



**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**Conductas autolíticas relacionadas con un Locus de Control Externo en  
pacientes con trastornos alimenticios en Centro Terapéutico The Center  
ubicado en Quito, Ecuador**

**María Isabela Troya Bermeo**

**Michelle Argüello, B.A., Directora de Trabajo de  
Titulación**

Trabajo de Titulación presentado como requisito para la obtención del título de  
Sicóloga Clínica

Quito, mayo de 2015

**Universidad San Francisco de Quito**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Conductas autolíticas relacionadas con un Locus de Control Externo en pacientes con trastornos alimenticios en Centro Terapéutico The Center ubicado en Quito, Ecuador**

María Isabela Troya Bermeo

Michelle Arguello, B.A.  
Director del Trabajo de Titulación

\_\_\_\_\_

Teresa Borja, PhD.  
Miembro del Comité  
de Trabajo de Titulación

\_\_\_\_\_

Ana María Viteri, PhD.  
Miembro del Comité  
de Trabajo de Titulación

\_\_\_\_\_

Teresa Borja, PhD.  
Directora del Programa

\_\_\_\_\_

Carmen Fernández-Salvador, PhD.  
Decana del Colegio de Ciencias  
Sociales y Humanidades

\_\_\_\_\_

**Quito, mayo de 2015**

**© DERECHOS DE AUTOR**

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: María Isabela Troya Bermeo

C.I.: 1717488033

Lugar: Quito - Ecuador

Fecha: mayo de 2015

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de investigación es dedicado a la comunidad de personas que sufren de trastornos alimenticios del Ecuador y sus familias. Así mismo, se dedica a la comunidad de personas que recurren a conductas autolíticas. Se espera que este estudio sirva de aporte a esta población representativa de la sociedad y sus familiares, para generar mayor conciencia y preguntas sobre los mismos.

## **AGRADECIMIENTOS**

La autora del presente trabajo agradece a The Center por su apertura y predisposición al momento de la realización de la investigación. También se agradece a los participantes del estudio ya que sin su aporte no hubiese sido posible la realización del presente trabajo. Por último, agradezco el apoyo de mi familia a lo largo de toda mi vida, y en especial en esta trayectoria universitaria.

## RESUMEN

Dentro de la población de personas con trastornos alimenticios, es muy frecuente encontrar conductas autolíticas así como un locus de control externo. Esto se debe a que el comportamiento autodestructivo está muy correlacionado con trastornos alimenticios por el daño hacia uno mismo, y la sensación de pérdida de control que viene con el locus de control externo. El presente estudio realiza una correlación entre conductas autolíticas y locus de control en quince participantes mujeres con edades de 18 a 26 años en tratamiento por uno de los tres trastornos alimenticios según el DSM IV TR, en un centro psicológico privado ubicado en el norte de Quito. El objetivo de la investigación fue encontrar una correlación entre locus de control externo y conductas autolíticas en personas con trastornos alimenticios. La escala de Rotter de locus de control y la escala de autodestrucción crónica de Kelley fueron utilizadas. Los datos fueron analizados realizando un ANOVA unidireccional. Los resultados de este análisis no mostraron correlación significativa entre las variables, por lo cual la hipótesis fue rechazada. Las múltiples limitaciones de la investigación son discutidas, siendo éstas las posibles razones para los resultados desfavorables para la hipótesis planteada.

**Palabras claves:** *locus de control, conductas autolíticas, trastornos alimenticios.*

## ABSTRACT

Within the population of people with eating disorders, it is very common to find self-destructive behavior and an external locus of control. This is because self-destructive behavior is highly correlated with eating disorders because of damage to oneself, and the feeling of loss of control that comes with an external locus of control. This study makes a correlation between self-destructive behavior and locus of control in fifteen female participants aged from 18 to 26 years from a private psychological center in the north Quito that have one of the three possible eating disorders according to the DSM IV TR. The objective of this research was to find a correlation between external locus of control and self-harm behavior in people with eating disorders. The Rotter locus of control and the chronic self-destructive scale of Kelley were used. Data was analyzed by performing a one-way ANOVA. The results of this analysis showed no significant correlation between the variables, so the hypothesis was rejected. The many limitations of the research are discussed, and these are the possible reasons for the unfavorable results for the hypothesis.

**Key words:** *locus of control, self-harm behavior, and eating disorders.*



## TABLA DE CONTENIDO

<b>Resumen</b> .....	7
<b>Abstract</b> .....	8
<b>INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA</b> .....	11
Antecedentes.....	11
Problema.....	13
Hipótesis.....	14
Preguntas de investigación.....	15
Contexto y marco teórico.....	15
Propósito del estudio.....	15
Significado del estudio.....	16
Definición de términos.....	16
Presunciones del autor del estudio.....	17
Supuestos del estudio.....	18
<b>REVISIÓN DE LA LITERATURA</b> .....	20
Géneros de literatura incluidos en la revisión.....	20
Pasos en el proceso de revisión de la literatura.....	21
Formato de la revisión de la literatura.....	21
<b>METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	42
Justificación de la metodología seleccionada.....	42
Herramienta de investigación utilizada.....	43
Descripción de participantes.....	44
Fuentes y recolección de datos.....	46

<b>ANÁLISIS DE DATOS</b> .....	47
Detalles del análisis.....	47
Importancia del estudio.....	51
Resumen de sesgos del autor.....	52
<b>CONCLUSIONES</b> .....	54
Respuesta a la pregunta de investigación.....	54
Discusión.....	55
Limitaciones del estudio.....	59
Recomendaciones para futuros estudios.....	62
Resumen general.....	62
<b>REFERENCIAS</b> .....	65
<b>ANEXOS</b> .....	73
Aplicación Escala Locus de Control (Marzo 2015) .....	73
Aplicación Escala Autodestrucción (Marzo 2015) .....	74
Resumen Datos Obtenidos.....	75

## INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Los trastornos alimenticios forman parte de los diagnósticos psicológicos y médicos más comunes del siglo XXI (American Psychiatric Association, 2000). Junto al trastorno alimenticio, sea anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, o trastorno alimenticio no especificado, hay una alta incidencia de conductas coexistentes que afectan la vida del paciente y las personas que lo rodean. Entre estos comportamientos están las conductas autolíticas que son muy frecuentes dentro de la población de personas con trastorno alimenticio (Claes & Muehlenkamp, 2014). La razón exacta por la cual existe una comorbilidad alta entre trastornos alimenticios y conductas autolíticas es desconocida, pero muchos autores e investigadores han propuesto varias hipótesis para dar una respuesta a esto.

Una de las hipótesis es la relación que tiene el locus de control de la persona que padece un trastorno alimenticio y realiza conductas autolíticas. Es importante intentar llegar a la respuesta de la pregunta sobre la coexistencia de conductas autolíticas y trastornos alimenticios para así poder entender mejor al problema y consecuentemente ofrecer un mejor tratamiento.

### **Antecedentes**

Los trastornos alimenticios han estado presentes en la historia de la humanidad desde el imperio Egipcio y Grecia Antigua (Miller & Pumariega, 2001). A pesar de que es muy difícil encontrar evidencia empírica de casos documentados de desórdenes alimentarios previos al siglo XIV, conductas de ayuno y/o purga características de trastornos alimentarios ya eran existentes desde los imperios anteriormente mencionados. El motivo principal por el cual existían estas conductas semejantes a trastornos alimentarios era mayoritariamente por fe y religión (Montenegro, Blanco, Almengor &

Pereira, 2009). Tanto en sociedades orientales como occidentales se comenzó a utilizar períodos de ayuno como una manera de demostrar convicción y fe (Miller & Pumariega, 2001).

Aunque el concepto de belleza femenina seguía siendo de una mujer con figura llena hasta inicios del siglo XX, debido a motivos de fertilidad, poder, y riqueza, los desórdenes alimenticios existieron en época previas a la fecha por meros motivos religiosos. Casos históricos de este tipo de desorden son identificados y reportados desde el siglo XIV con Catalina de Siena que desde su niñez tardía y adolescencia comienza a rechazar alimentos, muriendo de su inanición pocos años después (Montenegro et al., 2009). También, en la Antigua Roma existían cuartos llamados vomitorios en los cuales las personas iban a vomitar tras comer en exceso para regresar a seguirse alimentando (Miller & Pumariega, 2001). Es después, a mediados del siglo XX que el ideal de belleza femenino cambia hacia una figura delgada lo que comienza a causar un incremento de casos reportados de trastornos alimenticios (Montenegro et al., 2009). A pesar de esto, es recién a partir del siglo XIX que los términos anorexia nerviosa y bulimia nerviosa son reconocidos como desórdenes médicos (Steinhausen, 2002).

Conjunto a los trastornos alimenticios, las conductas autolíticas también han estado presentes desde inicios de la humanidad (Nock & Prinstein, 2004). Desde la Antigua Grecia hay registro de conductas autolíticas, con casos que fueron transcritos de un líder Espartano que bajo ciertas circunstancias comenzó a automutilarse (Nock & Prinstein, 2004). También en el siglo XIX se describen casos de conductas autolíticas cuando profesionales médicos comienzan a observar y reportar casos de conductas autolíticas en las que mujeres del continente Europeo comienzan a coserse la piel con agujas (Nock & Prinstein, 2004). Uno de los primeros psiquiatras en definir conductas autolíticas fue el

doctor Karl Menninger que en la década de los treinta comienza a usar el término, diferenciándolo de conductas suicidas (Nock & Prinstein, 2004). A pesar de la antigüedad muy similar entre conductas autolíticas y trastornos alimentarios, la causa de las primeras es mucho menos conocida que los referentes a alimentación. Lo que sí se ha podido encontrar consistentemente a través de los años según recientes investigaciones es que existe una correlación entre conductas autolíticas y desórdenes alimenticios.

### **El problema**

La prevalencia de los desórdenes alimenticios ha ido incrementando rápidamente durante los años llegando a una prevalencia de casi 2% (American Psychiatric Association, 2000). Siendo este un porcentaje tan significativo, no puede dejar de ser tratado. En una investigación realizada por Riets et al. (2010) se encontró que menos del 13% de adolescentes con desórdenes alimenticios reciben tratamiento por su trastorno mental. Esta cifra es alarmante no solo por la vulnerabilidad en la que se encuentra esta población, sino que además la falta de tratamiento en personas con trastornos alimenticios puede ser mortal debido al efecto devastador que tienen estas conductas sobre las personas que lo padecen. Hudson et al. (2007) muestran en su estudio que las personas con desórdenes alimenticios tienen mayor probabilidad de sufrir algún otro desorden mental, siendo lo más comunes ansiedad, depresión, abuso de sustancias, y conductas autolíticas. La relación entre conductas autolíticas y desórdenes alimenticios es bastante alta, hasta el 72% de personas con trastornos alimenticios caerán en conductas autolíticas y hasta el 54% de personas que realizan conductas autolíticas tendrán comorbilidad con algún trastorno alimenticio (Claes & Muehlenkamp, 2014). Investigadores pioneros en el campo de las conductas autolíticas tales como Wendy Lader y Karen Conterio, ofrecen varias posibilidades del porqué de este tipo de conductas. Entre las razones ofrecidas está una relación con el locus de control,

siendo que personas que caen en este tipo de conductas suelen tener un locus de control externo (Conterio, Lader & Bloom, 1998). A pesar de que ya existe investigación sobre el locus de control y conductas autolíticas, no se ha encontrado mayor información sobre estos temas dentro de la población con desórdenes alimenticios. Siendo que esta población tiene porcentajes tan altos de conductas autolíticas, es fundamental encontrar la relación entre ambas para así poder comprender de mejor manera los trastornos y ofrecer un mejor tratamiento a las personas que padecen de estos desórdenes que pueden llegar a ser mortales.

### **Hipótesis**

Existe una correlación alta entre personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria con conductas autolíticas.

La hipótesis es: las personas que padecen de desórdenes alimenticios (que cumplen con el diagnóstico según el Manual de Diagnóstico Estadístico de Desordenes Mentales o DSM IV TR) tienen un locus de control externo y también tendrán mayores conductas autolíticas. Se espera encontrar que dentro de la población de personas con trastornos alimenticios en Quito, específicamente dentro de The Center, que cumplan el diagnóstico según el DSM IV TR y estén en tratamiento o remisión, no solo existe una comorbilidad con conductas autolíticas, si no que estas dos conductas están también asociadas con un locus de control externo.

Partiendo de la generalidad a lo más específico, también se plantean hipótesis secundarias: hipótesis 1, hipótesis 2, e hipótesis 3.

-Hipótesis secundaria 1: las personas con diagnóstico del DSM IV TR de anorexia nerviosa, tendrán mayor cantidad de conductas autolítica y un locus de control externo.

-Hipótesis secundaria 2: Las personas diagnosticadas con bulimia nerviosa según el DSM IV TR, tendrán locus de control externo y mayor presencia de conductas autolíticas.

-Hipótesis secundaria 3: Las personas con el diagnóstico de EDNOS según el DSM IV TR, obtendrán locus de control externo y mayor cantidad de conductas autolíticas

### **Pregunta de investigación**

¿Cómo y hasta qué punto el locus de control influencia las conductas autolíticas y trastornos de conducta alimentaria en personas con desórdenes alimenticios en una clínica privada ubicada en Quito?

