

**UNIVERSIDAD DE CANTABRIA
FACULTAD DE MEDICINA**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y PSIQUIATRÍA



**ESTUDIO CONTROLADO DE FACTORES DE RIESGO Y VARIABLES
CLÍNICAS ASOCIADAS AL DESARROLLO DE UN TRASTORNO DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA MUESTRA DE PRIMEROS EPISODIOS
DE LA COMUNIDAD DE CANTABRIA.**

Doctorando:

Jana González Gómez

Facultativo Especialista de Área de Psiquiatría

Director:

Andrés Gómez Del Barrio

Profesor Asociado de Psiquiatría

Facultativo Especialista de Área de Psiquiatría

Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Universidad de Cantabria

Palabras Clave:

TCA; Anorexia nerviosa; Bulimia nerviosa; TCANE;

Epidemiología; Riesgo; Cantabria.



Facultad de Medicina

Departamento de Medicina y Psiquiatría

Edificio Escuela de Enfermería

Avda. Valdecilla s/n

39008 Santander

D. José Andrés Gómez del Barrio, Doctor en Medicina y Cirugía,
Profesor Asociado de Psiquiatría de la Universidad de Cantabria.

HAGO CONSTAR:

Que **Doña Jana González Gómez**,

ha desarrollado bajo mi dirección el trabajo titulado:

“Estudio controlado de factores de riesgo y variables clínicas asociadas al desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria en una muestra de primeros episodios en la comunidad de Cantabria”.

Que reúne las características de originalidad y calidad científica como para ser presentado para optar al grado de DOCTOR.

Para que conste y surta los efectos oportunos, firmo y certifico en Santander, 25 de Enero de 2016.

FDO. DR. José Andrés Gómez del Barrio.

Agradecimientos

Quiero agradecer...

A todo el personal de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria que ha participado en las diferentes fases del estudio DETECTA por su trabajo y apoyo. A cada una de las auxiliares y enfermeras que han estado ahí y muy especialmente a Encarna, por su disposición y por el afecto mostrado en todo momento.

A todos los voluntarios que de manera desinteresada han hecho posible este trabajo, gracias por vuestro tiempo y solidaridad.

A mi compañera y amiga Laura Carral, por haberme motivado, respetado, apoyado y ayudado desde el principio en todos mis proyectos.

A mi grupo de compañeras y hoy colegas de la facultad por ser sobretodo amigas. Especialmente a tí Elenita.

A las personas que a las que quiero de forma incondicional. A mi familia, a mi padre y a mi hermano Ángel, a María y por su puesto a mi madre, por todo lo que me han ayudado para seguir adelante.

A mis amigos que han estado ahí cada vez que los he necesitado, participando de forma activa en este proyecto gracias en especial a Natalia, a Jorge ,a Pedro, a Braulio y a todas las Greatest.

A ti que me diste el empujón definitivo, gracias Iker.

A mi director Andres por darme la oportunidad,por ofrecerme tu ayuda inestimable, por estar a mi lado como jefe, compañero, tutor y amigo.

A tod@s vosotr@s, GRACIAS !

Fuentes de financiación:

El estudio DETECTA ha sido realizado gracias a la ayuda del Instituto de formación e investigación Marques de Valdecilla. (IDIVAL)

- Contrato de ayuda para investigación Wenceslao López concedida por el Instituto de Investigación y Formación Marqués de Valdecilla (IFIMAV). Octubre de 2013 - Octubre 2013. Cantidad: 36.000 €.

- Beca” Fin de Residencia” concedida por la fundación para la investigación Marqués de Valdecilla (IFIMAV) para la realización de un proyecto de investigación. : "Estudio controlado y prospectivo de los primeros episodios de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria."(BFR 01/10) Periodo julio 2010- Junio 2012. Cantidad: 20.000 €.

El presente trabajo ha recibido los siguientes premios:

- Segundo premio a la mejor comunicación oral. IX Congreso nacional AEETCA. Burgos. Mayo 2011. Influencia de las complicaciones obstétricas y los antecedentes psiquiátricos maternos como factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria.

