



**Universidad Autónoma de Baja California  
Facultad de Medicina y Psicología**



**Protocolo de investigación  
Maestría en Psicología de la Salud.**

Relación entre imagen corporal y alcoholorexia en adultos de México con Trastorno Límite de la  
Personalidad (TLP)

**Alumna:**

Gretchen Arlene Franco Schilling

**Directora de tesis:**

Gisela Pineda García.

**Responsable técnico:**

Gretchen Arlene Franco Schilling

**Datos de contacto:**

[gretchen.schilling@uabc.edu.mx](mailto:gretchen.schilling@uabc.edu.mx)

Celular: 664 1571390

Tijuana, B.C. mayo 2024

## Tabla de Contenido:

### Resumen

#### 1 Introducción:

#### 2 Planteamiento del problema:

#### 3 Pregunta de investigación

#### 4 Justificación

#### 5 Objetivos:

##### 5.1 Objetivo General:

##### 5.2 Objetivos Específicos:

#### 6 Hipótesis:

#### 7 Método

##### 7.1 Diseño:

##### 7.2 Participantes:

###### 7.2.1 Criterios de inclusión:

###### 7.2.2 Criterios de exclusión:

###### 7.2.3 Criterios de eliminación:

##### 7.3 Variables:

Figura 1. Identificación de variables y su relación hipotética en la investigación

###### 7.3.1 Variables Independientes:

###### 7.3.2 Variables Dependientes:

##### 7.4 Instrumentos y aparatos:

##### 7.5 Procedimiento:

#### 8 Resultados

#### 10 Anexos

**Anexo A: Instrumento de Tamizaje de McLean para el Trastorno Límite de la Personalidad**

**Anexo B: Compensatory Eating and Behaviors in Response to Alcohol Consumption Scale (CEBRACS)**

**Anexo C: Escalas de figuras corporales Gómez-Peresmitré para Mujer:**

**Anexo D: Escalas de figuras corporales Gómez-Peresmitré para Hombre:**

**Anexo E: Alteración/ no alteración de la percepción corporal:**

**Anexo F: Consentimiento Informado**

**[Anexo G: Datos Generales](#)**

**Anexo H: Datos Generales Casos TLP**

**Anexo I: Consentimiento Informado**

## **Resumen**

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se define como un patrón dominante de la inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa que comienza en las primeras etapas de la edad adulta. Se ha encontrado que aproximadamente el 50% de las personas con TLP tienen un trastorno por uso de sustancias, por lo que se medirá una nueva variable denominada “alcohorexia”. **Objetivos.** El objetivo principal de la primera etapa fue obtener evidencias de validez y confiabilidad de la escala CEBRACS (Compensatory Eating and Behaviors in Response to Alcohol Consumption Scale) en muestras mexicanas, mientras que el objetivo general de la segunda etapa fue comparar la imagen corporal y el grado del riesgo de alcohorexia en una muestra de adultos mexicanos entre 18 y 30 años con TLP y sin TLP. Para medir las variables se utilizó la escala McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD), CEBRACS y Escala de Satisfacción/Insatisfacción de la imagen corporal. **Procedimiento.** A los participantes se les proporcionó el consentimiento informado; una vez firmado, respondieron las escalas. **Resultados.** Se obtuvo una versión para México de CEBRACS de 12 ítems que explican el 55% de la varianza total, con valores adecuados de bondad de ajuste y confiabilidad. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la insatisfacción y en la alteración de la imagen corporal; así como en el riesgo de alcohorexia por grupo (TLP vs sin TLP). En las tres variables se encontró mayor riesgo en el grupo de participantes con TLP.

**Palabras clave:** Trastorno Límite de la Personalidad, alcohorexia, insatisfacción con la imagen corporal, alteración de la percepción corporal.

## **Introducción**

El Trastorno Límite de la Personalidad es uno de los trastornos de la personalidad más estudiados en los últimos años ya que es el más frecuente (García, 2018). Es un trastorno de la personalidad del grupo B el cual, según el DSM-V 2013, se define como un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos. Se manifiesta por 5 o más de los criterios (ver Tabla 1). Actualmente existe la problemática de la falta de conocimiento acerca del trastorno a nivel psico-social y sus bajos tratamientos en los distintos niveles de atención sanitaria.

### **TABLA 1**

#### *Criterios de diagnóstico del DSM-5 para Trastorno Límite de la Personalidad*

---

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario
  2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre extremos de idealización y devaluación.
  3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo marcada y persistentemente inestable
  4. Impulsividad en al menos 2 áreas que son potencialmente dañinas (p. ej., gastos, sexo, abuso de drogas, conducción imprudente, atracones)
  5. Comportamiento, gestos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación
  6. Inestabilidad afectiva debido a una marcada reactividad del estado de ánimo (p. ej., disforia episódica intensa, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas pocas horas y rara vez más de unos pocos días)
  7. Sentimientos crónicos de vacío
  8. Ira intensa e inapropiada o dificultad para controlar la ira (p. ej., demostraciones frecuentes de mal genio, ira constante, peleas físicas recurrentes)
  9. Idea paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves
-

El trastorno Límite de la Personalidad se ha descrito desde la antigüedad siendo Homero, Hipócrates y Areteo autores que describen pacientes con algunos de los rasgos de este trastorno, sin embargo, a lo largo de los años se fue modificando el nombre: “folié maniaco-melancolique”, “folie circulaire”, “folie a doublé forme”(Nieto, 2006), hasta que en el año de 1884 se le dio el nombre de “borderline” para describir a las personas que pasaban su vida en un lado u otro del neuroticismo- psicocitismo. En el año 1921, se le dio el término de “personalidad excitable” donde Kraepelin le dio un significado más acertado a lo que hoy conocemos como el TLP. En 1923 se le cambia el nombre a “persona lábil”, en el 1928 cambia “el grupo límite de la neurosis”, pero no fue hasta 1980 donde se utilizó e incorporó por primera vez el “trastorno límite de la personalidad” en el DSM-III (Carpena, 2017). En el DSM-III se catalogaba al TLP como un trastorno de personalidad y se requerían al menos 5 de los criterios (ver tabla 2). En 1994 el DSM-IV quitó el criterio B por lo que ya no se descartan los diagnósticos en menores de 18 años, pero hacía mención que normalmente aparecía en la edad adulta. Otro cambio que se realizó fue la inclusión del criterio 9 donde menciona la idea paranoide. Desde ahí no ha habido cambio en los criterios diagnósticos, por lo que el DSM-V consta de 9 criterios (APA,2013).

A nivel mundial hay una prevalencia del 1.6% (APA, 2013), encontrándose en cada país donde se ha estudiado (Oldham, 2009), mientras que en México su prevalencia es de aproximadamente el 1.5% de la población (Secretaría de Salud MX, 2018). Suele ser 3 veces más frecuente en mujeres que en hombres (Oldham, 2009; Denegrí, 2018; García, 2018; Kaess, M & Chanen, 2020), asociado a factores biosociales y a la incidencia de abuso sexual y/o maltratos psicológicos/físicos en la infancia el cual es más frecuente en niñas (García, 2018).

## Tabla 2

### *Criterios Diagnósticos para el Trastorno Límite de la Personalidad DSM-III*

1. Impulsividad o imprevisibilidad en al menos dos áreas que son potencialmente auto-dañinas, por ejemplo, gastos, sexo, juego, uso de sustancias, robo en tiendas, comer en exceso, actos físicamente dañinos.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, por ejemplo, cambios marcados de actitud, idealización, devaluación, manipulación (consistentemente usan a otros para sus propios fines)
3. Cólera inapropiada e intensa o falta de control de la ira, por ejemplo, exhibiciones frecuentes de temperamento o ira constante.
4. La perturbación de la identidad manifestada por la incertidumbre sobre varias cuestiones relativas a la identidad, como la autoimagen, identidad de género, metas, patrones de amistad, valores o lealtad.
5. Inestabilidad afectiva: Cambios marcados del estado de ánimo normal a la depresión, irritabilidad o ansiedad, generalmente con una duración de unas horas y rara vez más de unos pocos días, con un retorno al estado de ánimo normal.
6. Intolerancia de estar solo, por ejemplo, esfuerzos frenéticos para evitar estar sólo o deprimirse al estarlo.
7. Actos físicamente dañinos para sí mismos, por ejemplo, ideas suicidas, automutilación, accidentes recurrentes o peleas físicas.
8. Sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento.

B. Si es menor de 18 años, no cumple con los criterios para un trastorno de identidad.

Estudios mencionan que entre el 60% al 80% de las personas con TLP presentan conductas autolesivas y representan del 30% al 60% de las poblaciones clínicas con trastornos de la personalidad, además, tienen una tasa de suicidio del 10% (Carpena, 2017), sin embargo, los intentos de suicidios ascienden al 70%, (Giner et al., 2012) y forman el 56% de pacientes admitidos por comportamientos suicidas en las salas de urgencia de los hospitales a nivel mundial (Oldham, 2009). Las dimensiones patológicas por las cuales una persona con TLP puede cometer suicidio son el sentimiento crónico de vacío, la hiperreactividad al estrés, la inestabilidad afectiva y el déficit cognitivo (Giner et al., 2012).

Aunque el TLP es un trastorno que implica mucha sintomatología, sólo un 37% de los diagnósticos se consideran puros (García, 2018). Suele asociarse con otros trastornos psiquiátricos como trastornos afectivos, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno por uso de sustancias, entre otras (Nieto, 2006; Carpena, 2017; García, 2018; Rodríguez-Delgado et al., 2019; Valdivieso-Jiménez, 2019; Kaess, M & Chanen, 2020)

La imagen corporal fue descrita por primera vez en 1935 por Schilder como “la imagen desarrollada por nuestra mente sobre nuestro propio cuerpo” (Arrayás Grajera et al., 2017), mientras que en 1994 Slade le da la definición “la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo” (Rodríguez, 2019). Desde hace varios años se ha visto que la imagen corporal está influenciada por la sociedad, donde actualmente se ha impuesto un modelo de belleza de extrema delgadez, principalmente en las mujeres y una figura excesivamente musculosa en los hombres (Nelia Soto Ruiz et al., 2015).

La imagen corporal se construye de 3 aspectos: el perceptual, el cognitivo-afectivo y conductual (Rodríguez, 2019). El aspecto perceptual se refiere a cómo la persona percibe su propio cuerpo en su totalidad o sus partes, tomando en cuenta el tamaño, el peso y la forma. El aspecto cognitivo-afectivo se refiere a los sentimientos, emociones, y actitudes que la persona tiene hacia su cuerpo, ya sea en su totalidad o una parte específica de él. Mientras que el aspecto conductual hace referencia a las conductas que la persona toma derivado a la percepción y sentimientos hacia su cuerpo (Cuervo et al., 2018; Guadarrama-Guadarrama et al., 2018; Rodríguez, 2019). A una alteración del aspecto perceptual se le conoce como “alteración de la percepción corporal”, donde la persona puede subestimar o sobreestimar su imagen corporal. (Jimenez-Flores et al., 2017). Las causas de que exista una alteración de la percepción corporal pueden ser provocadas por factores

como la familia, la cultura, las relaciones interpersonales, por el género, la personalidad, la actividad física, el IMC, entre otros (Noelia Soto Ruiz et al., 2015; Arrayás Grajera et al., 2017). Esta alteración puede llevar a la persona que lo padece a tener una insatisfacción con la imagen corporal (Jiménez-Flores et al., 2017) y al mismo tiempo es uno de los criterios diagnósticos para algunos trastornos de la alimentación como consecuencia de los intentos para controlar su cuerpo y su peso corporal (Zapata, S. Mesa, M. Orrego, 2018).

La insatisfacción corporal (IC) va a referirse a una evaluación negativa que tiene la persona hacia su propio cuerpo. En México entre el 11% y el 69% de las mujeres jóvenes presentan insatisfacción corporal (Franco Paredes et al., 2019) por lo que es una cifra alarmante y que necesita considerarse para futuras investigaciones. Esta insatisfacción puede verse construida por los factores sociales como medios de comunicación, la cultura, las amistades, y la familia, así como por factores psicológicos donde se encuentran los sentimientos causados por la sociedad, los padres y la cultura (Jimenez-Flores et al., 2017). Una IC va a implicar una desvalorización de su apariencia corporal de la persona que la padezca, implicando toda una serie de pensamientos negativos, ansiedad, preocupación hacia su cuerpo, etc, esto puede llevar a la persona, ya sea hombre o mujer, a llevar a cabo conductas para cambiar su imagen corporal y alcanzar los estándares de belleza como lo son conductas alimentarias de riesgo, ejercicio excesivo, utilización de medicamentos, entre otros (Nelía Soto Ruiz et al., 2015; Zapata, S, et al., 2018; Franco Paredes et al., 2019).

El término “alcoholorexia” fue utilizado por primera vez en el 2008 para hacer referencia a una serie de conductas en las cuales los estudiantes universitarios modificaban su ingesta alimentaria para compensar la ingesta calórica de las bebidas alcohólicas o para maximizar la intoxicación por alcohol (Simons et al., 2021). Aunque el trastorno de “alcoholorexia” aún no es un término médico, varios estudios se han dedicado a estudiarlo en los últimos años (Barry & Ms,

2012; (Hunt & Forbush, 2016; Thompson-Memmer et al., 2019; Pineda-García et al., 2020; (Simons et al., 2021).