### **Contexto y marco teórico**

El enfoque será cuantitativa para poder obtener los datos necesario se utilizará el análisis de resultados de instrumentos pertenecientes a la psicología. El problema de desórdenes alimenticios correlacionado con conductas autolíticas y un locus de control externo en personas de una clínica psicológica ubicada en la ciudad de Quito serán mejor medidos y tratados a través de pruebas estandarizadas psicológicas. La recolección de datos se hará mediante la utilización de los dos instrumentos psicológicos: a) Escala de Locus de control de Rotter y b) Escala de conductas autodestructivas crónicas de Kelley. Los datos recopilados permiten llegar al análisis estadístico necesario para encontrar la correlación entre conductas autolíticas y locus de control externo en pacientes con trastornos alimenticios.

### **Propósito del estudio.**

Con el presente estudio, se comprobará si es que el locus de control externo tiene correlación alguna con las conductas autolíticas en personas con desórdenes alimenticios. Si fuese así, se esperaría llegar a encontrar un enfoque más específico para psicoterapia en

estos pacientes para que los mismos lleguen a modificar su locus de control y regularlo encontrando un balance. Se tiene la expectativa de encontrar una correlación positiva entre conductas autolíticas y locus de control externo ya que la investigación ha demostrado que la falta de asunción de responsabilidad de los eventos personales pueden llevar a que la persona sienta una total falta de control sobre su vida, implementando conductas autolíticas para sentir alguna sensación de poder y control sobre su vida.

### **Significado del estudio.**

Existe poca investigación sobre conductas autolíticas en el Ecuador debido a que este tema puede ser considerado aun como muy controversial. Así mismo, hay escasez de datos sobre el locus de control en nuestro país ya que se conoce muy poco sobre su significado. A pesar de la creciente tendencia del conocimiento de desórdenes alimenticios en el Ecuador, no hay suficiente información sobre la prevalencia, tratamientos, sintomatología de los mismos. Juntando a estos tres temas que han recibido poca atención académica en el Ecuador y mundo entero (conductas autolíticas, locus de control, y desórdenes alimenticios), se hará una investigación pionera en el país intentando encontrar la raíz de problemas psicológicos de las conductas autolíticas y trastornos alimenticios para así poder llegar a un mejor tratamiento.

### **Definición de términos**

Anorexia nerviosa.-trastorno de conducta alimentaria que tiene como características esenciales el “rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia, sufren amenorrea” (American Psychiatric Association, 2000 p. 583).



Bulimia nerviosa.- trastorno de conducta alimentaria que se “caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo” (American Psychiatric Association, 2000 p. 589).

Conducta autolítica.- “realización de lesión deliberada en el propio cuerpo sin la ayuda de otra persona, causando daños severos a los tejidos causando cicatrices” (Rao, Sudarshan & Begum, 2008).

EDNOS.- trastorno de conducta alimentaria no especificado que es dado a personas con algún tipo de psicopatología en su conducta alimentaria pero no cumplen los criterios para anorexia o bulimia (American Psychiatric Association, 2000).

Locus de control externo.- “creencia de que el destino, suerte, o fuerzas exteriores son responsables de lo que sucede a uno” (Lefcourt, 2014).

Locus de control interno.- “creencia de que habilidades, esfuerzos, y acciones propias determinan lo que sucede a uno” (Lefcourt, 2014).

Trastorno Alimentario.- “se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Existen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa” (American Psychiatric Association, 2000 p. 583).

### **Presunciones del autor del estudio**

La primera presunción es que al momento de aplicarse los dos inventarios, escala de Locus de Control de Rotter y escala de Autodestrucción Crónica de Kelley, los participantes del estudio dirán la verdad al responderlos. También, se está presumiendo que la aplicabilidad de las escalas a los participantes será adecuada, a pesar de que ambas

escalas fueron estandarizadas pero dentro de una población blanca anglosajona, lo que podría afectar en la comprensión de los reactivos. Otra presunción del estudio es que los participantes realicen de manera consciente los inventarios para que así no existan distracciones de ningún tipo y estos sean llenados correctamente.

Se presume también que todos los participantes pertenecerán a diferentes grupos de edad, género, estado socio económico, y trastornos alimentarios, suponiendo la existencia de diversidad en la muestra. En cuanto a la aplicación, se presume que los terapeutas quienes aplicarán los inventarios explicarán de manera adecuada el propósito del estudio y sus implicaciones, así como que estarán atentos ante cualquier pregunta de los participantes. Por último, como la investigación no cuenta con alguna clase de incentivo para los participantes, el grado en el que se involucren los participantes es incierto.

### **Supuestos del estudio**

Lo que se espera hallar después de la realización de este estudio es una correlación positiva entre conductas autolíticas y un locus de control externo dentro de la población de trastornos alimenticios. Esta información se correlacionará con literatura para poder encontrar esquemas de intervención que se puedan recomendar. Después de esto, se espera encontrar un tipo de terapia específica para trastornos alimenticios relacionados con el trabajo del locus de control, para tener la base teórica de los mismos.

También se espera encontrar una correlación de locus de control externo en pacientes con trastornos alimenticios que cumplen con los diagnósticos según el DSM IV TR. Este supuesto será demostrado con la literatura actual sobre el tema que enseñe este tipo de correlación.

A continuación se encuentra la revisión de la literatura referente al caso dividida en tres partes. Seguido a esto está la explicación de la metodología de la intervención aplicada, los resultados obtenidos detallados y explicados, conclusiones del estudio y la discusión.

## REVISIÓN DE LA LITERATURA

### Géneros de la literatura incluidos en la revisión

#### Fuentes.

Toda información utilizada para la realización de este trabajo es proveniente de diferentes fuentes. Sin embargo, la mayor cantidad de información es procedente de revistas indexadas, también conocidas como *peer review journals*, que significa revistas científicas que publican artículos de carácter científico y antes de su publicación son revisadas y corregidas por otros profesionales del campo. También se utilizaron libros especializados en el tema de los desórdenes alimenticios, locus de control, y conductas autolíticas. El Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, también conocido como DSM será utilizado. La edición del DSM IV TR se elige en lugar de su sucesor el DSM V. Como fue con el DSM IV, se espera que la revisión del DSM V, es decir el DSM V TR, salga en los próximos años para que así éste sea un manual más completo y sin omisiones o errores. El DSM IV TR ha sido revisado y modificado tras varios años de estudio y crítica de la comunidad científica. Es por esto que se escoge utilizar la clasificación del DSM IV TR para estudiar los trastornos alimenticios.

Finalmente, la gran mayoría de los artículos científicos sobre trastornos alimenticios publicados en revistas científicas son realizados con la clasificación y definición del DSM IV TR, razón por la cual el presente trabajo utilizará también el mismo manual.

Adicionalmente, se usaron videos de académicos expertos en el área de tanto conductas autolíticas, locus de control y desórdenes alimenticios. Finalmente, se entrevistó a profesionales de la salud mental para recolectar información para el presente trabajo.

## **Pasos en el proceso de la revisión de la literatura**

Para la realización de este trabajo, se siguieron algunos pasos para generar temas para la revisión de literatura. El primer paso realizado fue una lluvia de ideas sobre los posibles temas a revisar. Tras la realización de esto se hizo una búsqueda en el internet en bases de datos académicas. Después de haber tenido los temas definidos, se buscaron autores reconocidos en el área para ver su investigación y trabajo sobre la misma. Con la ayuda de sugerencia de profesores y otros especialistas en el campo de la salud mental, se buscaron libros especializados en el área de trastornos alimenticios, conductas autolíticas, y locus de control. Por último, se hizo uso de referencias de artículos científicos sobre los temas propuestos para llegar a más fuentes.

## **Formato de la revisión de la literatura**

El diseño de la revisión de la literatura estará dividido por temas. Los mismos serán expuestos según orden jerárquico, siendo trastornos alimentarios primero, después conductas autolíticas, y finalmente locus de control.

### **Tema 1. Trastornos alimenticios.**

#### ***Definición, Clasificación, e Historia***

Para poder entrar en el tema de los trastornos alimenticios, es indispensable primero conocer su definición, clasificación, e historia. Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2000) los trastornos alimenticios son caracterizados por alteraciones severas en la conducta alimentaria. Es importante recalcar que para la consideración de un diagnóstico de trastornos alimenticios, las alteraciones en el comportamiento alimentario debe ser lo suficientemente grave como para causar impacto y deterioro en la vida del afectado (MacGregor & Lamborn, 2014). Ahora bien, dependiendo del tipo de trastorno alimenticio,

va variar el tipo de deterioro e impacto en la vida de la persona. Otra definición es brindada en el libro *Lecciones de Psiquiatría* escrito por Ortuño en el cual define a los trastornos de conducta alimentaria como “enfermedades psiquiátricas cuya principal característica es la alteración del comportamiento. El comportamiento en estos trastornos está dirigido a la pérdida de peso o al mantenimiento del estado de delgadez” (Ortuño, 2010, p. 360). Finalmente se revisará definición dada por la Asociación Americana de Psicología (2015) que define a los trastornos alimenticios como hábitos alimenticios anormales que pueden amenazar la salud e incluso vida del sujeto.

Para poder hacer la realización de una clasificación de trastornos alimenticios, se escogió la entidad que ha sido mayormente reconocida en cuanto a psicopatología: la Asociación Americana de Psiquiatría con su manual de diagnóstico estadístico de desórdenes mentales. La APA sacó recientemente (2013) la nueva edición del DSM, siendo ésta la quinta. A pesar de que el DSM V es la versión más reciente de la APA, el presente trabajo será basado en el DSM IV TR ya que el mismo ha estado presente por más de quince años y ha pasado por revisiones y cambios rigurosos desde el DSM IV.

Según el DSM IV TR existen tres trastornos alimenticios: a) 307.1 anorexia nerviosa; b) 307.51 bulimia nerviosa; c) 307.50 trastorno alimenticio no especificado (American Psychiatric Association, 2000). Cada uno de estos trastornos tiene sus características particulares que se verán más adelante pero todos comparten alteraciones en el comportamiento alimentario (Ortuño, 2010). Los dos trastornos alimenticios que fueron aumentados en el DSM V son: a) 307.59 trastorno de la ingesta de alimentos restrictiva de evitación; b) 307.51 trastorno por atracones o *binge eating disorder* (American Psychiatric Association, 2013). Adicionalmente, fue eliminado el trastorno alimenticio no especificado. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, no se tomaran en cuenta los

cambios en la clasificación de desórdenes alimenticios del DSM V sino que se trabajará con la del DSM IV TR.

Ahora bien, en cuanto a la historia de la existencia de trastornos alimenticios en la civilización humana, éstos han acompañado a la misma desde hacer varios siglos. Existe recolección de datos que indican que es desde el imperio Egipcio y la Grecia Antigua que éstos están presentes (Miller & Pumariega, 2001). Empezando por anorexia nerviosa, es recién en el siglo XIX que se da una definición del término. El médico inglés William Gull utiliza y define por primera vez el término clínico de anorexia nerviosa en 1874, tildándolo de un trastorno casi exclusivo de mujeres y ligado al término popular de la época histeria (Zhang, 2014). Sin embargo, existen antecedentes de que ya existían casos de anorexia nerviosa anteriormente, cuando la muerte de Catalina de Siena fue documentada en el siglo XIV tras varios años de malnutrición causada por ayuno repetitivo de parte de la misma (Montenegro et al., 2009). En cuanto a comportamientos similares a la bulimia, se han encontrado recolección de datos que indican la existencia de la misma desde el imperio Egipcio cuando doctores recomendaban purgarse una vez cada tres días y en la antigua Roma donde existían cuartos llamado vomitorios que eran utilizados para vomitar tras una comida (Giannini, 1993). Sin duda alguna, la prevalencia de trastornos alimenticios aumentó a partir del siglo XX cuando el ideal de belleza femenina se transforma a una silueta delgada y con el pasar de los años ha sido cada vez más y más delgada lo que hizo que se definan y estudien a mayor profundidad los trastornos de la conducta alimentaria. A continuación se revisarán y definirán las tres clasificaciones de trastornos alimenticios que han ido evolucionando desde la historia de alteraciones en la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, y trastorno alimenticio no especificado.

### *Anorexia Nerviosa*

Empezando por el primer trastorno alimenticio definido en el DSM IV TR, la anorexia nerviosa es definida como el padecimiento de un desorden mental en el cual el individuo se reusa a mantener el peso corporal mínimo, tiene miedos intensos de aumentar de peso, y muestra alteraciones significativas en la percepción del tamaño o forma de su cuerpo (American Psychiatric Association, 2000). La etimología de la palabra anorexia es incongruente con su significado diagnóstico ya que etimológicamente anorexia significa falta de deseo del apetito, lo cual no es necesariamente cierto (American Psychiatric Association, 2000).

Para poder hacer un diagnóstico de Anorexia Nerviosa, se deben cumplir con ciertos criterios. Según el DSM IV TR se debe presentar los siguientes criterios:

a) Rechazo a mantener el peso corporal normal para edad y estatura (menos del 85% del peso normal)

b) Miedo intenso a subir de peso o engordar a pesar de que la persona está bajo el peso normal

c) Alteraciones en la manera en la que el individuo percibe su forma o tamaño de cuerpo o negación de la gravedad del actual bajo peso

d) En el caso de mujeres la presencia de amenorrea que es la ausencia de por lo menos tres periodos menstruales consecutivos

(American Psychiatric Association, 2000).

