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de F1 (comida) y F2 (autoestima). Es decir, los participantes creen que la Autoestima es el factor más relevante en la cura de la anorexia. Mientras que en las curas de la obesidad se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de F1 y F2. Esto quizás esté indicando que los participantes creen que la Autoestima es el factor más relevante en la cura de la obesidad.

Asumiendo que en el Estudio 1 se encontró que tanto para la anorexia como para obesidad el factor reportado en la cura de estos padecimientos es la autoestima, se decidió hacer una comparación entre los cuatro factores (Causas Anorexia vs. Obesidad) y (Curas Anorexia vs. Obesidad). Comparando las medias de las cuatro categorías causales se encontró que existen diferencias entre la Presión Social como causa de la Anorexia y el Factor Social, la Presión Social y el Factor Familiar como causas de la Obesidad. Es decir, los participantes

del estudio están de acuerdo en que la Presión Social es una causa relevante tanto para la Anorexia como para la Obesidad. Sin embargo, es relevante no haber encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de hombres y mujeres en ninguno de los cuatro factores ni entre las respuestas de los dos grupos de edad. Quizás esto quiere decir que la variable Presión Social es la más ponderada como causa en uno y otro padecimiento.

Por otra parte, en los resultados obtenidos para los factores de curas de anorexia y obesidad se encontraron diferencias significativas entre el Factor Ayuda Médica para Anorexia y Ayuda Social tanto para obesidad como anorexia, pudiendo decirse que los participantes asumen que para las personas que padecen anorexia es necesario contar con la ayuda profesional de un médico mientras que para quien sufre de obesidad bastará con la ayuda que la sociedad pudiera proporcionarle. Con todo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de hombres y mujeres en ninguno de los cuatro factores ni entre las respuestas de los dos grupos por edad.

Un hallazgo relevante en nuestro trabajo fue que con independencia de la edad, grado escolar y género se encontraron resultados similares a los obtenidos en el estudio de Furnham y Manning (1997). Es decir, los participantes atendieron más a las causas enfocadas a la “presión social”, mientras que las declaraciones referentes a la familia fueron más comúnmente rechazadas. Esto quizás quiera decir que existe una representación social muy arraigada entre los individuos centrada en los valores sociales que impone la moda o la aceptación de la estética del cuerpo en el mundo occidental, y ello es ampliamente compartido tanto por jóvenes o adultos como por hombres o mujeres.

En la actualidad, cada vez que hablamos y damos alguna explicación sobre los trastornos alimentarios la relacionamos directamente con la anorexia, la bulimia o la obesidad. Sin embargo, la realidad es que existe un sin número de trastornos de la conducta alimentaria y que no son del conocimiento público más que para quien lo padece, como por ejemplo la vigorexia, ortorexia, diabulimia, alcoholemia, solo por mencionar algunos. Debemos tener claro que los trastornos de la alimentación son problemas emocionalmente serios que se

caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria y su componente fundamental es la alteración de la percepción del peso corporal y la figura.

Es posible asumir que las teorías implícitas de los adolescentes son producto de la información recibida por los alumnos que participaron en este estudio, por ejemplo, los medios de comunicación, la familia y las experiencias adquiridas a partir de su grupo social o del medio en el que se desenvuelven a diario. Sin embargo, también parece posible cambiar dichas teorías buscando informar a los adolescentes y con ello no solo posibilitar que estos apoyen de mejor manera a quienes padecen estos trastornos sino también hacer que sean menos vulnerables a padecerlo, ya que es posible que no se den cuenta y podrían estar actuando de la misma manera en que piensan debido a la información inadecuada que reciben.

Asimismo, es importante ayudar a los jóvenes a no relacionar o valorar el cuerpo a través de la apariencia; lo cual podría reforzarse eliminando los mensajes centrados en sobrevalorar la estética corporal, los ideales de belleza o formas de alimentación (como dietas milagrosas y productos dietéticos) que lanzan algunos medios de comunicación, así como los ideales o comparaciones existentes dentro del ámbito familiar. Es decir, debe enseñarse a los jóvenes a no glorificar la delgadez y ni llevar a cabo dietas restrictivas haciéndolos conscientes que esto puede tener efectos negativos en la salud. Asimismo, es aconsejable establecer una buena comunicación en el ámbito familiar, para que la persona se sienta segura, y de esta manera sea capaz de buscar opinión y ayuda en su propia familia cuando se enfrente a situaciones que le resulten difíciles o estresantes, así como adoptar y mantener hábitos saludables: hacer constante la actividad física y vigilar bien el número de horas de sueño. Todo ello ayudará a llevar una vida saludable y evitar algún tipo de trastorno alimenticio.

Limitaciones del estudio

Como parte de las limitaciones que encontramos en este trabajo es que no se tuvo la oportunidad de contar con una muestra más amplia de participantes ni de otras escuelas para poder realizar el estudio. Lo ideal hubiera sido aplicar la última versión del cuestionario a otros grupos de edad y de escolaridad para así poder realizar la comparación entre edades más diversas y ver la relación o diferencias existentes en las respuestas.