La alcoholorexia se puede definir como una serie de conductas compensatorias antes, durante o después de la ingesta de bebidas alcohólicas, con el fin de no subir de peso y/o para aumentar los efectos de una intoxicación alcohólica; entre las prácticas que se realizan encontramos el dejar de comer, realizar ejercicio de manera intensa, uso de diuréticos, purgas, vómitos inducidos y pastillas para adelgazar (Hunt & Forbush, 2016). Se ha encontrado que es más común en jóvenes universitarios (Eisenberg & Fitz, 2014; Lupi et al., 2017; Simons et al., 2021), y más común en mujeres que en hombres (Thompson-Memmer et al., 2019). En cuanto al tipo de personalidad, se ha encontrado que las personas con bulimia además de conductas impulsivas y autodestructivas, así como trastornos de la conducta alimentaria tienden a ser más propensos a utilizar estas conductas (Thompson-Memmer et al., 2019).

Aunque aún faltan muchas investigaciones para conocer más acerca de la alcoholorexia, especialmente, indagar su relación con el TLP, que presenta comorbilidades con otras adicciones con la comida, pero que carece de investigaciones de esta variable con alcoholorexia. En este sentido podemos clasificar a la alcoholorexia como un nuevo trastorno que engloba tanto el trastorno de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa), como el trastorno por dependencia al alcohol (Hunt & Forbush, 2016) (Pineda-García et al., 2020).

Varios autores han realizado estudios en los cuales utilizan otros nombres, por ejemplo, Hunt & Forbush (2016) llaman a la alcoholorexia como conductas compensatorias para evitar la ganancia de peso por el consumo de alcohol (ICB-WGA, por sus siglas en inglés). Por otra parte, Thompson-Memmer et al., (2019) sugieren el nombre de “alcoholimia” ya que observaron que las conductas compensatorias se asemejan más a la bulimia nerviosa que a la anorexia nerviosa.

En un estudio de Pineda-García (2020) con una muestra de 526 universitarios que buscaba evaluar el efecto del consumo de alcohol, la restricción alimentaria antes y después del consumo de alcohol e imagen corporal se encontró que conforme hay más insatisfacción corporal se incrementa el riesgo de anorexia así como la restricción alimenticia antes y después del consumo de alcohol, además, la dependencia al alcohol fue significativa mostrando un 68% de dependencia, sin encontrar diferencias significativas entre sexo.

En este sentido, falta más investigación que identifique la prevalencia de alcoholorexia a nivel mundial, y más aún en México, ya que según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2020), existen 20 millones de personas con adicción al alcohol, con una edad de inicio de entre los 13 y 14 años.

## **Planteamiento del problema**

El trastorno límite de la personalidad es un trastorno de la personalidad del grupo B el cual se define como un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos (American Psychiatric Association (APA), 2014). Se estima que la prevalencia en la población general se encuentra entre el 1.6% y el 5.9% (Denegri, 2018), éste a su vez constituye de un 15% a 28% de los pacientes diagnosticados en clínicas y hospitales con algún tipo de enfermedad mental, por lo que supone un problema importante de salud (Felix Bravo & López Taveras, 2021). Además, alrededor de 1.5 por ciento de la población mexicana presenta Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), el cual predispone a quien lo padece a tener conductas de riesgo para la salud como abuso de sustancias, amenazas suicidas recurrentes y automutilación (Secretaría de Salud MX, 2018). Aunque el TLP es una personalidad y no desaparece, después de la 4ta década de vida esta comorbilidad suele verse con poca frecuencia, siendo el punto más alto entre la edad de 15 - 20 años (Ayuzo-del Valle & Covarrubias-Esquer, 2019), Bravo & López-Taveras, 2021.

La imagen corporal, la cual podemos definir como un constructo psicológico complejo se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo genera una representación mental compuesta por un esquema corporal perceptivo, cognitivo, conductuales, emocionales y culturales, y las conductas y cuyas alteraciones pueden dar lugar a problemas emocionales (Slade, 1994; Arrayás Grajera et al., 2017). Ésta a su vez es construida por los sucesos psicosociales que la persona ha vivido, de su autoconcepto y de su autoestima, por lo que llega a ser móvil y variable durante la vida (Duno & Acosta, 2019).

Dentro de la imagen corporal podemos encontrar si una persona tiene satisfacción o insatisfacción con su imagen corporal; la satisfacción con la imagen corporal se mide con la

distancia entre la imagen corporal percibida y la imagen corporal ideal que la persona desea tener (Wayda-Zalewska et al., 2021). En el TLP la autoestima se relaciona significativamente con la imagen corporal, ya que los pacientes tienden a evaluar su propio atractivo físico como extremadamente bajo y declaran baja satisfacción y confianza en relación con su imagen corporal, así como altos niveles de malestar al respecto (Wayda-Zalewska et al., 2021). La insatisfacción con la imagen corporal se puede originar por una distorsión perceptiva, por querer conseguir el cuerpo ideal o simplemente por disgusto con el propio cuerpo (Jimenez-Flores et al., 2017). Esta percepción puede verse alterada y traer una serie de conductas con el fin de encontrar un modelo de belleza agradable para la persona tratando de lograr la perfección (Montero López et al., 2004). La inestabilidad en la percepción de la imagen corporal aumenta el riesgo de tener comportamientos impulsivos que dañen su propio organismo, buscando estar conformes con su cuerpo y la forma en la que se perciben, llevándolas a tener que realizar comportamientos negativos en su alimentación (Martinussen et al., 2017) y predisponer un riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (Montero López et al., 2004; Griffen et al., 2018).

En estudios pasados se ha encontrado una alta comorbilidad con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como una de las consecuencias de la sintomatología del TLP. Los TCA son un grupo de trastornos que se ven vinculados a una percepción distorsionada de la autoimagen e insatisfacción corporal y están relacionados con la preocupación por el peso (Ramos Corvillo, 2017). La “alcohorexia” es un trastorno alimentario mencionado por primera vez en el 2008, en el cual se lleva a cabo una restricción alimentaria, exceso de ejercicio, uso de pastillas, laxantes o diuréticos, antes, durante y después de la ingesta de alcohol como medida compensatoria para evitar el aumento de peso o con el fin de aumentar el efecto alcohólico (Pineda-García et al., 2020)

el cual, a su vez, puede ser un riesgo para desarrollar bulimia o trastorno por uso de sustancia (Thompson-Memmer et al., 2019).

Los trastornos por uso de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés), los trastornos alimentarios caracterizados por atracones y purgas y el TLP representan un grupo complejo y dañino de trastornos psicológicos (Mattingley et al., 2022). Este tipo de trastornos se consideran como un grupo de psicopatología de tipo impulsivo y con desregulación del comportamiento (Martin et al., 2014; Tomko et al., 2014; Winkler et al., 2014; Gillan y Seow, 2020). En pasados estudios se ha encontrado que aproximadamente 1/3 de los alumnos universitarios que consumen alcohol tienen comportamientos de alcoholorexia (Eisenberg & Fitz, 2014), además, aproximadamente el 50% de las personas con TLP tienen SUD, así como también, el 25% de las personas con SUD cumplen criterios para TLP (Mattingley et al., 2022).

### **Preguntas de investigación**

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la Escala Compensatoria de Alimentación y Comportamientos en Respuesta al Consumo de Alcohol (CEBRACS) en muestras de población mexicana?

¿Existen diferencias significativas en la imagen corporal (insatisfacción y alteración) y riesgo de alcoholorexia en adultos de México de 18 a 30 años con y sin Trastorno Límite de la Personalidad?

### **Justificación**

La prevalencia del Trastorno Límite de la Personalidad ha seguido aumentando en los últimos años, y se ha observado el diagnóstico en personas en edades más tempranas. En México alrededor

del 1.5% de la población mexicana adulta presenta TLP, y alrededor del 76-80% son del género femenino (Salud, 2018), sin embargo, son pocos los estudios realizados en México para conocer más acerca de este trastorno y de sus comorbilidades. En Tijuana no se encuentran estudios previos que investiguen la relación entre el TLP, la imagen corporal y alcoholorexia.

En el TLP es común encontrar comportamientos impulsivos, variaciones en el estado de ánimo y síntomas de tipo psicótico lo que suele llevar a la persona que lo padece a cometer o enfrentarse a situaciones potencialmente dañinas para sí mismos, como lo es darse atracones de comida, consumir sustancias dañinas o presentar comportamientos suicidas, conductas autolesiva (American Psychiatric Association (APA), 2014) y, en ocasiones, llegar a tener distorsiones de la imagen corporal, las cuales llevan a la persona a desarrollar alguna otra comorbilidad, como lo son los trastornos de la conducta alimentaria (Chang, et al., 2014). Aunque la “alcoholorexia” no se ha documentado como uno de los principales TCA’s es importante realizar más investigación ya que tiene relación con el desarrollo de otros TCA’s (Simons et al., 2021), además, al evitar comer antes de ingerir alguna bebida alcohólica, no solo se aumenta el envenenamiento por alcohol, si no que aumenta el riesgo de daño cerebral, daño de órganos, deficiencias de vitaminas y deterioro cognitivo (Burke et al., 2010). Los Trastornos de la Conducta alimentaria, suelen estar de forma concurrente y de por vida en las personas que los padecen (Mattingley et al., 2022). Se ha encontrado que las personas que tienen TLP y TCA tienen 4 veces más probabilidades de autolesionarse con frecuencia (Chen et al., 2009).

La formación integral del médico, psicólogo, psiquiatra y nutriólogos permitiría en la práctica de la medicina y psicología reconocer estas patologías y desarrollar una mejor relación médico-paciente y un mejor tratamiento. Además, se estaría realizando un estudio en el cual se vean las relaciones

entre las tres variables: TLP, imagen corporal y riesgo de alcoholexia, variables que en México, en especial en Tijuana, no se tiene antecedentes de investigaciones previas.

## **Objetivos:**

### **1.1 Objetivo General:**

- Comparar la imagen corporal (insatisfacción y alteración) y el grado de alcoholexia en una muestra de adultos mexicanos de 18 a 30 años con TLP y sin TLP.

### **1.2 Objetivos Específicos:**

- Traducir y obtener evidencias de validez y confiabilidad de la Escala Compensatoria de Alimentación y Comportamientos en Respuesta al Consumo de Alcohol (CEBRACS por sus siglas en inglés) para identificar alcoholexia en adultos mexicanos.
- Comparar el grado de alcoholexia por sexo y grupo de comparación (adultos con TLP y sin TLP).
- Comparar el grado de insatisfacción con la imagen corporal por sexo, y grupo de comparación (adultos con TLP y sin TLP).
- Comparar el grado de alteración de la percepción corporal por sexo y grupo de comparación (adultos con TLP y sin TLP)..
- Identificar si existe relación entre el grado de alcoholexia e imagen corporal en las muestras intragrupo.

## **Hipótesis:**

Para poder responder a la pregunta de investigación se tienen las siguientes hipótesis.

1. La Escala de Compensatoria de Alimentación y Comportamientos en Respuesta al Consumo de Alcohol (CEBRACS) cuenta con adecuadas evidencias de validez en población mexicana.
2. Los adultos con TLP tienen mayor grado de alcoholorexia que los adultos sin TLP.
3. Los adultos con TLP tienen mayor insatisfacción corporal que los adultos sin TLP.
4. Los adultos con TLP presentan mayor alteración de la percepción corporal que los adultos sin TLP.
5. Hay una relación significativa entre el grado de alcoholorexia y la imagen corporal.

## **Método**

### **1.3 Diseño:**

Para realizar la presente investigación se llevó a cabo un estudio no experimental transversal comparativo.

### **1.4 Participantes:**

Para la primera fase de la investigación se llevó a cabo la traducción del instrumento CEBRACS del idioma inglés al idioma español (latinoamericano) con la ayuda de dos profesionales de la salud de nacionalidad mexicana, los cuales tienen como primera lengua el español y certificación TOEFL para idioma inglés. Para la retro-traducción, se necesitó la ayuda de un profesional de la salud de nacionalidad estadounidense, idioma inglés como primera lengua y total dominio del idioma español, quien no había visualizado el documento original.

Una vez llevada a cabo la traducción y retro-traducción, se realizó la revisión de estos por parte del grupo de investigadores. El documento final de idioma español se aplicó a un grupo de 20 universitarios de la una universidad pública mexicana, ubicada en una zona urbana de la ciudad de Tijuana, Baja California con la intención de llevar un estudio piloto y considerar cualquier duda que surgieran en éste.

El tamaño de la muestra inicial fue de 547 universitarios de edades entre 18 y 30 años de las distintas facultades de la misma universidad utilizada anteriormente. De los 547 universitarios

que participaron, 542 reportaron haber tomado alguna bebida alcohólica en los últimos 3 meses y fueron los elegidos para el estudio de la escala y resultados. Se les realizó la aplicación del instrumento CEBRACS traducido al español.

#### **1.4.1 Criterios de inclusión:**

Para la muestra de la primera fase del estudio se incluyeron estudiantes universitarios de 18-30 años que asistían a la Universidad Autónoma de Baja California campus Tijuana.

Para la muestra del grupo de adultos con TLP se incluyeron adultos de Tijuana de 18-40 años con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad y con un puntaje positivo en el instrumento de cribado. En el caso del grupo de adultos sin TLP se incluyeron adultos de México de 18-40 años sin Trastorno Límite de la Personalidad.

#### **1.4.2 Criterios de exclusión:**

Para la muestra de la primera fase del estudio se excluyeron estudiantes universitarios que no correspondían al grupo de edad.

Para el grupo de adultos sin TLP se excluyeron todas las personas que reportan tener algún trastorno de la personalidad.

