

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y EDUCACIÓN
INSTITUTO DE LITERATURA Y CIENCIAS DEL LENGUAJE



Traducción comentada de *Chapter 12: Eating disorders*
extraído del libro
Guidelines for Adolescent Nutrition Services

Proyecto de Titulación para optar al Grado Académico de
Licenciado en Lengua Inglesa y al Título
Profesional de Traductora Inglés-Español

Estudiante: Gladys Eliana Cabatori Pinto
Profesora Guía: Marcela Cuadra Silva
2016

Resumen

El presente proyecto consiste en realizar una traducción comentada de un fragmento de *Chapter 12: Eating disorders* y elaborar un comentario crítico del proceso de traducción y de los problemas con sus respectivas soluciones.

En el capítulo 1, para contextualizar el proyecto, se presenta el texto fuente elegido para la traducción, se mencionan las razones de su elección y se da una breve explicación del concepto de encargo de traducción.

En el capítulo 2, se analiza el texto fuente, considerando los factores extratextuales e intratextuales propuestos por Nord (1991, en Hurtado Albir, 2013, pp. 536-537).

En el capítulo 3, se menciona el proceso de traducción, que incluye la lectura del texto fuente, la documentación e investigación, la creación de glosario y las etapas de producción del texto meta: conversión de formato, producción del borrador, revisión y edición.

Finalmente en el capítulo 4, se clasifican los problemas que se presentaron durante la traducción, según lo propuesto por Hurtado Albir (2013, p. 288), en problemas extralingüísticos, lingüísticos, pragmáticos y textuales.

Abstract

The project consists of realizing an annotated translation of Chapter 12: Eating disorders and producing a critical comment of the translation process and the problems, with their solutions.

In Chapter 1, the context of the project is provided. The source text chosen for the translation is presented, the reasons of its choice and a brief explanation of 'translation brief' concept are mentioned.

In Chapter 2, the source text is analyzed, considering extratextual and intratextual factors, proposed by Nord (1991, en Hurtado Albir, 2013, pp. 536-537)

In Chapter 3, translation process is mentioned, which includes reading the source text, documentation and research, glossary making and target text production stages: format conversion, draft production, revising and editing.

Finally, in Chapter 4, according to Hurtado Albir (2013, pp. 288), translation problems are classified in extralinguistic, linguistic, pragmatic and textual problems.

Índice

Listado de anexos	4
Texto fuente	5
Texto meta	14
Introducción.....	25
Capítulo 1: Contexto.....	26
1.1 Texto fuente	26
1.2 Elección del texto fuente	26
1.3 Encargo de traducción	26
Capítulo 2: Análisis de texto fuente	27
2.1 Factores extratextuales.....	27
2.1.1 Emisor	27
2.1.2 Receptor	27
2.1.3 Medio	27
2.1.4 Motivo.....	27
2.1.5 Lugar y tiempo.....	27
2.1.6 Función	27
2.2 Factores intratextuales	27
2.2.1 Tema	27
2.2.2 Contenido.....	28
2.2.3 Presuposiciones.....	28
2.2.4 Estructura textual	28
2.2.5 Elementos no verbales	28
2.2.6 Léxico	29
2.2.7 Sintaxis.....	29
Capítulo 3: Proceso de traducción	31
3.1 Lectura texto fuente	31
3.2 Documentación e investigación	31
3.3 Creación de glosario	32
3.4 Producción de texto meta.....	32

3.4.1 Conversión de formato.....	32
3.4.2 Borrador	32
3.4.3 Revisión	33
3.4.4 Edición	33
Capítulo 4: Problemas de traducción.....	34
4.1 Problemas extralingüísticos	34
4.1.1 Terminología especializada	34
4.1.1.1 Traducción de eating disorders	34
4.1.2 Conversión de cifras	35
4.2 Problemas lingüísticos	35
4.2.1 Influencia del inglés en la ortotipografía	35
4.2.1.1 Mayúsculas y puntuación en las viñetas	36
4.3 Problemas pragmáticos.....	37
4.3.1 Coherencia intratextual	37
4.4 Problemas textuales	38
4.4.1 Paralelismo en las viñetas	38
Conclusión.....	40
Bibliografía.....	41
Anexos.....	43

Listado de anexos

Anexo 1: Encargo de traducción	43
Anexo 2: Sitios online y textos paralelos	44
Anexo 3: Artículos y guías de estilo.....	46
Anexo 4: Glosario.....	47

EATING DISORDERS

Irene Alton

Eating disorders are complex psychiatric syndromes in which cognitive distortions related to food and body weight and disturbed eating patterns can lead to significant and potentially life threatening medical and nutrition complications. The three types of eating disorders are: anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) and eating disorder not otherwise specified (EDNOS).

Anorexia Nervosa

- Anorexia nervosa is characterized by a denial of hunger and intentional restriction of energy and nutrient intake to a level inadequate to maintain health and normal weight (e.g., 600-900 calories/day). (See Table 1.)
- Intensive exercise and/or purging by means of self-induced vomiting, laxative abuse, diuretics, or enemas may also be used to promote weight loss.
- Extreme body dissatisfaction, a delusion of being fat, an obsession with being thinner, and an intense fear of gaining weight persist regardless of the amount of weight lost.

TABLE 1
Diagnostic Criteria for Anorexia Nervosa

Refusal to maintain body weight at or above a minimally normal weight for age and height (e.g., weight loss leading to maintenance of body weight less than 85% of that expected; or failure to make expected weight gain during period of growth, leading to body weight less than 85% of that expected).

Intense fear of gaining weight or becoming fat, even though underweight.

Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or denial of the seriousness of the current low body weight.

In postmenarcheal females, amenorrhea, i.e., the absence of at least three consecutive menstrual cycles. (A woman is considered to have amenorrhea if her periods occur only following hormone, e.g., estrogen, administration.)

Specify type:

Restricting Type: During the current episode of anorexia nervosa, the person has not regularly engaged in binge-eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas).

Binge-Eating/Purging Type: During the current episode of anorexia nervosa, the person has regularly engaged in binge-eating or purging behaviors (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas).

Reprinted with permission from the Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed, Text Revision, Copyright 2000. American Psychiatric Association.

Bulimia Nervosa

- Bulimia nervosa is associated with chaotic eating behaviors. Binge eating is followed by purging, fasting, and/or intensive exercise in an attempt to compensate for the excessive calories ingested. (See Table 2.)
- Although commonly used in an attempt to purge all calories from the body following a binge, purging is ineffective. Approximately 1200 calories are retained after bingeing and vomiting, regardless of the amount eaten. Laxative use results primarily in fluid loss from the large intestine. The loss of ingested calories and nutrients, which are absorbed mainly by the small intestines, is minimal (approximately 10%).
- Binge eating is often triggered by negative mood, psychosocial stress, or severe hunger resulting from restricted eating or excessive exercise that occurs between binges.
- Large quantities of food, frequently high in carbohydrate or sugar, are consumed (approximately 3400-4800 calories per episode). Intake usually occurs rapidly and in secrecy, until extreme fullness. The binge may be planned or unplanned, but is associated with a loss of control over eating.
- Individuals with bulimia nervosa may be overweight, slightly underweight, or of normal weight, and often experience rapid weight fluctuations.
- Depression, anxiety disorders, substance abuse, self-mutilation, and/or extreme body dissatisfaction frequently precede the onset of bulimia nervosa.

TABLE 2
Diagnostic Criteria for Bulimia Nervosa

Recurrent episodes of binge eating. An episode of binge eating is characterized by both of the following:

- eating, in a discrete period of time (e.g., within any 2-hour period), an amount of food that is definitely larger than most people would eat during a similar period of time and under similar circumstances
- a sense of lack of control over eating during the episode (e.g., a feeling that one cannot stop eating or control what or how much one is eating)

Recurrent, inappropriate compensatory behavior in order to prevent weight gain, such as self-induced vomiting; misuse of laxatives, diuretics, enemas, or other medications; fasting; or excessive exercise.

The binge eating and inappropriate compensatory behaviors both occur, on average, at least twice a week for 3 months.

Self-evaluation is unduly influenced by body shape and weight.

The disturbance does not occur exclusively during episodes of anorexia nervosa.

Specify type:

Purging Type: During the current episode of bulimia nervosa, the person has regularly engaged in self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas.

Nonpurging Type: During the current episode of bulimia nervosa, the person has used other inappropriate compensatory behaviors, such as fasting or excessive exercise, but has not regularly engaged in self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas.

Reprinted with permission from the Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed, Text Revision, Copyright 2000. American Psychiatric Association.

Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS)

- Eating disorders which do not meet all of the diagnostic criteria for anorexia nervosa or bulimia nervosa (although still associated with potentially serious health and psychologic risks) are classified as EDNOS (see Table 3).
- Adolescents with eating disorders are frequently diagnosed in the EDNOS category. Included

TABLE 3 Diagnostic Criteria for Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS)
<p>The Eating Disorder Not Otherwise Specified category is for disorders of eating that do not meet the criteria for any specific eating disorder. Examples include:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ For females, all of the criteria for anorexia nervosa are met except the individual has regular menses.▪ All of the criteria for anorexia nervosa are met except that, despite significant weight loss, the individual's current weight is in the normal range.▪ All of the criteria for bulimia nervosa are met except that the binge-eating and inappropriate compensatory mechanisms occur at a frequency of less than twice a week or for a duration of less than 3 months.▪ The regular use of inappropriate compensatory behavior by an individual of normal body weight after eating small amounts of food (e.g., self-induced vomiting after the consumption of two cookies).▪ Repeatedly chewing and spitting out, but not swallowing, large amounts of food.▪ Binge-eating disorder: recurrent episodes of binge-eating in the absence of the regular use of inappropriate compensatory behaviors characteristic of bulimia nervosa. <p>Source: American Psychiatric Association, Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.</p>

are those who have not yet lost 15% of expected weight for height and age, those who purge but do not binge-eat, and those who have been amenorrheic for less than 3 months.

- If untreated, EDNOS cases may progress from subclinical to diagnosable anorexia or bulimia nervosa.
- EDNOS also includes binge eating not associated with purging, restricted eating or intensive exercise (binge eating disorder), as well as the behavior of routinely chewing and discarding, without swallowing, large quantities of food. The research criteria for binge eating disorder are listed in Table 4.

TABLE 4
Research Criteria for Binge Eating Disorder

- Recurrent episodes of binge eating. Binge eating episodes are characterized by both of the following:
 - Eating within a discrete period of time (e.g., within a 2-hour period) an amount of food definitely larger than most people would eat during a similar period of time and under similar circumstances.
 - A sense of lack of control over eating during the episode (e.g., a feeling that the person cannot stop or control what or how much they are eating).
- Binge-eating episodes are associated with 3 or more of the following:
 - Eating much more rapidly than normal
 - Eating until feeling uncomfortably full
 - Eating large amounts of food when not feeling physically hungry
 - Eating alone because of being embarrassed by the amount that one is eating
 - Feeling disgusted with oneself, depressed or very guilty after overeating
- Marked distress regarding binge eating is present
- Binge eating occurs, on average, at least 2 days a week for 6 months
- Binge eating is not associated with regular use of inappropriate compensatory behaviors (e.g., purging, fasting, excessive exercise) and does not occur exclusively during the course of AN or BN

Reprinted with permission, American Psychiatric Association., Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

Eating disorders have become increasingly prevalent in adolescents of all racial, ethnic and socioeconomic groups.