Referencias

- Anuel, A., Bracho, A., Brito, N., Rondón, J. E. & Sulbarám, D. (2012). Autoaceptación y mecanismos cognitivos sobre la imagen corporal. *Psicothema*, 24(3), 390-395.
- Aguinaga, M., Fernández, L. & Varo, J. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 23(2), 279-292.
- Aranceta-Bartrina, J., Pérez-Rodrigo, C., Alberdi-Aresti, G., Ramos-Carrera, N. & Lázaro-Macedo, S. (2016). Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25-64 años) 2014-2015: Estudio ENPE. *Rev Esp Cardiol*, 69(6), 579-587. DOI: 10.1016/j.recesp.2016.02.010
- Arbeláez, M. (2002). Las representaciones mentales. *Revista de Ciencias Humanas*. Recuperado de <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev29/arbelaez.htm>
- Baile, J. & González, M. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria antes del siglo XX. *Psicología Iberoamericana*, 18(2) 19-26.
- Baile, J., Guillén, F. & Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 439-450.
- Baile, J. & González, M. (2012). ¿Anorexia nerviosa en el siglo XIV?: el caso de Santa catalina de Siena. *Revista Mexicana de trastornos Alimentarios*, 3, 80-88.
- Bartolomé, D. & Lopez, J. (2014). La estigmatización social de la obesidad. *Cuadernos de Bioética*, 2, 273-284.
- Barquera, S., Campos-Nonato, I., Hernández-Barrera, L., Pedroza, A. & Rivera-Dommarco, J. (2013). Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, 2000-2012. *Salud Pública de México*, 55(suppl. 2), s151-s160.
- Barrera-Cruz, A., Rodríguez-González, A. & Molina-Ayala, M. A. (2013). Escenario actual de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(3), 292-299.
- Behar, R. (2010a). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de conducta alimentaria: ansiedad social alexitimia y falta de asertividad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(2), 90-101.

- Behar, R. (2010b). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(4), 319-334. DOI: 10.4067/S0717-92272010000500007
- Behar, R. (2010c). Quince años de investigación en trastornos de la conducta alimenticia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*; 48 (2): 135-146
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(4), 319-334.
- Behar, R., Barahona, M., Iglesias, B. & Casanova, D. (2007). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 45(3), 211-220.
- Behar, R. & Molinari, D. (2010). Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. *Revista Médica de Chile*, 138(11), 1386-1394.
- Behar, R. & Valdés, C. (2009). Estrés y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47(3), 178-189
- Benveniste, J., Lecouteur, A. & Hepworth, J. (1999). Lay Theories of Anorexia Nervosa: A Discourse Analytic Study. *Journal of Health Psychology*, 4(1), 59-69. DOI: 10.1177/1359 10539900400110
- Berg, K., Frazier, P., Sherr L. (2009). Change in eating disorder attitudes and behavior in college women: Prevalence and predictors. *Eating Behaviors*. 10(3), 137-142. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2009.03.003
- Bermúdez, P., Machado, K. & García, I. (2016). Trastorno del comportamiento alimentario de difícil tratamiento. Caso clínico. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 87(3), 240-244.
- Borrego, O. (2000). Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 24(2), 44-50.
- Camarillo, N., Cabada, E., Gómez, A. J. & Munguía, E. K. (2013). Prevalencia de los trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 18(1), 51-55.

- Cano, B. (2004). Los Trastornos de la conducta alimentaria desde la historia hasta nuestros días. *Revista Peruana de Pediatría*, 57(1), 56-64.
- Castro-Fornieles, J. (2015). Panorama actual de los trastornos de la conducta alimentaria. *Endocrinología y Nutrición*, 62(3), 111-113.
- Carr, D. & Friedman, M. A. (2005). Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United State. *Journal of Health and Social Behavior*, 3, 244 - 259.
- Carrillo, M. V. (2005). Factores socioculturales en los TCA. No solo moda, medios de comunicación y publicidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 2, 120-141.
- Contreras, O. R., Gil, P., García L M. & Fernández J. G. (2012). Incidencia de un programa de educación física en la percepción de la propia imagen corporal. *Revista de Educación*, 281-303.
- Crandall, C. S. (1994). Prejudice against fat people: Ideology and self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 882-894. DOI: 10.1037/0022-3514.66.5.882
- Crandall, C. & Eshleman, A. (2003). A justification-suppression model of the expression and experience of prejudice. *Psychological Bulletin*, 129(3), 414-446
- Crisafulli, M., von Holle, A. & Bulik, C. (2008). Attitudes towards anorexia nervosa: the impact of framing on blame and stigma. *International Journal of Eating Disorders*, 41(4), 333–339. DOI: 10.1002/eat.20507
- Díaz, J. J. (2007). Estrés alimentario y salud laboral vs. estrés laboral y alimentación equilibrada. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 53(209), 93-99.
- Dowson, J. & Henderson, L. (2001). The validity of a short version of the Body Shape Questionnaire. *Psychiatry Research*, 102(3), 263-271.
- Dweck, C. S. (1996). Implicit theories as organizers of goals and behaviour. In Peter M. Gollwitzer & John A. Bargh (Eds.). *The psychology of action. Linking cognition and motivation to behaviour*. New York: The Guilford Press, 69-90.
- Dweck, C. S., Chiu, C. & Hong, Y. (1995). Implicit theories and their role in judgments and reactions: A world from two perspectives. *Psychological Inquiry*, 6(4), 267-285.

- Ebner, D., Latner, J. & O'Brien, K. (2011). Just world beliefs, causal beliefs, and acquaintance: Associations with stigma toward eating disorders and obesity. *Personality and Individual Differences*, 51(5), 618-622. DOI: 10.1016/j.paid.2011.05.029
- Fairbum, C. & Harrison, P. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)12378-1
- Félix, G., Nachón, M. G. & Hernández, T. (2003). Anorexia nerviosa: una revisión. *Psicología y Salud*, 3(1), 121-133.
- Fernández, S., Grande, T. Banzo, C. & Félix-Alcántara, M. P. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine*, 11(86), 5144-5152.
- Furnham, A., & Davidson, L. (2012). Sex differences in beliefs about bulimia nervosa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(1), 67-77. DOI: 10.1007/s00127-010-0308-x
- Furnham, A. & Chan, E. (2004). Lay theories of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 543-552. DOI: 10.1007/s00127-004-0787-8
- Furnham, A. & Manning, R. (1997). Young people's theories of anorexia nervosa and obesity. *Counselling Psychology Quarterly*, 10(4), 389-414.
- Freeman, N., Shmueli, D. & Muraven, M. (2013). Lay theories of self-control influence judgments of individuals who have failed at self-control. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(7), 1418-1427. DOI: 10.1111/jasp.12098
- Garrido, A. & García, E. (2011). Trastornos alimentarios. *Reduca Recursos Educativos, Serie Medicina Psiquiatría*, 3(16), 1-40.
- Gismero-González, M. (2012). Factores Causales de los Trastornos de la Conducta Alimentaria atribuidos por profesionales sanitarios. *Acción Psicológica* (9)2, 77-86. DOI: 10.5944/ap.9.2.4106
- Gracia-Arnaiz, M. (2007). Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud Pública de México* 3, 236-242, 238
- Gracia, A. (2005). Maneras de comer hoy: comprender la modernidad alimentaria desde y más allá de las normas". *Revista Internacional de Sociología*, 63(40), 159-182. DOI: 10.3989/ris.2005.i40.193