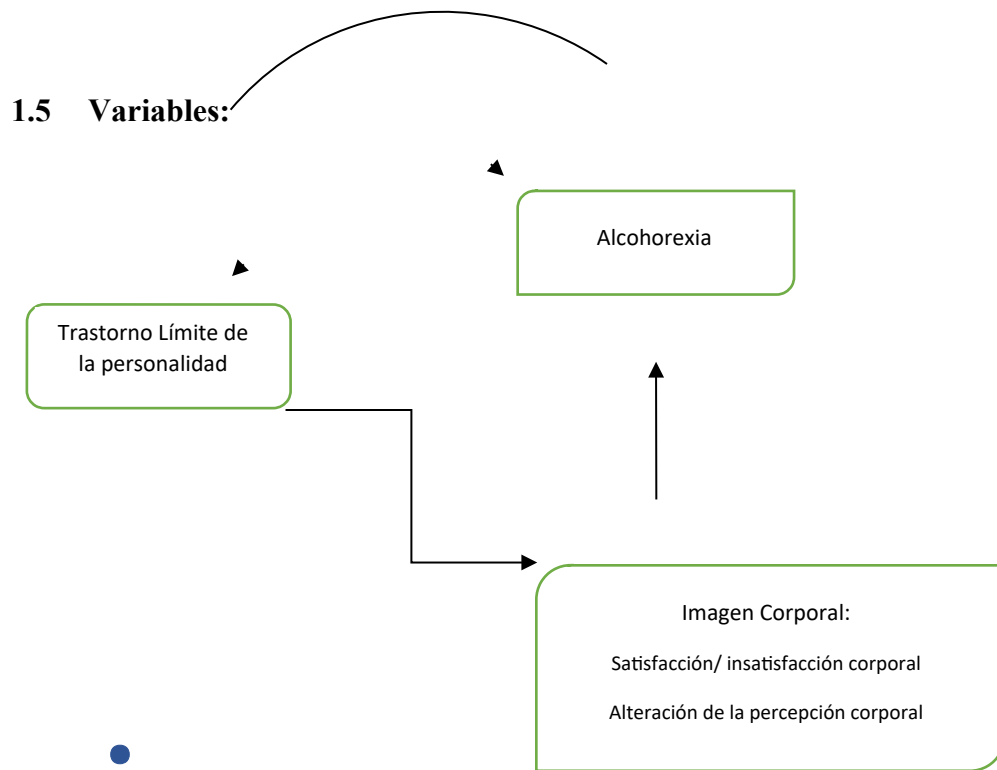
Para el grupo de adultos con TLP se excluyeron todas las personas que dieron negativo en el instrumento de cribado.

Para ambos grupos, se excluyeron adultos que no hablaban el idioma español o sabían leer.

#### **1.4.3 Criterios de eliminación:**

Para la muestra de la primera fase del estudio se eliminaron estudiantes universitarios que no tomaban alcohol o que no hubieran tomado alcohol en los últimos 3 meses.

Para ambos grupos se eliminaron aquellos participantes que no terminaron la evaluación.



● **Figura 1. Identificación de variables y su relación hipotética en la investigación**

### 1.5.1 Variables Independientes:

Concepto	Definición conceptual	Definición operacional
<p>Trastorno Límite de la Personalidad</p>	<p>Según el DSM-V (2013), el Trastorno Límite de la Personalidad es un trastorno de personalidad caracterizado por un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:</p> <p>1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de</p>	<p>Se midió con la escala <i>McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD)</i> (Zanarini, M., et al, 2003) es un cuestionario autoinformado de 10 ítems con opción dicotómica (verdadero-falso). Incluye un ítem por cada uno de los 8 primeros criterios del DSM-IV y DSM-V para el TLP y 2 ítems para el noveno criterio de paranoia/disociación.</p> <p>Un puntaje de siete o más indica posible TLP y que se necesite mayor asesoría para determinar que la persona tiene TLP.</p> <p>Se complementó la medición con el auto reporte del participante indicando un diagnóstico previo hecho por un psiquiatra</p>

	<p>automutilación que figuran en el Criterio 5.)</p> <p>2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.</p> <p>3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.</p> <p>4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)</p> <p>5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de</p>	<p>o psicólogo.</p>
--	---	---------------------

	<p>automutilación.</p> <p>6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).</p> <p>7. Sensación crónica de vacío.</p> <p>8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p.ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).</p> <p>9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.</p>	
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina (RAE,2014)	<p>Se incluye en el cuestionario, una pregunta que dice:</p> <p>“Sexo: a) mujer b) hombre</p>

### 1.5.2 Variables Dependientes:

<b>Concepto</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional (Instrumento por utilizar)</b>
Alcohorexia	Nuevo trastorno de la conducta alimentaria donde se ve reducido el consumo de alimentos, aumento de ejercicio y purgas para compensar el exceso de calorías que aporta el consumo excesivo de alcohol (Pineda-García et al., 2020)	Se midió con los resultados a través de <i>Compensatory Eating and Behaviors in Response to Alcohol Consumption Scale (CEBRACS)</i> , instrumento que será traducido y validado en una muestra de adultos mexicanos en Tijuana. <i>Cuenta con 21 ítems distribuidos en 4 subescalas:</i> efectos del alcohol (7 ítems), bulimia (6 ítems), dieta y ejercicio (6 ítems) y restricción (2 ítems). Su puntaje va desde 21 hasta 105, por lo que, a partir del puntaje 22 se van identificando conductas alcohóricas, mientras que, un valor igual o menor a 21 indican no tener conductas alcohóricas (Pinna, 2015, Ritz, 2023)

		<p>Si bien el objetivo de la presente investigación no es conocer la proporción de casos presentes de alcoholoxia en los participantes de la muestra, algunos autores (Pinna et al., 2015; Choquette, 2017; Diehl, 2017; Griffin &amp; Vogt, 2021; Simons et al., 2021) señalan un valor mínimo de 22 para la identificación de conductas alcoholéxicas.</p>
<p>Insatisfacción corporal</p>	<p>Según (Olvera-Ruvalcaba &amp; Gómez-Peresmitré, 2021) la insatisfacción corporal se define como un malestar producido por la percepción y evaluación estética subjetiva del propio cuerpo, es decir, una discrepancia entre el cuerpo percibido y el cuerpo ideal</p>	<p>Se midió a través de la <i>Escala de Satisfacción/Insatisfacción de la imagen corporal</i> (Gómez-Peresmitré &amp; Acosta, 2002). Esta escala está integrada por dos subescalas visuales, una que evalúa la figura actual y otra que mide la figura ideal. Ambas subescalas están integradas por nueve figuras femeninas y nueve figuras masculinas que cubren un rango de peso desde emaciación hasta obesidad. La insatisfacción con la imagen corporal se mide con la diferencia entre la figura actual y la figura ideal</p>

		<p>Satisfacción/insatisfacción = (figura actual–figura ideal)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· resultado positivo (insatisfacción porque se desea estar más delgado)</li> <li>· resultado negativo (insatisfacción porque se desea estar más grueso).</li> </ul>
Alteración percepción corporal	Según (Sepúlveda et al., 2001) la alteración de la percepción corporal es la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales.	<p>Alteración de la imagen corporal: Se midió a través de la diferencia entre la autopercepción del peso corporal menos el IMC en 5 categorías</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Diferencia 0 = no hay alteración.</li> <li>● Resultado positivo = sobreestimación</li> <li>● Resultado negativo = subestimación</li> </ul>

## 1.6 Instrumentos y aparatos:

· *McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD)* (Zanarini, M., et al, 2003) es un cuestionario autoinformado de 10 ítems puntuados de forma dicotómica (verdadero-falso). Incluye un ítem por cada uno de los 8 primeros criterios del DSM-IV y DSM-V para el TLP y 2 ítems para el noveno criterio de paranoia/disociación. Para la población mexicana, el instrumento muestra una consistencia interna ( $KR-20 = 0.808$ ) y una fiabilidad test-retest de ( $CCI = 0.969$ , IC 95% a 0.983 /  $p \leq 0.0001$ ), valores de sensibilidad (0.88) y especificidad (0.9) (Banuet Farell, 2017; Perez, 2017). La escala puede ser consultada en el Anexo A.

· *Compensatory Eating and Behaviors in Response to Alcohol Consumption Scale (CEBRACS)*. Esta escala fue desarrollada para medir las conductas alcohóricas de los últimos 3 meses en 3 tiempos: antes, durante y después de tomar alcohol (Choquette, 2017). Cuenta con 21 ítems con 5 opciones de respuesta: 1) Nunca, 2) raramente, aproximadamente 25% de las veces, 3) Algunas veces, aproximadamente 50% de las veces, 4) Frecuentemente, aproximadamente 75% de las veces y 5) Casi todas las veces (Rahal et al., 2012). Las puntuaciones totales más altas indican un aumento en las conductas compensatorias, las cuales van desde lo mínimo “21” y lo máximo “105”, contando desde el 22 como alcoholorexia. Cuenta con 4 subescalas: efectos del alcohol (7 ítems), bulimia (6 ítems), dieta y ejercicio (6 ítems) y restricción (2 ítems) (Rahal et al., 2012). La escala tiene una consistencia interna para todas sus subescalas de .79 a .95 y un alfa de Cronbach de .89, así como un .79 a .95 en subescalas (Rahal et al., 2012). Además, la escala general presenta un índice de confiabilidad general Alpha de .93 y valores adecuados de bondad de ajuste ( $\chi^2 (298) =$

507.34, RMSEA = .05, CFI = .99) realizada con un Análisis Factorial Confirmatorio (Choquette, 2017). *La escala puede ser consultada en el Anexo B.*

· *Escala de Satisfacción/Insatisfacción de la imagen corporal (Gómez-Peresmitré, 1997).*

Esta escala está integrada por dos subescalas visuales, una que evalúa la figura actual y otra que mide la figura ideal. Ambas subescalas están integradas por nueve figuras femeninas (en el caso de la escala de mujeres) y nueve escalas masculinas (en el caso de la escala para hombres) que cubren un rango de peso desde emaciación hasta obesidad. En la subescala para evaluar la figura actual, cada figura incluye la siguiente instrucción: “Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parece a tu cuerpo”. A la figura más delgada se le asigna el número 1 y a la más gruesa el número 9. En la subescala de figura ideal, las figuras tienen la siguiente instrucción: “Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener”. Así como en el caso anterior, a la silueta emaciada se le asigna el valor de 1 y a la más obesa el valor de 9. La insatisfacción con la imagen corporal se mide con la diferencia entre la figura actual y la figura ideal. La diferencia puede ser positiva o negativa, e indica en el primer caso insatisfacción porque se quiere ser más delgada o en el segundo caso insatisfacción porque se quiere estar más gruesa. A mayor es la diferencia mayor es la insatisfacción. La escala tiene un alfa de .85. La escala para mujeres puede ser consultada en Anexo C, mientras que la escala para hombres puede ser consultada en Anexo D.

· *Alteración de la percepción corporal.* Es la diferencia que puede encontrarse entre la percepción corporal que la persona hace de su propio cuerpo y la medición real u objetiva del peso corporal, que puede obtenerse a través del IMC (peso/talla<sup>2</sup>) autopercepción del peso corporal- IMC real. La autopercepción se evalúa mediante la pregunta: “Creo que estoy... 5) muy gordo, 4) gordo, 3) ni gordo ni delgado, 2) delgado, 1) muy delgado”. Utilizando 5 categorías de la OMS: 1

= delgadez extrema, 2 = bajo peso, 3 = peso normal, 4 = sobrepeso, 5 = obesidad. Dependiendo del resultado: 0 = No alteración, valor positivo = sobreestimación, valor negativo = subestimación.

La escala puede ser consultada en Anexo E.

· *Báscula Tanita UM-081*: Se utilizará la báscula para medir peso corporal de los participantes. Capacidad de 150 kg con precisión de 100 g y/o 0.1%. Aprobada por la FDA.

· *Estadímetro portátil Seca 213*: Se utilizará el estadímetro Seca para medir estatura de los participantes. Rango de medición de 20-205 cm.

### **1.7 Procedimiento:**

El proyecto fue sometido y aprobado por el Comité Científico de la universidad, y del Comité de Bioética; se realizó el proceso de traducción- retrotraducción recomendado para la adaptación cultural de escalas y cuestionarios (realizada en colaboración por un traductor bilingüe, cuya lengua materna es el inglés y por las personas responsables de investigación) de la Escala Compensatoria de Alimentación y Comportamientos en Respuesta al Consumo de Alcohol para su validación; para tal propósito se tomó una muestra de 547 participantes entre la edad de 18 a 30 años de edad que estuvieran cursando una licenciatura en la Universidad Autónoma de Baja California Campus Tijuana. La aplicación se llevó a cabo de manera colectiva en los salones de clase. A las personas que deseaban participar se les entregó el consentimiento informado (Anexo I), una vez aceptado el consentimiento informado, se les proporcionó los siguientes cuestionarios: Datos generales (Anexo G), CEBRACS en español (Anexo B), Escalas de figuras corporales Gómez-Peresmitré para mujeres (Anexo C) o su versión para hombres (Anexo D), Alteración/ No alteración de la percepción corporal (Anexo E). Al finalizar de contestar los cuestionarios, se les

tomó el peso y estatura por estudiantes de la licenciatura de nutrición capacitados para tomar peso, estatura y circunferencia abdominal y de cadera. El peso se tomó con la báscula Tanita UM-081, mientras que su estatura fue tomada con el estadímetro Seca 213 y circunferencias con cinta de métrica corporal Lufkin.