Existen dos tipos de clasificación dentro de la Anorexia Nerviosa: tipo restrictivo y tipo purgativo (American Psychiatric Association, 2000). El primero ocurre cuando la pérdida de peso de la persona se da principalmente por dieta, ayuno, o ejercicio excesivo (American Psychiatric Association, 2000). Mientras que el tipo purgativo es el que el individuo ha estado utilizando regularmente métodos purgativos tales como el vómito o



mal uso de diuréticos y/o laxantes tras un episodio de atracón (American Psychiatric Association, 2000).

La prevalencia de Anorexia Nerviosa es sumamente baja a pesar de que ha ido aumentando el número de diagnósticos con el pasar de los años. El rango de la prevalencia de Anorexia Nerviosa en la población general va de 0.3 a 0.5% (American Psychiatric Association, 2000) (Bulik, Sullivan & Kendler, 2000; Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007). La existencia de Anorexia Nerviosa en mujeres es diez veces mayor que en hombre (American Psychiatric Association, 2000). Sin embargo, esto se puede deber al hecho de que alrededor 3 de cada 10 casos son pasados por alto al momento de diagnosticar anorexia en varones (Zhang, 2014).

Generalmente, la anorexia tiene un inicio en la adolescencia, siendo el rango de edad más común de 14 a 18 años (American Psychiatric Association, 2000). Sin embargo, estudios recientes han visto que cada vez se diagnostica el mencionado trastorno en edades más jóvenes (Allen, Gibson, McLean, Davis, & Byrne, 2014). El comienzo de este trastorno se da muy rara vez en edades pasadas los 40 años (American Psychiatric Association, 2000). El curso y pronóstico de este trastorno es muy variable ya que puede tomar distintos rumbos. Algunos individuos diagnosticados con Anorexia Nerviosa logran una recuperación completa tras un único episodio mientras que otros fluctúan en un patrón de subida de peso y recaídas, y finalmente existen otras personas que experimentan el curso de la enfermedad crónicamente por muchos años (American Psychiatric Association, 2000). En muchos casos, la necesidad de hospitalizaciones es necesaria para recuperar peso y tratar los desbalances de fluidos y electrolitos (Bulik, Reba, Siega-Riz, & Reichborn-Kjennerud, 2005). La mortalidad para este trastorno es alto, siendo el porcentaje mayor al 10%, resultado de inanición, suicidio, o desbalances electrolíticos (American Psychiatric Association, 2000).

En cuanto a la predisposición de la existencia de la Anorexia Nerviosa, es más común que ésta se de en parientes de primer grado (Bulik et al., 2005; Dahlgreen & Rø, 2014). Existe evidencia de un componente genético ya que las tazas de concordancia son significativamente mayores en gemelos monocigóticos comparado con gemelos dicigóticos (American Psychiatric Association, 2000).

El trastorno alimenticio Anorexia Nerviosa tiene una alta comorbilidad con otros desórdenes mentales (American Psychiatric Association, 2000; Hudson et al., 2007) Entre los trastornos mentales más diagnosticados una vez se ha realizado el diagnosis de Anorexia Nerviosa están: trastorno de depresión mayor, trastorno obsesivo compulsivo, y abuso de sustancias (American Psychiatric Association, 2000; Halmi, Eckert, Marchi, Sampugnaro, Apple & Cohen, 1991; O'Brien & Vincent, 2002). También hay una alta incidencia de comportamientos psicopatológicos en pacientes con Anorexia Nerviosa, uno de los más comunes siendo las conductas autolíticas con una prevalencia del 20-30% según estudios recientes (Favaro & Santonastaso, 2000; Sansone & Levitt, 2002).

En cuanto al tratamiento dado a personas con anorexia, se ha visto que una combinación de terapia individual y familiar es lo mejor en estos casos (Lock et al., 2010). La condición médica del afectado es de gran importancia y por esto se debe intervenir también en la nutrición del mismo para poder pasar al siguiente paso de tratamiento psicológico (Ball & Mitchell, 2004). Una vez la persona con anorexia esté en tratamiento médico con nutricionista, se recomienda implementar tanto terapia individual y familiar (Lock et al., 2010). Lock et al (2010) realizó una investigación en la cual se comparan los resultados de tratamientos de terapia familia, terapia individual, y tanto terapia individual y familiar en pacientes adolescentes con anorexia. Todos los participantes recibieron 24 horas de terapia sea individual o familiar en el período de doce meses y fueron evaluados al comienzo y final del tratamiento, y seis y doce meses después de haber finalizado el

tratamiento (Lock et al., 2010). Los resultados mostraron mejoras significativas en las personas que habían recibido tanto tratamiento familiar e individual, con un aumento de peso y remisión de síntomas (Lock et al., 2010). Se ha visto que el entorno familiar tiene mucho que ver con la recuperación del tratamiento de personas con anorexia y por esto es importante que éstas reciban terapia familiar (Lock et al., 2010). Es por esto que al momento de tratar anorexia, se sugiere la combinación de ambas terapias con junto a visitas regulares de un médico.

### ***Bulimia Nerviosa***

El segundo trastorno alimenticio clasificado en el DSM IV TR es bulimia nerviosa con código 307.51 (American Psychiatric Association, 2000). La bulimia nerviosa es definida como el trastorno alimenticio que presenta atracones y métodos compensatorios inapropiados para prevenir la subida de peso (American Psychiatric Association, 2000). Para poder comprender bien a esta definición de bulimia, se debe comprender qué es un atracón. Un atracón es “comer durante un discreto periodo de tiempo, no más de dos horas, una cantidad de comida que es en definitiva más grande a la que la mayoría de individuos comerían en circunstancias parecidas” (American Psychiatric Association, 2000, p. 589). La etimología de la palabra bulimia es hambre en exceso o hambre de buey en griego, lo que hace referencia a las grandes cantidades de comida que comen los que padecen este desorden cuando están pasando por un atracón (American Psychiatric Association, 2000).

Para la realización del diagnóstico de bulimia nerviosa, hay ciertos criterios que deben ser seguidos. Según el DSM IV TR se deben presentar los siguientes criterios:

a) Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón está caracterizado por lo siguiente: 1) comer en un discreto período de tiempo (dentro del lapso de 2 horas) una cantidad de comida que es en definitiva más grande que la mayoría de personas comería en

ese período de tiempo bajo circunstancias similares. 2) una sensación de pérdida de control sobre la comida durante el episodio

b) Comportamientos compensatorios inadecuados recurrentes para prevenir la subida de peso tales como el vómito inducido, mal uso de laxantes, diuréticos, ayunos, o ejercicio excesivo.

c) Los atracones y conductas compensatorias inadecuadas ocurren en promedio si quiera dos veces por semana por un tiempo mínimo de tres meses

d) Auto-evaluación está exageradamente influida por la forma del cuerpo y peso

e) El episodio no ocurre exclusivamente durante episodios de Anorexia Nerviosa

(American Psychiatric Association, 2000).

Hay dos tipos de tipificaciones dentro de la bulimia nerviosa: tipo purgativo y el tipo no purgativo (American Psychiatric Association, 2000). La bulimia de tipo purgativo es aquella que durante el episodio la persona utiliza regularmente en conductas como el vómito inducido, mal uso de laxantes, diuréticos o enemas (American Psychiatric Association, 2000). Mientras que el tipo no purgativo es aquel que durante el episodio de bulimia, la persona ha utilizado otro tipo de conductas inapropiadas compensatorias como el ayuno o ejercicio excesivo, pero no se ha inducido al vómito ni mal utilizado laxantes y diuréticos regularmente (American Psychiatric Association, 2000).

A diferencia de Anorexia Nerviosa, el trastorno alimenticio de bulimia nerviosa tiene una prevalencia más alta dentro de la población normal siendo un rango del 1-3%

(American Psychiatric Association, 2000; Bulik et al., 2000; Hudson et al., 2007).

Así como en Anorexia Nerviosa, la bulimia nerviosa es diez veces más probable en mujeres que en hombre (American Psychiatric Association, 2000). Es importante notar que el 10% de hombres que son diagnosticados con bulimia nerviosa tienen una prevalencia

más alta de desarrollar obesidad a comparación de las mujeres (American Psychiatric Association, 2000).

Por lo general, el inicio de la bulimia nerviosa se da en la adolescencia tardía o adultez temprana (American Psychiatric Association, 2000). Lo que suele fomentar la existencia de un episodio de bulimia es estar en dieta o haber terminado una. El curso de este trastorno puede ser crónico o intermitente (American Psychiatric Association, 2000). Las consecuencias médicas para una persona con bulimia son sumamente serias, siendo estas: desgaste de esmalte de dientes y otros problemas con los mismos, crecimiento de glándulas salivales, problemas cardíacos, irregularidad menstrual, pérdida de ácido del estómago que puede producir alcalosis metabólica, desbalances electrolíticos y de fluidos del cuerpo (American Psychiatric Association, 2000).

Al igual que la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa tiene un fuerte componente genético, siendo más frecuente la existencia de la misma dentro de parientes de primer grado (American Psychiatric Association, 2000; Bulik et al., 2005).

Acompañado de la bulimia nerviosa suelen venir otros trastornos mentales, siendo los mayores porcentajes de comorbilidad: distimia, trastorno de depresión mayor, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, y trastorno de personalidad limítrofe (American Psychiatric Association, 2000; Halmi et al., 1991; O'Brien & Vincent, 2002). El porcentaje de conductas autolíticas también está presente dentro de la bulimia nerviosa pero es más alto en este trastorno teniendo un porcentaje de comorbilidad del 30-35% (Favaro & Santonastaso, 2000; Sansone & Levitt, 2002).

En cuanto al tratamiento de pacientes con bulimia, la comunidad científica ha visto que la terapia cognitiva conducta es la que mejores resultados da para este desorden alimenticio (Fairburn et al., 1993). La terapia cognitiva conductual ha mostrado en diferentes estudios la remisión de varios síntomas dentro de la bulimia (Fairburn et al.,

1993; Ricca, Mannucci, Zucchi, Rotella & Faravelli, 1999). A diferencia de pacientes con anorexia, no se ha visto la necesidad de incorporar a la familia en personas con bulimia ya que los resultados no son significativos (Perkins et al., 2005). Lo que sí se encontró es que con la combinación de terapia cognitiva conductual, asesoría médica de nutricionista, y ejercicio, pacientes con bulimia mejoran significativamente en su remisión de síntomas (Sundgot, Rosenvinge, Bahr, Schneider, 2002). Así como la sintomatología de anorexia y bulimia son diferentes, sus tratamientos igual difieren en gran parte, pero siguen compartiendo el buscar la mejoría médica de los pacientes y la aplicación de la terapia cognitiva conductual.

### ***Trastorno Alimenticio No Especificado***

Por último, está el trastorno alimenticio no especificado dentro de la clasificación del DSM IV TR. Este diagnóstico está reservado para las personas que tienen alguna psicopatología dentro de su conducta alimentaria pero no cumplen con los requisitos para el diagnóstico de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa. Debido a que es menos específico que los otros dos trastornos alimenticios mencionados, el trastorno alimenticio no especificado con código 307.51 en el DSM IV TR tiene menos información e investigación (American Psychiatric Association, 2000). Según el DSM IV TR hay seis ejemplos de casos para diagnóstico de 307.51 trastorno alimenticio no especificado: 1) Para mujeres, todos los criterios de Anorexia Nerviosa son cumplidos menos la amenorrea. 2) Todos los criterios para Anorexia Nerviosa son cumplidos a excepción del peso actual de la persona que está dentro del rango normal. 3) Todos los criterios para Bulimia Nerviosa son cumplidos menos los atracones y conductas compensatorias que ocurren menos de dos veces por semana o tienen una duración menor de tres meses. 4) El uso regular de conductas compensatorias inapropiadas realizadas por una persona de peso normal después de comer cantidades pequeñas de comida. 5) Repetición de masticar y

escupir grandes cantidades de comida sin tragar. 6) Desorden de atracón que es caracterizado por episodios recurrentes de atracones en la ausencia de conductas compensatorias inapropiadas típicas de la bulimia nerviosa (American Psychiatric Association, 2000).

Debido a que el trastorno alimenticio no especificado da espacio a más trastornos de la conducta alimentaria (como los que no cumplen con todos los criterios de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa), hay una mayor prevalencia de los mismos dentro de la población normal. Estudios recientes enseñan que la prevalencia del trastorno alimenticio no especificado está entre el 2-4% (Hudson et al., 2007; Machado, Machado, Gonçalves, Hoek, 2007).

El curso y pronósticos del trastorno alimenticio no especificado es muy variable debido a sus diferentes tipos (Schmidt, Lee, Perkins, Eisler, Treasure, Beecham & Yi, 2008). Las consecuencias médicas son similares a las de bulimia nerviosa y anorexia nerviosa debido a que cumplen varios de sus criterios de diagnóstico. Lo que la investigación si ha encontrado es que existe una comorbilidad alta entre el trastorno alimenticio no especificado y las otras psicopatologías de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Es decir, también hay comorbilidad entre trastornos de ansiedad, trastornos del ánimo, abuso de sustancias (Schmidt et al., 2008). Así mismo el porcentaje de conductas autolíticas en esta población también es significativo con un porcentaje de 35,8% según la investigación de Paul et al. realizada en el 2002.