- Haslam, N., Bastian, B., Bain, P. & Kashida, Y. (2006). Psychological essentialism, implicit theories, and intergroup relations. *Group Processes & Intergroup Relations*, 9(1), 63-76. DOI: 10.1177/1368430206059861
- Holliday, J., Wall, E., Treasure, J. & Weinman, J. (2005). Perceptions of illness in individuals with anorexia nervosa: A comparison with lay men and women. *International Journal of Eating Disorders*. 37(1), 50-56. DOI: 10.1002/eat.20056
- Holmes, E. P. & River, L. P. (1998). Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5(2), 231-239. DOI: 10.1016/S1077-7229(98)80008-4
- Hunt, J., & Rothman, A. (2007). College students' mental models for recognizing anorexia and bulimia nervosa. *Appetite*, 48(3), 289-300. DOI: 10.1016/j.appet.2006.05.013
- Larrín, M. (2009). Estimación de validez de constructo y consistencia interna de la escala de impacto de las imágenes femeninas presentadas por los medios de comunicación sobre adolescentes mujeres. *Terapia Psicológica* 27(1), 27-29. DOI: doi.org/10.4067/S0718-48082009000100003
- Larrín, M. E., Arrieta, M., Orrelana, Y. & Zegers B. (2013). Impacto de imágenes femeninas presentadas por los medios de comunicación en adolescentes mujeres de la región metropolitana de Santiago de Chile. *Psykhé*, 22(1), 29-41.
- Latner, J., & Puhl, R., Murakami, J. (2009). Food addiction as a causal model of obesity. Effects on stigma, blame, and perceived psychopathology. *Appetite*, 77(1), 79-84.
- Latner, J.D., Puhl, R. M., Murakami, J.M. & O'Brien, K. S. (2014). Food addiction as a causal model of obesity. Effects on stigma, blame, and perceived psychopathology. *Appetite*, 77(1), 79-84.
- Lee, S. (1995). Self-starvation in context: towards a culturally sensitive understanding of anorexia nervosa. *Social Science & Medicine* 41(1), 25-36. DOI: 10.1016/0277-9536(94) 00305-D
- Leonidas, C. & dos Santos, M. A., (2016). Relaciones afectivo-familiares en mujeres con anorexia, bulimia. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 13(2), 42-50

- Lucas, A. R. (1996). Anorexia nervosa and bulimia nervosa. En M. Lewis (Comp.) *Child and Adolescent Psychiatry a Comprehensive Textbook*. Londres: William and Wilkins. (2ª Ed.).
- Lladó, G., González-Soltero, R & Blanco, M. J. (2017). Anorexia y bulimia nerviosas: difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida. *Nutrición Hospitalaria*, 34(3), 693-701.
- Mancilla-Díaz, J. M., Lameiras-Fernández, M., Vazquez-Arévalo, R., Alvarez-Rayón, G., Franco-Paredes, K., López-Aguilar, X. & Ocampo, M. T. (2010). Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1), 36-47.
- Malo, M., Castillo, N. & Pajita, D. (2017). La obesidad en el mundo. *An Fac med*, 78(2), 67-72. DOI: 10.15381/anales.v78i2.13213.
- Méndez, J. P., Vázquez-Velázquez, V. & García-García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 579-592.
- Miguel, P. & Niño, A. (2009). Consecuencias de la obesidad. *ACIMED*, 20(4), 84-92
- Mond, J., & Hay, P. (2008). Public perceptions of binge eating and its treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 41(5), 419-426. DOI: 10.1002/eat.20512
- Mond, J. M., Hay, P. J., Owen, C. & Beumont, P. J. V. (2004). Beliefs of women concerning causes and risk factors for bulimia nervosa. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38(6), 463–469. DOI: 10.1111/j.14401614.2004.01384.x
- Montero, P., Morales, E. M., Carbajal, A. (2004). Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*, 8, 107-116. Recuperado de <http://www.didac.ehu.es/antropo/8/8-8/Montero.htm>
- Moreno, M. & Ortiz, G. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27(2), 181-190. DOI: 10.4067/S0718-48082009000200004
- Ommundsen, Y., Haugen, R. & Lund, T. (2005). Academic self-concept, implicit theories of ability, and self-regulation strategies. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 49(5), 461-474. DOI: 10.1080/00313830500267838

- Peláez, M. A., Raich, R. M. & Labrador, F. J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1) 62-75.
- Polivy, J. & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 187-213.
- de Portela Santana, M. L., da Costa, H., Mora, M. & Raich R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401. DOI: 10.3305/nh.2012.27.2.5573
- Puhl, R. M. & Brownell. K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research* 12, 788–805
- Puhl, R. M. & Heuer, C. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity (Silver Spring)*, 17, 941-964. DOI: 10.1038/oby.2008.636
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity a Research Journal*. 14(10), 1802-1815. DOI: 10.1038/oby.2006.208
- Puhl, R. M. & Brownell, K. D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*, 4, 213.227.
- Råstam, M. & Gillberg, Ch. (1992). Background factors in anorexia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1(1), 54-65.
- Rey, J. (2010). Publicidad de productos de alimentación y productos vigoréxicos. ¿Una cuestión de límite? *Icono* 14(8), 143-169.
- Roehring, J. P. & McLean, C. (2010). A comparison of stigma toward eating disorders versus depression. *International Journal of Eating Disorders*, 43(7), 671–674. DOI: 10.1002/eat.20760
- Rojo, L., Plumedo, J., Conesa, V, F., Díaz, Rojo-Bonfil, L. & Livianos, L. (2012). Los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones sobre nosología, etiopatogenia y tratamiento en el siglo XXI. *Revista de Psiquiatría Salud Mental*, 5(3), 197-204.
- Rousseau, A., Callahan S. & Chabrol, H. (2011). Representations and beliefs about eating disorders in a sample of French adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 247-251. DOI: 10.1002/eat.20887