Para el grupo de participantes con TLP se hizo una invitación abierta a los miembros de grupos de Facebook de TLP, así como de instituciones y psicólogos que tratan trastornos de la personalidad. A los interesados a participar, se les entregó el consentimiento informado (Anexo F) por medio de Google forms para aceptar contribuir a la investigación, el cual se pudo contestar cualquier dispositivo móvil, posteriormente, se les entregaron los siguientes cuestionarios: Datos generales (Anexo H), CEBRACS en español (Anexo B), Escalas de figuras corporales Gómez-Peresmitré para mujeres (Anexo C) o su versión para hombres (Anexo D), Alteración/ No alteración de la percepción corporal (Anexo E).

## **7.6 Análisis estadístico:**

Para variables cuantitativas, se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión. Se utilizó la prueba de Kolmogorv-Smirnov, para conocer la distribución de los datos, aquellos con distribución normal se utilizó media y desviación estándar, mientras que aquellos con distribución no normal mediana y percentil 25-75.

Para variables categóricas, se usaron frecuencias simples, y porcentajes. Para realizar comparación entre variables cuantitativas, para una distribución normal se usó ANOVA factorial. Para las variables categóricas se usó prueba de chi cuadrada. Se obtuvieron razones de momios con IC al 95% con  $p < 0.05$  como estadísticamente significativo.

Para identificar las evidencias de validez se aplicó Análisis Factorial exploratorio y confirmatorio, mientras que para conocer la confiabilidad de la escala se aplicó Alpha de Cronbach y Omega de McDonald. Los análisis estadísticos se realizaron en SPSS, JASP y AMOS.

### **7.7 Recursos humanos y materiales:**

La investigadora principal licenciada en nutrición, fue la responsable de tomar las mediciones antropométricas (estatura, peso y circunferencias) y de capacitar a los estudiantes de nutrición para realizarlos, la aplicación de los cuestionarios y análisis de datos se realizaron en colaboración con una doctora en psicología con amplia experiencia en trastornos alimentarios, imagen corporal y obesidad, asesora de tesis.

*Báscula Tanita UM-081*, se utilizó la báscula para medir peso corporal de los participantes. *Estadímetro portátil Seca 213*, se utilizó el estadímetro Seca para medir estatura de los participantes, y cinta métrica Lufkin para medir circunferencia abdominal y cadera. Los materiales fueron otorgados por la Facultad de Medicina y Psicología de la UABC.

### **8.8 Consideraciones éticas:**

El proyecto de investigación se sometió al Comité de ética de la Facultad de Medicina y Psicología de la Universidad Autónoma de Baja California para su aprobación previa. Además, se siguieron los principios éticos mencionados en la Declaración de Helsinki, y de la Ley General de Salud Mexicana.

## **Resultados**

### RESULTADOS

Como se mencionó la investigación se llevó a cabo en dos fases o etapas, la primera de ellas se enfocó en la traducción/retrotraducción y la validación de la escala CEBRACS por sus siglas en inglés, de tal manera que los datos se organizaron en función de estas dos fases.

El tamaño de la muestra total para la primera fase de la investigación estuvo formada por  $N=893$  participantes, que se subdividió en  $n_1=72$  personas con diagnóstico de TLP,  $n_2= 34$  personas no estudiantes de grupo control y  $n_3=787$  grupo control de estudiantes, los tres grupos en un rango de edad de 18 a 30 años, 331 hombres y 561 mujeres, 1 persona que prefirió no identificar su sexo; la edad promedio para el primer grupo fue de 24.8 años (D.E.=3.4); para el segundo de 26.5 (D.E.=2.1) y el grupo de estudiantes presentó una media de edad de 19.9 años (D.E.=1.8). Se excluyeron a los participantes con un TCA y un trastorno psiquiátrico distinto al TLP, así como personas fuera del rango de edad (18 a 30 años).

### 3.1 VALIDACIÓN CEBRACS

#### 3.1.1 ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO CEBRACS

Los datos descriptivos de la población estudiada la prueba indica que no existe diferencias significativas entre la edad y el valor total del CEBRACS en función del sexo (tabla 1). Los resultados del AFE indican una composición sólida de los factores evaluados, indicando más de tres observaciones por cada factor y todas superiores a 0.3 de carga factorial (tabla 2). En tanto a la varianza presentada por los factores dan una suma total de 55.07 varianza explicada total (tabla 3).

Los criterios de comprobación de supuestos para ser sometido a un AFC son adecuados KMO y prueba de esfericidad de Bartlett ( $p < 0.001$ ) (tabla 4). La fiabilidad presenta valores aceptables ( $>0.80$ ) en las pruebas de coeficientes de Cronbach y McDonald (tabla 5).

**Tabla 1.**

*Datos descriptivos de la muestra*

ANOVA de Un Factor (Welch)

	<b>F</b>	<b>gl1</b>	<b>gl2</b>	<b>p</b>
Edad	2.887	3	3.78	0.173
CEBRACS_TOTAL	0.274	3	3.77	0.842

Descriptivas de Grupo

	<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>EE</b>
Edad	Hombre	213	20.3	1.92	0.1312
	Mujer	301	19.8	1.70	0.0979
	Prefiero no decirlo	2	22.5	3.54	2.5000
	Otro	4	21.3	1.26	0.6292
CEBRACS_TOTAL	Hombre	213	21.7	6.58	0.4506
	Mujer	301	22.1	6.55	0.3777
	Prefiero no decirlo	2	23.0	8.49	6.0000
	Otro	4	19.3	6.85	3.4248

**Tabla 2.***Análisis factorial exploratorio CEBRACS*

## Cargas de los Factores

	Factor						Unicidad
	1	2	3	4	5	6	
CEBRACS1		0.611					0.40949
CEBRACS2					0.789		0.36022
CEBRACS3		0.844					0.26597
CEBRACS4		0.366	0.471				0.61992
CEBRACS5				1.010			-0.00698
CEBRACS6		0.768					0.35186
CEBRACS7	0.372	0.400					0.39864
CEBRACS8						0.449	0.66993
CEBRACS9	0.816						0.33509
CEBRACS10			0.467				0.57553
CEBRACS11			0.366				0.70337
CEBRACS12	0.770						0.32291
CEBRACS13				0.535			0.59688
CEBRACS14	0.825						0.24928
CEBRACS15						0.616	0.59695
CEBRACS16			0.691				0.34737
CEBRACS17				0.500			0.53474
CEBRACS18					0.657		0.44438
CEBRACS19	0.337					0.319	0.63477
CEBRACS20			0.749				0.42537
CEBRACS21			0.393			0.308	0.59752

Nota. El método de extracción ‘Residuo mínimo’ se usó en combinación con una rotación ‘oblimin’

**Tabla 3.***Varianza explicada de Factores*

## Resumen

<b>Factor</b>	<b>SC Cargas</b>	<b>% de la Varianza</b>	<b>% Acumulado</b>
1	2.65	12.61	12.6
2	2.30	10.94	23.6
3	2.15	10.23	33.8
4	1.75	8.35	42.1
5	1.49	7.11	49.3
6	1.22	5.83	55.1

**Tabla 4.***Comprobación de supuestos KMO y Prueba de Bartlett*

## Prueba de Esfericidad de Bartlett

$\chi^2$	gl	p
4775	210	< .001

## Medida de Idoneidad del Muestreo KMO

	<b>MSA</b>
Global	0.808
CEBRACS1	0.878
CEBRACS2	0.682
CEBRACS3	0.837
CEBRACS4	0.809
CEBRACS5	0.592
CEBRACS6	0.873
CEBRACS7	0.898
CEBRACS8	0.874

Medida de Idoneidad del Muestreo KMO

	<b>MSA</b>
CEBRACS9	0.888
CEBRACS10	0.832
CEBRACS11	0.896
CEBRACS12	0.887
CEBRACS13	0.667
CEBRACS14	0.853
CEBRACS15	0.859
CEBRACS16	0.796
CEBRACS17	0.591
CEBRACS18	0.731
CEBRACS19	0.899
CEBRACS20	0.840
CEBRACS21	0.689

**Tabla 5.**

*Análisis de Fiabilidad*

Estadísticas de Fiabilidad de Escala

	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b><math>\omega</math> de McDonald</b>
Escala	0.852	0.871

### 3.1.2 ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO CEBRACS

Los datos descriptivos de la población estudiada la prueba indica que no existe diferencias significativas entre la edad y el valor total del CEBRACS en función del sexo (tabla 6). La fiabilidad presenta valores aceptables ( $>0.80$ ) en las pruebas de coeficientes de Cronbach y McDonald (tabla 7). Los resultados del AFC indican una composición sólida de los factores evaluados, indicando más de valores sólidos entre sus estimadores  $p < 0.001$  (tabla 8). Las covarianzas entre sus factores presentan valores adecuados y significativos ( $p < 0.001$ ) (tabla 9). Los indicadores de ajuste del modelo presentan valores aceptables la prueba de Ajuste Exacto, CFI, TLI, RMSEA indicados en la tabla 10 y 11.

**Tabla 6.**

*Datos descriptivos de la muestra*

ANOVA de Un Factor (Welch)

	<b>F</b>	<b>gl1</b>	<b>gl2</b>	<b>p</b>
Edad	2.887	3	3.78	0.173
CEBRACS_TOTAL	0.274	3	3.77	0.842

Descriptivas de Grupo

	<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>EE</b>
Edad	Hombre	213	20.3	1.92	0.1312
	Mujer	301	19.8	1.70	0.0979
	Prefiero no decirlo	2	22.5	3.54	2.5000
	Otro	4	21.3	1.26	0.6292
CEBRACS_TOTAL	Hombre	213	21.7	6.58	0.4506
	Mujer	301	22.1	6.55	0.3777
	Prefiero no decirlo	2	23.0	8.49	6.0000

Descriptivas de Grupo

	<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>EE</b>
	Otro	4	19.3	6.85	3.4248

**Tabla 7.**

*Análisis de Fiabilidad*

Estadísticas de Fiabilidad de Escala

	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b><math>\omega</math> de McDonald</b>
Escala	0.852	0.871

**Tabla 8.***Análisis Factorial Confirmatorio*

## Cargas de los Factores

<b>Factor</b>	<b>Indicador</b>	<b>Estimador</b>	<b>EE</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>	
Factor 1	CEBRACS6	0.517	0.0273	18.93	< .001	
	CEBRACS3	0.671	0.0303	22.17	< .001	
	CEBRACS1	0.641	0.0324	19.81	< .001	
Factor 2	CEBRACS12	0.559	0.0248	22.56	< .001	
	CEBRACS14	0.557	0.0238	23.42	< .001	
	CEBRACS9	0.503	0.0246	20.49	< .001	
Factor 3	CEBRACS2	0.514	0.0541	9.51	< .001	
	CEBRACS18	0.652	0.0516	12.62	< .001	
			0.449	0.0389	11.55	< .001
	CEBRACS11					
	CEBRACS10	0.456	0.0303	15.07	< .001	
	CEBRACS20	0.393	0.0258	15.23	< .001	
	CEBRACS16	0.687	0.0344	19.98	< .001	

**Tabla 8.1***Nombre de factores y descripción de ítems*

<b>Factor 1</b>	<b>Efectos del alcohol. Restricción alimentaria previa al consumo.</b>
CEBRACS 6	En los últimos tres meses he omitido una o más comidas antes de tomar para sentir los efectos del alcohol más rápido
CEBRACS 3	He comido menos de lo usual durante una o más comidas antes de tomar para sentir los efectos del alcohol más rápido
CEBRACS 1	He comido menos de lo usual durante una o más comidas antes de tomar para ponerme más borracho.
<b>Factor 2</b>	<b>Efectos del alcohol. Restricción alimentaria durante el consumo.</b>
CEBRACS 14	No he comido nada mientras tomaba porque quería ponerme más borracho
CEBRACS 12	He comido menos de lo usual porque quería ponerme más borracho
CEBRACS 9	No he comido nada nada mientras tomaba porque quería sentir los efectos de alcohol más rápido
<b>Factor 3</b>	<b>Restricción calórica y ejercicio físico.</b>
CEBRACS 2	He hecho ejercicio antes de tomar para compensar las calorías del alcohol que planeo consumir
CEBRACS 18	Me he ejercitado para compensar las calorías del alcohol que consumí previamente mientras estaba bajo los efectos del alcohol
CEBRACS 11	He tomado cerveza o bebidas bajas en calorías para consumir menos cantidad de calorías a través del alcohol
CEBRACS 10	He comido alimentos bajos en calorías o bajos en grasas mientras tomaba para compensar las calorías del alcohol que consumía
CEBRACS 20	He comido menos en una o más comidas para compensar las calorías del alcohol que consumí previamente mientras estaba bajo los efectos del alcohol
CEBRACS 16	He comido alimentos bajos en calorías o bajos en grasa en una o más comidas para compensar las calorías del alcohol que consumí previamente mientras estaba bajo los efectos del alcohol

**Tabla 9.***Estimadores de los Factores*

Covarianzas de los Factores

	<b>Estimador</b>	<b>EE</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Factor 1	Factor 1	1.000		<sup>a</sup>

Covarianzas de los Factores

		<b>Estimador</b>	<b>EE</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
	Factor 2	0.633	0.0345	18.32	< .001
	Factor 3	0.249	0.0501	4.98	< .001
Factor 2	Factor 2	1.000 <sup>a</sup>			
	Factor 3	0.281	0.0484	5.81	< .001
Factor 3	Factor 3	1.000 <sup>a</sup>			

<sup>a</sup> parámetro fijo

**Tabla 10.**

*Ajuste del Modelo*

Prueba Para un Ajuste Exacto

$\chi^2$	gl	p
326	51	< .001

**Tabla 11.**

Medidas de Ajuste

<b>CFI</b>	<b>TLI</b>	<b>SRMR</b>	<b>RMSEA</b>	<b>IC 90% del RMSEA</b>	
				<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
0.91	0.90	0.0611	0.052	0.0913	0.112

### 3.2 IMAGEN CORPORAL Y RIESGO DE ALCOHOREXIA POR SEXO Y GRUPO (TLP VS CONTROL)

Para la segunda fase de la investigación se trabajó con una muestra no probabilística de N=426 personas de casos y controles, para el primer caso la n1=72 participantes con TLP y n2=354 estudiantes, ambos grupos en un rango de edad de 18 a 30 años. La media de edad para el primer grupo fue de M=24.8 (D.E.=3.4) y para los estudiantes fue de M=19.9 (D.E.=1.8). La muestra de estudiantes estuvo conformada por diferentes carreras que incluyeron áreas de la salud como medicina, psicología, nutrición y deportes; ciencias exactas como química, docencia en matemáticas e ingeniería, ciencias administrativas y sociales como derecho, informática, gastronomía, negocios internacionales, idiomas, contaduría y administración; además de carreras más humanísticas como artes y pedagogía. La muestra total se subdividió a su vez en una muestra de hombres (144) y mujeres (281) (Tabla 12).