Se ha encontrado muy poco sobre el tratamiento para personas diagnosticadas con EDNOS. La razón principal es por la variedad de sintomatología de este trastorno. Como se vio, muchas veces el diagnóstico de EDNOS es parecido al de anorexia o al de bulimia. Es por esto que cada caso de EDNOS se deberá evaluar individualmente para evaluar cual tratamiento es mejor. Previamente se mencionó que la terapia cognitiva conductual es

mejor para remisión de síntomas para tanto anorexia y bulimia, y por esto podría ser una muy buena opción para personas que padecen EDNOS.

## **Tema 2. Conductas autolíticas.**

Las conductas autolíticas son parte de muchas psicopatologías y por ello han llamado la atención de investigadores. Su prevalencia varía según investigaciones realizadas en ámbitos clínicos como no clínicos pero se encuentra en el rango del 0,7-21% (Yates, 2003). Siendo este porcentaje tan amplio, pero a la vez tan significativo, es importante conocerlas a profundidad. Para comprender de manera global lo que son las conductas autolíticas, es indispensable conocer su historia, desarrollo, manifestaciones, motivos tanto sociales como neuroquímicos, y por su puesto la definición de la misma.

Según Sansone & Sansone (2010), las conductas autolíticas son definidas como comportamientos auto destructivos que buscan lastimar o dañar a uno mismo sin quitarse la vida. Algunos autores hacen la distinción entre conductas autolíticas no suicidas con conductas autolíticas suicidas. Sin embargo, investigaciones recientes han descartado a conductas suicidas como conductas autolíticas ya que las mismas tienen la intencionalidad de finalizar la vida. En el caso de esta investigación, se utilizará la definición y concepto mayormente aceptada en esta época, la de conductas autolíticas no suicidas que son comportamientos de auto destrucción que buscan deliberadamente lastimar el cuerpo de uno sin tener la intención del suicidio (Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, 2003).

En cuanto a la historia de conductas autolíticas, se pueden observar varios reportes artísticos en los cuales se muestran estos comportamientos desde hace varios siglos, en personas lastimándose con látigos y otras herramientas, siendo el caso artístico más antiguo encontrado del siglo quince representando dos personas auto latigueándose mientras pasaban por la Peste Negra en Europa (Eder, Kühschelm & Linsboth, 2014). Recién a inicios del siglo veinte Emerson presenta una publicación de caso en la cual



describe a pacientes con conductas autolíticas, y desde su corriente psicoanalítica argumenta el comportamiento autodestructivo de estos pacientes como un símbolo de sustitución de la masturbación (Emerson, 1913). Posteriormente, el psiquiatra Karl Menninger publica su libro *Men against himself* en el cual conceptualiza, define, y clasifica a las conductas autolíticas en seis categorías (Menninger, 1938). Después de Menninger siguieron varios autores a investigar, definir, y clasificar conductas autolíticas tales como Ping Pao en 1969 y Ross & Mckay en 1979 con sus artículos y libros sobre las conductas autolíticas (Pao, 1969; Ross & Mckay, 1979). A partir de la segunda mitad del siglo veinte, el enfoque de estudio de las conductas autolíticas cambia de corriente, enfocándose primero en estos comportamientos desde un punto de vista psicoanalítico y posteriormente viendo otras posibilidades de sus orígenes (Yates, 2003). En 1978, aparece en el DSM-III por primera vez el desorden de personalidad limítrofe en el cual se describen conductas autolíticas como criterio de diagnóstico, llevando a la luz pública la existencia de estos comportamientos auto destructivos (American Psychiatric Association, 1978). En la actualidad, existen centenares de investigaciones sobre conductas autolíticas relacionadas con psicopatologías como trastornos de ansiedad, trastorno de personalidad limítrofe, trastornos de la conducta alimentaria, esquizofrenia, y depresión (Haw et al., 2005; Jacobson & Luik, 2014; Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, 2003; Kostro, Lerman & Attia, 2014; Yates, 2003). Debida a la popularidad que han tomado las conductas autolíticas en las últimas décadas de parte de los medios, su investigación sigue creciendo para llegar al conocimiento de las causas, tratamientos, factores de riesgo, clasificación y definición.

Algunas de estas mencionadas investigaciones tratan sobre la comorbilidad entre conductas autolíticas y cierto tipo de psicopatologías. Haw et al. (2005) realizaron una investigación en la cual se estudió la comorbilidad entre conductas autolíticas y

esquizofrenia, encontrando como resultado la predicción de suicidio en pacientes esquizofrénicos cuando había la existencia de mencionadas conductas autolíticas.

En el área de trastornos de la conducta alimentaria, hay múltiples investigaciones sobre la correlación de ambos. Kostro, Lerman & Attia (2014) realizaron un meta-análisis de más de mil artículos científicos de trastornos alimenticios y comportamientos autolíticos en los cuales 66 fueron incluidos y los resultados mostraron alto riesgo para pacientes con trastornos alimenticios con mortalidad y conductas autolíticas. Cerca del 25% de pacientes diagnosticadas con algún trastorno alimenticio, recurren en conductas autolíticas (Levitt, Sansone & Cohn, 2004). Por otra parte, Brown, Comtois & Linehan (2002) realizaron una investigación en la cual se estudió a una muestra de 75 mujeres diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad y diferenció conductas autolíticas de intentos de suicidio, viendo los diferentes motivos detrás de cada uno de estos. En el área de los trastornos de ansiedad, Dyer y colaboradores (2009) realizaron una investigación en la cual una muestra de 31 personas diagnosticadas con trastorno de estrés post traumático presentaban conductas autolíticas, encontrándose que es muy común la coexistencia de ambas.

Así como se han visto la prevalencia de conductas autolíticas en pacientes con trastornos psiquiátricos, es importante recalcar que estos comportamientos auto destructivos también existen en personas fuera del ámbito psiquiátrico clínico. Aunque pueda parecer que la existencia de conductas autolíticas es exclusiva para pacientes clínicos, varios estudios han demostrado que no es necesario contar con un diagnóstico psiquiátrico para tener este tipo de comportamiento de auto destrucción. Klonsky, Oltmanns & Turkheimer (2003) realizaron una investigación en la cual se tomó una muestra de casi dos mil personas sin antecedentes psiquiátricos, y cerca del 4% de ellos habían tenido conductas autolíticas en el transcurso de sus vidas. Tomando en cuenta la

muestra escogida para la investigación de Klonsky, Oltmanns & Turkheimer (2003), uno de cada veinte y cinco individuos que mantienen vidas funcionales con trabajos estables y sin desorden o tratamiento psiquiátrico alguno, ha presentado conductas autolíticas.

Así mismo, Whitlock, Eckenrode y Silverman (2006) realizaron un estudio de más de tres mil participantes que eran estudiantes en universidades del noreste de los Estados Unidos. Los resultados del mencionado estudio fueron incluso más altos que los de Klonsky, Oltmanns & Turkheimer (2003), teniendo una prevalencia de conductas autolíticas del 17% (Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006). Tres cuartos de los participantes que admitieron conductas autolíticas, reportaron haberlas realizado más de una vez en su vida (Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006). A pesar de que este estudio puede tener limitaciones como el sesgo de educación, raza, cultura, y país, el porcentaje de 17% de conductas autolíticas es bastante alarmante de conocer en poblaciones no clínicas ni psiquiátricas

Los motivos detrás de las conductas autolíticas pueden ser vistos desde varias raíces de partida. A inicios del siglo veinte, cuando se definió por primera vez a las conductas autolíticas, Emerson realiza un estudio de caso en el cual una paciente presenta este tipo de comportamientos autodestructivos y justifica su origen desde el psicoanálisis, argumentando que debido a la supresión de actos de masturbación, su paciente tomó como simbolismo de las mismas las conductas autolíticas (Emerson, 1913). Esta explicación de corte psicoanalítico, es igual al resto de estudios de conductas autolíticas de la primera mitad del siglo veinte. Debida a la rigidez del súper yo, que engloba la moral, reglas de la sociedad, y ética, hay individuos que no pueden expresar parte de su dualidad como seres humanos: eros, que representa los instintos sexuales, de vida, y de amor de las personas (Gabbard, 2014). Este conflicto que emerge en la estructura del ser humano desencadena

varios mecanismos de defensa, siendo el desplazamiento el principal mecanismo utilizado en las conductas autolíticas.

Gracias al crecimiento y desarrollo de la psicología durante el siglo veinte, se vieron otros enfoques por los cuales se buscaban explicar las conductas autolíticas. Uno de los problemas del psicoanálisis es que era basado en una teoría y carecía de evidencia científica con investigación empírica para comprobar dicha teoría. El modelo médico crece en la psicología gracias a la investigación y replicación de sus estudios. Dentro de este modelo médico se encuentra el estudio de niveles neuroquímicos de las personas para ver si es que existe alguna alteración en los mismos, causando alguna psicopatología. López-Ibor, Lana, y Saiz Ruiz (1990) realizan un estudio en el cual se comparan los niveles de serotonina y cortisol en personas con conductas autolíticas que no habían sido diagnosticados con un trastorno psicótico o trastorno del estado de ánimo. Lo que se encontró fue que efectivamente hay una hipofunción en los niveles de serotonina y alteración en los niveles de cortisol en pacientes con conductas autolíticas. Otro estudio realizado en España por Garda y Martínez (1996), demuestra que la serotonina es el neurotransmisor de mayor relevancia al momento de evaluar pacientes con conductas autolíticas. Según Garda y Martínez (1996), existen varios tipos de maneras en las que se pueden evaluar las cantidades de niveles de serotonina en las personas, entre estas estudios cerebrales post mortem, estudios a nivel plaquetario, pruebas de estimulación neuroendocrinas a nivel de serotonina, y medición de niveles de serotonina en el líquido cefalorraquídeo. Una vez más, los resultados apoyaron la hipótesis de que deficiencias a nivel de la serotonina están relacionados con la realización de conductas autolíticas.

A pesar de la poca evidencia, es importante también evaluar el incremento de conductas autolíticas por motivos sociales. Según Laye & Schonert (2005) una de las razones por las cuales se ha visto un incremento de conductas autolíticas en jóvenes

adolescentes en las últimas décadas es por la propaganda de celebridades que concurren en este tipo de comportamientos autodestructivos. Desde la década de los noventa existió una tendencia a que celebridades y artistas sean abiertos sobre sus problemas psiquiátricos, y es así que éstos han expresado y manifestado sus conductas autolíticas, influyendo en muchos jóvenes adolescentes alrededor del mundo (Laye & Schonert, 2005).

Sin embargo, el rumbo de la investigación actual integra las diferentes razones, combinando el modelo médico del estudio de los niveles neuroquímicos con el contexto y desarrollo de la persona, motivos sociales, y diagnósticos de alguna enfermedad psiquiátrica. Es así que el motivo detrás de las conductas autolíticas no es unilateral, sino que tiene varios componentes que lo integran para desarrollar así un comportamiento de autodestrucción en el individuo. Así mismo, se ha visto que no se requiere el diagnóstico de una psicopatología para concurrir en mencionadas conductas autolíticas (Klonsky, Oltmanns, Turkheimer, 2003).

A diferencia de la variedad etiológica de las conductas autolíticas, se ha encontrado que existe un tratamiento con mayor tasa de éxito en personas con este tipo de comportamientos. En el estudio realizado por James et al. (2008), se demostró la eficacia de la terapia dialéctica conductual en el tratamiento de pacientes con trastorno límite que presentaban conductas autolíticas. Así mismo, Low et al. (2001) demostraron la eficacia de la terapia dialéctica conductual en un estudio piloto en pacientes con conductas autolíticas dentro de un hospital de alta seguridad.

La terapia dialéctica conductual fue creada por Marsha Linehan, quién buscaba encontrar un tratamiento para mujeres con conductas para suicidas y con una variedad de problemas psicológicos, combinando la terapia cognitiva conductual con otras intervenciones biosociales, dialécticas, de capacitación y estructuración del ambiente (Chapman & Linehan, 2005). Es así que surge la terapia dialéctica conductual, que es

ahora el mejor tratamiento para pacientes con trastorno de personalidad limítrofe, siendo este un tratamiento comprensivo, basado en evidencia empírica (Low et al., 2001). Además de la hora semanal de terapia entre el psicólogo y paciente, el paciente también asiste a 2-3 horas de terapia grupal semanal, y una reunión semanal del equipo médico tratante del paciente (Chapman & Linehan, 2005). Esta terapia ha mostrado ser la más eficiente comparando con otras alternativas para el tratamiento de personas con conductas autolíticas, siendo la más reconocida y otorgada para este tipo de pacientes (Chapman & Linehan, 2005; Walsh, 2005).