- More than 75% of eating disorder cases begin during adolescence.
- Anorexia nervosa is most likely to occur in early to mid adolescence, and bulimia nervosa during or after late adolescence.
- Anorexia nervosa has been reported in approximately 1%, and bulimia nervosa, in up to 5% of adolescent females.
- Eating disorders are becoming more common in adolescent males, who account for 20-30% of diagnosed eating disorder cases in youth.
- The prevalence of subclinical eating disorders, or disordered eating behaviors, is higher than reported for anorexia and bulimia nervosa.
- In a recent national survey, 1 in 8 adolescent females, and 4% of adolescent males demonstrated eating disorder symptoms. One-third of both genders reported binge eating, and more than 50% engaged in fasting, purging, or excessive exercise to lose weight.

SIGNIFICANCE

Eating disorders are associated with the highest morbidity and mortality rates among psychiatric disorders. Anorexia nervosa is the most life threatening, particularly in combination with purging behaviors. Mortality ranges from 7-10%, most frequently related to cardiovascular changes secondary to starvation, gastric hemorrhaging, and suicide.

The duration and intensity of malnutrition, weight loss and purging determine the severity of risk. Potential medical, nutrition and psychological consequences of anorexia and bulimia nervosa are listed in Tables 5 and 6.

TABLE 5 Complications Associated With Anorexia Nervosa	
<p>Endocrine/Metabolic</p> <ul style="list-style-type: none"> Menstrual dysfunction Delayed menarche/secondary amenorrhea Delayed growth and development Regression of secondary sex characteristics Decreased testosterone levels (males) Decreased metabolic rate and resting energy expenditure Appetite and thirst dysregulation Low T3 syndrome Protein calorie malnutrition Vitamin, mineral and essential fatty acid deficiencies Hypoglycemia Ketonuria Hypothermia Cold intolerance Depressed immune function <p>Skeletal</p> <ul style="list-style-type: none"> Decreased bone mass Osteopenia (decreased bone density) Stress fractures 	<p>Cardiovascular</p> <ul style="list-style-type: none"> Cardiac arrhythmias ECG abnormalities Bradycardia (<60 bpm) Hypotension Orthostatic hypotension Decreased left ventricular mass and stroke volume Congestive heart failure Cardiac arrest <p>Gastrointestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> Delayed gastric emptying Constipation/obstipation Postprandial discomfort, bloating after small meals <p>Neuropsychiatric</p> <ul style="list-style-type: none"> Depression Anxiety Structural brain abnormalities, brain tissue loss Impaired concentration Lack of insight Sleep disturbances

- Amenorrhea has been related to hypothalamic dysfunction, weight loss, decreased amount and distribution of body fat, malnutrition, anxiety, emotional stress, and intensive exercise. Approximately 20% of adolescents with AN experience amenorrhea prior to weight loss. Menses frequently resume at 90% of premorbid weight, unless body fat is low or the adolescent is experiencing significant emotional stress.
- Amenorrhea of six months or longer has been associated with significant loss of bone density, failure to attain peak bone mass, and increased risk of osteopenia, premature osteoporosis and fractures. Bone changes have been attributed to estrogen deficiency, elevated cortisol levels, and deficiency of insulin-like growth factor. Weight gain and return of menses improve bone density, although some deficit may remain. Estrogen replacement and calcium supplementation (in the absence of weight restoration) do not appear to protect against bone loss or to increase bone density.
- Since energy needs take priority in metabolism, dietary protein is converted to energy via gluconeogenesis when caloric intake is inadequate. Decreased protein availability can result in

muscle-wasting and failure to achieve usual growth-related increases in lean body mass. Acute or chronic malnutrition in early puberty (before completion of the growth spurt and closure of the epiphysis) may result in permanent growth retardation and short stature. Inadequate energy intake results in an approximately 30% decrease in metabolic rate, accompanied by fatigue, decreased body temperature and cold intolerance. Metabolic activity of muscle, bone, the heart, and the endocrine system is lowered.

- Nearly one-half of adolescent anorexics with restricted eating, and one-fourth of those who purged were found to have heart rates <40 bpm. In addition to hypometabolism as an adaptation to starvation, a reduction in heart mass can also contribute to decreased heart rate and pulse. Orthostatic blood pressure changes (decrease in systolic blood pressure of >20 mm Hg or <20 bpm increase in pulse rate from lying/sitting to standing position) may reflect chronic volume depletion.
- Brain cell loss may not be completely reversible with weight gain and correction of malnutrition. Hunger and thirst may be depressed and postprandial discomfort may occur after eating small amounts of food.

TABLE 6	
Complications Associated With Bulimia Nervosa	
<p>Fluid and electrolyte abnormalities</p> <p>Hypokalemia Hyponatremia Hypochloremic metabolic alkalosis Metabolic acidosis Hypomagnesemia Hypophosphatemia Dehydration Hypovolemia</p> <p>Neuropsychiatric</p> <p>Depression Anxiety Guilt</p>	<p>Gastrointestinal</p> <p>Impaired satiety Gastric/esophageal irritation, bleeding Gastroesophageal reflux Gastric/esophageal rupture Abdominal pain/bloating Diarrhea, abdominal cramping (laxative abuse) Rebound constipation Reflex hypofunctioning of the colon (laxative abuse) Malabsorption Acute pancreatitis</p> <p>Cardiovascular</p> <p>Cardiomyopathy (ipecac use) Cardiac arrhythmias (potassium depletion)</p>

- Loss of hydrogen ions with vomiting increases bicarbonate levels, resulting in metabolic alkalosis. Intestinal loss of bicarbonate, chloride, and potassium with laxative abuse can cause metabolic acidosis.
- Fluid loss and volume depletion from vomiting/laxative abuse, which can be intensified by diuretic use or fasting, causes secondary hyperaldosteronism, renal potassium loss and hypokalemia.
- Hypophosphatemia and hypomagnesemia can occur from laxative abuse; low serum phosphate levels have also been noted in those who vomit 3 or more times per day.
- Early satiety and hunger shortly after finishing a meal may occur.

ETIOLOGY

Biological, genetic, psychological, and environmental factors have been linked to the development of eating disorders. Some of these are summarized in Table 7.

Family history of eating disorders	Oppositional disorder
Family emphasis on body size, shape, dieting	Anxiety disorders
Enmeshment with parents	Chronic dieting or restrained eating
Maturation fears (early adolescence)	Restricted diets (e.g. vegetarian, multiple food allergies/intolerances)
Independence/autonomy struggles (mid adolescence)	Type 1 diabetes mellitus
Identity conflict (late adolescence)	Intensive exercise/physical training
Difficulty expressing negative emotions or resolving conflict	Participation in appearance/body composition related sports/activities:
Stressful life event or transition	<ul style="list-style-type: none"> • ballet • dance line • cheerleading • modeling • figure skating • gymnastics • swimming • diving • distance running • wrestling • body building
Sexual abuse or assault	
Perfectionism	
Eagerness to please others	
Low self esteem	
Feelings of inadequacy or lack of control	
Body image disturbances	
Negative comments from others about body size/shape or eating habits	
Obsessive compulsive disorder	Sexual identity conflict (particularly in males)
Depression	Media/societal pressure for thinness, fitness, and in males, muscular physique

- Females who engaged in rigid dieting were found to be 18 times more likely, and those who dieted moderately 5 times more likely, to develop eating disorders. Dieting is the most important predictor of new eating disorder cases.
- Adolescents with type 1 diabetes mellitus may use inadequate dosages of insulin to promote weight loss.
- The “female athletic triad” has been described in athletes experiencing amenorrhea, eating disorders, and osteoporosis, while unsafe weight loss practices have been reported in high school wrestlers in an attempt to “make weight.”

SCREENING AND DIAGNOSIS

Early diagnosis and aggressive management of eating disorders are associated with the most favorable long-term outcomes. The American Medical Association Guidelines for Adolescent Preventive Services recommend that all adolescents be screened annually for eating disorders. Common symptoms and warning signs associated with eating disorders are listed in Tables 8 and 9.

- Elevated plasma levels of beta carotene occur in 30-60% of individuals with anorexia nervosa. The cause of hypercarotenemia is unknown but may be related to decreased ability to clear or metabolize beta carotene or lowered tissue storage capacity in association with depleted fat stores. Beta carotene intake and absorption have not been found to be increased.
- Edema can occur from reflux fluid retention associated with laxative/diuretic-induced dehydration.
- Loss of dental enamel (particularly on the inside surface of the upper teeth) occurs with repeated exposure to acidic gastric contents.⁵

If an eating disorder is suspected, an in-depth medical, psychosocial and nutrition assessment is indicated. The adolescent should ideally be evaluated by an interdisciplinary health care team specializing in eating disorders.

TABLE 8
Signs and Symptoms Associated With Anorexia Nervosa

<p>Physical Headaches Dizziness, fainting Lethargy Cold hands or feet Acrocyanosis (bluish fingers, feet) Dry skin or hair Hair loss Cheilitis (cracks at corners of mouth) Hypercarotenemia (orange tint to skin, particularly palms of hands) Lanugo (fine downy hair on back, arms, legs and face) Muscle wasting Depletion of subcutaneous body fat(<16%) Irregular menses/amenorrhea</p> <p>Weight/Body Image Unexplained weight loss Falling below usual growth pattern Wearing loose clothing to conceal body size/shape Extreme dissatisfaction with body Body image distortion Frequent weighing or use of mirror Comments about feeling fat</p>	<p>Eating Chronic/extreme dieting Meal skipping; excuses to miss meals Use of diet pills/ herbal supplements/products Avoidance of meat, dairy products, fats and/or sugars Discomfort eating in front of others Food hoarding Eating slowly/cutting food into small pieces Excessive /unusual use of condiments Unusual eating behaviors</p> <p>Psychosocial Social isolation Loss of interest in usual activities Decreased school performance Frequent crying Irritability Sleep disturbances Intrusive preoccupation with food, eating, weight Obsessive/compulsive exercise</p>
--	--

Sources: Kreipe RE, Birndorf SA. Eating disorders in adolescents and young adults. *Med Clin North Am* 2000;84(4):1027-1049, viii-ix; American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders (revision). *Am J Psychiatry* 2000;(suppl)(157):1-39; Brown JM, Mehler PS, Harris RH. Medical complications occurring in adolescents with anorexia nervosa. *West J Med* 2000;172(3):189-193.

TABLE 9
Signs and Symptoms Associated With Bulimia Nervosa

<p>Physical</p> <ul style="list-style-type: none"> Dental enamel erosion, caries Frequent sore throats/heartburn Puffy cheeks (enlarged salivary glands) Bloated face Bloodshot eyes Subconjunctival hemorrhage Edema Knuckle callouses, scaring (trauma from teeth, when fingers used to induce vomiting) <p>Weight</p> <ul style="list-style-type: none"> Weight fluctuations 	<p>Eating</p> <ul style="list-style-type: none"> Chaotic, irregular eating Binge eating/restricted eating Eating in secret <p>Psychosocial</p> <ul style="list-style-type: none"> Substance abuse Frequent crying Compulsive/obsessive exercise
<p>Sources: Kreipe RE, Birndorf SA. Eating disorders in adolescents and young adults. <i>Med Clin North Am</i> 2000;84(4):1027-1049, viii-ix; American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders (revision). <i>Am J Psychiatry</i> 2000;(suppl)(157):1-39; Ross HE, Ivis F. Binge eating and substance use among male and female adolescents. <i>Int J Eat Disord</i> 1999;26(3):245-260.</p>	

Texto meta

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Irene Alton

Los trastornos de la conducta alimentaria son síndromes psiquiátricos complejos en los que distorsiones cognitivas relacionadas con la alimentación, el peso corporal y la alteración de los hábitos alimentarios pueden ocasionar importantes complicaciones médicas y nutricionales que ponen en riesgo la vida de los individuos. Existen tres tipos de trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE).