- Romero, J. (2012). El malestar actual de la cultura y la martirización del cuerpo. *Psicología y Salud*, 22(2), 205-2014.
- Ruiz, A. O., Vázquez, R., Mancilla, J. M. & Trujillo, E. M. (2010). Influencia de factores socioculturales en mujeres jóvenes y sus padres en los trastornos del comportamiento alimentario. *Psicología y Salud*, 20(2). 169-177.
- Ruiz-Lazaro, P. M (2010). Prevalencia de los trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Esp Psiquiatr*, 38(4), 204-2011.
- Russell et al., (2009) Aspects of social cognition in anorexia nervosa Affective and cognitive theory of mind. *Psychiatry Research*, 168(3), 181-185. DOI: [10.1016/j.psychres.2008.10.028](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.10.028)
- Secretaría de Salud (2004). Guía de trastornos alimenticios. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>
- Smink, F. R., Hoeken, D. V. & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality ratea. *Curr Psychiatry Rep*, 14(4), 406-414.
- Smith, G. T., Simmons, J. R., Flory, K., Annus, A. M. & Hill, K. K. (2007). Thinnes and eating expectancies predict subsequent binge-eating and purging behavior among adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 188-197. DOI: 10-1037/0021-843X.116.1.188
- Stewart, M., Schiavo, R. S., Herzog, D. B. & Franko, D. L. (2008). Stereotypes, prejudice and discrimination of women with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 16(4), 311-318. DOI: 10.1002/erv.849
- Tejero, M. E. (2008). Genética de la obesidad. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 441-450.
- Toro, J., Nieves, K., & Borrero, N. (2010). Cuerpo y masculinidad: Los desórdenes alimentarios en los hombres, *Interamerican Journal of Psychology*, 44(2),225-234.
- Unikel, C. & Caballero A. (2010). Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Recuperado de http://www.inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_alimentacion.pdf
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M. & López-Miñarro, P. A. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35.

- Vázquez, R. & Raizh, R. (1997). El papel de la familia en los trastornos alimentarios. *Psicología Conductual*, 5(3), 391-407.
- Vellisca, Y., Orejudo, S. & Latorre, J. I. (2012). Distorsión de la percepción corporal en pacientes con anorexia nerviosa de inicio temprano vs tardío. *Clínica y Salud*, 23(2), 11-121.
- Wewetzer, C., Deimel, W., Herpertz-Dahlmann, B., Matthejat, F., & Remschmidt, H. (1996). Follow-up investigation of family relations in patients with anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5(1), 18-24.
- Viner, R. M & Cole, T. J. (2005). Adult socioeconomic, educational, social, and psychological outcomes of childhood obesity: a national birth cohort study. *BMJ*, 1, 330-353. DOI: 10.1136/bmj.38453.422049.E0
- Wilson, G., Perrin, N., Rosselli, F., Striegel-Moore, R., DeBar, L. & Kraemer, H. (2009). Beliefs about eating and eating disorders. *Eating Behaviors*, 10(3), 157-160. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2009.03.007
- Zaragoza, J., Saucedo, T. & Fernandez T. L. (2011). Asociación del impacto entre factores socioculturales, insatisfacción corporal e índice de masa corporal en estudiantes universitarios en Hidalgo, México. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 61(1).
- Zubieta, E., Muratori, M. & Fernández, O. (2012). Bienestar subjetivo y psicosocial explorando diferencias de género. *Salud y Sociedad*, 3(1), 66-67.

Anexo 1

A continuación encontrarás una serie de enunciados que se refieren a las causas y curas de la anorexia y de la obesidad. Léelos con atención y coloca una cruz (X) en el recuadro que consideres refleja el grado de acuerdo que tienes con ese enunciado. Así mismo, en el caso de que no sepas cual podría ser la respuesta puedes marcar el recuadro **no sé**.

		Acuerdo						Desacuerdo	No sé
ítem		7	6	5	4	3	2	1	
001	Las personas con anorexia piensan que el estar delgadas les traerá felicidad								
002	La anorexia es debida a una distorsión en la forma en que las personas que la padecen ven sus cuerpos								
003	La gente sufre anorexia por el miedo de estar gorda								
004	La anorexia es el resultado de los ideales occidentales respecto de la delgadez								
005	La anorexia es resultado de la creencia de que perder peso siempre es bueno								
006	Los anoréxicos son personas a las cuales les afecta negativamente el énfasis que la sociedad hace respecto de la salud y la figura física								
007	Los anoréxicos son personas que no pueden lidiar con la presión social para estar delgadas								
008	La anorexia en las mujeres es el reflejo de la necesidad de un mayor estatus y de una mayor autoestima								
009	Es menos probable que la gente padezca de anorexia si algún hermano la ha padecido antes								
010	La anorexia podría ser descrita como una reacción ante el estrés durante la pubertad								
011	Es más probable padecer de anorexia si la comida fue usada como un premio por buen comportamiento o como un castigo por mal comportamiento durante la niñez								
012	La anorexia refleja la incapacidad para afrontar los cambios								
013	Los anoréxicos pierden peso para llamar la atención y de esta manera otras personas las puedan ayudar diciéndoles cómo vivir sus vidas								
014	La gente padece anorexia porque sus madres controlaron cuánto, cuándo y qué deberían de comer, por ello no aprendieron a controlar sus hábitos alimenticios								