### **Tema 3. Locus de control.**

Locus de control fue un término introducido por primera vez por el psicólogo judío norteamericano Julian Rotter en 1954 (Rotter, 2011). Según Rotter (1990), locus de control es la creencia y/o percepción que tienen los individuos sobre el control que tienen en su vida. Rotter clasificó en dos modalidades el locus de control que tienen las personas: externo e interno. El locus de control interno es “la creencia de que uno mismo tiene la habilidad, esfuerzo, y acciones para determinar que pasa en la vida” (Lefcourt, 2014). Mientras que el locus de control externo es “la creencia de que el destino, suerte, o fuerzas exteriores son responsables de lo que sucede a uno” (Lefcourt, 2014). Este término psicológico ha servido para ser investigado y estudiado alrededor del mundo, comprendiendo de mejor manera los componentes de la personalidad, y la psicología de las personas. Incluso a servido fuera del ámbito psicológico clínico, tomando campo en la psicología laboral u organizacional, siendo éste un componente estudiado al momento de la evaluación de un perfil.

Locus significa en latín lugar o sitio (Lefcourt, 2014). Siendo entonces locus de control, el lugar o sitio de control que tienen los individuos. Debido a que el locus de control de un individuo va cambiar dependiendo si es externo o interno, éste moldeará la

manera de comportarse del mismo frente a la vida. Las implicaciones que tiene el locus de control están sobre la personalidad de la persona, trabajo, educación, e incluso salud. Las cosas que suceden en la vida de uno, sean negativas o positivas, son entonces o culpa de otros, o culpa de uno mismo, evitando y asumiendo responsabilidad respectivamente.

Individuos con un locus de control interno suelen ser personas psicológicamente sanas, que al asumir responsabilidad sobre los actos propios, saben cómo afrontar determinadas circunstancias (Lefcourt, 2013). También saben ser mejores estudiantes, teniendo un elevado desempeño académico, involucrados en activismo político y social, y tienen mejores comportamientos efectivos sobre la prevención de enfermedades y salud (Lefcourt, 2014). Esto se debe a que el individuo siente que tiene el control sobre los acontecimientos de su vida, siendo él el responsable o culpable de los mismos, sean positivos o negativos (Lefcourt, 2013). Sin embargo, un locus de control interno muy extremo también podría indicar individuos que se culpan de manera exagerada por los acontecimientos que verdaderamente no tienen control sobre, como por ejemplo un terremoto.

Por otro lado, individuos con un locus de control externo suelen caer en lo que se conoce como desesperanza aprendida (Lefcourt, 2013). Desesperanza aprendida es la creencia de que no hay control sobre los resultados en la vida de uno (Hiroto, 1974). Múltiples estudios han encontrado la correlación en personas bajo tratamiento psicológico que tienen desesperanza aprendida (Bargai, Ben-Shakhar & Shalev, 2007; Li et al., 2011). En un estudio realizado por Bargai y colaboradores (2007), encontró que hay una relación entre mujeres que han sido maltratadas y presentan una psicopatología (trastorno depresivo mayor y/o trastorno por estrés post traumático) y desesperanza aprendida al mismo tiempo. Estos estudios sugieren que la presencia de un locus de control externo incrementa la

probabilidad de algún malestar psicológico que es debido a niveles de desesperanza aprendida.

Existen varias investigaciones que demuestran las afirmaciones presentadas anteriormente sobre las características de individuos con determinado tipo de locus de control. En cuanto a estudio de la salud, Wallstone & Wallstone (1978) realizaron una investigación en que se encontró que individuos con un locus de control interno tenían mejores hábitos de salud, adhiriéndose a regímenes médicos cuando necesarios, evitando conductas riesgosas a la salud, utilizando métodos anticonceptivos, y buscando información sobre la salud. Mientras que personas con un locus de control externo eran más propensas a tener un descuido hacia el ámbito de su salud (Wallstone & Wallstone, 1978). En el área de la educación, específicamente desempeño académico, Akca (2011) realizó una investigación en la cual se estudia la relación entre ansiedad producida por dar un examen, y desesperanza aprendida en más de 700 estudiantes. Los resultados mostraron que personas con niveles de ansiedad moderados rendían mejor en un examen, teniendo pocos niveles de desesperanza aprendida (Akca, 2011). Mientras que los estudiantes que peor rendían tenían altos niveles de desesperanza aprendida, lo que previamente se vio como parte de un locus de control externo (Akca, 2011). Y en el área de la psicología organizacional, Judge & Bono (2001) hicieron una investigación de meta análisis en la que se encontró que la satisfacción laboral y desempeño laboral exitoso venía acompañado de un locus de control interno.

El locus de control puede ser utilizado como un indicador de características esenciales de la personalidad, funcionalidad en el ámbito tanto laboral como académico, y salud (Lefcourt, 2013). La investigación ha demostrado que locus de control internos tienden a tener menos problemas psicológicos que locus de control externos. Englobando dos temas que han sido expuestos, locus de control y conductas autolíticas, es de suma



importancia mencionar un estudio realizado por Kelley et al. (1985) en el que se hace una investigación en diferentes culturas sobre la relación existente entre locus de control y conductas autolíticas. Se utilizó una muestra de más de 400 personas de cuatro diferentes países que representan las variedades culturales del mundo: India, China, Estados Unidos, y Venezuela (Kelley et al., 1985). Conductas autodestructivas crónicas estaban significativamente correlacionadas a nivel estadístico con un locus de control externo en la muestra de tres de los cuatro países (Kelley et al., 1985). Sin embargo, los resultados obtenidos de la muestra de Venezuela no fueron lo estadísticamente significativos para mostrar la relación entre locus de control externo y conductas autodestructivas crónicas. La muestra venezolana del estudio de Kelley et al. (1985) mostró tener los puntajes más altos de todos los participantes de locus de control externo, pero no la presencia significativa de conductas autodestructivas. A pesar de esto, el estudio de Kelley et al. (1985) confirmó la hipótesis de varios investigadores sobre la relación existente en locus de control externo y presencia de conductas autolíticas en tres de cuatro culturas.

## **METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Para la presente investigación fueron utilizados dos escalas de medición psicológica: la escala de autodestrucción crónica de Kelley y la escala de locus de control de Rotter. Además de estas herramientas, se realizó un consentimiento informado en el cual se encontraban todos los derechos de los participantes del estudio. Cada participante fue asignada con un número para asegurar confidencialidad, y a este número fue puesto por sus médicos y psicólogos tratantes el sexo, edad, y diagnóstico del trastorno alimenticio según el DSM IV TR. Esta investigación fue de tipo cuantitativa, basada en la recolección de datos obtenidos en las escalas.

### **Justificación de la metodología seleccionada**

La metodología utilizada para esta investigación consistió en dos cuestionarios escala de autodestrucción crónica de Kelley, y escala de locus de control de Rotter. Ambos cuestionarios son de autoevaluación y fueron llenados por cada participante. La edad y sexo, datos que también son utilizados en el estudio, serán dados por cada participante, ya que son considerados como variables. Mientras que el diagnóstico de qué trastorno alimenticio cumple cada participante, según el DSM IV TR, fue dado previamente por los médicos y psicólogos tratantes de cada participante.

Este estudio será cuantitativo, basado en los datos porcentuales recolectados por los dos inventarios mencionados. Los cuestionarios de autoevaluación son la mejor manera de encontrar las variables primarias de conductas autolíticas y locus de control ya que ambas pruebas tienen muy buena confiabilidad y validez, además de que es más fácil que los participantes revelen estos datos por medio de cuestionarios, en lugar de decirlo verbalmente a extraños. La otra variable primaria obtenida en el estudio, diagnóstico del

trastorno alimenticio según el DSM IV TR, fue obtenida por los médicos tratantes de cada participante, quiénes dieron el diagnóstico previamente a inicios del tratamiento de cada participante en *The Center*.

### **Herramienta de investigación utilizada**

Existieron dos herramientas de investigación utilizadas en esta investigación: escala de locus de control de Rotter y escala de autodestrucción crónica de Kelley. Ambas son escalas de autoevaluación que realiza el examinado para medir el locus de control y autodestrucción crónica respectivamente.

La escala de autodestrucción crónica fue desarrollada por Kelley y colaboradores en 1985. Se desarrolló esta escala con el objetivo de medir conductas autodestructivas crónicas en personas. Kelley et al. (1985) definieron conductas de autodestrucción crónica como la tendencia de realizar comportamientos que reducen la posibilidad de consecuencias positivas e incremental la probabilidad de consecuencias negativas. Esta escala es de modelo Likert, consistiendo en 57 ítems a los que se debe poner una respuesta que va de totalmente de acuerdo (A) a totalmente en desacuerdo (E). La escala consta de cuatro tipo de afirmaciones: a) siendo negligente hacia labores b) sucumbir a tentaciones c) buscando excitación riesgosa d) consecuencias negativas (Kelley et al., 1985). Puntajes altos indican que la persona tiene una tendencia a la autodestrucción crónica, mientras que puntajes bajos muestran que no existe mencionada tendencia (Kelley et al., 1985). Esta escala tiene una validez y confiabilidad muy alta en norte americanos (Kelley et al., 1985). Sin embargo, es importante aclarar que esta escala no ha sido validada en poblaciones ecuatorianas. Debido a que no existe una prueba validada para poblaciones latinoamericanas, se escogió utilizar esta escala por el parecido en culturas entre norteamericanos y latinoamericanos, así como su alta confiabilidad y validez.

La segunda escala utilizada es la escala de locus de control de Rotter. Esta escala fue desarrollada por el psicólogo norteamericano Julian Rotter en 1954 para medir el locus de control en personas, que es conocido también como la creencia de una persona sobre si tiene bajo su control las diferentes cosas que lo pueden afectar (Rotter, 2011). Es así que Rotter desarrolló esta escala de 29 preguntas, en las cuales se daban al participante a escoger entre dos respuestas. Puntajes bajos corresponden a un locus de control interno, que es la creencia de que uno mismo puede controlar su vida y destino, mientras que puntajes altos corresponden a un locus de control externo, que es la creencia que otras fuerzas o personas controlan su vida y destino (Rotter, 1990). La escala de locus de control de Rotter ha sido utilizado universalmente para la medición del locus de control, y cuenta con varios estudios que demuestran su validez, confiabilidad y eficacia alrededor de diferentes países (Huizing, 2015; Smith, Trompenaars & Dugan, 2007). En el estudio realizado por Smith y colaboradores (2007), se mostró la confiabilidad y validez de la escala de Rotter en 43 países, encontrando que en sociedades occidentales es aun más confiable y válida esta escala. A pesar de que la escala de Rotter no fue normada en una población ecuatoriana, se ha demostrado su confiabilidad y validez con los mencionados estudios.

### **Descripción de participantes**

#### **Número.**

El número de participantes del estudio fue de quince personas. Estos participantes son pacientes de la clínica privada psicológica *The Center*, ubicada en el Norte de la capital del Ecuador, Quito. Se excluyeron tres participantes del estudio debido a que éstos no eran mayores de edad. Todos los participantes se encontraban bajo tratamiento por haber

recibido un diagnóstico del DSM IV TR de uno de los tres trastornos alimenticios: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, o trastorno alimenticio no especificado.

### **Género.**

A pesar de que no se buscó realizar una investigación de carácter exclusivamente femenino, la muestra obtenida fue 100% femenina. Esto se debe a que todas las personas que están recibiendo tratamiento por trastornos alimenticios en *The Center* son mujeres, y en la historia de los más de quince años del lugar, solo han existido dos pacientes masculinos.

### **Edad.**

Todas las participantes fueron mayores de edad ya que este fue uno de los criterios de exclusión para participar o no en la investigación. Los rangos de edad de las quince participantes variaron de 18 a 26 años, con una media de 21,53 años.

### **Nivel socioeconómico.**

Se desconoce el exacto nivel socioeconómico de las participantes, pero debido a que la clínica a la cual atienden es privada, y una de las mejores para el tratamiento de trastornos alimenticios en la ciudad, se asume que son de un nivel socioeconómico medio a alto.

### **Características especiales relacionadas con el estudio.**

Todos los sujetos del estudio eran mestizas ecuatorianas. Se debe tomar en consideración el hecho que pudo haber existido una comorbilidad entre psicopatologías, por lo cual no se puede decir que el único diagnóstico para las participantes era uno de los tres trastornos alimenticios según el DSM IV TR. Todas las participantes estaban

recibiendo tratamiento por su trastorno alimenticio, tanto de manera médica y nutricional, como de psicoterapia individual, familiar, y grupal.

### **Fuentes y recolección de datos**

Todos los datos fueron obtenidos a través de la recolección de información de dos cuestionarios: Escala de autodestrucción crónica de Kelley, y Escala de locus de control de Rotter. Esta información fue recolectada por los terapeutas de las participantes, asegurando su derecho a permanecer anónimas en el estudio. Todos los participantes fueron otorgados un consentimiento informado en el cual sabían el propósito del estudio y que podrían salirse del mismo sin consecuencia alguna. Los datos fueron recolectados por tres diferentes terapeutas a las once participantes en el transcurso de las primeras dos semanas del mes de marzo del 2015. Así mismo, tras la culminación de la obtención de los resultados de las dos pruebas, los terapeutas ponían el género, edad, y diagnóstico previo según el DSM IV TR de cada participante.

## ANÁLISIS DE DATOS

### Detalles del análisis

La recolección de los datos del estudio fue obtenida por la autora del presente estudio. Así mismo, la tabulación e interpretación de los resultados de la escalas de Rotter y Kelley, fue realizada por la autora de la investigación. Para la calificación de la escala de Rotter y escala de Kelley, se utilizaron las tablas de calificación de cada una de las pruebas que indicaban el valor de cada reactivo y el puntaje de su interpretación.