Anorexia nerviosa

- Se caracteriza por negar la sensación de apetito y restringir por voluntad propia la ingesta calórica y nutricional hasta alcanzar un nivel insuficiente que afecte la salud e impida mantener un peso normal (por ejemplo, 600-900 calorías diarias). (Véase el cuadro 1).
- Se recurre al ejercicio intenso o a las purgas (vómitos autoinducidos, uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas) para facilitar la pérdida de peso.
- Se caracteriza por sentir descontento con el cuerpo, creer estar gordo, estar obsesionado con la delgadez y temer engordar a pesar de haber perdido peso.

CUADRO 1
Criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa

Rechazo a mantener un peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal según la edad y la estatura (por ejemplo, adelgazar y alcanzar un valor inferior al 85 % de lo esperado; o no aumentar el peso esperado durante el período de crecimiento, lo que conduce a un peso corporal inferior al 85 % de lo esperado).

Miedo intenso a subir de peso o a engordar, aunque se esté bajo el peso normal.

Alteración en la percepción del peso o la figura corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación de la gravedad del bajo peso corporal.

Presencia de amenorrea, es decir, la ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos en mujeres posmenárquicas. (Se considera que una mujer padece amenorrea si sus menstruaciones ocurren solamente luego del suministro de hormonas, por ejemplo, estrógenos.)

Tipos:

tipo restrictivo: durante la enfermedad, los individuos no recurren de manera frecuente a los atracones ni a las purgas (vómitos autoinducidos o el uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas);

tipo compulsivo/purgativo: durante la enfermedad, los individuos recurren de manera frecuente a los atracones o a las purgas (vómitos autoinducidos o el uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Reproducido con la autorización del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4.^a edición, revisión de texto, Copyright 2000. Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

Bulimia nerviosa

- Se asocia con una conducta alimentaria alterada. Luego de los atracones, los individuos recurren a las purgas, el ayuno o el ejercicio intenso con el fin de compensar la ingesta excesiva de calorías. (Véase el cuadro 2).
- Se recurre de manera frecuente a las purgas para intentar eliminar todas las calorías ingeridas en un atracón; sin embargo, aunque son habituales, no son efectivas. Después de vomitar, se retienen aproximadamente 1200 calorías, independiente de la cantidad de alimentos ingeridos. La consecuencia principal de ingerir laxantes es la pérdida de líquidos en el intestino grueso. La pérdida de las calorías y los nutrientes ingeridos que absorbe el intestino delgado es mínima (aproximadamente 10 %).
- Los factores que normalmente desencadenan los atracones son los siguientes: estado de ánimo negativo, estrés psicosocial, hambre severo producto de una dieta restringida o exceso de actividad física entre atracones.
- Se consumen grandes cantidades de alimentos ricos en carbohidatos o azúcares, (aproximadamente 3400-4800 calorías en cada atracón). Normalmente, los individuos ingieren los alimentos de manera rápida y en secreto hasta alcanzar un estado de satisfacción. Los atracones pueden planificarse o no y se asocian con una pérdida de control durante la ingesta de alimentos.
- Los individuos que padecen bulimia nerviosa pueden presentar sobrepeso, delgadez leve o peso normal y a menudo experimentan repentinos cambios en el peso.
- Antes de padecer bulimia nerviosa, los individuos suelen presentar los siguientes problemas: depresión, trastornos de ansiedad, drogadicción, automutilación o descontento extremo con el cuerpo.

CUADRO 2
Criterios para el diagnóstico de bulimia nerviosa

Atracones recurrentes. Los atracones se caracterizan por lo siguiente:

- ingerir, en un periodo de tiempo breve (por ejemplo, 2 horas), una cantidad de alimentos superior a lo que la mayoría de la gente ingeriría durante un período de tiempo similar y en circunstancias parecidas;
- sentir una pérdida de control durante la ingesta de alimentos (por ejemplo, sentir que no se puede dejar de comer o que no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad que se ingiere).

Presencia recurrente de conductas compensatorias inadecuadas, como vómitos autoinducidos; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos; ayuno o exceso de ejercicio con el fin de evitar el aumento de peso.

Los atracones y las conductas compensatorias inadecuadas ocurren, en promedio, al menos dos veces a la semana por un período de tres meses.

El peso y la figura corporal influyen en gran medida en la autoevaluación.

Alteración en la percepción del peso o la figura corporal (al igual que en la anorexia nerviosa).

Tipos:

tipo purgativo: durante la enfermedad, los individuos recurren de manera frecuente al uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas o a los vómitos autoinducidos;

tipo no purgativo: durante la enfermedad, los individuos presentan conductas compensatorias inadecuadas como el ayuno o el exceso de ejercicio, pero no recurren a los vómitos autoinducidos o al uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas.

Reproducido con la autorización *del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4.^a edición, revisión de texto, Copyright 2000. Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE)

- Los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen con todos los criterios para el diagnóstico de anorexia o bulimia nerviosas (aunque aún pueden afectar de manera grave la salud física y psicológica de los individuos) se clasifican como TCANE (véase el cuadro 3).
- A los adolescentes que padecen trastornos de la conducta alimentaria se les diagnostica de manera frecuente en la categoría TCANE. Se incluyen aquellos que aún no han perdido el 15 % del peso esperado según la estatura y la edad; aquellos que recurren a las purgas, pero no a los atracones y en el caso de las mujeres, las que padecen amenorrea por menos de tres meses.
- Si no reciben tratamiento, los pacientes que padecen TCANE asintomático en el futuro pueden sufrir anorexia o bulimia nerviosas.
- En el TCANE también se incluyen los atracones; sin embargo, no se incluyen las purgas, la alimentación restringida o el ejercicio intenso (trastorno por atracón). Además los individuos mastican y escupen de manera reiterada grandes cantidades de alimentos sin haberlos tragado. En el cuadro 4 se mencionan los criterios para investigar el trastorno por atracón.

CUADRO 3
Criterios para el diagnóstico del trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE)

El trastorno de la conducta alimentaria no especificado es aquel que no cumple con los criterios de algún trastorno en específico. En esta categoría se incluyen los siguientes ejemplos:

- se cumplen todos los criterios de anorexia nerviosa en las mujeres. Sin embargo, los períodos menstruales se presentan de manera regular;
- se cumplen todos los criterios de anorexia nerviosa. Sin embargo, a pesar de haber perdido una cantidad de peso considerable, los individuos presentan un peso normal;
- se cumplen todos los criterios de bulimia nerviosa. Sin embargo, los individuos recurren a atracones y a conductas compensatorias inadecuadas menos de dos veces a la semana por un período menor a tres meses;
- luego de haber ingerido pequeñas cantidades de alimentos, los individuos con un peso normal recurren con frecuencia a conductas compensatorias inadecuadas (por ejemplo, inducir el vómito luego de haber consumido dos galletas);
- se recurre a la conducta de masticar y escupir de manera reiterada grandes cantidades de alimentos sin haberlos tragado;
- se presenta el trastorno por atracón. Debido a que los individuos no recurren a conductas compensatorias inadecuadas, las cuales caracterizan a la bulimia nerviosa, estos recurren de manera habitual a los atracones.

Fuente: Asociación Estadounidense de Psiquiatría, grupo de trabajo del DSM- IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV. 4.ª edición.* Washington, DC: Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2000.

CUADRO 4
Criterios para la investigación del trastorno por atracón

- Se recurre a los atracones de manera recurrente, los cuales se caracterizan por lo siguiente:
 - ingerir, en un período de tiempo breve (por ejemplo, 2 horas), una cantidad de alimentos superior a lo que la mayoría de la gente ingeriría durante un período de tiempo similar y en circunstancias parecidas;
 - sentir una pérdida de control durante la ingesta de alimentos (por ejemplo, sentir que no se puede dejar de comer o que no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad que se ingiere).
- Los atracones se asocian con tres o más de los siguientes criterios:
 - comer más rápido de lo normal;
 - comer hasta alcanzar un estado de satisfacción que provoque malestar físico;
 - comer grandes cantidades de alimentos sin sentirse físicamente hambriento;
 - comer a solas, ya que se avergüenzan de la cantidad de alimentos ingeridos;
 - sentirse enojado, deprimido o muy culpable luego del atracón.
- Se presenta una sensación de angustia durante los atracones.
- Se recurre a los atracones, en promedio, al menos dos veces a la semana por un período de seis meses.
- Los atracones no se asocian a conductas compensatorias inadecuadas a las que los individuos recurren de manera frecuente (por ejemplo, purgas, ayuno y ejercicio en exceso) y no son exclusivos de la AN o BN.

Reproducido con la autorización de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Grupo de trabajo del DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV. 4.ª edición.* Washington, DC: Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 1994.

Los trastornos de la conducta alimentaria son frecuentes en adolescentes que pertenecen a todos los grupos raciales, étnicos y socioeconómicos. A continuación, se mencionan algunos datos acerca de estos trastornos en adolescentes.

- Más del 75 % de los casos de trastornos de la conducta alimentaria se presentan durante la adolescencia.
- Es más probable que la anorexia nerviosa se presente durante la adolescencia temprana o media y la bulimia nerviosa durante la adolescencia tardía o posteriormente.
- Aproximadamente el 1 % de mujeres en período de adolescencia padece anorexia nerviosa y el 5 % padece bulimia nerviosa.
- Los trastornos de la conducta alimentaria son cada vez más comunes en hombres en período de adolescencia, quienes representan el 20-30 % de los casos de trastornos de la conducta alimentaria diagnosticados en jóvenes.
- La prevalencia en los casos de trastornos de la conducta alimentaria asintomáticos o conductas alimentarias alteradas es mayor a la que presentan los casos de anorexia y bulimia nerviosas.
- De acuerdo con un estudio realizado recientemente en Estados Unidos, el 13 % de mujeres adolescentes y el 4 % de los hombres adolescentes presentaron síntomas de trastornos de la conducta alimentaria. Un 33 % de ambos sexos declaró recurrir a los atracones y más del 50 % declaró recurrir al ayuno, las purgas o realizar ejercicio en exceso para adelgazar.

TRASCENDENCIA

Los trastornos de la conducta alimentaria presentan los índices de morbilidad y mortalidad más altos entre los trastornos psiquiátricos. La anorexia nerviosa, principalmente la del tipo purgativo, es la que más pone en riesgo la vida de los individuos. La mortalidad oscila entre 7-10 %, donde la principal causa de muerte son las alteraciones cardiovasculares, seguidas por la inanición, la hemorragia digestiva y el suicidio.

La duración y el grado de la desnutrición, la pérdida de peso y las purgas determinan la gravedad de los riesgos. En los cuadros 5 y 6 se mencionan las posibles consecuencias médicas, nutricionales y psicológicas de la anorexia y bulimia nerviosas.