		Acuerdo						Desacuerdo	No sé
ítem		7	6	5	4	3	2	1	
015	La anorexia refleja el deseo de permanecer entre la familia y no establecer relaciones con otras personas								
016	La anorexia en las mujeres refleja el rechazo al rol femenino								
017	Las personas anoréxicas se rebelan contra las ideas de lo que sus padres consideran correcto								
018	Las personas anoréxicas tratan de probar que son capaces de lidiar con las responsabilidades que conlleva la adultez								
019	Las personas anoréxicas provienen de familias en donde los miembros no se preocupan el uno del otro								
020	La anorexia es el resultado de que las familias no les permiten a los niños el cambio de la niñez a la adultez								
021	La anorexia refleja el rechazo de los niños a aceptar que el amor de sus madres se obtenga a través de la comida								
022	La madre de una persona anoréxica es generalmente callada y pasiva permitiendo que el padre tome el control sobre la familia								
023	La anorexia es el resultado de que los niños no tienen privacidad en sus familias								
024	Si alguien de la familia es obeso serás menos propenso a tener anorexia								
025	Las personas anoréxicas no pueden dejar de ser delgadas, está en sus genes								
026	Las personas anoréxicas provienen principalmente de familias sin educación.								
027	Una persona que se convierte en anoréxica probablemente fue un(a) niño(a) problema y travieso(a)								
028	Tanto los padres como la familia necesitan ayuda para tener un mayor entendimiento sobre la anorexia así como también involucrarse en el tratamiento								
029	Un problema al tratar de curar la anorexia es que el doctor quiere que la persona que la padece suba de peso pero ésta se rehúsa a hacerlo								
030	Los tratamientos para las personas anoréxicas deberían establecer programas que les ayuden a desarrollar su autoestima e imagen personal y que les permita resolver de manera adecuada y exitosa los conflictos								
031	Lo más importante que se puede hacer para ayudar a personas que padecen anorexia es entender la forma en que piensan								

		Acuerdo						Desacuerdo	No sé
ítem		7	6	5	4	3	2	1	
032	Para ser curada completamente, una persona anoréxica debe desarrollar confianza en sus habilidades para resolver sus problemas cotidianos								
033	Las personas anoréxicas deben de tener algún deseo de cambio o deseo de escapar de su enfermedad antes de que pueda estar mejor								
034	Cuando alguien padece anorexia, es importante que una persona con cierto tipo de autoridad, se lo señale lo más pronto posible								
035	Si toda la familia está involucrada en el tratamiento es muy probable que la persona que padece anorexia se mejore más rápidamente								
036	El problema al tratar de ayudar a enfermos severos de anorexia es que ellos no son capaces de imaginar formas para recuperarse								
037	Es probable que se pueda ayudar a las personas anoréxicas diciéndoles qué es lo que están haciendo y por qué lo están haciendo								
038	A las personas anoréxicas se les puede decir que han mejorado cuando sus vidas no giran más en torno de mantener el control sobre la comida								
039	Solamente cuando las personas anoréxicas se percatan de su enfermedad es cuando buscan tratamientos								
040	El terapeuta debe ser claro y específico en decirles a los que padecen anorexia que deben comer sensatamente para mejorar su salud								
041	Para curarse por completo de la anorexia, es probable que se requiera salir de un ambiente demandante a uno en donde la satisfacción personal sea más fácil de obtener								
042	Decirle a una persona que padece anorexia antes de que sea diagnosticada, puede afectar lo que piensa de su propio cuerpo								
043	El descanso y el premiar subir de peso con mayor libertad y privilegios es probablemente el mejor medio para tratar la anorexia								
044	Probablemente es mucho más difícil ayudar a personas anoréxicas cuando ya se encuentran severamente dañadas físicamente								
045	La madre de alguien que padece anorexia debe de hacer que toda la familia coma lo mismo para que así pueda mantener la solidaridad dentro de la familia								
046	Una persona anoréxica debe dejar de ser demandante por el hecho de ser anoréxico								
047	Una buena terapia debería implicar descanso y una dieta alta en calorías hasta que el paciente alcance su peso “adecuado” (calculado con base en su altura, edad y masa corporal)								
048	La anorexia no debería ser tratada psiquiátricamente ya que eso representaría una derrota y una debilidad para quien la padece y ser un estigma personal								

		Acuerdo						Desacuerdo	No sé
ítem		7	6	5	4	3	2	1	
049	Probablemente la mejor terapia sería que las personas con anorexia tomaran en sus manos el control de sus comidas								
050	Probablemente es imposible trabajar con los sentimientos en conflicto de las personas anoréxicas si éstas no se encuentran en un peso corporal adecuado								
051	Probablemente no es necesario tener la cooperación de la persona anoréxica en etapas tempranas de la terapia. El doctor debe de tomar el control								
052	El uso de medicamentos que incrementa el apetito es probablemente una buena manera para tratar a una persona anoréxica								
053	Es probable que el mejor enfoque en la terapia de la anorexia sea un enfoque autoritario, por ejemplo, diciéndoles a las personas que la padecen lo que tienen que comer								
054	El único modo en que las personas anoréxicas podrían realmente morir a causa de esta enfermedad es si caen en una depresión profunda que las conduzca al suicidio								
055	Es más probable padecer de obesidad si la comida fue usada como premio por un buen comportamiento o como un castigo por mal comportamiento durante la niñez								
056	La obesidad es debida a una distorsión en la forma en que las personas que la padecen ven sus cuerpos								
057	La obesidad podría ser descrita como una reacción ante el estrés durante la pubertad								
058	Los que padecen obesidad no son afectados por el énfasis de la sociedad respecto a la salud y la figura física								
059	La gente padece obesidad porque sus madres controlaron cuánto, cuándo y qué deberían de comer, por ello no aprendieron a controlar sus hábitos alimenticios								
060	La obesidad refleja la incapacidad para afrontar los cambios								
061	Es menos probable que la gente padezca de obesidad si algún hermano la ha padecido antes								
062	Las personas con obesidad son personas que no pueden lidiar con la presión social de estar delgadas								