Para hacer la tabulación de los resultados se utilizó el programa Microsoft Excel. Dentro de la comunidad científica, existe un programa de análisis estadístico llamado IBM SPSS que tiene sus iniciales que en inglés que significa paquete estadístico para las ciencias sociales. Este programa, IBM SPSS, fue usado para calcular los resultados por medio de un ANOVA unidireccional.

Después de haber recolectado, calificado y tabulado los datos obtenidos de las escalas de Rotter y Kelley, el diagnóstico de trastorno alimenticio según el DSM IV TR, y datos demográficos, se procedió a la realización de los cálculos estadísticos para ver si es que existía alguna correlación. Primeramente, se hizo un promedio sobre los datos demográficos de las participantes. Es así que se calculó el promedio de edad y sexo de la muestra obtenida. Segundo, se realizó la calculación del promedio de los tres diferentes tipos de trastornos alimenticios según el DSM IV TR. Después de esto, se calculó el promedio de los resultados de la escala de Rotter que se dividió en locus de control externo, intermedio o interno. Finalmente, se calculó el promedio de los resultados de la escala de Kelley, que se dividió en bajo, intermedio, o alto.

Las quince participantes, con promedio de edad de 21,53 años, tuvieron un promedio de 12,67, indicando que tienen en general un locus de control externo. Así mismo, las quince participantes tuvieron un promedio de 128,8 en la escala de Kelley, indicando que tienen en general un nivel de autodestrucción intermedio. Sin embargo, los datos variaron significativamente cuando se dividió según diagnóstico de trastorno alimenticio.

En cuanto a anorexia, las tres participantes que tuvieron este diagnóstico obtuvieron un promedio de 12 en la escala de Rotter, indicando un locus de control externo. Así mismo, estas participantes tuvieron un promedio de 125,3 en la escala de Kelley, indicando un nivel de autodestrucción intermedio.

Por otro lado, las cinco participantes con el diagnóstico de bulimia, tuvieron un promedio de 13 en la escala de Rotter, mostrando un locus de control externo. El puntaje de estas cinco participantes en la escala de Kelley tuvo un promedio de 144 en la escala de Kelley, indicando un nivel de autodestrucción alto.

Por último, las siete participantes diagnosticadas con EDNOS también tuvieron un promedio de 13 en la escala de Rotter, mostrando un locus de control externo. Su promedio en la escala de Kelley fue de 119,42, indicando un nivel de autodestrucción intermedio.

Una vez obtenidos todos los promedios, se corrió un ANOVA unidireccional con variable independiente categórica de tres niveles (trastornos alimenticios) dos veces, una para comparar los resultados del locus de control, y otro ANOVA unidireccional para comparar los resultados de autodestrucción. Para esto, se asignó los siguientes valores a los trastornos alimenticios: anorexia con el número 1, EDNOS con el número 2, y bulimia con el número 3. El primer nivel de la variable independiente categórica (1 anorexia) tenía tres



de los quince participantes. El segundo nivel de la variable independiente categórica (2 EDNOS) tenía siete de los quince participantes. Y el último nivel de la variable independiente categórica (3 bulimia) tenía cinco de los quince participantes. Es decir, anorexia representó al 20% de la muestra, EDOS representó al 46,67% de la muestra, y bulimia tuvo el 33,3% de las participantes.

Para no excluir datos importantes, se corrieron los ANOVA unidireccional con los números de los resultados de las pruebas de Rotter y Kelley respectivamente, en lugar de su interpretación cualitativa (externo, intermedio, o interno para Rotter y bajo, intermedio y alto para Kelley). Así se utilizó de la manera más óptima, todos los valores de los diferentes resultados de las prueba, evitando excluir datos numéricos valiosos para la interpretación.

Los resultados del ANOVA unidireccional mostraron que no existió una correlación significativa ( $p > 0,05$ ) entre la variable independiente de trastornos alimenticios y ninguna de las otras dos medidas de locus de control y autodestrucción.

Los resultados obtenidos tras el análisis estadístico se pueden ver en las siguientes tablas:

**Tabla 1. Estadísticos descriptivos obtenidos de la escala de Locus de control de Rotter**

Anova de un factor						
Locus	N	Media	Sign	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Anorexia	3	12,00	1,00	1,15	7,03	16,97
EDNOS	7	13,00	1,00	0,82	11,00	14,99
Bulimia	5	12,60	1,00	0,51	11,18	14,02
Total	15	12,67		0,45	11,69	13,41
Based on estimated marginal means						
a. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.						

**Tabla 2. Estadísticos descriptivos obtenidos de la escala de autodestrucción de Kelley**

Anova de un factor						
Autodestrucción	N	Media	Sign.	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Anorexia	3	125,33	1.00	15,84	57,19	193,47
EDNOS	7	119,43	1.00	10,06	94,80	144,05
Bulimia	5	144,0	0.402	10,99	113,48	174,52
Total	15	125,8		6,89	114,01	143,59

Based on estimated marginal means

a. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

En las tablas se puede ver que los promedios obtenidos tienen poca diferencia entre sí y por ellos ningún valor  $p$  es menor a 0,05. A través de la comparación de los promedios con los errores estándares se puede ver que el valor  $p$  es mayor a 0,05. Esto significa que ninguno de los valores obtenidos es estadísticamente significativo.

### **Importancia del estudio**

Este estudio es importante ya que no hay investigaciones previas sobre trastornos alimenticios y la posible relación que podría tener con locus de control externo o conductas autolíticas en el Ecuador. Debido a esto, el presente estudio aporta de manera significativa al entendimiento holístico y los posibles tratamientos que se pueden dar a la población de personas con desórdenes alimenticios en el Ecuador. En el caso de este estudio, se planteó

conocer la correlación entre conductas autolíticas y locus de control externo en personas con trastornos alimenticios. Se conoce que para sujetos con conductas autolíticas y locus de control hay diferentes formas de tratamiento que son más efectivas. Es así que se ofrece una ampliación de conocimiento de trastornos alimenticios para ver qué tratamiento es más óptimo.

Potencialmente, esta investigación podría aportar al mejor conocimiento sobre los trastornos alimenticios que son tratados en clínicas psicológicas que se dedican a tratarlos en Quito. A través del conocimiento de conductas y otras características de personas que padecen desórdenes alimenticios, se podría plantear un mejor plan de tratamiento para las mismas.

A la vez, también se abren más interrogantes y al mismo tiempo posibilidad de investigar más sobre la correlación de otras conductas y características de la personalidad en personas con trastornos alimenticios. Con este nuevo conocimiento sobre desórdenes alimenticios y su situación en el país, nuevas interrogantes para ser resueltas a través de la investigación serán planteadas y así la población de personas con desórdenes alimenticios, psicólogos, personal médico y en sí todos los familiares y afectados resultarán beneficiados de la presente investigación. Finalmente, se conoce muy poco sobre cómo mejorar la calidad de vida y tratamiento de personas con trastornos alimenticios en el país, y esta investigación plantea soluciones sobre cómo tratar de diferentes maneras a las tradicionales este desorden mental que afecta a varios alrededor del país.

### **Resumen de sesgos del autor**

Se intentó eliminar por completo el tener cualquier tipo de efecto sobre los participantes de la investigación. Sin embargo, Rosenthal plantea el efecto Pigmalión, que

dice que los investigadores de un estudio afectan de alguna manera las respuestas de los participantes del mismo (Sánchez y Fernández, 2005). Es así que las expectativas previas de la investigadora del estudio fue que haya heterogeneidad en el género y edad de los participantes, y que toda la muestra de *The Center* acceda a ser parte del estudio, cumpliendo con los criterios de ser mayor de edad y haber sido diagnosticado con algún trastorno alimenticio del DSM IV TR. Hubo el sesgo de parte de la investigadora de que todos los participantes que accedieron a participar lo hagan de manera sincera y activa, por la muestra reducida encontrada. También se esperó que todos los participantes respondan de una forma honesta los cuestionarios. Debido a que la presencia de la autora pudo haber afectado la manera en la que respondieron los cuestionarios, pudo haber habido un efecto en los mismos. Es por esto que hay la posibilidad de que hubo un efecto Pigmalión en los participantes por esta expectativa previa, que a pesar de no haber sido manifestada por la investigadora, puso haber sido percibida. Primeramente, no todos los participantes cumplieron con la condición de ser mayores de edad. Por esto se redujo el número de dieciocho posibles participantes a quince, ya que tres eran menores de edad. En segundo lugar, no hubo mucha heterogeneidad en la edad de la muestra (18-26 años) y solo hubo participantes mujeres ya que no había ningún hombre en tratamiento por trastorno alimenticio en *The Center*. Por último, para evitar influenciar las respuestas de los participantes en los cuestionarios, se les dio su espacio para que respondan con tranquilidad a los mismos y así eliminar cualquier tipo de sugestión o influencia de parte de la investigadora.

## CONCLUSIONES

### Respuesta a la pregunta de investigación

Esta investigación tuvo como objetivo principal estudiar cómo el locus de control afecta las conductas autolíticas. Consecuentemente, se quiso observar como las conductas autolíticas afectan a los trastornos alimenticios. La manera en la que se intentó evidenciar esto fue a través de la medición de locus de control y conductas autolíticas con escalas específicas a los mismos en personas con trastornos alimenticios.

Se puede afirmar que los resultados estadísticos del estudio no confirmaron la hipótesis principal planteada sobre la correlación de locus de control externo con conductas autolíticas presentes en pacientes con trastornos alimenticios. Tras el análisis de varianza, se afirma que no hay diferencias significativas entre las variables de locus de control y conductas autolíticas en personas con desórdenes alimenticios. Esto señala que la presencia de la variable independiente de tres niveles (anorexia, bulimia, o EDNOS) no se vio correlacionada con niveles de significancia estadísticos con el locus de control ni conductas autolíticas. Es así, que los resultados de la investigación sugieren que no hay correlación alguna entre locus de control, sea externo o interno, con la presencia de conductas autolíticas en personas diagnosticadas con anorexia, bulimia, o EDNOS, según el DSM IV TR. Sin embargo, antes de llegar a conclusiones, hay algunos elementos que valen la pena discutir ya que pudieron haber intervenido en los resultados del estudio.

En cuanto a las hipótesis secundarias, la hipótesis sobre correlación de locus de control externo con conductas autolíticas en bulimia nerviosa tuvo resultados importantes. Las otras dos hipótesis secundarias sobre la correlación de locus de control externo con conductas autolíticas en anorexia nerviosa y EDNOS, no tuvo resultados significativos.

Es importante resaltar que participantes de uno de los trastornos si tuvieron una correlación más alta en conductas autolíticas, apoyando la hipótesis secundaria de bulimia nerviosa. Las participantes diagnosticadas con bulimia tuvieron un nivel de conductas autolíticas de casi veinte puntos comparados con anorexia y EDNOS. A pesar de que estos datos no son lo suficientemente significativos para ser reportados como relevantes y confirmen la hipótesis, es fundamental tomarlos en cuenta para saber qué parte de la población de personas con trastornos alimenticios está más proclive a caer en conductas autolíticas, apoyando a la hipótesis secundaria de bulimia nerviosa.

## **Discusión**

Todos los datos obtenidos tras el análisis estadístico de los resultados mostraron que no existieron diferencias significativas entre las variables de locus de control y conductas autolíticas ( $p > 0,05$ ). Es decir, no hay una correlación significativa entre locus de control externo y presencia de conductas autolíticas en pacientes con trastornos alimenticios, como se planteó como hipótesis principal. Estos resultados se pueden deber a gran medida que la muestra con la cual se trabajó fue limitada. De las quince participantes de la investigación, éstas fueron subdivididas en tres grupos de anorexia, bulimia, o EDNOS, lo cual limitó aún más a la muestra teniendo no más de siete participantes por categoría (anorexia con tres participantes, EDNOS con siete participantes, y bulimia con cinco participantes). Es por esto que las diferencias obtenidas en las medias de los resultados no fueron lo suficientemente altas como para encontrar alguna diferencia estadísticamente significativa. A pesar de no haber hallado diferencias estadísticamente significativas, se pueden realizar varias conclusiones de los resultados obtenidos.

Para empezar, el locus de control no tuvo mayor diferencia entre las tres distintas categorías de participantes con trastornos alimenticios. Como se puede observar en la tabla

de análisis de resultados, la media entre anorexia, EDNOS, y bulimia varía muy poco, teniendo anorexia 12, bulimia 12,6, y EDNOS 13, situándolos a todas con un locus de control externo. Esto es fundamental, ya que apoya la hipótesis de que las personas con trastornos alimenticios tienen presencia de locus de control externo.

El 100% de las participantes diagnosticadas con anorexia tuvieron un locus de control externo, el 80% de las participantes diagnosticadas con bulimia tuvieron un locus de control externo, y el 71,43% de las participantes diagnosticadas con EDNOS tuvieron un locus de control externo. Ninguna de las quince participantes tuvo un locus de control interno, y del restante de las tres participantes tuvieron un locus de control intermedio (dos EDNOS y una bulimia). Esto apoya tanto la hipótesis principal y secundarias sobre la presencia de locus de control externo en pacientes con los tres tipos de trastornos alimenticios. Así que a pesar de no haber encontrado diferencias significativas en el análisis estadístico con respecto al locus de control, se puede afirmar que el 80% de la muestra total obtuvo un locus de control externo, apoyando las hipótesis y literatura que menciona que el locus de control externo está presente en pacientes con desórdenes alimenticios.