CUADRO 5
Complicaciones asociadas a la anorexia nerviosa

<p>Sistema endocrino/metabolismo</p> <p>Disfunción menstrual</p> <p>Menarquia tardía/amenorrea secundaria</p> <p>Crecimiento y desarrollo tardío</p> <p>Regresión de los caracteres sexuales secundarios</p> <p>Disminución de los niveles de testosterona en hombres</p> <p>Disminución del índice metabólico y del gasto energético en reposo</p> <p>Pérdida de regulación del apetito y la sed</p> <p>Síndrome de T3 baja</p> <p>Desnutrición proteico-calórica</p> <p>Insuficiencia de ácidos grasos esenciales, vitaminas y minerales</p> <p>Hipoglucemia</p> <p>Cetonuria</p> <p>Hipotermia</p> <p>Hipersensibilidad al frío</p> <p>Actividad inmunitaria baja</p> <p>Sistema óseo</p> <p>Disminución de masa ósea</p> <p>Osteopenia (disminución de densidad ósea)</p> <p>Fractura por sobrecarga</p>	<p>Sistema cardiovascular</p> <p>Arritmias cardíacas</p> <p>Alteraciones electroencefalográficas</p> <p>Bradicardia (<60 lpm)</p> <p>Hipotensión</p> <p>Hipotensión ortostática</p> <p>Disminución de la masa ventricular izquierda y del volumen sistólico</p> <p>Insuficiencia cardíaca congestiva</p> <p>Paro cardíaco</p> <p>Sistema digestivo</p> <p>Vaciamiento gástrico tardío</p> <p>Estreñimiento/estreñimiento crónico</p> <p>Sensación de malestar luego de las comidas</p> <p>Meteorismo luego de ingerir pequeñas cantidades de alimentos</p> <p>Neurosiquiátricas</p> <p>Depresión</p> <p>Ansiedad</p> <p>Alteraciones estructurales en el cerebro, pérdida de tejido cerebral</p> <p>Problemas de concentración</p> <p>Falta de introspección</p> <p>Trastornos del sueño</p>
--	--

- La amenorrea se relaciona con la disfunción hipotalámica, la pérdida de peso, la disminución de la cantidad y distribución de la grasa corporal, la desnutrición, la ansiedad, el estrés y el ejercicio intenso. Aproximadamente el 20 % de las mujeres adolescentes que padecen anorexia nerviosa sufren de amenorrea antes de adelgazar. Normalmente, las menstruaciones se reanudan en el 90 % de las mujeres que vuelven a tener un peso saludable, a menos que presenten bajos niveles de grasa corporal o un alto nivel de estrés.
- La amenorrea que dura seis meses o más se asocia a una pérdida considerable de densidad ósea, a no alcanzar un nivel máximo de masa ósea y a un aumento en el riesgo de sufrir osteopenia, osteoporosis precoz y fracturas. Las alteraciones óseas se producen por la insuficiencia de estrógenos, los altos niveles de cortisol y la insuficiencia del factor de crecimiento insulínico. El aumento de peso y la reanudación de las menstruaciones aumentan la densidad ósea; sin embargo, es posible que su valor aún sea insuficiente. La sustitución de estrógenos y los complementos de calcio (cuando no se recupera el peso) no ayudan a prevenir la pérdida ósea o a incrementar la densidad ósea.
- Debido a que las necesidades calóricas son lo más importante para el metabolismo, las proteínas alimentarias se convierten en calorías mediante el proceso de gluconeogénesis cuando la ingesta calórica es insuficiente. La escasez de proteínas puede provocar atrofia muscular e impedir que la

masa corporal magra aumente hasta alcanzar un valor normal. La desnutrición aguda o crónica que se produce durante la pubertad precoz (antes de que finalice el período de crecimiento acelerado y que la glándula pineal se cierre) puede ocasionar retraso en el crecimiento y estatura baja. Una ingesta calórica insuficiente produce una disminución de un 30 % en el índice metabólico, además de cansancio, disminución de la temperatura corporal e hipersensibilidad al frío. Disminuye la actividad metabólica de los músculos, los huesos, el corazón y el sistema endocrino

- Casi el 50 % de los adolescentes que padecen anorexia nerviosa y siguen una dieta restringida y el 25 % de los adolescentes que recurren a las purgas presentan una frecuencia cardíaca de <40 lpm. Además del hipometabolismo, que corresponde a la manera que tiene el organismo de adaptarse a la inanición, la reducción en la masa cardíaca también puede contribuir a que la frecuencia cardíaca y el pulso disminuyan. Los cambios en la presión arterial ortostática (disminución de >20 mmHg en la presión arterial sistólica o aumento de <20 lpm en la presión cardíaca al momento de pararse luego de permanecer acostado o sentado) pueden significar que el individuo padece hipovolemia crónica.
- La pérdida de neuronas puede ser irreversible, aunque el individuo aumente de peso y supere la desnutrición. El hambre y la sed pueden disminuir y el individuo puede sentir malestar luego de ingerir pequeñas cantidades de alimentos.

CUADRO 6 Complicaciones asociadas a la bulimia nerviosa	
<p>Trastornos hidroelectrolíticos</p> <p>Hipopotasemia Hiponatremia Alcalosis metabólica hipoclorémica Acidosis metabólica Hipomagnesemia Hipofosfatemia Deshidratación Hipovolemia</p> <p>Neurosiquiátricas</p> <p>Depresión Ansiedad Culpa</p>	<p>Sistema digestivo</p> <p>Disminución en la sensación de satisfacción Irritación gástrica/esofágica, hemorragia Reflujo gastroesofágico Hernia gástrica/esofágica Dolor abdominal/meteorismo Diarrea, cólico abdominal (uso excesivo de laxantes) Estreñimiento de rebote Reflujos a causa de la hipoactividad del colon (uso excesivo de laxantes) Hipoabsorción Pancreatitis aguda</p> <p>Sistema cardiovascular</p> <p>Miocardiopatía (ingesta de jarabe de ipecacuana) Arritmias cardíacas (disminución de potasio)</p>

- La pérdida de iones de hidrógeno a causa de los vómitos aumenta los niveles de bicarbonato, lo que produce alcalosis metabólica. La pérdida de bicarbonato, cloruro y potasio en los intestinos producto del uso excesivo de laxantes puede provocar acidosis metabólica.
- La pérdida de líquidos y la hipovolemia a causa de los vómitos o el uso excesivo de laxantes (afecciones que pueden empeorar con la ingesta de diuréticos o el ayuno) producen hiperaldosteronismo secundario, pérdida renal de potasio e hipopotasemia.

- El uso excesivo de laxantes puede provocar hipofosfatemia e hipomagnesemia. También se ha presentado una baja concentración sérica de fosfato en individuos que vomitan tres o más veces al día.
- Sensación de satisfacción luego de ingerir pequeñas cantidades de alimentos y sensación de hambre al poco tiempo luego de haber terminado de comer.

ETIOLOGÍA

El desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria se relaciona con factores biológicos, genéticos, psicosociales y medioambientales. En el cuadro 7 se sintetizan algunos de ellos.

CUADRO 7 Factores relacionados con el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria	
Antecedentes familiares de trastornos de la conducta alimentaria	Trastorno negativista desafiante
Importancia de familiares por la figura, el peso corporal y las dietas	Trastornos de ansiedad
Problemas con los padres	Dietas crónicas o alimentación moderada
Miedos durante la etapa de maduración (adolescencia temprana)	Dietas restringidas (por ejemplo, dietas vegetarianas o dietas producto de la intolerancia o alergia a diversos alimentos)
Problemas de independencia/autonomía (adolescencia media)	Diabetes de tipo 1
Conflictos de identidad (adolescencia tardía)	Ejercicio o entrenamiento físico en exceso
Dificultad para expresar sentimientos negativos o resolver conflictos	Participación en actividades o deportes relacionados con la apariencia o la composición corporal:
Acontecimiento de vida o etapa de transición estresantes	<ul style="list-style-type: none"> • <i>ballet</i> • danza • porrismo • modelaje • patinaje artístico • gimnasia • natación • buceo • carrera de larga distancia • lucha libre • fisicoculturismo
Victima de abuso sexual o agresiones	
Perfeccionismo	
Deseo de complacer a los demás	
Autoestima baja	
Sensación de ineptitud o pérdida de control	
Alteraciones de la imagen corporal	
Comentarios negativos por parte de los demás acerca de la figura o el peso corporal y los hábitos alimentarios	Conflicto de identidad sexual (específicamente en hombres)
Trastorno obsesivo compulsivo	
Depresión	Presión por parte de los medios de comunicación o de la sociedad para que las mujeres sean delgadas y tengan buen físico y para que los hombres tengan cuerpos musculosos

- Las dietas son uno de los factores más importantes en los casos de trastornos de la conducta alimentaria; las mujeres que realizan dietas estrictas son 18 veces más propensas a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, mientras que las mujeres que realizan dietas moderadas son 5 veces más propensas a desarrollarlos.
- Los adolescentes que padecen diabetes de tipo 1 pueden suministrarse dosis insuficientes de insulina para facilitar la pérdida de peso.

- Presencia de la “tríada de la mujer deportista”, que corresponde a la existencia de amenorrea, trastornos de la conducta alimentaria y osteoporosis en mujeres deportistas. En luchadores escolares, se han presentado prácticas peligrosas para adelgazar y alcanzar un peso normal.

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

El diagnóstico precoz y el tratamiento intensivo para superar los trastornos de la conducta alimentaria tienen consecuencias favorables a largo plazo en los individuos. En las *Guías de Servicios Preventivos para Adolescentes* de la Asociación Médica Estadounidense, se recomienda que todos los adolescentes sean evaluados una vez al año para prevenir trastornos de la conducta alimentaria. En los cuadros 8 y 9 se mencionan los síntomas y signos de advertencia frecuentes asociados a los trastornos de la conducta alimentaria.

- Se presenta un aumento en la concentración plasmática de betacaroteno en el 30-60 % de los individuos que padecen anorexia nerviosa. Se desconoce la causa de la hipercarotinemia, pero se relaciona con una disminución en la capacidad para eliminar o metabolizar betacaroteno o una disminución en la capacidad para conservar tejidos junto con la disminución de reservas de grasa. El consumo y la absorción de betacaroteno no aumentan.
- Se producen edemas debido a la retención de líquidos producto de la deshidratación, la que es causada por la ingesta de laxantes o diuréticos.
- Se presenta una pérdida del esmalte dental (principalmente en el interior de las piezas dentales superiores), debido a la exposición constante al contenido de ácidos gástricos.

En caso de que se sospeche de que un individuo padece algún trastorno de la conducta alimentaria, se debe realizar un examen médico, psicológico y nutricional exhaustivo. El adolescente debe ser evaluado por un equipo médico interdisciplinario especialista en trastornos de la conducta alimentaria.