Índice del trabajo

| | |
|---|-----------|
| Agradecimientos..... | v |
| Fuentes de financiación:..... | vi |
| Índice del trabajo | viii |
| Índice de tablas | xi |
| Índice de figuras | xvi |
| Listado de abreviaturas | xx |
| PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO..... | 23 |
| 1. <i>ANTECEDENTES</i> | 25 |
| 2. <i>DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS TCA</i> | 29 |
| 3. <i>EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TCA</i> | 45 |
| 4. <i>CURSO</i> | 53 |
| 5. <i>ETIOPATOGENIA DE LOS TCA</i> | 59 |
| 5.1. Factores de tipo individual..... | 64 |
| 5.1.1. Factores biológicos y genéticos..... | 64 |
| 5.1.2. Factores psicológicos..... | 74 |
| 5.1.3. Factores conductuales..... | 79 |
| 5.2. Factores ambientales y socioculturales..... | 84 |
| 5.3. Factores familiares..... | 86 |
| 6. <i>PROGRAMA DETECTA</i> | 93 |

| | |
|---|-----|
| SEGUNDA PARTE: MARCO EMPÍRICO | 97 |
| 1. <i>JUSTIFICACIÓN Y ESTADO DE LA CUESTIÓN</i> | 99 |
| 2. <i>HIPÓTESIS Y OBJETIVOS GENERALES</i> | 107 |
| 2.1. Hipótesis de Trabajo..... | 109 |
| 2.2. Objetivos del trabajo..... | 111 |
| 3. <i>MÉTODO</i> | 115 |
| 3.1. Diseño de la investigación. | 117 |
| 3.2. Sujetos del estudio. | 118 |
| 3.3. Área de estudio..... | 127 |
| 3.4. Material e instrumentos utilizados..... | 129 |
| 3.5. Procedimiento estadístico..... | 145 |
| 3.6. Consideraciones éticas:..... | 149 |
| 4. <i>RESULTADOS</i> | 151 |
| 4.1. Análisis de las características clínicas de la muestra. | 154 |
| 4.1.1. Características biológicas..... | 154 |
| 4.1.2. Características psicológicas. | 157 |
| 4.1.3. Características conductuales. | 168 |
| 4.2. Análisis de factores de riesgo. | 171 |
| 4.2.1 Análisis de factores de riesgo individuales. | 172 |
| 4.2.1.1 Factores biológicos. | 172 |
| 4.2.1.2 Factores psicológicos. | 183 |
| 4.2.1.3 Factores conductuales..... | 192 |
| 4.2.2 Análisis de factores de riesgo ambientales. | 212 |
| 4.2.3 Análisis de factores de riesgo familiares. | 217 |
| 5 <i>DISCUSIÓN</i> | 235 |
| 5.1. Sumario de los hallazgos más relevantes. | 237 |
| 5.1.1. Análisis de características clínicas de la muestra..... | 237 |
| 5.1.2. Análisis de factores de riesgo individuales. | 242 |
| 5.1.3. Análisis de factores de riesgo ambientales..... | 259 |

| | |
|---|-----|
| 5.1.4. Análisis de factores de riesgo familiares. | 262 |
| 5.2. Discusión según los objetivos: | 267 |
| 5.3. Limitaciones y puntos fuertes del estudio. | 271 |
| 5.4. Implicaciones clínicas. | 274 |
| 5.5. Líneas de investigación futuras..... | 276 |
| 6 <i>CONCLUSIONES</i> | 279 |
| 7 <i>REFERENCIAS</i> | 287 |
| 8 <i>ANEXOS</i> | 301 |
| 8.1 Anexo A. Formularios entrevista y pruebas autoadministradas. | 302 |
| 8.2 Anexo B. Formularios de pruebas autoadministradas..... | 323 |
| 8.3 Anexo C. Consentimientos y aprobación del comité de ética..... | 347 |