**Tabla 12.**

**Distribución porcentual de las principales variables de estudio por grupo de comparación (TLP / sin TLP). Valores de  $X^2$  y probabilidad de error asociada**

VARIABLE	TLP	Grupo de comparación	Total	$X^2$ , p
Sexo	16.9% (72)	83.1% (354)	100% (426)	

	Hombres	6.9% (5)	39.2% (139)	33% (144)	
	Mujeres	93% (67)	60.4% (214)	66.7% (281)	
Consumo de alcohol	si	76.4% (55)	66.1 (234)	67.8% (289)	$X^2(1) = 2.902$ $p=.088$
	no	23.6% (17)	33.9% (120)	32.2% (137)	
Riesgo de alcoholorexia	riesgo	59.9% (41)	43.2% (153)	45.5% (194)	$X^2(1) = 4.544$ $p=.033$
	Sin riesgo	43.1% (31)	56.9% (201)	54.5% (232)	
		Hombres 144	Mujeres 281	425	
Consumo de alcohol	Sí	70.1% (101)	66.5% (187)	32.2% (137)	$X^2(1) = .562$ $p=.453$
	No	29.9% (43)	33.5% (94)	67.8% (288)	
Riesgo de alcoholorexia	Riesgo	75 (52.1%)	118 (42%)	45.4% (193)	$X^2(1) = 3.911$ $p=.048$
	Sin Riesgo.	47.9% (69)	58.0% (163)	54.6% (232)	

Con referencia a la descripción de las variables de estudio se encontró, para la muestra total, que el 67.8% reportó consumo de alcohol, y el 32.2% restante no consumirlo. La comparación por grupo (TLP= 76% vs control= 66%) resultó no estadísticamente significativa ( $X^2(1)=2.902$ ,  $p=.088$ ). En relación con el riesgo de alcoholorexia (resultados de CEBRACS), se encontró diferencias estadísticamente significativas ( $X^2(1)= 4.544$ ,  $p=.033$ ). por grupo (TLP=60% vs. Control: 43%), el

valor de Odd Ratio (1.099, IC: 1.005 – 1.200) indica que las personas con TLP tienen 1.1 veces más riesgo de alcoholoxia. Por sexo las diferencias fueron estadísticamente significativas ( $X^2(1) = 3.911$ ,  $p = 0.048$ ). para el riesgo de alcoholoxia (hombres= 47.9% y mujeres=58%) (Tabla 12).

### ***Satisfacción/ insatisfacción***

En referencia a la insatisfacción con la imagen corporal se encontraron diferencias estadísticamente significativas por grupo ( $F(1, 416) = 5.295$ ,  $p = 0.022$ ) y sexo  $F(1, 416) = 4.599$ ,  $p = 0.033$ ). no así en la interacción de dichas variables  $F(1, 416) = 1.953$ ,  $p = 0.163$ ) (Tabla 14). Las medias incluidas en la “Figura 1” muestran mayor grado de insatisfacción en los participantes con TLP ( $M = 2.06$ ,  $D.E. = 1.96$ ) en comparación con las personas del grupo control ( $M = .63$ ,  $D.E. = 1.42$ ), por sexo las mujeres ( $M = 1.08$ ,  $D.E. = 1.64$ ) de ambos grupos manifiestan mayor grado de insatisfacción en comparación con los hombres ( $M = .47$ ,  $D.E. = 1.72$ ), siendo más evidente en el grupo femenino con TLP ( $M = 2.15$ ,  $D.E. = 1.85$ ). En cuestión de porcentajes, los valores más bajos, tanto por grupo (17%) como por sexo (16 %), están ubicados en la satisfacción corporal; llama la atención y tal como puede verse en la “Tabla 13”, los porcentajes más altos están ubicados en los diferentes grados de insatisfacción por el deseo de ser más delgado(a) siendo más evidente en los grupos de TLP y mujeres en comparación con el grupo de estudiantes y hombres, esta comparación resultó estadísticamente significativa de acuerdo con los valores asociados a Chi cuadrada [para grupo  $X^2(10) = 92.681$ ,  $p = 0.000$ ; para sexo  $X^2(11) = 23.719$ ,  $p = 0.014$ ]

**Tabla 13.***Distribución porcentual de la variable satisfacción / insatisfacción por grupo y sexo*

	Grado	Grupo			Sexo		
		TLP	Control	Total	Hombre	Mujer	Total
Grados de Insatisfacción por el deseo de ser más grueso (a)	-3	3	7	10	7	3	10
		4.2%	2.0%	2.4%	4.7%	1.0%	2.2%
	-2	3	21	24	11	14	25
		4.2%	6.1%	5.8%	7.4%	4.7%	5.6%
	-1	2	51	53	25	31	56
		2.8%	14.8%	12.7%	16.8%	10.3%	12.4%
Satisfacción	0	2	68	70	29	45	74
		2.8%	19.7%	16.8%	19.5%	15.0%	16.4%
Grados de insatisfacción por el deseo de ser más delgado (a)	1	10	102	112	30	91	121
		13.9%	29.6%	26.9%	20.1%	30.2%	26.9%
	2	21	74	95	34	69	103
		29.2%	21.4%	22.8%	22.8%	22.9%	22.9%
	3	19	12	31	8	26	34
		26.4%	3.5%	7.4%	5.4%	8.6%	7.6%
	4	7	7	14	3	14	17
		9.7%	2.0%	3.4%	2.0%	4.7%	3.8%
	5	2	1	3	1	3	4
		2.8%	0.3%	0.7%	0.7%	1.0%	0.9%
	6	3	1	4	0	4	4
		4.2%	0.3%	1.0%	0.0%	1.3%	0.9%
	7				0	1	1
					0.0%	0.3%	0.2%

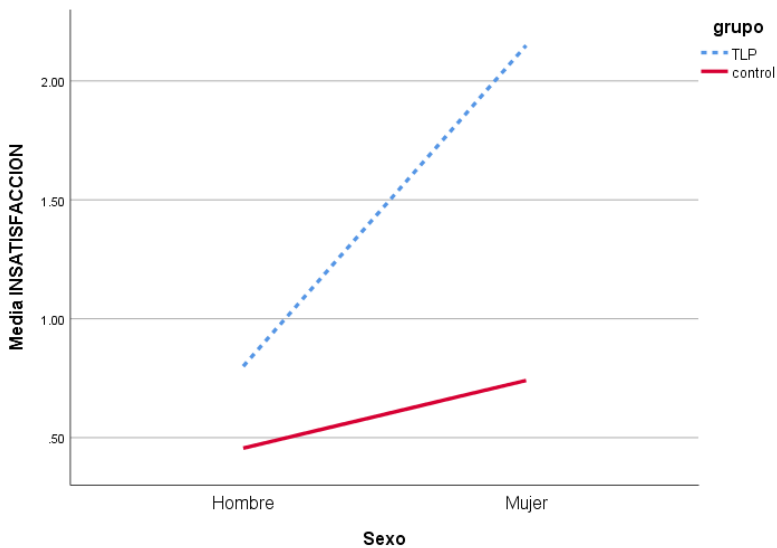
---

8	0	1	1	1	0	1
	0.0%	0.3%	0.2%	0.7%	0.0%	0.2%
Total	72	345	417	149	301	450
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

---

**Figura 1.**

*Insatisfacción corporal por sexo y grupo*



**Tabla 14.**

*Anova factorial. Insatisfacción corporal por grupo y sexo*

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	136.476 <sup>a</sup>	3	45.492	17.799	.000
Intersección Grupo	75.678	1	75.678	29.609	.000
Sexo	13.532	1	13.532	5.295	.022
Grupo*	11.754	1	11.754	4.599	.033
Sexo	4.992	1	4.992	1.953	.163
Error	1053.024	412	2.556		
Total	1508.000	416			
Total corregido	1189.500	415			

a. R al cuadrado = .115 (R al cuadrado ajustada = .108)

*Alteración de la imagen corporal*

Los resultados del Anova Factorial indicaron diferencias estadísticamente significativas en la variable alteración de la imagen corporal por sexo ( $F(1, 420)=7.537, p=.006$ ) y grupo ( $F(1, 420)=12.005, p=.001$ ) (Tabla 15). Las medias por grupo indican mayor nivel de alteración en el grupo con TLP (Figura 2), por sobrestimación corporal ( $M=.5833, D.E.=.97$ ); mientras que el grupo de comparación presenta menor alteración en forma de subestimación ( $M=-.49, D.E.=1.14$ ). Por sexo los hombres presentan mayor grado de alteración, subestimación corporal ( $M=-.91, D.E.=1.04$ , subestimando casi una silueta corporal); llama la atención que la media de las mujeres ( $M=.01, D.E.=1.13$ ) está muy cercana a la no alteración; no obstante y a pesar que no se presentó una interacción estadísticamente significativa (sexo \* grupo), las mujeres del grupo TLP alteran en mayor medida su imagen corporal, sobrestiman sus cuerpos ( $M=.63, D.E.=.98$ ) en comparación con las mujeres sin TLP ( $M=-.18, D.E.=1.10$ ). El análisis de la distribución porcentual a través de Chi cuadrada indica diferencias estadísticamente significativas por grupo [ $X^2(8)=58.797, p=.000$ ], el cual muestra valores muy similares de no alteración en ambos grupos, las diferencias más evidentes se encuentran en la subestimación, principalmente como característica del grupo control (40% en el grado 1 de subestimación); entre los participantes con TLP, el más alto porcentaje 39% fue identificado con el grado 1 de sobrestimación corporal (Tabla 15). Por sexo la comparación porcentual también resultó estadísticamente significativa [ $X^2(8)=58.797, p=.000$ ] donde los hombres manifiestan mayores porcentajes de subestimación (45% en el grado 1); mientras que las mujeres mayores cifras de no alteración (32%) y sobrestimación (26% en el grado 1). Llama la atención la presencia de mayores grados de subestimación corporal en todos los grupos comparados.



**Tabla 16.**

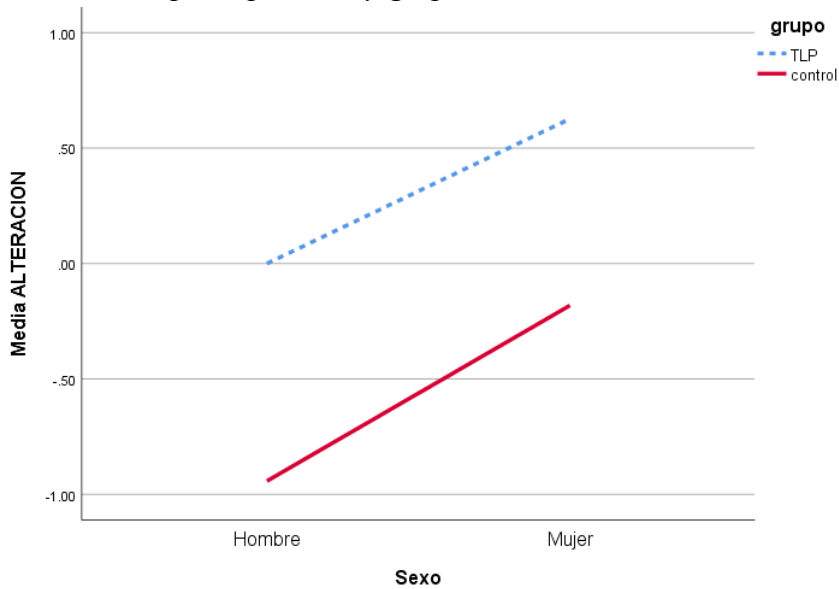
*Anova Factorial. Alteración de la imagen corporal por grupo y sexo*

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	118.295 <sup>a</sup>	3	39.432	35.028	.000
Intersección GRUPO	1.090	1	1.090	.969	.326
Sexo	13.514	1	13.514	12.005	.001
GRUPO *	8.484	1	8.484	7.537	.006
Sexo	.079	1	.079	.070	.791
Error	468.302	416	1.126		
Total	625.000	420			
Total corregido	586.598	419			

a. R al cuadrado = .202 (R al cuadrado ajustada = .196)

**Figura 2.**

*Alteración corporal por sexo y grupo*



**RIESGO DE ALCOHOREXIA POR SEXO Y GRUPO**

Las medias del riesgo de alcoholorexia resultaron estadísticamente significativas por grupo ( $F(1, 425)=34.345, p=.000$ ) (Tabla 17), no así por sexo ni por la interacción de dichas variables. Las medias muestran mayor riesgo de alcoholorexia en el grupo de TLP ( $M=31.20, D.E.=15.72$ ); especialmente en el grupo de mujeres ( $M=31.66, D.E.=16.19$ ), tal y como puede verse en la Figura 3, la media del grupo control fue igual a 24.47 ( $D.E.=6.37$ )