CUADRO 8
Signos y síntomas asociados a la anorexia nerviosa

Físico

Dolores de cabeza
 Mareos, desmayos
 Letargo
 Manos y pies fríos
 Acrocianosis (dedos y pies azulados)
 Piel o cabello secos
 Caída del cabello
 Queilitis (grietas en las comisuras labiales)
 Hipercarotinemias (piel anaranjada, específicamente las palmas de las manos)
 Lanugo (vellos finos en la espalda, brazos, piernas y rostro)
 Atrofia muscular
 Disminución del panículo adiposo (<16 %)
 Menstruaciones irregulares/amenorrea

Peso/imagen corporal

Pérdida de peso repentina
 Patrones de crecimiento inferiores al valor normal
 Uso de prendas holgadas para ocultar el peso o la imagen corporal
 Descontento extremo con el cuerpo
 Alteración de la imagen corporal
 Pesarse o mirarse al espejo de manera frecuente
 Comentarios acerca de sentirse gordo

Alimentación

Realizar dietas crónicas/extremas
 Saltarse las comidas o excusarse para no comer
 Consumir pastillas para adelgazar o complementos o productos herbales
 Evitar consumir carnes, lácteos, grasas y azúcares
 Sentirse incómodo al comer frente a otros
 Acumular alimentos
 Comer de manera lenta o cortar los alimentos en trozos pequeños
 Utilizar condimentos en exceso o de manera poco frecuente
 Tener conductas alimentarias extrañas

Psicosocial

Aislamiento social
 Pérdida de interés por actividades normales
 Rendimiento escolar bajo
 Llantos frecuentes
 Irritabilidad
 Trastornos del sueño
 Preocupación constante por la alimentación y el peso
 Ejercicio de manera compulsiva o en exceso

Fuentes: Kreipe, R.E., Birndorf, S.A. *Eating disorders in adolescents and young adults. Medical Clinics of North America*, 2000; 84(4): 1027-1049, viii-ix; Asociación Estadounidense de Psiquiatría. *Guías prácticas para el tratamiento de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria* (revisión). *American Journal of Psychiatry* 2000; (suplemento)(157): 1-39; Brown, J.M., Mehler, P.S., Harris, R.H. *Medical complications occurring in adolescents with anorexia nervosa. Western Journal of Medicine*; 2000; 172(3): 189-193.

CUADRO 9
Signos y síntomas asociados a la bulimia nerviosa

Físico	Alimentación
Desgaste del esmalte dental, caries	Alimentación alterada e irregular
Amigdalitis y acidez gástrica frecuentes	Atracones o alimentación restringida
Mejillas hinchadas (glándulas salivales hinchadas)	Ingesta de alimentos en secreto
Hinchazón de la cara	
Enrojecimiento de ojos	Psicosocial
Hemorragia subconjuntival	Drogadicción
Edemas	Llantos frecuentes
Callos en los nudillos, cicatrices (traumatismo en los dientes por utilizar los dedos para inducir el vómito)	Ejercicio de manera compulsiva o en exceso
Peso	
Repentinos cambios de peso	

Fuentes: Kreipe, B.A., Birndorf, S.A. *Eating disorders in adolescents and young adults. Medical Clinics of North America*, 2000; 84(4): 1027-1049, viii-ix; Asociación Estadounidense de Psiquiatría. *Guías prácticas para el tratamiento de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria* (revisión). *American Journal of Psychiatry*, 2000; (suplemento)(157): 1-39; Ross, H.E., Ivis, F., *Binge eating and substance use among male and female adolescents. International Journal of Eating Disorders* 1999; 26(3): 245-260.

Introducción

El presente proyecto consiste en dos etapas: la traducción de un fragmento del texto *Chapter 12: Eating disorders* desde el idioma inglés al español y un comentario crítico de las etapas que constituyen el proceso de traducción y de los problemas que se presentan durante el proceso y sus respectivas soluciones.

En el capítulo 1, se contextualiza el proyecto que se realizará. Se presenta el texto fuente, se mencionan las razones de su elección y se proporciona una breve explicación del concepto de encargo de traducción.

En el capítulo 2, se presenta un análisis del texto fuente que incluye los factores extratextuales e intratextuales propuestos por Nord (1991, en Hurtado Albir, 2013, pp. 536-537).

En el capítulo 3, se indican las etapas del proceso de traducción, donde se menciona la lectura del texto fuente, la documentación e investigación, la creación del glosario y las etapas de producción del texto meta.

En el capítulo 4, se clasifican los problemas de traducción según Hurtado Albir (2013, p. 288) y se mencionan las soluciones.

Capítulo 1: Contexto

1.1 Texto fuente

El texto fuente es el capítulo 12 titulado *Eating Disorders* extraído del libro *Guidelines for Adolescent Nutrition Services* publicado el año 2005 por el Centro para el Liderazgo, Educación y Capacitación en Nutrición Materna e Infantil, División de Epidemiología y Salud Comunitaria, Facultad de Salud Pública, Universidad de Minnesota¹. Para realizar la traducción, se escogieron algunas secciones del capítulo (véase 2.2.2), las que hacen un total de 2987 palabras.

1.2 Elección del texto fuente

Se considera que los trastornos de la conducta alimentaria son un tema importante en la sociedad que debe abordarse en mayor profundidad, ya que nadie está exento de padecerlos. Además, se cree que en la actualidad es poca la información que se conoce o que se encuentra disponible y, si se encuentra disponible, no se divulga adecuadamente. Es por esto, que al traducir esta información, se contribuye a eliminar el vacío informativo que existe en las personas y a divulgar un tema que muchas veces carece de plataformas.

1.3 Encargo de traducción

Según Nord (1997, en Munday 2012, p. 127), el encargo de traducción permite comparar los perfiles del texto fuente y del texto meta y priorizar la información que se incluirá en el texto meta. El encargo de traducción debe contener la siguiente información: funciones del texto fuente y texto meta, emisor y receptor, medio, propósito del texto fuente y fecha de entrega (ibid).

Para este proyecto, se creó un encargo de traducción ficticio (véase anexo 1), ya que su propósito fue únicamente servir de apoyo didáctico.

¹ *Center for Leadership, Education, and Training in Maternal and Child Nutrition Division of Epidemiology and Community Health, School of Public Health, University of Minnesota.*

Capítulo 2: Análisis de texto fuente

El análisis de texto es una etapa fundamental, puesto que sirve para comprender correctamente el texto fuente y tomar mejores decisiones en cuanto a qué traducir y cómo traducirlo para cumplir con el encargo de traducción.

A continuación se presenta un análisis del texto fuente, donde se mencionan los factores extratextuales e intratextuales propuestos por Nord (1991, en Hurtado Albir, 2013, pp. 536-537).

2.1 Factores extratextuales

Corresponden a los elementos de la situación comunicativa (Nord, 1991, en Hurtado Albir, 2013, p. 536), entre los que se incluyen:

2.1.1 Emisor

El emisor es Irene Alton, una especialista en el área de la nutrición cualificada para transmitir el contenido.

2.1.2 Receptor

Los receptores son semilegos, es decir, individuos que poseen algún conocimiento en el área, pero no son especialistas (Ciapuscio y Kuguel, 2002).

2.1.3 Medio

El texto corresponde al medio escrito.

2.1.4 Motivo

El motivo es exponer la información de los trastornos de la conducta alimentaria.

2.1.5 Lugar y tiempo

El texto se escribió en Estados Unidos el año 2005.

2.1.6 Función

La función es informar objetivamente acerca de los trastornos de la conducta alimentaria.

2.2. Factores intratextuales

Son aquellos elementos de la estructura interna del texto, entre los que se mencionan los siguientes:

2.2.1 Tema

El tema son los trastornos de la conducta alimentaria.

2.2.2 Contenido

Se presenta el siguiente contenido: (1) características de los tres trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de la conducta alimentaria no especificado; (2) trascendencia y la manera en la que afectan al organismo; (3) etiología de los trastornos, donde se mencionan los factores que los provocan y (4) detección y diagnóstico de los trastornos, donde se indican los síntomas y signos para detectarlos.

2.2.3 Presuposiciones

Conocimiento de la terminología y del tema.

2.2.4 Estructura textual

El texto comienza con un título y una introducción; luego el contenido se distribuye en apartados. En cuanto a la progresión temática, se presenta una progresión de tema constante, donde un mismo contenido temático funciona como soporte de dos o más remas, es decir, información nueva (Bustos, 1996, en Hurtado Albir, 2013, pp. 422-423).

2.2.5 Elementos no verbales

El texto presenta cuadros, viñetas, encabezados de página, cifras, símbolos y negritas, como se muestra a continuación.

SIGNIFICANCE

Eating disorders are associated with the highest morbidity and mortality rates among psychiatric disorders. Anorexia nervosa is the most life threatening, particularly in combination with purging behaviors. Mortality ranges from 7-10%, most frequently related to cardiovascular changes secondary to starvation, gastric hemorrhaging, and suicide.

The duration and intensity of malnutrition, weight loss and purging determine the severity of risk. Potential medical, nutrition and psychological consequences of anorexia and bulimia nervosa are listed in Tables 5 and 6.

TABLE 5
Complications Associated With Anorexia Nervosa

Endocrine/Metabolic	Cardiovascular
Menstrual dysfunction	Cardiac arrhythmias
Delayed menarche/secondary amenorrhea	ECG abnormalities
Delayed growth and development	Bradycardia (<60 bpm)
Regression of secondary sex characteristics	Hypotension
Decreased testosterone levels (males)	Orthostatic hypotension
Decreased metabolic rate and resting energy expenditure	Decreased left ventricular mass and stroke volume
Appetite and thirst dysregulation	Congestive heart failure
Low T3 syndrome	Cardiac arrest
Protein calorie malnutrition	Gastrointestinal
Vitamin, mineral and essential fatty acid deficiencies	Delayed gastric emptying
Hypoglycemia	Constipation/obstipation
Ketonuria	Postprandial discomfort, bloating after small meals
Hypothermia	Neuropsychiatric
Cold intolerance	Depression
Depressed immune function	Anxiety
Skeletal	Structural brain abnormalities, brain tissue loss
Decreased bone mass	Impaired concentration
Osteopenia (decreased bone density)	Lack of insight
Stress fractures	Sleep disturbances

- Amenorrhea has been related to hypothalamic dysfunction, weight loss, decreased amount and distribution of body fat, malnutrition, anxiety, emotional stress, and intensive exercise. Approximately 20% of adolescents with AN experience amenorrhea prior to weight loss. Menses frequently resume at 90% of premorbid weight, unless body fat is low or the adolescent is experiencing significant emotional stress.

2.2.6 Léxico

Se presenta terminología especializada, lo que según Cabré (2004, en Gonzalo García, T y García Yebra, V; 2004, p. 97) es una de las características más destacables de los textos científico-técnicos. Entre los términos que se presentan se incluyen *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa*, *eating disorders*, *weight loss*, *body weight*, *menses*, entre otros.

En cuanto al registro, este es formal.

2.2.7 Sintaxis

Se presentan oraciones pasivas ‘ser’ o ‘estar’, lo que es común en los textos científicos en esta lengua (Amador Domínguez, 2007). Además, el texto presenta oraciones simples (un verbo conjugado) y compuestas (más de un verbo conjugado), como se muestra a continuación.

Oraciones simples:

- Anorexia nervosa **is characterized** by a denial of hunger and intentional restriction of energy and nutrient intake to a level inadequate to maintain health and normal weight (e.g., 600-900 calories/day). (See Table 1.)
- Extreme body dissatisfaction, a delusion of being fat, an obsession with being thinner, and an intense fear of gaining weight **persist** regardless of the amount of weight lost.
- Depression, anxiety disorders, substance abuse, self-mutilation, and/or extreme body dissatisfaction frequently **precede** the onset of bulimia nervosa.