Índice de tablas

| | |
|---|------------|
| <i>Tabla 1. Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria.....</i> | <i>32</i> |
| <i>Tabla 2. Criterios DSM-IV-TR para AN.</i> | <i>33</i> |
| <i>Tabla 3. Criterios CIE-10 para AN.</i> | <i>34</i> |
| <i>Tabla 4. Criterios DSM-IV-TR para BN.</i> | <i>36</i> |
| <i>Tabla 5. Criterios CIE-10 para BN.</i> | <i>37</i> |
| <i>Tabla 6. Criterios DSM-5 para trastorno por atracón.</i> | <i>40</i> |
| <i>Tabla 7. Factores asociados al desarrollo de los TCA.</i> | <i>63</i> |
| <i>Tabla 8. Casos excluidos por no cumplir criterios de selección.</i> | <i>121</i> |
| <i>Tabla 9. Distribución de la muestra de pacientes por grupos diagnósticos.....</i> | <i>124</i> |
| <i>Tabla 10. Resumen de material utilizado.</i> | <i>129</i> |
| <i>Tabla 11. Características clínicas y factores de riesgo e instrumentos.....</i> | <i>144</i> |
| <i>Tabla 12. Descriptivos de la edad por grupos. n (%)</i> | <i>155</i> |
| <i>Tabla 13. Descripción de las variables antropométricas por grupos.....</i> | <i>156</i> |
| <i>Tabla 14. Descriptivos y estadísticos de contraste de las puntuaciones del EAT en los diferentes grupos diagnósticos.</i> | <i>158</i> |
| <i>Tabla 15. Descriptivos y estadísticos de contraste de las puntuaciones de las variables del EDI-II en pacientes y controles.</i> | <i>160</i> |
| <i>Tabla 16. Descriptivos y estadísticos de contraste de las puntuaciones de las variables del EDI-II comparando grupo AN y el grupo BN.</i> | <i>160</i> |

| | |
|---|------------|
| <i>Tabla 17. Descriptivos y estadísticos de contraste de las puntuaciones del RSE entre pacientes y controles.....</i> | <i>162</i> |
| <i>Tabla 18. Descriptivos y estadísticos de contraste de las puntuaciones del RSE mediante comparaciones múltiples entre grupos diagnósticos. (Scheffé).....</i> | <i>162</i> |
| <i>Tabla 19. Descriptivos y estadísticos de contraste de las puntuaciones de las variables del STAI en pacientes y controles.....</i> | <i>163</i> |
| <i>Tabla 20. Descriptivos y estadísticos de contraste de las puntuaciones de las variables del STAI y comparativas múltiples de los tres grupos (Scheffé)</i> | <i>164</i> |
| <i>Tabla 21. Descriptivos y estadísticos de contraste del OCI-R.....</i> | <i>165</i> |
| <i>Tabla 22. Descriptivos y estadísticos de contraste de las puntuaciones del OCI-R y comparaciones múltiples entre grupos diagnósticos. (Scheffé).....</i> | <i>166</i> |
| <i>Tabla 23. Descriptivos y estadísticos de de la puntuación del BDI-II comparando pacientes y controles.....</i> | <i>167</i> |
| <i>Tabla 24. Descriptivos y estadísticos de contraste de las puntuaciones de la variable del BDI-II en pacientes y controles.</i> | <i>168</i> |
| <i>Tabla 25. Descriptivos y estadísticos de contraste de las calificaciones.....</i> | <i>171</i> |
| <i>Tabla 26. Descriptivos y estadísticos de contraste de la variable peso del recién nacido en pacientes y controles.</i> | <i>173</i> |
| <i>Tabla 27. Descriptivos y estadísticos de contraste de la variable edad de los progenitores al nacer en pacientes y controles.</i> | <i>173</i> |
| <i>Tabla 28. Descriptivos y estadísticos de contraste de las complicaciones obstétricas y del parto en pacientes y controles.....</i> | <i>176</i> |
| <i>Tabla 29. Descriptivos y estadísticos de contraste de la variable “problemas de desarrollo” en pacientes y controles. n (%).</i> | <i>179</i> |
| <i>Tabla 30. Descriptivos y estadísticos de contraste de “obesidad infantil”.</i> | <i>179</i> |