**Tabla 17.**

*Pruebas de efectos inter-sujetos*

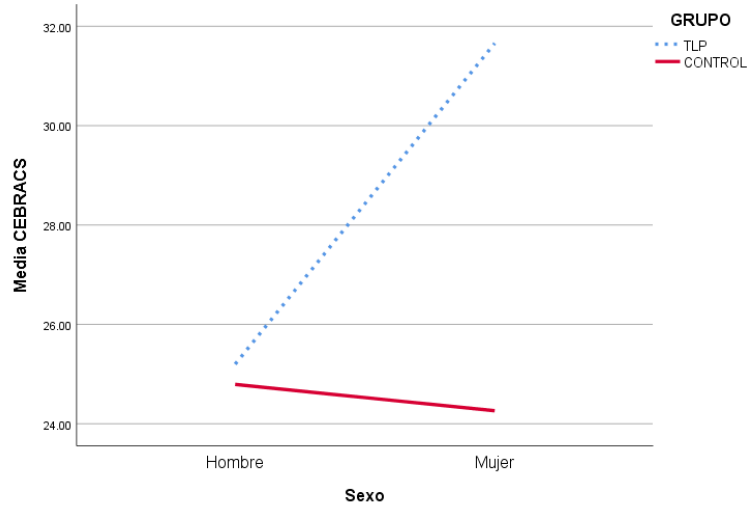
Variable dependiente: Riesgo de alcoholorexia

<b>Origen</b>	<b>Tipo I de suma de cuadrados</b>	<b>gl</b>	<b>Media cuadrática</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
Modelo corregido	2932.741 <sup>a</sup>	3	977.580	13.034	.000
Intersección	278784.059	1	278784.059	3716.980	.000
Sexo	141.560	1	141.560	1.887	.170
Grupo	2575.963	1	2575.963	34.345	.000
Sexo * grupo	215.218	1	215.218	2.869	.091
Error	31576.200	42	75.003		
Total	313293.000	42			
Total corregido	34508.941	42			

a. R al cuadrado = .085 (R al cuadrado ajustada = .078)

**Figura 3.**

*Riesgo de alcoholorexia por sexo y grupo*



## Relación entre imagen corporal y CEBRACS

Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas, controlando las variables sexo y grupo, entre insatisfacción y: alteración de la imagen ( $r=.573$ ,  $p=.000$ ) y riesgo de alcoholoxia ( $r=.206$ ,  $p=.000$ ), en ambos casos se presentaron correlaciones con signo positivo, si aumenta la insatisfacción, también lo hacen la alteración y el puntaje en la escala CEBRACS y viceversa (Tabla 18).

**Tabla 18**

*Correlación insatisfacción, alteración y CEBRACS*

		INSATISFACCIO N	ALTERACIO N	CEBRACS_ TOTAL
Insatisfacción	Correlación de Pearson	1	.573**	.206**
	Sig. (bilateral)		.000	.000
	N	451	448	451
Alteración	Correlación de Pearson	.573**	1	.078
	Sig. (bilateral)	.000		.099
	N	448	452	452
CEBRACS Total	Correlación de Pearson	.206**	.078	1
	Sig. (bilateral)	.000	.099	
	N	451	452	460

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como se mencionó en la introducción, la investigación y el tratamiento del TLP es difícil de abordar y tratar en un espacio clínico. Esta dificultad reside en los multi síntomas del trastorno (APA, 2013) y su comorbilidad con otros desórdenes psiquiátricos como ansiedad, depresión, TCA, trastornos por uso de sustancias, de la identidad y de la autopercepción.

El primer objetivo específico de la presente investigación fue proponer una versión mexicana de la escala CEBRACS (Compensatory Eating and Behaviors in Response to Alcohol Consumption Scale) así como obtener sus evidencias de validez y confiabilidad, en este sentido se obtuvo una primera versión de seis factores en el análisis factorial exploratorio que explican el 55% de la varianza, con valores de confiabilidad superiores a 0.80. Los hallazgos del análisis factorial confirmatorio; sin embargo, arrojan una solución de tres factores con adecuados valores de bondad de ajuste: 1) Efectos del alcohol. Restricción alimentaria previa al consumo; 2) Efectos del alcohol; Restricción alimentaria durante el consumo y 3) Restricción calórica y ejercicio. Esta solución es similar a los factores propuestos en la versión original (Rahal, 2012) y en las versiones italiana (Pinna, 2015) y francesa (Ritz, 2023) quienes identifican cada una de ellas factores de efectos del alcohol, restricción alimentaria y ejercicio físico. La versión mexicana, a diferencia de las versiones anteriores, presenta una solución de sólo tres factores que explican 14% menos de la varianza que las otras (69%) quienes reportan más factores; la versión original, 1: efectos del alcohol, 2: bulimia, 3: restricción alimentaria y ejercicio, 4: restricción extrema; versión italiana cinco factores, 1: efectos del alcohol, 2: uso de laxantes, 3: ingesta de comida baja en calorías y ejercicio físico, 4: diuréticos y 5: restricción; versión francesa cuatro factores, 1: efectos del alcohol, 2: restricción alimentaria y ejercicio, 3: purgas y vómito y 4: ayuno extremo. En este sentido, la versión mexicana, propuesta en esta investigación, parece ser una versión más

parsimoniosa que las versiones de otros países, ya que se propone un instrumento de 12 ítems, agrupados en tres factores con adecuados valores de validez y confiabilidad. Se pueden observar ciertas similitudes con las versiones publicadas previamente como los factores del efecto del alcohol, restricción alimentaria y ejercicio; y algunas diferencias como las omisiones de otras conductas compensatorias, uso de laxantes y vómitos (sí presentes en las versiones internacionales de la escala). Estas diferencias pueden deberse a características culturales propias de las y los participantes mexicanos pertenecientes a un contexto latinoamericano distinto a culturas anglosajonas (estadounidense, versión original de la escala; italiana y francesa adaptaciones europeas de CEBRACS). Es importante señalar que esta versión mexicana es la primera adaptación latinoamericana de esta escala.

Ahora bien, en función de los objetivos de la segunda fase de la investigación, específicamente con el consumo de alcohol, la comparación por sexo y grupo no indicó diferencias estadísticamente significativas; sin embargo, se encontró una mayor tendencia (10% de diferencia) en los participantes con TLP a consumir alcohol en comparación con los del grupo control; en este mismo sentido, se encontraron diferencias estadísticamente significativas tanto en los porcentajes de participantes que presentan riesgo de alcoholoxia (sin/con riesgo) como en los valores sumados de la escala para medirlo; identificando mayor riesgo de alcoholoxia en el grupo de personas con TLP; un análisis más fino de estas variables indicó que de este grupo, las mujeres presentaron mayor riesgo de alcoholoxia que los hombres. Estos resultados son congruentes con la descripción presente en el DSM-V sobre las características de comportamientos impulsivos en el TLP, tales como el consumo de alcohol (APA, 2013).

Como se mencionó se identificaron cifras superiores de riesgo de alcoholoxia (60%) en la muestra TLP, sin embargo, el grupo de comparación presenta un 43% del mismo riesgo; estas cifras son

relevantes si se toma en cuenta que la escala que se utilizó y validó, CEBRACS, mide la presencia de restricción alimentaria tanto para el control de peso como para incrementar los efectos del alcohol. En este sentido, el punto de corte para identificar riesgo en esta variable ( $>21$  en la escala sumada, según Rahal et al; 2012) es propuesto para muestras de universitarios estadounidenses con una edad promedio de 21.5 años, lo que hace relevante para futuras investigaciones el establecimiento de puntos de corte para la cultura latinoamericana, en especial para México.

En relación con la imagen corporal, los resultados indicaron mayor insatisfacción y alteración en personas con TLP, en congruencia tanto con los criterios diagnósticos del DSM-V (2013) que describe problemas de autoimagen en dicho trastorno como con los resultados de una revisión sistemática realizada por Wayda-Zalewska, Kostecka y Kucharska (2021), donde encontraron que si bien hay poca investigación de la imagen corporal en personas con TLP, éstas manifiestan mayores conflictos, insatisfacción y alteración, en comparación con personas sin el trastorno. Al manifestar mayor conflicto en la imagen corporal, las personas con TLP, presentan mayor riesgo de TCA entre ellos el riesgo de alcoholorexia tal y como en los resultados de la presente investigación donde se encontró asociación significativa entre insatisfacción corporal y riesgo de alcoholorexia.

### *Limitaciones*

La principal limitación de la investigación fue la diferencia en el formato de aplicación en las personas con TLP y sin TLP, las primeras fueron encuestadas vía online, mientras que las segundas se encuestaron de manera presencial. Otra limitante fue el carácter no probabilístico de la muestra, lo que impide la generalización de los hallazgos a la población.

### **Conclusiones**

Los hallazgos de la presente investigación permiten elaborar las siguientes conclusiones, resaltando la imposibilidad de generalizarse a la población debido al carácter no probabilístico de la muestra:

- Se obtuvo una versión para México corta y sencilla de Compensatory Eating and Behaviors in Response to Alcohol Consumption Scale con 12 ítems con adecuadas evidencias de validez y confiabilidad.
- No existen diferencias relevantes en los promedios del riesgo de alcoholorexia por sexo.
- La probabilidad de presentar riesgo de alcoholorexia es 1.1 veces mayor en personas con TLP que aquellas que no lo presentan.
- Los conflictos en la imagen corporal son mayores en las personas con TLP, manifestando mayor insatisfacción y alteración de la imagen corporal.
- Las mujeres presentan mayor insatisfacción con la imagen corporal que los hombres.
- Las mujeres con TLP tienen mayor riesgo de TCA, como alcoholorexia, ya que manifiestan mayor sobreestimación de su cuerpo y el deseo de ser más delgadas.
- Por sexo, las mujeres tienden a sobreestimar sus cuerpos, mientras que los hombres a subestimarlos.

## Rerefencias

- Arrayás Grajera, M. J., Tornero Quiñones, I., & Díaz Bento, M. S. (2017). Percepción de la imagen corporal de los adolescentes de Huelva atendiendo al género y a la edad (Body image perception by gender and age in adolescents of Huelva). *Retos*, 2041(34), 40–43. <https://doi.org/10.47197/retos.v0i34.51887>
- Banuet Farell, S. (2017). *Adaptación y Validación Mexicana del instrumento de tamizaje de McLean para el Trastorno Límite de la Personalidad*.
- Barry, A. E., & Ms, A. K. P. (2012). *Drunkorexia: Understanding the Co-occurrence*. May 2013, 37–41.
- Carpena, B. (2017). *Estudio del trastorno límite de la personalidad*.
- Choquette, E. M. (2017). *A Psychometric Evaluation of the Compensatory Eating and Behaviors in Response to Alcohol Consumption Scale (CEBRACS)*. October. <http://scholarcommons.usf.edu/etd/7007>
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). Interpretation and Application of Factor Analytic Results. In A. L. Comrey, & H. B. Lee (Eds.), *A First Course in Factor Analysis* (p. 2). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cuervo, C., Cachón, J., Zagalaz, M. L., & González González de Mesa, C. (2018). Cómo me veo: estudio diacrónico de la imagen corporal. Instrumentos de evaluación / How I see myself: diacronic study of my body image. Evaluation instruments. *Magister*, 29(1), 31. <https://doi.org/10.17811/msg.29.1.2017.31-40>
- Denegrí, L. (2018). Características psicosociales en personas con Trastorno Límite de la

Diehl, B. J. (2017). Compensatory Eating Behaviors, Alcohol Consumption and Opioid Use in a Clinical Sample. *International Journal of Social Science Studies*, 5(5), 87. <https://doi.org/10.11114/ijsss.v5i5.2376>

Duno, M., & Acosta, E. (2019). Percepción de la imagen corporal en adolescentes universitarios. *Revista Chilena de Nutrición*, 46(5), 545–553. <https://doi.org/10.4067/s0717-75182019000500545>

Echeverría, L., Ruiz Torres, G. M., Salazar Garza, M., Tiburcio Sainz, M. A., & Velázquez Ayala, H. E. (2007). Instrumentos de evaluación del modelo breve para bebedores problema. *Manual de Detección Temprana e Intervención Breve Para Bebedores Problema*, 198.

Eisenberg, M. H., & Fitz, C. C. (2014). “Drunkorexia”: Exploring the who and why of a disturbing trend in college students’ eating and drinking behaviors. *Journal of American College Health*, 62(8), 570–577. <https://doi.org/10.1080/07448481.2014.947991>

Franco Paredes, K., Díaz Reséndiz, F., & Bautista Díaz, M. L. (2019). Estatus de peso, conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal en mujeres adolescentes y jóvenes. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 19(2), 303–312. <https://doi.org/10.30554/archmed.19.2.3283.2019>

García, V. (2018). *Trastorno límite de la personalidad* (Issue 1). Universidad de Valladolid, Facultad de Medicina.

Giner, J., Medina, A., & Giner, L. (2012). *Evaluación y manejo de la conducta suicida*

(Encuentros en psiquiatría).

Griffin, B. L., & Vogt, K. S. (2021). Drunkorexia: is it really “just” a university lifestyle choice?