Oraciones compuestas:

- Eating disorders **which do not meet** all of the diagnostic criteria for anorexia nervosa or bulimia nervosa (although still associated with potentially serious health and psychologic risks) **are classified** as EDNOS (see Table 3).
- Binge eating **is often triggered** by negative mood, psychosocial stress, or severe hunger resulting from restricted eating or excessive exercise **that occurs** between binges.

También se presenta mayor cantidad de construcciones nominales, en lugar de verbos, lo que es propio de los textos científicos (Claros, 2006), como se presenta a continuación.

Anorexia Nervosa

- Anorexia nervosa is characterized by a **denial of hunger** and intentional **restriction** of energy and nutrient intake to a level inadequate to maintain health and normal weight (e.g., 600-900 calories/day). (See Table 1.)
- Intensive exercise and/or purging by means of self-induced vomiting, laxative abuse, diuretics, or enemas may also be used to promote weight loss.
- Extreme **body dissatisfaction**, a **delusion** of being fat, an **obsession** with being thinner, and an intense **fear** of gaining weight persist regardless of the amount of weight lost.

Capítulo 3: Proceso de traducción

3.1 Lectura texto fuente

Según Montalt Resurrecció y Gonzáles Davies (2007, p. 24), para traducir correctamente un texto es necesario leerlo de manera exhaustiva y entenderlo. Es por esto, que la lectura del texto fuente es una etapa fundamental del proceso de traducción.

En este proyecto, durante la primera lectura, se buscó entender el texto de manera general y seleccionar los términos que fueran importantes para la comprensión del contenido y posterior creación del glosario (véase 3.3).

3.2 Documentación e investigación

La documentación e investigación es otra etapa importante, ya que para producir un texto meta de calidad, es necesario investigar toda la información que no se conoce. Según Montalt Resurrecció y Gonzáles Davies (2007, pp. 198-199), existen cuatro tipos de documentación: documentación del tema, documentación del género, documentación terminológica y documentación lingüística.

En cuanto a la documentación del tema, se recurrió a textos paralelos para investigar acerca de los trastornos de la conducta alimentaria.

Luego, en la investigación terminológica, se recurrió principalmente a diccionarios especializados^{2,3}. También se recurrió a sitios online y a textos paralelos (véase anexo 2) para evaluar el uso de los términos.

Finalmente, en la investigación lingüística, se recurrió a diccionarios monolingües como el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE)⁴ y a artículos y guías de estilo (véase anexo 3) para verificar el uso correcto de la ortotipografía de la lengua española y así producir un texto meta natural y fluido.

² Navarro, F. (2005). *Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.

³ Cosnautas (2016). *Diccionario de dudas y dificultades de traducción del inglés médico*. Recuperado de: <http://www.cosnautas.com/>

⁴ Diccionario de la Real Academia Española (2016). Recuperado de: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>

3.3 Creación de glosario

Debido a la alta densidad terminológica, se decidió crear un glosario para mantener la consistencia en el texto. Además, el glosario permite aumentar el conocimiento que se tiene de los conceptos y entender cómo se relacionan (Montalt Resurrecció y Gonzáles Davies, 2007, p. 24).

Para este proyecto, se elaboró un glosario monolingüe con equivalencias (véase anexo 4) que incluye 30 términos que se consideraron relevantes para la comprensión del texto, ya que tenían relación directa con el tema.

Para crear el glosario, se realizó una tabla en Word⁵ y se dividió en cuatro columnas con las siguientes entradas: término en inglés, definición en inglés, fuente y equivalente en español. Se eligió este formato, ya que es una manera clara y concisa de exponer la información.

3.4 Producción del texto meta

3.4.1 Conversión de formato

Para favorecer el proceso, se decidió convertir el documento desde el formato .pdf a .docx, ya que de esta manera es posible contar las palabras, verificar el tamaño de la fuente, escribir notas en el texto o destacar cualquier información que necesite mayor investigación.

Para convertir el documento, se utilizó el convertidor Smallpdf⁶, un convertidor en línea y gratuito.

3.4.2 Borrador

Al crear el borrador, se debe poner atención en dos aspectos del texto: estructura y contenido (Montalt Resurrecció y Gonzáles Davies, 2007, p. 24).

En cuanto al contenido, se tradujo toda la información sin considerar los detalles, como el uso correcto de preposiciones o la precisión léxica y en cuanto a la estructura, se tradujo respetando la organización en apartados que presenta el texto fuente.

⁵ Microsoft Word 2011 (Mac), versión 14.1.0

⁶ Smallpdf (2016). Recuperado de: <https://smallpdf.com/es>

3.4.3 Revisión

La revisión consiste en corregir aspectos del borrador que sean insuficientes (Mossop, 2010, p. 109). En esta etapa se consideraron los siguientes problemas: (1) precisión en la transferencia del mensaje y (2) contenido lógico (Mossop, 2010, p. 125); en cuanto a la precisión, se corroboró, mediante la comparación de ambos textos, que la información no se malinterpretara y que el texto meta expresara de la misma manera la información del texto fuente y en cuanto al contenido lógico, se corroboró que la información no se contradijera y tuviera sentido con la realidad.

3.4.4 Edición

En esta etapa se evaluaron los siguientes aspectos: puntuación, gramática, ortotipografía y diagramación (Mossop, 2010, pp. 137-139). En cuanto a los tres primeros aspectos, se verificó que el texto meta cumpliera con todas las normas de la lengua española y en cuanto a la diagramación, se organizó la información y los cuadros de la misma manera en la que se distribuyen en el texto fuente.

Capítulo 4: Problemas de traducción

Los problemas se clasificaron de acuerdo con las categorías de problemas de traducción propuestas por Hurtado Albir (2013, p. 288) y se propusieron soluciones basadas en el uso de técnicas de traducción.

4.1 Problemas extralingüísticos

Son problemas que remiten a cuestiones temáticas (conceptos especializados), enciclopédicas y culturales (Hurtado Albir 2013, p. 288). Están relacionados con las diferencias culturales.

4.1.1 Terminología especializada

Cabré (2004, en Gonzalo García y García Yebra, 2004, p. 115) plantea que para los traductores la terminología es “el conjunto de unidades que usan los especialistas en un ámbito y que aparecen en un texto de traducción”. Debido a la influencia del inglés en textos científicos (Claros, 2008), resulta difícil seleccionar el término más adecuado según el encargo de traducción. A continuación se menciona un ejemplo de esta problemática.

4.1.1.1 Traducción de *eating disorders*

Traducir el término inglés *eating disorders* resultó complejo porque existen diversos equivalentes, entre los que se destacan: ‘trastornos alimenticios’, ‘trastornos alimentarios’ y ‘trastornos de la conducta alimentaria’.

En primer lugar, cabe destacar la diferencia entre los dos primeros equivalentes: ‘trastornos alimenticios’ y ‘trastornos alimentarios’. Según el *Diccionario panhispánico de dudas* (DPD), el término ‘alimenticio’ significa ‘que alimenta o sirve para alimentar’, mientras que el término ‘alimentario’ significa ‘de la alimentación o de los alimentos’. A partir de lo anterior, se concluyó que el equivalente más adecuado según su significado es ‘alimentario’, ya que un trastorno no alimenta, más bien se relaciona con la alimentación.

En segundo lugar, ahora que se presentan dos posibles equivalentes: ‘trastornos alimentarios’ y ‘trastornos de la conducta alimentaria’, es necesario decidir entre el término más adecuado desde una perspectiva especializada. Según Navarro (2016), el equivalente para *eating disorders* es ‘trastornos de la conducta alimentaria’. Por lo tanto, se decidió utilizar el equivalente ‘trastornos de la conducta alimentaria’, cuya elección corresponde a la técnica de equivalente acuñado que según Hurtado Albir (2013, p. 270) es utilizar un

término o expresión reconocido, ya sea por el diccionario o por el uso lingüístico, como equivalente en la lengua meta.

4.1.2 Conversión de cifras

Como se mencionó en el punto 2.2.5, el texto fuente presenta cifras, la mayoría en porcentajes; sin embargo, también se presentan cifras expresadas en palabras, como se muestra a continuación.

- In a recent national survey, **1 in 8** adolescent females, and **4%** of adolescent males demonstrated eating disorder symptoms. **One-third** of both genders reported binge eating, and more than **50%** engaged in fasting, purging, or excessive exercise to lose weight.

Este ejemplo resultó complejo porque se tuvo que decidir entre mantener las cifras como se plantean en el texto fuente o convertirlas para favorecer la consistencia. Para solucionar el problema, se consultó el DPD, donde se plantea que en textos científicos es más normal utilizar cifras para priorizar la claridad y concisión. También se consultaron textos paralelos y se concluyó que se prefiere el uso de cifras más que de palabras. Por lo tanto, para mantener la consistencia y la claridad, se decidió convertir las cifras, como se presenta a continuación.

- De acuerdo con un estudio realizado recientemente en Estados Unidos, el **13 %** de mujeres adolescentes y el **4 %** de los hombres adolescentes presentaron síntomas de trastornos de la conducta alimentaria. Un **33 %** de ambos sexos declaró recurrir a los atracones y más del **50 %** declaró recurrir al ayuno, las purgas o realizar ejercicio en exceso para adelgazar.

4.2 Problemas lingüísticos

Son problemas relacionados con el código lingüístico, fundamentalmente en el plano léxico y morfosintáctico. Derivan de las diferencias entre las lenguas (Hurtado Albir, 2013, p. 288).

4.2.1 Influencia del inglés en la ortotipografía

Según Claros (2008), debido a la influencia del inglés en los textos científicos, con frecuencia se cometen errores de ortotipografía, que según el DRAE es el conjunto de usos y convenciones particulares por las que se rige en cada lengua la escritura mediante signos

tipográficos. A continuación se menciona un ejemplo de este problema.

4.2.1.1 Mayúsculas y puntuación en las viñetas

En el texto fuente luego de los dos puntos que preceden a las viñetas, se utiliza mayúscula y se finaliza con un punto, como se ejemplifica a continuación.

The Eating Disorder Not Otherwise Specified category is for disorders of eating that do not meet the criteria for any specific eating disorder. Examples include:

- **For females, all of the criteria for anorexia nervosa are met except the individual has regular menses.**
- **All of the criteria for anorexia nervosa are met except that, despite significant weight loss, the individual's current weight is in the normal range.**
- **All of the criteria for bulimia nervosa are met except that the binge-eating and inappropriate compensatory mechanisms occur at a frequency of less than twice a week or for a duration of less than 3 months.**
- **The regular use of inappropriate compensatory behavior by an individual of normal body weight after eating small amounts of food (e.g., self-induced vomiting after the consumption of two cookies).**
- **Repeatedly chewing and spitting out, but not swallowing, large amounts of food.**
- **Binge-eating disorder: recurrent episodes of binge-eating in the absence of the regular use of inappropriate compensatory behaviors characteristic of bulimia nervosa.**

Sin embargo, según lo que establece el DRAE, cuando los dos puntos preceden a una enumeración de carácter explicativo, esta debe comenzar con minúsculas y finalizar con punto. Si se hubiera seguido la regla anterior, la primera viñeta habría comenzado con letra minúscula y finalizado con un punto; lo que no habría presentado mayores problemas. No obstante, según la ortografía española, las viñetas posteriores deberían haber comenzado con letras mayúsculas y terminado con un punto, lo que habría dado como resultado un texto meta visualmente desordenado e informal. Por lo tanto se tuvo que buscar una opción que respetara las reglas ortográficas del español y que además permitiera producir un texto meta ordenado y formal. Finalmente, en consideración del encargo de traducción, se decidió respetar las reglas ortográficas de la lengua española y utilizar minúsculas luego de los dos puntos (:), separar cada viñeta por un punto y coma (;) y finalizar con un punto (.), como se muestra a continuación.