| | |
|--|------------|
| <i>Tabla 31. Descriptivos de la edad de la menarquia por grupos.</i> | <i>180</i> |
| <i>Tabla 32. Descriptivos y estadísticos de contraste de la variable agrupada edad de inicio de la pubertad por grupos. n (%).</i> | <i>182</i> |
| <i>Tabla 33. Descriptivos y estadísticos de contraste de la variable antecedentes orgánicos previas. n (%).</i> | <i>182</i> |
| <i>Tabla 34. Descriptivos y estadísticos de contraste de “Antecedentes psicopatológicos”</i> | <i>183</i> |
| <i>Tabla 35. Descriptivos y estadísticos de contraste de la variable “intento autolítico previo” en pacientes y controles. n (%).</i> | <i>185</i> |
| <i>Tabla 36. Descriptivos y estadísticos de contraste de la variable “autolesiones previas” en pacientes y controles. n (%).</i> | <i>186</i> |
| <i>Tabla 37. Descriptivos y estadísticos de contraste de las subescalas del TCI-R en pacientes y controles.</i> | <i>187</i> |
| <i>Tabla 38. Descriptivos y estadísticos de contraste de las variables del OCI-R y comparaciones múltiples de scheffé.</i> | <i>189</i> |
| <i>Tabla 39. Descriptivos y estadísticos de contraste de la autoconfianza en pacientes y controles.</i> | <i>191</i> |
| <i>Tabla 40. Descriptivos y estadísticos de contraste para las variables relacionadas con los hábitos alimentarios previos a la enfermedad.</i> | <i>192</i> |
| <i>Tabla 41. Descriptivos y estadísticos de contraste para la práctica deportiva.</i> | <i>196</i> |
| <i>Tabla 42. Descriptivos y estadísticos de contraste de las conductas impulsivas en pacientes y controles.</i> | <i>198</i> |
| <i>Tabla 43. Descriptivos y estadísticos de contraste para el consumo de tóxicos legales en pacientes y controles.</i> | <i>200</i> |

| | |
|--|------------|
| <i>Tabla 44. Descriptivos y estadísticos de contraste para variable “consumo de tabaco como medida de control de peso” en pacientes y controles. n (%)</i> | <i>200</i> |
| <i>Tabla 45. Descriptivos y estadísticos de contraste para la el consumo de drogas ilegales en pacientes y controles.....</i> | <i>202</i> |
| <i>Tabla 46. Descriptivos y estadísticos de contraste para el consumo de otras sustancias en pacientes y controles.....</i> | <i>203</i> |
| <i>Tabla 47. Descriptivos y estadísticos de contraste para el consumo de otras sustancias en pacientes y controles.....</i> | <i>205</i> |
| <i>Tabla 48. Descriptivos y estadísticos de contraste para las variables que describen los acontecimientos vitales estresantes.....</i> | <i>206</i> |
| <i>Tabla 49. Descriptivos y estadísticos de contraste de la acumulación de acontecimientos vitales estresantes (AVE) en pacientes y controles.....</i> | <i>207</i> |
| <i>Tabla 50. Descriptivos y estadísticos de contraste de problemas vitales.....</i> | <i>210</i> |
| <i>Tabla 51. Descriptivos y estadísticos de contraste de la clase social.....</i> | <i>212</i> |
| <i>Tabla 52. Descriptivos y estadísticos de contraste de presión social percibida.....</i> | <i>214</i> |
| <i>Tabla 53. Descriptivos y estadísticos de contraste las variables que evalúan los comentarios recibidos en pacientes y controles.....</i> | <i>215</i> |
| <i>Tabla 54. Descriptivos y estadísticos de contraste de factores familiares en pacientes y controles.....</i> | <i>219</i> |
| <i>Tabla 55. Descriptivos y estadísticos de contraste del nivel de estudio de los progenitores en pacientes y controles.....</i> | <i>221</i> |
| <i>Tabla 56. Descriptivos y estadísticos de contraste de antecedentes familiares de psicopatología en pacientes y controles.....</i> | <i>223</i> |
| <i>Tabla 57. Descriptivos y estadísticos de contraste de los hábitos dietéticos y deportivos de los padres.....</i> | <i>225</i> |