		Acuerdo						Desacuerdo	No sé
ítem		7	6	5	4	3	2	1	
063	Las personas con obesidad no pueden dejar de ser obesos, está en sus genes								
064	La obesidad refleja el deseo de permanecer entre la familia y no establecer más relaciones con otras personas								
065	Las personas con obesidad piensan que el estar obesos les traerá felicidad								
066	La obesidad es el resultado de la creencia de que ganar peso siempre es bueno								
067	Las personas con obesidad tratan de probar que son incapaces de lidiar con las responsabilidades que conlleva la adultez								
068	La obesidad es el resultado de negar los ideales occidentales respecto de la delgadez								
069	La obesidad en las mujeres refleja la negación de su rol como mujer								
070	La obesidad en las mujeres no refleja la necesidad de un mayor estatus y de una mayor autoestima								
071	Las personas obesas ganan peso para llamar la atención y de esta manera otras personas las puedan ayudar diciéndoles cómo vivir sus vidas								
072	La obesidad refleja la aceptación del amor de sus madres por parte de los niños al aceptar su comida								
073	Las personas obesas se rebelan en contra de las ideas de lo que sus padres consideran correcto								
074	Una persona que se convierte en obesa es porque probablemente durante su niñez fue pasiva y bien portada								
075	La obesidad es el resultado de que las familias fuerzan a los niños a comportarse como adultos antes de serlo								
076	Las personas obesas forman parte de familias en donde los miembros no se preocupan el uno por el otro								
077	La gente se vuelve obesa por el miedo de estar muy delgada								
078	La obesidad es el resultado de aquellos niños a los cuáles no se les proporcionó privacidad por parte de sus familias								
079	La madre de una persona obesa es generalmente callada y pasiva permitiendo que el padre tome el control sobre la familia								

		Acuerdo						Desacuerdo	No sé
ítem		7	6	5	4	3	2	1	
080	Si alguien de tu familia es muy delgado, probablemente no te convertirás en alguien obeso								
081	Las personas obesas provienen principalmente de familias bien educadas								
082	Lo más importante que se puede hacer para ayudar a personas que tienen obesidad es entender la forma en que piensan								
083	Tanto los padres como la familia necesitan ayuda para tener un mayor entendimiento sobre la obesidad, así como también involucrarse en el tratamiento								
084	Los tratamientos para las personas obesas deberían establecer programas que les ayuden a desarrollar su autoestima e imagen personal y que les permita resolver de manera adecuada y exitosa sus conflictos								
085	Para ser curada completamente, las personas con obesidad deben desarrollar confianza en sus habilidades para resolver sus problemas cotidianos								
086	Las personas con obesidad deben de tener algún deseo de cambio o deseo de escapar de su enfermedad antes de que puedan estar mejor								
087	Si toda la familia está involucrada en el tratamiento es muy probable que la persona que padece obesidad se mejore más rápidamente								
088	El problema al tratar de ayudar a enfermos severos con obesidad es que ellos no son capaces de imaginar formas para recuperarse								
089	Es probable que se pueda ayudar a las personas con obesidad diciéndoles qué es lo que están haciendo y por qué lo están haciendo								
090	Solamente cuando las personas con obesidad se percatan de su enfermedad es cuando buscan tratamientos								
091	El terapeuta debe ser claro y específico en decirles a los que padecen obesidad que deben comer sensatamente para mejorar su salud								
092	Decirle a una persona que es obesa antes de que sea diagnosticada, puede afectar lo que piensa de su propio cuerpo								
093	Cuando una persona padece obesidad, es importante que alguien que ejerza cierto tipo de autoridad sobre ella, se lo señale lo más pronto posible								
094	A las personas con obesidad se les puede decir que han mejorado cuando sus vidas no giran más entorno de mantener en control sobre su comida								

		Acuerdo						Desacuerdo	No sé
ítem		7	6	5	4	3	2	1	
095	Para curarse completamente de la obesidad, es probable que se requiera salir de un ambiente demandante a uno en donde la satisfacción personal sea más fácil de obtener								
096	Una buena terapia debería implicar el ejercitarse y una dieta baja en calorías hasta que el paciente alcance su peso apropiado (calculado con base en su altura, edad y masa corporal)								
097	El ejercicio y el premiar bajar de peso con mayor libertad y privilegios es probablemente el mejor medio para tratar la obesidad								
098	Un problema al tratar de curar la obesidad es que el doctor quiere que bajen de peso pero la persona que la padece no quiere hacerlo								
099	La madre de una persona con obesidad debe de hacer que toda la familia coma lo mismo para que así pueda mantener la solidaridad dentro de la familia								
100	Una persona con obesidad debe aprender a dejar de ser demandante								
101	Probablemente es mucho más difícil ayudar a personas con obesidad cuando éstas ya se encuentran severamente dañadas físicamente								
102	La obesidad no debería ser tratada psiquiátricamente ya que eso puede representar derrota y debilidad para la persona que la padece y ser un estigma personal								
103	La mejor forma de terapia para la obesidad sería tomar el control sobre lo que las personas con obesidad comen								
104	Probablemente es imposible trabajar con los sentimientos en conflicto de las personas con obesidad si éstas no se encuentran en un peso corporal adecuado								
105	Probablemente no es necesario tener la cooperación de la persona obesa en etapas tempranas de la terapia, el doctor debe de tomar el control								
106	El uso de medicamentos que disminuyen el apetito es probablemente un buen camino para tratar a una persona con obesidad								
107	El único modo en que las personas con obesidad pueden morir a causa de esta enfermedad es si caen en una depresión profunda que las puedan conducir al suicidio								
108	Es probable que el mejor enfoque en la terapia de la obesidad sea un enfoque autoritario, por ejemplo, diciéndoles a las personas que la padecen que no tienen que comer								

Anexo 2

A continuación encontrarás una serie de enunciados que se refieren a las causas y curas de la anorexia y de la obesidad. Léelos con atención y coloca una cruz (X) en el paréntesis que consideres refleja el grado de acuerdo que tienes con ese enunciado. Así mismo, en el caso de que no sepas cual podría ser la respuesta puedes marcar **No sé**.