Por otro lado, las conductas autolíticas de las participantes variaron mucho según el tipo de diagnóstico. Las medias obtenidas tras el análisis estadístico no fueron lo suficientemente altas como para que sean significativas, pero sí se pudo observar una mayor diferencia entre los tres posibles diagnósticos de trastornos alimenticios.

Bulimia fue el trastorno con la media más alta, teniendo un puntaje de 144, comparando con el puntaje de 119,42 de las participantes con anorexia. El puntaje de la media de bulimia es el único de los tres trastornos que puede ser considerado como conducta autodestructiva alta, ya que los otros dos puntajes correspondientes a EDNOS y



anorexia los sitúan en conductas autolíticas intermedias. El 60% de las participantes con bulimia tuvieron conductas autolíticas altas, y el otro 40% conductas autolíticas intermedias.

Las participantes diagnosticadas con EDNOS obtuvieron una media de 125,33. El 28,57% de las participantes con EDNOS tuvo conductas autolíticas altas, el 57,14% tuvo conductas autolíticas intermedias, y el 14,28% tuvo conductas autolíticas bajas. Aunque no existe el respaldo estadístico necesario, es notable la diferencia entre los puntajes de bulimia y anorexia, teniendo las primeras un puntaje más alto para conductas autodestructivas. Una vez más, el número de la muestra fue un gran limitante para el estudio ya que no hubo diferencias lo suficientemente grandes para ser consideradas estadísticamente significativas.

El 33.3% de las participantes con anorexia tuvieron conductas autolíticas altas, mientras que el otro 66.7% obtuvieron conductas autolíticas intermedias. A diferencia del locus de control, solamente las participantes con bulimia cumplieron con la hipótesis planteada de tener conductas autolíticas altas; anorexia y EDNOS tuvieron calificaciones de intermedio.

A pesar de no haberse comprobado la hipótesis principal, muchos de los hallazgos confirmaron lo encontrado en la revisión de la literatura. Para empezar, la media de los resultados de locus de control de todas las participantes fue de 12,67, lo cual es considerado como locus de control externo. Al momento de la revisión de la literatura, se vio como muchas veces las personas con psicopatologías tienden a tener un locus de control externo, lo que fue confirmado con los resultados de esta investigación. Es así, que debida a la presencia de locus de control externo en pacientes con psicopatologías, y en el caso de esta investigación trastornos alimenticios, la terapia otorgada a esta comunidad

debe ser enfocada en balancear su locus de control para que el mismo deje de ser externo y se cese de culpar a los demás por lo que sucede en la vida de uno. Por medio del empoderamiento y la toma de control de su vida, el paciente podrá mejorar y balancear su locus de control clasificado como externo.

En cuanto a las conductas autolíticas, se puede observar que en la escala de autodestrucción de Kelley, las participantes con bulimia son las únicas que cumplen con la media para tener conductas autolíticas altas. Es por esto que es importante que durante el tratamiento de este trastorno, se evalúen este tipo de comportamientos, y utilicen las terapias vistas en la literatura que funcionan mejor para personas con este tipo de conductas: terapia dialéctica conductual.

Tanto anorexia como EDNOS, no clasifican para conductas autolíticas altas sino que intermedias. Aunque la correlación no fue estadísticamente significativa, la diferencia es grande entre las medias de estos tres trastornos. Con una muestra más grande, probablemente se hubiera podido ver mejores resultados. En cuanto a lo revisado en la literatura, se vio que la población de trastornos alimenticios es la segunda más grande en recurrir a conductas autolíticas después de los que han sido diagnosticados con trastorno de la personalidad limítrofe. La presencia de conductas autolíticas es alta en las pacientes con bulimia, lo cual fue también visto en la revisión de la literatura.

Es importante mencionar que a pesar de que anorexia, bulimia y EDNOS sean trastornos alimenticios, tienen características diferentes. Recordando que en la bulimia hay esta pérdida de control, y en la anorexia rigidez y control sobre uno, se puede comprender por qué las pacientes bulímicas obtuvieron puntajes altos en conductas autolíticas, y las participantes con anorexia no. En cuanto a las participantes con EDNOS, es mucho más difícil separarles ya que algunas tienen esta sensación de pérdida de control, acercándose

más al diagnóstico de bulimia, mientras que otras se acercan más a la rigidez y control total, acercándose a anorexia.

En la capital del país, existen muy pocas instituciones que se dediquen a tratar netamente trastornos alimenticios, haciendo que sea difícil acercarse a varios de esta población a la vez. Pese a la muestra pequeña obtenida, se confirmó la hipótesis de que hay un locus de control externo en pacientes con desórdenes alimenticios. Sin embargo, lo visto en la literatura sobre la presencia de conductas autolíticas en personas con trastornos alimenticios es solamente parcialmente verdadera. Bulimia fue el único trastorno que tuvo puntajes de conductas autolíticas altas. Esta información obtenida tras la investigación, permite conocer un poco mejor la situación de las personas que padecen trastornos alimenticios.

Gracias a esta información obtenida, se puede recomendar la psicoterapia que mejor funciona con personas con conductas autolíticas a pacientes con bulimia, siendo ésta la terapia dialéctica conductual.

### **Limitaciones del estudio**

Una de las primeras limitaciones del estudio, y entre más significativas fue su muestra. La muestra de la investigación es bastante pequeña y por ello pudo haber dificultado severamente a los resultados del estudio, ya que no existieron suficientes datos como para mostrar una diferencia significativa. Es sumamente difícil tener una diferencia significativa en un análisis de varianza con tan solo quince participantes. Sin embargo, *The Center* contaba con solo veinte potenciales participantes, de las cuales cinco no cumplían con todos los requisitos para formar parte del estudio. Además de esto, se encontró que con excepción de *The Center*, instalaciones donde tratan a personas con trastornos alimenticios

en la ciudad de Quito, no están abiertas a la investigación, ya que se negaron a participar en el estudio.

No solo el tamaño de la muestra de la investigación fue una limitación, sino que también su homogeneidad. No hubo participantes masculinos en la investigación ya que la muestra fue totalmente femenina, lo cual quitó diversidad a la muestra. También, el rango de edad de las participantes estaba muy cercano, siendo la participante menor de 18 años y la mayor de 26 años.

Otra limitación del estudio fue que no existió un grupo control para hacer la comparación de resultados. Esta investigación se enfocó principalmente en estudiar a la población de personas con trastornos alimenticios, lo que hizo que se olvide tomar en cuenta a una población sin psicopatologías para comparar los resultados. Futuras investigaciones en el tema podrían tener un grupo de control para comparar de mejor manera los resultados, viendo su significancia estadística.

El presente estudio tuvo la limitación de que no se midió ni controló a los participantes del estudio para ver si es que estaban recibiendo algún tipo de medicación que podría potencialmente afectar las respuestas de sus resultados. Debido a que distintas medicaciones pudieron haber sido dada a las participantes, entre ellos antidepresivos, estabilizadores del ánimo, ansiolíticos, entre otros, éstas pudieron haber tenido múltiples efectos sobre las participantes y su manera a responder los cuestionarios.

Como se mencionó anteriormente en la literatura revisada, los trastornos alimenticios tienen alta comorbilidad con otros desórdenes mentales. Otra limitación del estudio fue que no se tomó en cuenta otros posibles diagnósticos de las participantes, que pudieron haber afectado y diferenciado significativamente a las respuestas dadas por las

mismas. Muy relacionado a esto se encontró otra limitación del estudio. No se tomó en consideración el estado o tiempo que estaban en tratamiento las participantes. Debido a que puede variar mucho el estado de ánimo y conductas de una persona cuando está a inicio o final de un tratamiento, esto pudo haber afectado los resultados de las participantes.

Hubo la limitación de que ambas escalas utilizadas para la presente investigación no fueron normadas para poblaciones latinoamericanas. Tanto la escala de locus de control de Rotter como la escala de autodestrucción crónica de Kelley fueron normadas en poblaciones norteamericanas, razón por la cual pudo haber variado los resultados. A pesar de que no existen mayores diferencias entre poblaciones latinoamericanas y norteamericanas, si hay distinciones culturales que pudieron haber afectado los resultados del estudio.

Por último, existió el limitante que no se pudo controlar si las participantes estaban siendo sinceras respondiendo a los cuestionarios. No existe manera alguna en la que se pueda asegurar que las participantes estaban respondiendo de manera honesta. Incluso, se podría plantear la hipótesis de que dieron falsas respuestas deliberadamente para dar la impresión de que se encuentran mejor. Es fundamental decir que durante todo el proceso de la investigación se tomaron las medidas necesarias para que no se vean afectados los resultados por parte de la deshonestidad o falta de involucramiento de las participantes, recordándoles la importancia de su honestidad y que podrían salirse del estudio durante cualquier instante, sin ser afectados ni comprometiendo su anonimato.

### **Recomendaciones para futuros estudios**

Futuras investigaciones podrían enfocarse en uno de los trastornos alimenticios, para así tener un análisis y resultados más específicos. Otros investigadores también podrían utilizar o desarrollar otro tipo de cuestionarios para medir locus de control y conductas autolíticas. Futuras investigaciones en poblaciones con trastornos alimenticios que busquen encontrar la correlación entre conductas autolíticas y locus de control, o cualquier otro comportamiento similar, podrían buscar una muestra de participantes más numerosa. Incrementando el tamaño de la muestra será posible a través de la realización de una investigación en múltiples centros de tratamiento de trastornos alimenticios y/o clínicas psicológicas. Así también se podrá asegurar que la muestra sea de mayor diversidad, viniendo de distintos lugares de tratamiento. Los resultados obtenidos del presente estudio no fueron lo suficientemente grandes como para mostrar diferencias estadísticas significativas, así que con una muestra mayor se podrá hacer mejores correlaciones estadísticas. Por último, futuras investigaciones podrían utilizar un grupo control sin psicopatologías para poder hacer una mejor comparación y correlación de los resultados.

### **Resumen general**

Los trastornos alimenticios traen consigo múltiples comportamientos y consecuencias para quienes lo padecen. Entre comportamientos y actitudes comunes a ser evaluadas dentro de esta población están conductas autolíticas y locus de control. El presente estudio intentó encontrar una correlación entre la presencia de conductas autolíticas y locus de control externo en personas con trastornos alimenticios.

Existen tres tipos de diagnósticos según el DSM IV TR para desórdenes alimenticios: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, y trastorno alimenticio no especificado también conocido como EDNOS. Todos estos desórdenes alimenticios tienen en común que hay alguna alteración en el comportamiento y conducta alimentaria de la persona que causa disfunción. Cada uno de estos trastornos tiene características particulares lo que hace sus motivos, entendimiento, y tratamiento diferente para cada uno. Muy relacionado con los trastornos alimenticios están las conductas autolíticas o comportamiento autodestructivo. La literatura actual dice que hay la comorbilidad más alta para este tipo de conductas está en pacientes con trastorno límite de la personalidad y trastornos alimenticios. La mejor manera para tratar este tipo de conductas autodestructivas es por la terapia dialéctica conductual. Por último, está el locus de control, que es la manera en la que una persona da significado a los acontecimientos que le suceden en la vida, clasificándose en locus de control externo o interno. La literatura actual apoya a la presencia de locus de control externo en personas con algún tipo de psicopatología.

La muestra del estudio consistió en quince sujetos con edades de 18 a 26 años que estaban recibiendo tratamiento por uno de los tres diagnósticos de trastorno alimenticio según el DSM IV TR en una clínica privada ubicada en el norte de Quito. La muestra fue en su totalidad femenina, teniendo una media de edad de 21.53 años, y siendo todas ecuatorianas mestizas. Tres de las participantes fueron diagnosticadas con anorexia, cinco con bulimia, y siete con EDNOS. Se desconoció el nivel socio económico de la muestra pero se infiere que pudo haber sido medio o medio alto debido a que estaban recibiendo tratamiento en un centro privado. Se desconoce si las participantes tuvieron algún otro tipo de diagnóstico psiquiátrico. Todos los sujetos de la muestra estaban recibiendo tratamiento médico y nutricional, así como psicoterapia individual, familiar, y grupal.

Se utilizó la escala de locus de control de Rotter y la escala de autodestrucción crónica de Kelley para las mediciones del estudio. Los datos fueron analizados por medio de la realización de un ANOVA unidireccional, con el programa de análisis estadístico SPSS. Los resultados del análisis realizado no fueron estadísticamente significativos ( $p > 0,05$ ). Por ello, la hipótesis de una correlación entre locus de control externo y presencia de conductas autolíticas fue rechazada.

A pesar de no haber encontrado los resultados estadísticamente significativos para apoyar la hipótesis, varias conclusiones interesantes se pudieron realizar con los mismos. Los tres grupos de trastornos alimenticios tuvieron como media un locus de control externo. En cuanto a las conductas autolíticas, solamente el grupo de personas con bulimia obtuvo una calificación alta en la escala de autodestrucción crónica de Kelley, mientras que EDNOS y anorexia tuvo niveles intermedios. Las limitaciones de la investigación son las posibles razones por las cuales los resultados no fueron favorables para la hipótesis ya que la literatura actual apoya a la misma. Entre las limitaciones más significativas estuvieron el tamaño de la muestra, homogeneidad de la misma en cuanto a edad y sexo, uso de escalas no validadas para poblaciones latinoamericanas, y falta de grupo de control.