*Eating and Weight Disorders*, 26(6), 2021–2031. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01051-x>

Guadarrama-Guadarrama, R., Hernández-Navor, J. C., & Veytia-López, M. (2018). “Cómo me percibo y cómo me gustaría ser”: un estudio sobre la imagen corporal de los adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 5(1), 37–43. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.1.5>

Hunt, T. K., & Forbush, K. T. (2016). Is “drunkorexia” an eating disorder, substance use disorder, or both? *Eating Behaviors*, 22, 40–45. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.03.034>

Jimenez-Flores, P., Jimenez-Cruz, A., & Bacardi-Gascon, M. (2017). Insatisfacción con la imagen corporal en niños y adolescentes: Revisión sistemática. *Nutricion Hospitalaria*, 34(2), 479–489. <https://doi.org/10.20960/nh.455>

Kaess, M & Chanen, A. (2020). Trastorno límite de la personalidad en la adolescencia. *Revista de Toxicomanías*, 84, 15–26.

Lupi, M., Martinotti, G., & Di Giannantonio, M. (2017). Drunkorexia: an emerging trend in young adults. *Eating and Weight Disorders*, 22(4), 619–622. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0429-2>

Mattingley, S., Youssef, G. J., Manning, V., Graeme, L., & Hall, K. (2022). Distress tolerance across substance use, eating, and borderline personality disorders: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 300, 492–504. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.126>

- Nelia Soto Ruiz, M., Fernández, B. M., Ontoso, I. A., Guillén-Grima, F., Monzó, I. S., Armayor, N. C., Cantón, J. H. de M., Stock, C., Kraemer, A., & Annan, J. (2015). Análisis de la percepción de la imagen corporal que tienen los estudiantes universitarios de Navarra. *Nutricion Hospitalaria*, *31*(5), 2269–2275. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.7418>
- Nieto, T. E. (2006). Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento. *Intelligo*, *1*(11), 4–20.
- Oldham, J. (2009). Borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, *15*(3), 159. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000351875.43474.a6>
- Olvera-Ruvalcaba, A. J., & Gómez-Peresmitré, G. (2021). Promoción de actitudes compasivas y alimentación con atención plena en estudiantes universitarias con insatisfacción corporal: un estudio preliminar. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, *21*(1), 1–15. <https://doi.org/10.18270/chps.v21i1.3711>
- Pinna, F., Milia, P., Mereu, A., di Santa Sofia, S. L., Puddu, L., Fatteri, F., Ghiani, A., Lai, A., Sanna, L., & Carpiello, B. (2015). Validation of the Italian version of the Compensatory Eating and Behaviors in Response to Alcohol Consumption Scale (CEBRACS). *Eating Behaviors*, *19*, 120–126. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.08.004>
- Pineda-García, G., Ochoa-Ruiz, E., Gómez-Peresmitré, G., & Platas-Acevedo, S. (2020). Assessment of alcohol consumption and anxiety as predictors of risk of anorexia and bulimia in non-clinical samples. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(17), 1–10. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176293>
- Rahal, C. J., Bryant, J. B., Darkes, J., Menzel, J. E., & Thompson, J. K. (2012). Development and validation of the Compensatory Eating and Behaviors in Response to Alcohol Consumption

Scale (CEBRACS). *Eating Behaviors*, 13(2), 83–87.  
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.11.001>

Ramos Corvillo, L. (2017). *Prevalencia de alcoholorexia y factores asociados en universitarios españoles (Proyecto uniHcos)*. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/25536>

Real Academia Española. (2014a, agosto). Diccionario de la lengua española. Recuperado 17 de agosto de 2022, de <https://dle.rae.es/>

Ritz, L., Mauny, N., Leconte, P., & Margas, N. (2023). French validation of the Compensatory Eating and Behaviors in Response to Alcohol Consumption Scale (CEBRACS) in a university student sample. *Eating and weight disorders : EWD*, 28(1), 95.  
<https://doi.org/10.1007/s40519-023-01622-8>

Rodríguez-Delgado, A., Fresán, A., Miranda, E., Garza-Villarreal, E., Alcalá-Lozano, R., Duque-Alarcón, X., Balducci, T., & Arango de Montis, I. (2019). Comorbid personality disorders and their impact on severe dissociative experiences in Mexican patients with borderline personality disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(8), 509–514.  
<https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1658127>

Rodríguez, C. (2019). *Imagen Corporal y su relación con el nivel de Actividad Física y la Inteligencia Emocional en adolescentes femeninas de diferentes niveles socioeconómicos : estudio de una población argentina* (Issue 303009411). Universidad de Huelva.

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

Simons, R. M., Hansen, J. M., Simons, J. S., Hovrud, L., & Hahn, A. M. (2021). Drunkorexia:

Normative behavior or gateway to alcohol and eating pathology? *Addictive Behaviors*, 112(March 2020), 106577. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106577>

Thompson-Memmer, C., Glassman, T., & Diehr, A. (2019). Drunkorexia: A new term and diagnostic criteria. *Journal of American College Health*, 67(7), 620–626. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1500470>

Valdivieso-Jiménez, G. (2019). Severidad clínica en trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad y su comorbilidad |Clinical severity in bipolar disorder and borderline personality disorder and its comorbidity. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 57(2), 107–117.

Wayda-Zalewska, M., Kostecka, B., & Kucharska, K. (2021). Body Image in Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of the Emerging Empirical Literature. *Journal of clinical medicine*, 10(18), 4264. <https://doi.org/10.3390/jcm10184264>

Zapata, S. Mesa, M. Orrego, D. (2018). *Satisfacción corporal y representaciones sociales sobre cuerpo e imagen corporal en adultos jóvenes del municipio de Yarumal, 2018*. Universidad de Antioquia, Sede Norte.

## **Anexos**

o **Anexo A: Instrumento de Tamizaje de McLean para el Trastorno Límite de la Personalidad**

Marcar la respuesta en sí o no

1. ¿Has tenido problemas por muchas discusiones o rompimientos en tus relaciones más cercanas en repetidas ocasiones?	Sí	No
2. ¿Alguna vez te has lastimado físicamente a propósito? (Por ejemplo: Golpearte tú misma(o) contra algo, cortarte a ti misma(o), quemarte a ti misma(o)) ¿O has intentado matarte?	Sí	No
3. ¿Has tenido por lo menos dos problemas por actuar de manera impulsiva? (Por ejemplo: Gastos en exceso, tomar demasiado alcohol, atracones de comida, explotar verbalmente contra alguien)	Sí	No
4. ¿Te has sentido con cambios de humor excesivos?	Sí	No
5. ¿Frecuentemente te has sentido muy enojada(o) por mucho tiempo? ¿O frecuentemente reaccionas con enojo o sarcasmo?	Sí	No
6. ¿Eres frecuentemente desconfiada(o) con la gente?	Sí	No
7. ¿Frecuentemente te has sentido como si no fueras real o como si las cosas alrededor tuyo no fueran reales?	Sí	No
8. ¿Te has sentido vacía(o) crónicamente?	Sí	No
9. ¿Frecuentemente sientes que no tienes idea de quién eres o como si no tuvieras una identidad propia?	Sí	No
10. ¿Has hecho esfuerzos desesperados para evitar sentirte o para evitar ser abandonada(o)? (Por ejemplo: Llamar o contactar repetidamente a alguien para asegurarte que aún le importas, rogar o suplicar que no te deje, o sujetar físicamente a esa persona para que no se vaya).	Sí	No

o **Anexo B: Compensatory Eating and Behaviors in Response to Alcohol Consumption Scale (CEBRACS)**

Please read each of the following statements very carefully and respond accurately and honestly. All of these statements reflect actual behaviors you may have done in the past 3 months. You will be asked whether you have done any of the behaviors before, during, or after drinking alcohol. Please read carefully because many of the statements are closely related to each other. Drinking refers to drinking any alcoholic beverages such as: beer, wine, wine coolers or spirits, hard liquors or mixed drinks.

**BEFORE drinking**

Instructions: For the following statements think about behaviors you have engaged in BEFORE you anticipated drinking alcohol. That is, think of situations where you knew you would be drinking alcohol in the future (e.g. planed to go to out drinking with friends, attended a wedding or birthday where you planned to drink, or attended any other event or situation where you knew you would be drinking later).

---

Never	Rarely (about 25% of the time)	Sometimes (about 50% of the time)	Often (about 75% of the time)	Almost all the time
1	2	3	4	5

---

\_\_\_1) In the past 3 months, I have eaten less than usual during one or more meals before drinking to get DRUNKER.

\_\_\_2) In the past 3 months, I have exercised before drinking to make up for the calories in alcohol that I anticipated consuming.

\_\_\_3) In the past 3 months, I have eaten less than usual during one or more meals before drinking to feel the effects of alcohol FASTER.

\_\_\_4) In the past 3 months, I have skipped one or more meals before drinking to make up for the number of calories in alcohol that I anticipated consuming.

\_\_\_5) In the past 3 months, I have taken laxatives before drinking to make up for the calories in alcohol that I anticipated consuming.

\_\_\_6) In the past 3 months, I have skipped one or more meals before drinking to feel the effects of alcohol FASTER.

**WHILE under the effects of alcohol**

Instructions: For each of the following statements, think about behaviors you have engaged in WHILE you were drinking or under the effects of alcohol (e.g. while you were drinking during a wedding reception, party, bar, club, football game). This also includes situations where you may have been done drinking, but the effects of alcohol had not completely worn off. As an example, imagine arriving home from a party where you had been drinking and you could still feel the effects of alcohol even though you had stopped drinking earlier in the night.

---

Never	Rarely (about 25% of the time)	Sometimes (about 50% of the time)	Often (about 75% of the time)	Almost all the time
1	2	3	4	5

---

\_\_\_7) In the past 3 months, I have eaten less than usual while I was drinking because I wanted to feel the effects of the alcohol FASTER.

\_\_\_8) In the past 3 months, I have taken diuretics while I was drinking to make up for the calories in alcohol that I was consuming.

\_\_\_9) In the past 3 months, I have not eaten at all while I was drinking because I wanted to feel the effects of the alcohol FASTER.

\_\_\_10) In the past 3 months, I have eaten low-calorie or low-fat foods while I was drinking to make up for the calories in alcohol that I was consuming.

\_\_\_11) In the past 3 months, I drank low-calorie beer or alcoholic drinks to get fewer of the calories that are in alcohol.

\_\_\_12) In the past 3 months, I have eaten less than usual while I was drinking because I wanted to get DRUNKER.

\_\_\_13) In the past 3 months, I have taken laxatives while I was drinking to make up for the calories in alcohol that I was consuming.

\_\_\_14) In the past 3 months, I have not eaten at all while I was drinking because I wanted to get DRUNKER.

**AFTER effects from alcohol have worn off**

Instructions: For each of the following statements, think about behaviors you have engaged in AFTER you had been drinking alcohol and were no longer under the effects of alcohol. This might include your behavior later that same day, the next day, or several days after the effects of alcohol have worn off.

---

Never	Rarely (about 25% of the time)	Sometimes (about 50% of the time)	Often (about 75% of the time)	Almost all the time
1	2	3	4	5

---

\_\_\_15) In the past 3 months, I have taken diuretics to make up for the calories in alcohol that I had consumed previously while I was under the effects of alcohol.

\_\_\_16) In the past 3 months, I have eaten low-calorie or low-fat foods during one or more meals to make up for the calories in alcohol that I had consumed previously while I was under the effects of alcohol.

\_\_\_17) In the past 3 months, I have taken laxatives to make up for the calories in alcohol that I had consumed previously while I was under the effects of alcohol.

\_\_\_18) In the past 3 months, I have exercised to make up for the calories in alcohol that I had consumed previously while I was under the effects of alcohol.

\_\_\_19) In the past 3 months, I have made myself vomit to make up for the calories in alcohol that I had consumed previously while I was under the effects of alcohol.

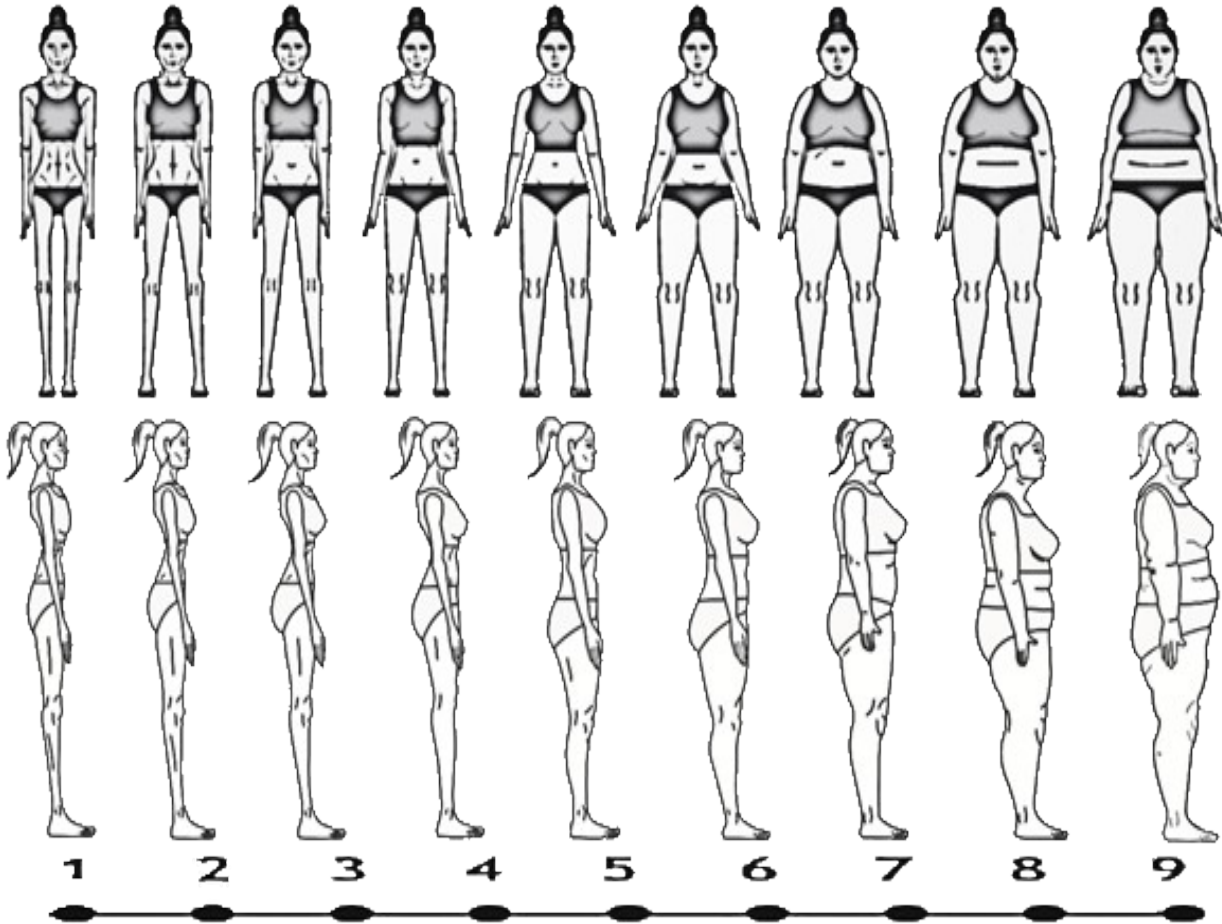
\_\_\_20) In the past 3 months, I have eaten less than usual during one or more meals to make up for the calories in alcohol that I had consumed previously while I was under the effects of alcohol.