Ítems		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No sé
01	Se debe evitar que la anorexia sea tratada psiquiátricamente ya que eso representaría una derrota y una debilidad para quien la padece.....	()	()	()	()	()
02	Decirle a una persona antes de que sea diagnosticada, que padece anorexia, puede afectar lo que piensa de su propio cuerpo.....	()	()	()	()	()
03	La obesidad en las mujeres refleja la negación de su rol femenino.....	()	()	()	()	()
04	Las personas con obesidad son personas que no pueden lidiar con la presión social que les exige estar delgadas.....	()	()	()	()	()
05	Es probable que se pueda ayudar a las personas con obesidad diciéndoles qué es lo que están haciendo y por qué lo están haciendo.....	()	()	()	()	()
06	Es probable que el mejor enfoque en la terapia de la anorexia sea un enfoque autoritario, por ejemplo, diciéndoles a las personas que la padecen lo que tienen que comer.....	()	()	()	()	()

Ítems		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No sé
07	A las personas con obesidad se les puede decir que han mejorado cuando sus vidas no giran más entorno de mantener el control sobre la comida.....	()	()	()	()	()
08	La madre de una persona con obesidad debe de hacer que toda la familia coma lo mismo para que así se pueda mantener la solidaridad dentro de la familia.....	()	()	()	()	()
09	Las personas con anorexia pierden peso con el fin de llamar la atención de la gente (familia, amigos, etc.).....	()	()	()	()	()
10	La obesidad es el resultado de la creencia de que ganar peso siempre es bueno.....	()	()	()	()	()
11	La anorexia es el resultado de que los niños y las niñas carecen de privacidad en su vida familiar.....	()	()	()	()	()
12	Una persona que se convierte en obesa probablemente fue bastante pasiva y bien portada en su niñez.....	()	()	()	()	()
13	A las personas con anorexia les afecta negativamente que la sociedad haga mucho énfasis en la figura corporal	()	()	()	()	()
14	Las personas con anorexia provienen principalmente de familias sin educación.....	()	()	()	()	()

Ítems		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No sé
15	La obesidad es resultado de que las familias invaden la privacidad de sus hijos.....	()	()	()	()	()
16	Solamente cuando las personas con anorexia toman conciencia de su enfermedad es cuando buscan tratamientos.....	()	()	()	()	()
17	Las personas con anorexia provienen de familias en donde los miembros no se preocupan el uno del otro.....	()	()	()	()	()
18	Las personas con obesidad forman parte de familias en donde los miembros no se preocupan el uno por el otro.....	()	()	()	()	()
19	La gente padece obesidad porque, en su niñez, sus madres controlaron cuánto, cuándo y qué deberían de comer, por lo que no aprendieron a controlar sus hábitos alimentarios.....	()	()	()	()	()
20	La madre de una persona con anorexia debe de hacer que toda la familia coma lo mismo para que así se pueda mantener la solidaridad dentro de la familia.....	()	()	()	()	()
21	Las personas que padecen obesidad son incapaces de lidiar con las responsabilidades que conlleva la adultez.....	()	()	()	()	()

Ítems		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No sé
22	Una buena terapia para las personas con anorexia debería implicar descanso y una dieta alta en calorías hasta que alcancen su peso adecuado.....	()	()	()	()	()
23	La obesidad refleja la incapacidad para afrontar los cambios de la adolescencia.....	()	()	()	()	()
24	Si alguien de tu familia es muy delgado, probablemente no te convertirás en alguien obeso.....	()	()	()	()	()
25	Ser delgado está en los genes de las personas con anorexia.....	()	()	()	()	()
26	El mejor medio para tratar la obesidad es que cuando la persona se ejercite y baje de peso se le debe premiar dándole mayor libertad y privilegios.....	()	()	()	()	()
27	El problema al tratar de ayudar a personas con obesidad crónica es que ellas son incapaces de imaginar formas para recuperarse.....	()	()	()	()	()
28	El uso de medicamentos que disminuyen el apetito es probablemente un buen camino para tratar a una persona con obesidad.....	()	()	()	()	()
29	La anorexia podría ser descrita como una reacción ante el estrés que sufren los adolescentes durante la pubertad.....	()	()	()	()	()

Ítems		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No sé
30	El uso de medicamentos que incrementan el apetito es probablemente una buena manera para tratar medicamente a una persona con anorexia.....	()	()	()	()	()
31	Lo más importante que se puede hacer para ayudar a personas que tienen obesidad es entender la forma en que piensan.....	()	()	()	()	()
32	Debería evitarse que la obesidad sea tratada psiquiátricamente ya que eso puede representar derrota y debilidad para la persona que la padece.....	()	()	()	()	()
33	En las personas que padecen anorexia, una señal de mejoría es que dejen de ser demandantes.....	()	()	()	()	()
34	El único modo en que las personas con obesidad pueden morir a causa de esta enfermedad es si caen en una depresión profunda que las puedan conducir al suicidio.....	()	()	()	()	()
35	Cuando una persona padece obesidad, es importante que alguien que ejerza cierto tipo de autoridad (profesor, médico, etc.) sobre ella, se lo señale lo más pronto posible.....	()	()	()	()	()
36	Probablemente es imposible trabajar con los sentimientos en conflicto de las personas con obesidad si éstas no se encuentran en un peso corporal adecuado.....	()	()	()	()	()

Ítems		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No sé
37	Las personas con anorexia tratan de probar que son capaces de lidiar con las responsabilidades que conlleva la adultez.....	()	()	()	()	()
38	Si alguien de la familia es obeso serás menos propenso a tener anorexia.....	()	()	()	()	()
39	La obesidad refleja el deseo de permanecer dentro de la familia.....	()	()	()	()	()
40	Las personas con obesidad ganan peso para llamar la atención.....	()	()	()	()	()
41	La anorexia refleja el deseo de permanecer dentro de la familia.....	()	()	()	()	()
42	Las personas con obesidad piensan que el estar obesas les traerá felicidad...	()	()	()	()	()
43	Las personas con obesidad provienen principalmente de familias bien educadas.....	()	()	()	()	()
44	Es más probable padecer de anorexia si la comida fue usada por los padres como un premio por buen comportamiento durante la niñez.....	()	()	()	()	()
45	Un problema al tratar de curar la obesidad es que el doctor quiere que bajen de peso pero la persona que la padece se rehúsa a hacerlo.....	()	()	()	()	()