## REFERENCIAS

- Akca, F. (2011). The relationship between test anxiety and learned helplessness. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 39(1), 101-111.
- Allen, K. L., Gibson, L. Y., McLean, N. J., Davis, E. A., & Byrne, S. M. (2014). Maternal and family factors and child eating pathology: risk and protective relationships. *Journal of eating disorders*, 2(1), 11.
- American Psychiatric Association. (1978). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III draft/prepared by the Task Force on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition (Text Revision)* Author: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- American Psychological Association (2015). *Eating Disorders*. Texto extraído el 16 de febrero del 2015 desde <http://apa.org/topics/eating/index.aspx>
- Ball, J., & Mitchell, P. (2004). A randomized controlled study of cognitive behavior therapy and behavioral family therapy for anorexia nervosa patients. *Eating disorders*, 12(4), 303-314.
- Bargai, N., Ben-Shakhar, G., & Shalev, A. Y. (2007). Posttraumatic stress disorder and depression in battered women: The mediating role of learned helplessness. *Journal of Family Violence*, 22(5), 267-275.

- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology, 111*(1), 198.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Kendler, K. S. (2000). An empirical study of the classification of eating disorders. *American Journal of Psychiatry, 157*(6), 886-895.
- Bulik, C. M., Reba, L., Siega-Riz, A. M., & Reichborn-Kjennerud, T. (2005). Anorexia nervosa: definition, epidemiology, and cycle of risk. *International Journal of Eating Disorders, 37*(S1), S2-S9.
- Chapman, A. L., & Linehan, M. M. (2005). Dialectical behavior therapy. *Moods Magazine*.
- Claes, L., & Muehlenkamp, J. (2014). Non-suicidal self-injury in eating disorders: advancements in etiology and treatment. USA: Springer
- Conterio, K., Lader, W., & Bloom, J. (1998). *Bodily harm: The breakthrough healing program for self-injurers*. New York: Hyperion.
- Dahlgren, C. L., & Rø, Ø. (2014). A systematic review of cognitive remediation therapy for anorexia nervosa—development, current state and implications for future research and clinical practice. *Journal of eating disorders, 2*(1), 1-12.
- Dyer, K. F., Dorahy, M. J., Hamilton, G., Corry, M., Shannon, M., MacSherry, A., ... & McElhill, B. (2009). Anger, aggression, and self-harm in PTSD and complex PTSD. *Journal of clinical psychology, 65*(10), 1099-1114.
- Eder, F. X., Kühschelm, O., & Linsboth, C. (Eds.). (2014). *Bilder in historischen Diskursen*. Springer-Verlag.

- Emerson, L. E. (1913). The case of Miss A: a preliminary report of a psychoanalytic study and treatment of a case of self-mutilation. *Psychoanalytic review*, 1(1), 41-54.
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A., & O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50(6), 419-428.
- Favaro, A., & Santonastaso, P. (2000). Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *The Journal of nervous and mental disease*, 188(8), 537-542.
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. USA: American Psychiatric Pub.
- Garda, J. B., Martínez, P. S., & de Psiquiatría, A. (1996). Bases biológicas de las conductas suicidas y parasuicidas. *Área de Psiquiatría, Facultad de Medicina Universidad de Oviedo, España*.
- Giannini, A. J. (1993). "A history of bulimia". In *The Eating disorders* (pp. 18–21). Springer New York.
- Halmi, K. A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R., & Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48(8), 712-718.
- Haw, C., Hawton, K., Sutton, L., Sinclair, J., & Deeks, J. (2005). Schizophrenia and Deliberate Self-Harm: A Systematic Review of Risk Factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(1), 50-62.
- Hiroto, D. S. (1974). Locus of control and learned helplessness. *Journal of experimental psychology*, 102(2), 187.

- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, *61*(3), 348-358.
- Huizing, R. L. (2015). Who's controlling locus of control? Cross-cultural LOC usage. *Identifying primary characteristics of servant leadership: 1 Delphi Study*, *9*(1), 33.
- Jacobson, B., Eklund, G., Hamberger, L., Linnarsson, D., Sedvall, G., & Valverius, M. (1987). Perinatal origin of adult self-destructive behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *76*(4), 364-371.
- Jacobson, C. M., & Luik, C. C. (2014). Epidemiology and Sociocultural Aspects of Non-suicidal Self-Injury and Eating Disorders. In *Non-Suicidal Self-Injury in Eating Disorders* (pp. 19-34). Springer Berlin Heidelberg.
- James, A. C., Taylor, A., Winmill, L., & Alfoadari, K. (2008). A Preliminary Community Study of Dialectical Behaviour Therapy (DBT) with Adolescent Females Demonstrating Persistent, Deliberate Self-Harm (DSH). *Child and Adolescent Mental Health*, *13*(3), 148-152.
- Judge, T. A., & Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits—self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability—with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of applied Psychology*, *86*(1), 80.
- Kelley, K., Cheung, F. M., Singh, R., Becker, M. A., Rodriguez-Carrillo, P., Wan, C. K., & Eberly, C. (1985). Chronic self-destructiveness and locus of control in cross-cultural perspective. *The Journal of social psychology*, *126*(5), 573-577.
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates.

- Kostro, K., Lerman, J. B., & Attia, E. (2014). The current status of suicide and self-injury in eating disorders: a narrative review. *Journal of Eating Disorders*, 2(1), 19.
- Lefcourt, H. M. (Ed.). (2013). *Research with the locus of control construct: Extensions and limitations*. New York: Elsevier.
- Lefcourt, H. M. (Ed.). (2014). *Locus of control: Current trends in theory & research*. New York: Psychology Press.
- Levitt, J. L., Sansone, R. A., & Cohn, L. (Eds.). (2004). *Self-harm behavior and eating disorders: Dynamics, assessment, and treatment*. Psychology Press.
- Li, B., Piriz, J., Mirrione, M., Chung, C., Proulx, C. D., Schulz, D., ... & Malinow, R. (2011). Synaptic potentiation onto habenula neurons in the learned helplessness model of depression. *Nature*, 470(7335), 535-539.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of general psychiatry*, 67(10), 1025-1032.
- Lopez-Ibor, J. J., Lana, F., & Saiz Ruiz, J. (1990). Conductas autolíticas impulsivas y serotonina. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*, 18, 316-325.
- Low, G., Jones, D., Duggan, C., Power, M., & MacLeod, A. (2001). The treatment of deliberate self-harm in borderline personality disorder using dialectical behaviour therapy: A pilot study in a high security hospital. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 29(01), 85-92.
- MacGregor, M. W., & Lamborn, P. (2014). Personality Assessment Inventory profiles of university students with eating disorders. *Journal of eating disorders*, 2(1), 20.

- Machado, P. P., Machado, B. C., Gonçalves, S., & Hoek, H. W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders, 40*(3), 212-217.
- Menninger, K (1938). *Man against himself*. New York: Harcourt
- Miller, M. N., & Pumariega, A. J. (2001). Culture and eating disorders: A historical and cross-cultural review. *Psychiatry: Interpersonal and biological processes, 64*(2), 93-110.
- Montenegro, E., Blanco, T., Almengor, P., & Pereira, C. (2009). Trastornos alimenticios, ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de psicología de la Universidad de Costa Rica. *Revista Wimb Lu, 4*(1).
- Muehlenkamp, J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry, 75*, 324–333
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of consulting and clinical psychology, 72*(5), 885.
- O'Brien, K. M., & Vincent, N. K. (2002). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical psychology review, 23*(1), 57-74.
- Ortuño, F. (2010). *Lecciones de Psiquiatría*. España: Panamericana
- Pao, P. N. (1969). The syndrome of delicate self-cutting. *British Journal of Medical Psychology, 42*(3), 195-206.
- Paul, T., Schroeter, K., Dahme, B., & Nutzinger, D. O. (2002). Self-injurious behavior in women with eating disorders. *Self, 159*(3).
- Perkins, S., Schmidt, U., Eisler, I., Treasure, J., Yi, I., Winn, S., ... & Berelowitz, M. (2005). Why do adolescents with bulimia nervosa choose not to involve their parents in treatment?. *European child & adolescent psychiatry, 14*(7), 376-385.

- Ricca, V., Mannucci, E., Zucchi, T., Rotella, C. M., & Faravelli, C. (1999). Cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder. A review. *Psychotherapy and psychosomatics*, 69(6), 287-295.
- Ross, R. R., & McKay, H. B. (1979). *Self-mutilation* (pp. p-41). Lexington, MA: Lexington Books.
- Rotter, J. B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American psychologist*, 45(4), 489.
- Rotter, J. (2011). *Rotter Internal-External Locus of Control Scale*. USA: Springer
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2010). Measuring self-harm behavior with the self-harm inventory. *Psychiatry (Edgmont)*, 7(4), 16.
- Sansone, R. A., & Levitt, J. L. (2002). Self-harm behaviors among those with eating disorders: An overview. *Eating Disorders*, 10(3), 205-213.
- Schmidt, U., Lee, S., Perkins, S., Eisler, I., Treasure, J., Beecham, J., ... & Yi, I. (2008). Do adolescents with eating disorder not otherwise specified or full-syndrome bulimia nervosa differ in clinical severity, comorbidity, risk factors, treatment outcome or cost?. *International Journal of Eating Disorders*, 41(6), 498-504.
- Smith, P. B., Trompenaars, F., & Dugan, S. (2007). The Rotter locus of control scale in 43 countries: A test of cultural relativity. *International Journal of Psychology*, 30(3), 377-400.
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293.
- Sundgot-Borgen, J., Rosenvinge, J. H., Bahr, R., & Schneider, L. S. (2002). The effect of exercise, cognitive therapy, and nutritional counseling in treating bulimia nervosa. *Medicine and science in sports and exercise*, 34(2), 190-195.

- Wallston, B. S., & Wallston, K. A. (1978). Locus of control and health: a review of the literature. *Health Education & Behavior*, 6(1), 107-117.
- Walsh, B. (2005). *Treating self-injury: A practical guide*. New York: Guilford Press
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948.
- Yates, T. M. (2003). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24(1), 35-74.
- Zhang, C. (2014). What can we learn from the history of male anorexia nervosa?. *Journal of eating disorders*, 2(1), 1-4.



## ANEXO A: APLICACIÓN ESCALA DE LOCUS DE CONTROL ROTTER

(Marzo 2015)

Diagnóstico	Edad	Resultados
EDNOS	18	14- Externo
Anorexia	19	12- Externo
EDNOS	22	11- Intermedio
Bulimia	25	13- Externo
Bulimia	18	12- Externo
Anorexia	22	14- Externo
EDNOS	18	14-Externo
EDNOS	21	14- Externo
Anorexia	24	10- Externo
Bulimia	19	11- Intermedio
EDNOS	22	9- Intermedio
EDNOS	21	15- Externo
EDNOS	25	14- Externo
Bulimia	26	14- Externo
Bulimia	23	13- Externo
Total	21,53	<b>12,67</b>

**ANEXO B: APLICACIÓN ESCALA DE LOCUS AUTODESTRUCCIÓN KELLEY**

**(Marzo 2015)**

Sujeto	Edad	Resultados
EDNOS	18	102- Intermedio
Anorexia	19	109- Intermedio
EDNOS	22	113- Intermedio
Bulimia	25	145- Alto
Bulimia	18	117- Intermedio
Anorexia	22	110- Intermedio
EDNOS	18	100- Intermedio
EDNOS	21	85- Bajo
Anorexia	24	157- Alto
Bulimia	19	173- Alto
EDNOS	22	149- Alto
EDNOS	21	131- Intermedio
EDNOS	25	156- Alto
Bulimia	26	163- Alto
Bulimia	23	122- Intermedio
<b>Total</b>	<b>21,53</b>	<b>128,8</b>

**ANEXO C: RESUMEN DATOS OBTENIDOS**

<b>Sujeto</b>	<b>Edad</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>L. Control</b>	<b>Autodestrucción</b>
1	18	EDNOS	14- Externo	102- Intermedio
2	19	Anorexia	12- Externo	109- Intermedio
3	22	EDNOS	11- Intern.	113- Intermedio
4	25	Bulimia	13- Externo	145- Alto
5	18	Bulimia	12- Externo	117- Intermedio
6	22	Anorexia	14- Externo	110- Intermedio
7	18	EDNOS	14-Externo	100- Intermedio
8	21	EDNOS	14- Externo	85- Bajo
9	24	Anorexia	10- Externo	157- Alto
10	19	Bulimia	11- Intern.	173- Alto
11	22	EDNOS	9- Intern.	149- Alto
12	21	EDNOS	15- Externo	131- Intermedio
13	25	EDNOS	14- Externo	156- Alto
14	26	Bulimia	14- Externo	163- Alto
			13- Externo	122- Intermedio
15	23	Bulimia	14- Externo	102- Intermedio

<b>Promedio</b>	<b>21,53</b>	<b>12,67</b>	<b>128,8</b>
-----------------	--------------	--------------	--------------