\_\_\_21) In the past 3 months, I have skipped an entire day or more of eating to make up for the calories in alcohol that I had consumed previously while I was under the effects of alcohol.

o Anexo C: Escalas de figuras corporales Gómez-Peresmitré para Mujer:

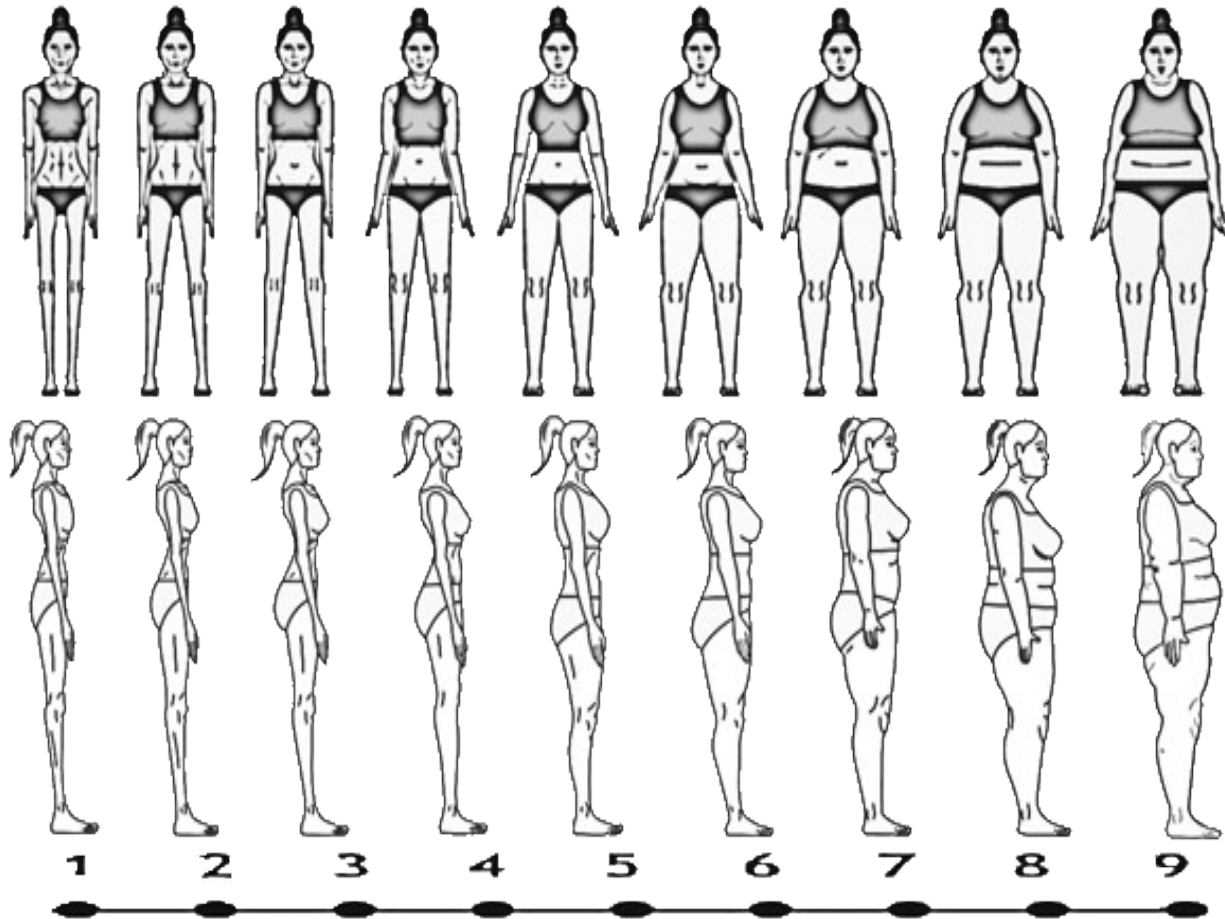
Instrucciones: Observa con cuidado las siguientes siluetas y selecciona aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.

Mi cuerpo se parece más a:



Instrucciones: Observa con cuidado las siguientes siluetas y selecciona aquella que más te gustaría tener (sólo una).

**Me gustaría que mi cuerpo fuera como:**



o **Anexo D: Escalas de figuras corporales Gómez-Peresmitré para Hombre:**

Instrucciones: Observa con cuidado las siguientes figuras o siluetas y selecciona aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.

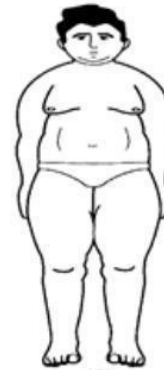
**Mi cuerpo se parece más a:**



**6**



**3**



**9**



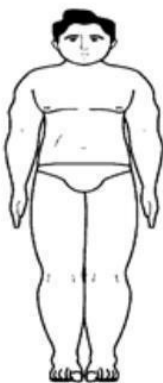
**4**



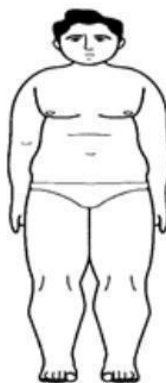
**2**



**5**



**7**



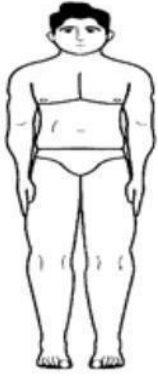
**8**



**1**

Instrucciones: Observa con cuidado las siguientes siluetas y selecciona aquella que más te gustaría tener (sólo una).

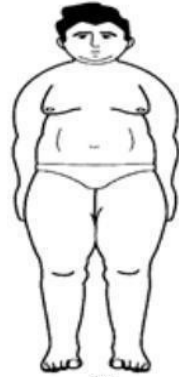
**Me gustaría que mi cuerpo fuera como**



**6**



**3**



**9**



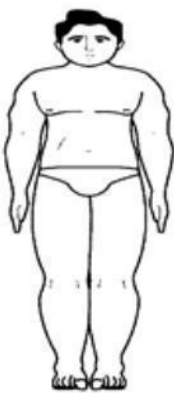
**4**



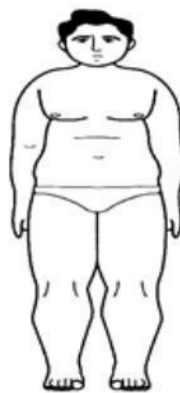
**2**



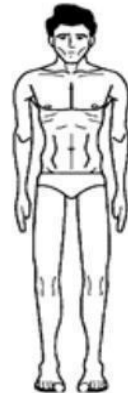
**5**



**7**



**8**



**1**

o **Anexo E: Alteración/ no alteración de la percepción corporal:**

Instrucciones: Completa la siguiente oración:

Creo que estoy:

- a) Muy delgada (1)
- b) Delgada (2)
- c) Ni gorda ni delgada (3)
- d) Gorda (4)
- e) Muy gorda (5)

o **Anexo F: Consentimiento Informado**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**



Universidad Autónoma de Baja California, Campus Tijuana.

Maestría en Psicología de la Salud.

Se le invita a participar en este estudio de investigación, el cual tiene la finalidad de obtener información acerca del Trastorno Limite de la Personalidad y su relación con la comida, las bebidas alcohólicas y la imagen corporal. Para ello, se le estarán realizando una serie de preguntas y cuestionarios acerca de su relación con la comida, con las bebidas alcohólicas y con la forma en la que se ve a usted mismo. Este estudio le tomará alrededor de 25 minutos en contestar y podría sentir un poco de cansancio o tristeza, por lo cual puede tomar un descanso en el momento que lo desee en caso de necesitarlo.

Su decisión de participar es completamente voluntaria, no tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago por su participación. Si decide no participar, no habrá ninguna consecuencia para usted y puede retirarse en el momento que lo desee, sin embargo, su participación podría ayudar a dar más conocimiento acerca del TLP y poder ofrecer un mejor tratamiento.

La información obtenida en este estudio utilizada para su identificación será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactarme.

Investigador Responsable:

Nombre:

Número de contacto:

Correo electrónico:

Seleccione la respuesta deseada:

- Sí acepto y deseo participar
- No acepto.



o **Anexo G: Datos Generales**

Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de que tan sinceras sean tus respuestas.

Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

Fecha:

Edad:

Sexo: a) Hombre \_\_\_ b) Mujeres \_\_\_ c) Prefiero no decirlo \_\_\_ d) Otro

Carrera: \_\_\_\_\_

Semestre: \_\_\_\_\_

Preferencia sexual: a) Heterosexual \_\_\_ b) Homosexual \_\_\_ c) Bisexual \_\_\_ d) Otro \_\_\_

Colonia donde vives: \_\_\_\_\_

¿Has consumido alcohol en los últimos 3 meses? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si tu respuesta es “**No**” Favor de no contestar la siguiente sección (**Sección B**)

## Anexo H: Datos Generales Casos TL

Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de que tan sinceras sean tus respuestas.

Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

Fecha:

Edad:

Sexo: a) Hombre \_\_ b) Mujeres \_\_ c) Prefiero no decirlo \_\_ d) Otro

Preferencia sexual: a) Heterosexual \_\_ b) Homosexual \_\_ c) Bisexual \_\_ d) Otro \_\_\_\_

Ciudad donde vives: \_\_\_\_\_

Talla (cm): \_\_\_\_\_

Peso corporal (kg): \_\_\_\_\_

¿Tienes diagnóstico formal de un especialista con tlp? 1(SI) 2(NO)

¿En caso de que tu respuesta anterior sea “si”, hace cuanto tienes el diagnóstico? \_\_\_\_\_

¿Qué especialista te realizó el diagnóstico? 1(psicólogo) 2(Psiquiatra) 3 (Otro) Especifica

¿Has consumido alcohol en los últimos 3 meses? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si tu respuesta es “No” Favor de no contestar la siguiente sección (**Sección B**)

o **Anexo I: Consentimiento Informado**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**



Universidad Autónoma de Baja California, Campus Tijuana.

Maestría en Psicología de la Salud.

Se le invita a participar en este estudio de investigación, el cual tiene la finalidad de obtener información acerca de su consumo de alcohol, así como las decisiones que toma antes, durante y el consumo de éste. Este cuestionario le tomará alrededor de 25 minutos en contestar. Puede tomar un descanso en el momento que lo desee en caso de necesitarlo.

Su decisión de participar es completamente voluntaria, no tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago por su participación. Si decide no participar, no habrá ninguna consecuencia para usted y puede retirarse en el momento que lo desee, sin embargo, su participación podría ayudar a la investigación.

La información obtenida en este estudio utilizada para su identificación será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactarme.

Investigador Responsable:

Nombre:

Número de contacto:

Correo electrónico:

Seleccione la respuesta deseada:

- Sí acepto y deseo participar
- No acepto.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO



Universidad Autónoma de Baja California, Campus Tijuana.

Maestría en Psicología de la Salud.

Se le invita a participar en este estudio de investigación, el cual tiene la finalidad de obtener información acerca del Trastorno Límite de la Personalidad y su relación con la comida, las bebidas alcohólicas y la imagen corporal. Para ello, se le estarán realizando una serie de preguntas y cuestionarios acerca de su relación con la comida, con las bebidas alcohólicas y con la forma en la que se ve a usted mismo. Este estudio le tomará alrededor de 25 minutos en contestar y podría sentir un poco de cansancio o tristeza, por lo cual puede tomar un descanso en el momento que lo desee en caso de necesitarlo.

Su decisión de participar es completamente voluntaria, no tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago por su participación. Si decide no participar, no habrá ninguna consecuencia para usted y puede retirarse en el momento que lo desee, sin embargo, su participación podría ayudar a dar más conocimiento acerca del TLP y poder ofrecer un mejor tratamiento.

La información obtenida en este estudio utilizada para su identificación será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactarme.

Investigador Responsable:

Nombre:

Número de contacto:

Correo electrónico:

Seleccione la respuesta deseada:

- Sí acepto y deseo participar
- No acepto.