Ítems		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No sé
46	Para curarse completamente de la obesidad, es probable que se requiera salir de un ambiente demandante a uno en donde la satisfacción personal sea más fácil de obtener.....	()	()	()	()	()
48	La anorexia refleja el rechazo de los niños a aceptar que el amor de sus madres se obtenga a través de la comida.....	()	()	()	()	()
49	Probablemente la mejor terapia sería que las personas con anorexia tomaran en sus manos el control de sus comidas.....	()	()	()	()	()
50	Premiar con privilegios a las personas por subir de peso es el mejor medio para tratar la anorexia.....	()	()	()	()	()
51	La madre de una persona con obesidad es generalmente callada y pasiva permitiendo que el padre tome el control sobre la familia.....	()	()	()	()	()
52	Probablemente es imposible trabajar con los sentimientos en conflicto de las personas que padecen anorexia si éstas se encuentran en un peso corporal poco adecuado.....	()	()	()	()	()
53	La obesidad es el resultado de que las personas se rebelen en contra de las ideas de lo que sus padres consideran correcto.....	()	()	()	()	()

Ítems		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No sé
54	Es probable que se pueda ayudar a las personas con anorexia diciéndoles qué es lo que están haciendo y por qué lo están haciendo.....	()	()	()	()	()
55	Las personas con anorexia creen que la sociedad las presiona para estar delgadas.....	()	()	()	()	()
56	Solamente cuando las personas con obesidad se percatan de su enfermedad es cuando buscan tratamientos.....	()	()	()	()	()
57	Es probable que el mejor enfoque en la terapia de la obesidad sea un enfoque autoritario, por ejemplo, diciéndoles a las personas que la padecen que alimentos tienen que comer.....	()	()	()	()	()
58	La obesidad se debe a una distorsión en la forma en que las personas que la padecen ven sus cuerpos.....	()	()	()	()	()
59	A las personas con anorexia se les puede decir que han mejorado cuando sus vidas no giran más en torno de mantener el control sobre la comida.....	()	()	()	()	()
60	La anorexia en los adolescentes es el resultado de que las familias les impiden a sus hijos e hijas el cambio a la adultez.....	()	()	()	()	()

Ítems		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No sé
61	La obesidad es el resultado de que las familias fuerzan a los niños a comportarse como adultos antes de serlo.....	()	()	()	()	()
62	La anorexia refleja la incapacidad para afrontar los cambios físicos en la adolescencia.....	()	()	()	()	()
64	La obesidad en las mujeres refleja la necesidad de una mayor autoestima....	()	()	()	()	()
65	Probablemente se carezca de la cooperación de la persona con obesidad en etapas tempranas de la terapia, por lo que el doctor debe tomar el control....	()	()	()	()	()
66	El terapeuta debe ser claro y específico en decirles a las personas que padecen anorexia que deben comer con moderación para mejorar su salud....	()	()	()	()	()
67	La mejor forma de terapia para la obesidad sería tomar el control sobre lo que las personas comen.....	()	()	()	()	()
68	Una persona con obesidad debe aprender a dejar de ser demandante.....	()	()	()	()	()
69	La anorexia en las mujeres refleja el rechazo al rol femenino.....	()	()	()	()	()

Ítems		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No sé
70	La obesidad es el resultado de negar los ideales occidentales respecto de la delgadez.....	()	()	()	()	()
71	La anorexia es el resultado de que las personas creen que perder peso siempre es bueno.....	()	()	()	()	()
72	El problema al tratar de ayudar a enfermos severos de anorexia es que ellos no son capaces de imaginar formas para recuperarse.....	()	()	()	()	()
73	Las personas obesas suelen aceptar la comida que les da su madre porque para ellos significa aceptación y amor.....	()	()	()	()	()
74	La madre de una persona que padece anorexia es generalmente callada y pasiva permitiendo que el padre tome el control sobre la familia.....	()	()	()	()	()
75	La gente se vuelve obesa por el miedo de estar muy delgada.....	()	()	()	()	()
76	Es probable que las personas padezcan de obesidad si en su familia existe una tendencia a ser obeso.....	()	()	()	()	()
77	Decirle a una persona que es obesa antes de que sea diagnosticada, puede afectar lo que ésta piensa de su propio cuerpo.....	()	()	()	()	()

Ítems		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No sé
78	Es más probable que la gente padezca de anorexia si algún hermano o alguna hermana la ha padecido antes.....	()	()	()	()	()
79	Una buena terapia para una persona con obesidad debería implicar el ejercitarse y una dieta baja en calorías hasta que alcance su peso apropiado..	()	()	()	()	()
80	Es más probable que las personas que padecen anorexia se curen si viven en un lugar en donde la satisfacción personal es más fácil de obtener.....	()	()	()	()	()
81	Para ser curadas completamente, las personas con obesidad deben desarrollar confianza en sus habilidades para resolver sus problemas cotidianos.....	()	()	()	()	()
82	El único modo en que las personas con anorexia podrían morir a causa de esta enfermedad es si caen en una depresión profunda que las conduzca al suicidio.....	()	()	()	()	()
83	Las personas con obesidad no pueden dejar de ser obesos, está en sus genes.	()	()	()	()	()
84	Una persona que padece anorexia probablemente fue un(a) niño(a) problema.....	()	()	()	()	()
85	Las personas padecen anorexia porque, cuando eran niños, sus madres controlaron cuánto, cuándo y qué deberían de comer. Por esa razón no aprendieron a controlar sus hábitos alimentarios.....	()	()	()	()	()