El trastorno de la conducta alimentaria no especificado es aquel que no cumple con los criterios de algún trastorno en específico. En esta categoría se incluyen los siguientes ejemplos:

- se cumplen todos los criterios de anorexia nerviosa en las mujeres. Sin embargo, los periodos menstruales se presentan de manera regular;
- se cumplen todos los criterios de anorexia nerviosa. Sin embargo, a pesar de haber perdido una cantidad de peso considerable, los individuos presentan un peso normal;
- se cumplen todos los criterios de bulimia nerviosa. Sin embargo, los individuos recurren a atracones y a conductas compensatorias inadecuadas menos de dos veces a la semana por un periodo menor a tres meses;
- luego de haber ingerido pequeñas cantidades de alimentos, los individuos con un peso normal recurren con frecuencia a conductas compensatorias inadecuadas (por ejemplo, inducir el vómito luego de haber consumido dos galletas);
- se recurre a la conducta de masticar y escupir de manera reiterada grandes cantidades de alimentos sin haberlos tragado;
- se presenta el trastorno por atracón. Debido a que los individuos no recurren a conductas compensatorias inadecuadas, las cuales caracterizan a la bulimia nerviosa, estos recurren de manera habitual a los atracones.

4.3 Problemas pragmáticos

Son problemas derivados del encargo de traducción, de las características del destinatario y del contexto en que se efectúa la traducción (Hurtado Albir, 2013, p. 288).

4.3.1 Coherencia intratextual

Baker (1992, p. 219) menciona que la coherencia es el resultado de la interacción entre el conocimiento que se presenta en el texto y el conocimiento y la experiencia del lector. Por lo tanto, como plantean Reiss y Vermeer (1996, p. 94) para que un receptor entienda la información de un texto, esta debe tener sentido en sí misma y debe tener sentido con la situación del receptor. A continuación se menciona un ejemplo de este fenómeno.

- In a recent **national** survey, 1 in 8 adolescent females, and 4% of adolescent males demonstrated eating disorder symptoms. One-third of both genders reported binge eating, and more than 50% engaged in fasting, purging, or excessive exercise to lose weight.

Para cumplir con la coherencia intratextual se tuvo que decidir entre mantener la información del texto fuente: *national* o modificarla. Si se hubiera mantenido la información, la traducción habría sido ‘a nivel nacional’; sin embargo, considerando los receptores del texto, la traducción anteriormente mencionada no habría tenido sentido para ellos, ya que se entiende que el estudio se realizó en Chile, lo que habría sido una interpretación errónea del mensaje. Por lo tanto, para evitar la malinterpretación, se decidió utilizar la técnica de equivalencia, que según Vinay y Darbelnet (1958, en Hurtado Albir

2013, p. 258), corresponde a dar cuenta de una misma situación empleando una redacción distinta, y cambiar *national* por el país en cuestión: Estados Unidos, como se muestra a continuación.

- De acuerdo con un estudio realizado recientemente en **Estados Unidos**, el 13 % de mujeres adolescentes y el 4 % de los hombres adolescentes presentaron síntomas de trastornos de la conducta alimentaria. Un 33 % de ambos sexos declaró recurrir a los atracones y más del 50 % declaró recurrir al ayuno, las purgas o realizar ejercicio en exceso para adelgazar.

4.4 Problemas textuales

Son problemas relacionados con cuestiones de coherencia, progresión temática, cohesión y estilo (Hurtado Albir, 2013, p. 288).

4.4.1 Paralelismo en las viñetas

El paralelismo en las viñetas fue difícil de conseguir por dos motivos: debido al uso de la voz pasiva ‘ser’ o ‘estar’, que como se menciona en el punto 2.2.7 es una característica de los textos científicos, y también debido a la desorganización en las viñetas, ya que no siguen una misma estructura en la redacción; algunas comienzan con sustantivos, otras con una combinación de adverbio+gerundio y otras con una combinación de adjetivo+sustantivo, como se ejemplifica a continuación.

- **For females**, all of the criteria for anorexia nervosa **are met** except the individual has regular menses.
- **All of the criteria** for anorexia nervosa **are met** except that, despite significant weight loss, the individual's current weight is in the normal range.
- **All of the criteria** for bulimia nervosa **are met** except that the binge-eating and inappropriate compensatory mechanisms occur at a frequency of less than twice a week or for a duration of less than 3 months.
- **The regular use** of inappropriate compensatory behavior by an individual of normal body weight after eating small amounts of food (e.g., self-induced vomiting after the consumption of two cookies).
- **Repeatedly chewing and spitting out**, but not swallowing, large amounts of food.
- **Binge-eating disorder**: recurrent episodes of binge-eating in the absence of the regular use of inappropriate compensatory behaviors characteristic of bulimia nervosa.

Por un lado, para resolver el problema de la voz pasiva con ‘ser’ o ‘estar’, se tuvo que recurrir al uso de la pasiva refleja con ‘se’, lo que es más común en español (Amador Domínguez, 2007) y correspondió a la técnica de modulación, que según Hurtado Albir (2013, p. 270), es cambiar el punto de vista, el enfoque o la categoría de pensamiento. Por otro lado, para resolver el problema de desorganización en la estructura de las viñetas, se recurrió a la técnica de amplificación, que según Hurtado Albir (2013, p. 269), corresponde

a introducir precisiones no formuladas en el texto original, como paráfrasis explicativas, tal como se ejemplifica a continuación.

- **se** cumplen todos los criterios de anorexia nerviosa en las mujeres. Sin embargo, los periodos menstruales se presentan de manera regular;
- **se** cumplen todos los criterios de anorexia nerviosa. Sin embargo, a pesar de haber perdido una cantidad de peso considerable, los individuos presentan un peso normal;
- **se** cumplen todos los criterios de bulimia nerviosa. Sin embargo, los individuos recurren a atracones y a conductas compensatorias inadecuadas menos de dos veces a la semana por un periodo menor a tres meses;
- luego de haber ingerido pequeñas cantidades de alimentos, los individuos con un peso normal recurren con frecuencia a conductas compensatorias inadecuadas (por ejemplo, inducir el vómito luego de haber consumido dos galletas);
- **se recurre a la conducta de** masticar y escupir de manera reiterada grandes cantidades de alimentos sin haberlos tragado;
- **se presenta el** trastorno por atracón. Debido a que los individuos no recurren a conductas compensatorias inadecuadas, las cuales caracterizan a la bulimia nerviosa, estos recurren de manera habitual a los atracones.

Conclusión

Este proyecto sirvió para comprobar la importancia del proceso de traducción. Cuando un traductor decide realizar un proyecto de traducción, debe seguir todas las etapas, entre las que se destacan las siguientes: (1) lectura del texto fuente y análisis de las características externas e internas; (2) documentación sobre el tema, la terminología y sobre las normas lingüísticas de las lenguas fuente y meta, pero principalmente de la lengua meta y (3) resolución de problemas de traducción. El traductor debe ser capaz de resolver todos los problemas o dificultades que se presenten durante el proceso de traducción.

Por otro lado, también este proyecto sirvió para reafirmar la importancia de la traducción técnico-científica, cuyo objetivo principal es traspasar conocimiento a la sociedad y todo aquel que esté interesado o que necesite entender sobre un tema.

Palabras texto fuente: 2987

Palabras comentario: 3013

Total palabras: 6000

Bibliografía

Aguilar Ruiz, M. J. (2013). Las normas ortográficas y ortotipográficas de la nueva Ortografía de la lengua española (2010) aplicadas a las publicaciones biomédicas en español: una visión de conjunto. En *Panacea*, 14 (37): 101-120. Recuperado de: <http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n37-tribuna-MJAguilarRuiz.pdf>

Amador Domínguez, N. (2007). Diez errores usuales en la traducción de artículos científicos. En *Panacea*, 8 (26), 121-123. Recuperado de: http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n26_revistilo-Dominguez.pdf

Baker, Mona. (1992). *In other words: a coursebook on translation*. Londres: Routledge.

Ciapuscio, G. y Kuguel, I. (2002). Hacia una tipología del discurso especializado: aspectos teóricos y aplicados. En *Terminología, texto y traducción*, 37-73. Recuperado de: <http://media.utp.edu.co/referencias-bibliograficas/uploads/referencias/capitulo/355-hacia-una-tipologia-del-discurso-especializado-aspectos-teoricos-y-aplicadospdf-Veuzj-articulo.pdf>

Claros, G. (2006). Consejos básicos para mejorar las traducciones de textos científicos del inglés al español (I). En *Panacea*, 7 (23): 89-94. Recuperado de: http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n23_tribuna_Claros.pdf

Claros, G. (2008). Un poco de estilo en la traducción científica: aquello que quieres conocer pero no sabes dónde encontrarlo. En *Panacea*, 9 (28): 145-158. Recuperado de: http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n28_revistilo-claros.pdf

Diccionario de la Real Academia Española (2016). Recuperado de: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>

Diccionario panhispánico de dudas (2016). Recuperado de: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/dpd>

Gonzalo García, C. y García Yebra, V. (2004). *Manual de documentación y terminología para la traducción especializada*. Madrid : Arco Libros SL.

Hurtado, Albir. (2013). *Traducción y traductología: introducción a la traductología*. Madrid: Cátedra

Martínez de Sousa, J. (2003). Los anglicismos ortotipográficos en la traducción. En *Panacea*, 4 (11): 1-5. Recuperado de: <http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n11-editorialsousa.pdf>

Montalt Resurrecció, V. y González Davies, M. (2007). *Medical Translation Step by Step: Learning by Drafting*. Manchester: St. Jerome.

Mossop, Brian. (2010). *Revising and editing for translators*. Manchester: St. Jerome.

Munday, Jeremy. (2012). *Introducing translation studies. Theories and applications*. London and New York: Routledge.

Cosnautas (2016). *Diccionario de dudas y dificultades de traducción del inglés médico*. Recuperado de: <http://www.cosnautas.com/>

Reiss, K y Vermeer, H. (1996). *Fundamentos para una teoría funcional de la traducción*. Madrid: Akal

Anexos

Anexo 1

Encargo de traducción

Un docente universitario solicitó la traducción desde el inglés al español de un fragmento del capítulo 12 titulado *Eating Disorders* del libro *Guidelines for Adolescent Nutrition Services*. El fragmento tiene un total de 2987 palabras.

La función del texto fuente es informar acerca de los trastornos de la conducta alimentaria y debido a que el contexto en el que se utilizará el texto fuente es pedagógico, su función también es informar. El medio del texto meta es el escrito, igual que el del texto fuente.

En cuanto a la terminología, el cliente no facilitó ningún glosario o memoria de traducción para el proceso terminológico, por lo tanto, la terminología se basará en la investigación y documentación que realice el traductor. También, es necesario considerar la frecuencia de uso de los términos al momento de seleccionar el equivalente.

Por otro lado, en cuanto a la diagramación del texto, es necesario mantener la misma diagramación que presenta el texto fuente, es decir, mantener los cuadros y las viñetas; sin embargo, no es necesario mantener los encabezados, pies de página ni las referencias en formas de números que presenta el texto fuente.

En cuanto al formato, el texto fuente tiene formato .pdf; sin embargo, no es necesario mantener el mismo formato en el texto meta.

Finalmente, la fecha de entrega de la traducción es el día 20 de junio de 2016.

Anexo 2

Sitios online y textos paralelos

Asociación contra la anorexia y la bulimia (s, f). *¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria?* Recuperado de: <http://www.acab.org/es/documentacion/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria>

Centro de atención a los trastornos alimentarios (CATA) (s, f). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Recuperado de: <http://centrocata.com/tratamiento-tca-trastornos-conducta-alimentaria/>

Centro mente y salud (s, f). *Anorexia-bulimia-atracones*. Recuperado de: <http://www.menteysalud.cl/trastalimentarios.php>

Clínica las Condes (s, f). *Unidad de trastornos de la conducta alimentaria*. Recuperado de: <http://www.clc.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Centros/Centro-de-Nutricion/Trastornos-de-la-conducta-alimentaria/Quienes-somos.aspx>

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (2009). *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria*. Recuperado de: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alim_compl_\(4_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alim_compl_(4_jun).pdf)

Detección e intervención en trastornos de la conducta alimentaria (DITCA) (2016). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Recuperado de: http://www.ditca.net/ditca/general/trastornos_conductaES.asp?idM=1

Diagnóstico (2003). *A propósito de los trastornos de la conducta alimentaria*. Recuperado de: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/mayjun03/editorial.html>

Diagnóstico (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes*. Recuperado de: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/mayjun03/17-22.html>

Fundación imagen y autoestima (2013). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Recuperado de: <http://www.f-ima.org/es/trastornos-relacionados>

Gaete, M. V., López, C. y Matamala, M. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. Parte I. Epidemiología, clasificación y evaluación inicial. En *Revista médica Clínica las Condes*, 23(5), 579-591. Recuperado de: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/5%20sept/7_Dra--Maria-Veronica-Gaete-P.-17.pdf

López, C y Janet, T. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes:

descripción y manejo. En *Revista médica Clínica las Condes*, 22 (1), 85-97. Recuperado de:

http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/10_PS_Lopez-12.pdf

Psicomed (s, f). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Recuperado de: <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv12.html>

Urrutia, M. T., Cazenave, A., Badillo, H. Y Fajardo, O. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. En *Revista Horizonte*, 19 (1), 13-21. Doi: 10.7764/Horiz_Enferm.19.1.13

Anexo 3

Artículos y guías de estilo

Aguilar Ruiz, M. J. (2013). Las normas ortográficas y ortotipográficas de la nueva Ortografía de la lengua española (2010) aplicadas a las publicaciones biomédicas en español: una visión de conjunto. En *Panacea*, 14 (37): 101-120. Recuperado de: <http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n37-tribuna-MJAguilarRuiz.pdf>

Amador Domínguez, N. (2007). Diez errores usuales en la traducción de artículos científicos. En *Panacea*, 8 (26), 121-123. Recuperado de: http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n26_revistilo-Dominguez.pdf

Claros, G. (2006). Consejos básicos para mejorar las traducciones de textos científicos del inglés al español (I). En *Panacea*, 7 (23): 89-94. Recuperado de: http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n23_tribuna_Claros.pdf

Claros, G. (2008). Un poco de estilo en la traducción científica: aquello que quieres conocer pero no sabes dónde encontrarlo. En *Panacea*, 9 (28): 145-158. Recuperado de: http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n28_revistilo-claros.pdf

Martínez de Sousa, J. (2003). Los anglicismos ortotipográficos en la traducción. En *Panacea*, 4 (11): 1-5. Recuperado de: <http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n11-editorialsousa.pdf>

Anexo 4

Glosario

Término en inglés	Definición en inglés	Fuente	Equivalente en español
Amenorrhea	Abnormal absence or suppression of menstruation.	Medical dictionary: MedlinePlus (2016). Recuperado de: http://c.merriam-webster.com/medlineplus/amenorrhea	Amenorrea
American Psychiatric Association	Organization of psychiatrists working together to ensure humane care and effective treatment for all persons with mental illness, including substance use disorders.	American Psychiatric Association (2016). Recuperado de: https://www.psychiatry.org/about-apa/vision-mission-values-goals	Asociación Estadounidense de Psiquiatría
Anxiety disorder	Any of various disorders (as panic disorder, obsessive-compulsive disorder, a phobia, or generalized anxiety disorder) in which anxiety is a predominant feature.	Medical dictionary: MedlinePlus (2016). Recuperado de: http://c.merriam-webster.com/medlineplus/anxiety%20disorder	Trastorno de ansiedad
Binge-eating	Uncontrolled compulsive eating especially as a symptom of bulimia or binge eating disorder.	Medical dictionary: MedlinePlus (2016). Recuperado de: http://c.merriam-webster.com/medlineplus/binge-eating	Atracón
Binge-eating disorder	Eating disorder characterized by recurring episodes of binge eating accompanied by a sense of lack of control and often negative feelings about oneself but without intervening periods of compensatory behavior (as self-induced vomiting, purging by laxatives, fasting,	Medical dictionary: MedlinePlus (2016). Recuperado de: http://c.merriam-webster.com/medlineplus/binge-eating	Trastorno por atracón

	or prolonged exercise).		
Body image	Subjective picture of one's own physical appearance established both by self-observation and by noting the reactions of others.	Medical dictionary: MedlinePlus (2016). Recuperado de: http://c.merriam-webster.com/medlineplus/body%20image	Imagen corporal
Body weight	Mass or quantity of heaviness of an individual. It is expressed by units of pounds or kilograms.	MeSH (s, f). Recuperado de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68001835	Peso corporal
Bulimia nervosa	Eating disorder characterized by binge eating followed by measures to purge the body of the excess calories.	Glossary of psychological terms (2016). Recuperado de: http://www.apa.org/research/action/glossary.aspx?tab=2	Bulimia nerviosa
Compensatory behavior	Behavior meant to compensate or "un-do" eating.	F.E.A.S.T.'s Eating Disorders Glossary (s, f). Recuperado de: http://glossary.feast-ed.org/types-of-eating-disorders-and-disordered-eating/compensatory-behaviors	Conducta compensatoria
Depression	Act of depressing or a state of being depressed: as (1): a state of feeling sad (2): a mood disorder marked especially by sadness, inactivity, difficulty with thinking and concentration, a significant increase or decrease in appetite and time spent sleeping, feelings of dejection and hopelessness, and sometimes suicidal thoughts or an attempt to commit suicide.	Medical dictionary: MedlinePlus (2016). Recuperado de: http://c.merriam-webster.com/medlineplus/depression	Depresión
Diagnostical and statistical manual of mental disorders	Standard classification of mental disorders used by mental health professionals in the United States.	American Psychiatric Association (2016). Recuperado de: https://www.psychiatry.org/psychia	Manual diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales

		trists/practice/dsm	
Diuretic	Agent that increases the excretion of urine.	Medical dictionary: MedlinePlus (2016). Recuperado de: http://c.merriam-webster.com/medlineplus/diuretic	Diurético
Eating behavior	Behavioral responses or sequences associated with eating including modes of feeding, rhythmic patterns of eating, and time intervals.	Online Medical dictionary (2013). Recuperado de: http://www.online-medical-dictionary.org/definitions-e/eating-behaviors.html	Conducta alimentaria
Eating disorder	Any of several psychological disorders (as anorexia nervosa or bulimia) characterized by serious disturbances of eating behavior.	Medical dictionary: MedlinePlus (2016). Recuperado de: http://c.merriam-webster.com/medlineplus/eating%20disorder	Trastorno de la conducta alimentaria
Eating disorder not otherwise specified	Eating disorder classification for individuals who don't meet the DSM-IV-TR criteria for anorexia nervosa or bulimia nervosa yet display severe eating disordered symptoms.	F.E.A.S.T.'s Eating Disorders Glossary (s, f). Recuperado de: http://glossary.feast-ed.org/types-of-eating-disorders-and-disordered-eating/eating-disorder-not-otherwise-specified-ednos-	Trastorno de la conducta alimentaria no especificado
Eating habit	The way a person or group eats, considered in terms of what types of food are eaten, in what quantities and when.	Collins dictionary (2016). Recuperado de: http://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/eating-habits	Hábito alimentario
Enema	Injection of liquid into the intestine by way of the anus (as for cleansing or examination).	Medical dictionary: MedlinePlus (2016). Recuperado de: http://c.merriam-webster.com/medlineplus/enema	Enema
Energy intake	Total number of calories taken in daily whether ingested or by parenteral routes.	MeSH (s, f). Recuperado de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/	Ingesta calórica

		?term=energy+intake	
Fasting		Medical dictionary: MedlinePlus (2016). Recuperado de: http://c.merriam-webster.com/medlineplus/fasting Recuperado de: http://c.merriam-webster.com/medlineplus/fasting	Ayunar
Female athletic triad	Combination of three conditions in female athletes: disordered eating, amenorrhea, and osteoporosis.	F.E.A.S.T.'s Eating Disorders Glossary (s, f). Recuperado de: http://glossary.feast-ed.org/types-of-eating-disorders-and-disordered-eating/female-athlete-triad	Tríada de la mujer deportista
Laxative	Agents that produce a soft formed stool, and relax and loosen the bowels, typically used over a protracted period, to relieve constipation.	Online Medical Dictionary (2013). Recuperado de: http://www.online-medical-dictionary.org/definitions-laxatives.html	Laxante
Malnutrition	Faulty nutrition due to inadequate or unbalanced intake of nutrients or their impaired assimilation or utilization.	Medical dictionary: MedlinePlus (2016). Recuperado de: http://c.merriam-webster.com/medlineplus/malnutrition	Desnutrición
Overweight	Weighing in excess of the normal for one's age, height, and build.	Medical dictionary: MedlinePlus (2016). Recuperado de: http://c.merriam-webster.com/medlineplus/overweight	Sobrepeso
Self-mutilation	Injury or disfigurement of oneself.	Medical dictionary: MedlinePlus (2016). Recuperado de: http://c.merriam-webster.com/medlineplus/self-mutilation	Automutilación

Starvation	Lengthy and continuous deprivation of food.	Online Medical dictionary (2013). Recuperado de: http://www.online-medical-dictionary.org/definitions/starvation.html	Inanición
Subclinical	Not detectable or producing effects that are not detectable by the usual clinical tests.	Medical dictionary: MedlinePlus (2016). Recuperado de: http://c.merriam-webster.com/medlineplus/subclinical	Asintomático
Substance abuse	Excessive use of a substance, especially alcohol or a drug.	MedicineNet (2016). Recuperado de: http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=24405	Drogadicción
Syndrome	Group of signs and symptoms that occur together and characterize a particular abnormality.	Medical dictionary: MedlinePlus (2016). Recuperado de: http://c.merriam-webster.com/medlineplus/syndrome	Síndrome
To purge	To cause evacuation from or of the bowels.	Medical dictionary: MedlinePlus (2016). Recuperado de: http://c.merriam-webster.com/medlineplus/purge	Purgar
Underweight	Weighing less than the normal amount for one's age, height, and build.	Medical dictionary: MedlinePlus (2016) Recuperado de: http://c.merriam-webster.com/medlineplus/underweight	Delgadez