| | |
|---|------------|
| <i>Tabla 58. Descriptivos y estadísticos de contraste de la variable criticismo por parte de los progenitores en pacientes y controles.</i> | <i>227</i> |
| <i>Tabla 59. Descriptivos y estadísticos de contraste de las variables cuidado y sobreprotección medidas mediante el PBI referentes a ambos progenitores. .</i> | <i>229</i> |
| <i>Tabla 60. Descriptivos y estadísticos de contraste de las variables del PBI cuidado y sobreprotección referidas a ambos progenitores en los distintos grupos y comparados entre sí. (Comparaciones múltiples scheffé).....</i> | <i>231</i> |
| <i>Tabla 61. Factores biológicos que resultaron significativos.</i> | <i>242</i> |
| <i>Tabla 62. Factores psicológicos que resultaron significativos.....</i> | <i>245</i> |
| <i>Tabla 63. Factores conductuales que resultaron significativos.</i> | <i>251</i> |
| <i>Tabla 64. Factores de riesgo ambientales significativos.</i> | <i>260</i> |
| <i>Tabla 65. Factores de riesgo familiar significativos.....</i> | <i>262</i> |

Índice de figuras

| | |
|--|-----|
| <i>Figura 1. Distribución actual de los diagnósticos de TCA acorde con DSM-IV-TR y flujo diagnóstico (APA 2000).</i> | 41 |
| <i>Figura 2. Definición de casos.</i> | 118 |
| <i>Figura 3. Derivaciones I.</i> | 119 |
| <i>Figura 4. Derivaciones II.</i> | 119 |
| <i>Figura 5. Diagrama de flujo.</i> | 122 |
| <i>Figura 6. Distribución sexo masculino pareada por edad.</i> | 125 |
| <i>Figura 7. Distribución sexo femenino pareada por edad.</i> | 125 |
| <i>Figura 8. Mapa sanitario de Cantabria.</i> | 128 |
| <i>Figura 9. Derivaciones por área de salud mental.</i> | 128 |
| <i>Figura 10. Población muestral agrupada en tres grupos diagnósticos.</i> | 153 |
| <i>Figura 11. Representación gráfica del sexo por grupos.</i> | 154 |
| <i>Figura 12. Representación de las patologías comórbidas en pacientes.</i> | 158 |
| <i>Figura 13. Representación gráfica de la puntuación del EAT por grupos.</i> | 159 |
| <i>Figura 14. Representación gráfica de las puntuaciones del EDI-II por grupos.</i> | 161 |
| <i>Figura 15. Representación gráfica de la puntuación del RSE por grupos.</i> | 162 |
| <i>Figura 16. Representación de la puntuación del STAI por grupos.</i> | 164 |
| <i>Figura 17. Representación gráfica de la puntuación del OCI-R por grupos.</i> | 167 |
| <i>Figura 18. Representación gráfica de la puntuación del BDI-II por grupos.</i> | 168 |
| <i>Figura 19. Representación gráfica del estado civil por grupos.</i> | 169 |

| | |
|--|------------|
| <i>Figura 20. Representación gráfica del nivel de estudios completados.</i> | <i>170</i> |
| <i>Figura 21. Representación gráfica de las calificaciones obtenidas.</i> | <i>171</i> |
| <i>Figura 22. Representación gráfica de la media de edad de los progenitores. .</i> | <i>174</i> |
| <i>Figura 23. Representación del recuento del número de problemas padecidos en el embarazo o parto en pacientes y controles.</i> | <i>175</i> |
| <i>Figura 24. Representación gráfica del porcentaje de distintos problemas padecidos en el embarazo o parto en pacientes y controles.</i> | <i>177</i> |
| <i>Figura 25. Representación gráfica del porcentaje de distintos problemas padecidos en el embarazo o parto en los tres grupos.</i> | <i>178</i> |
| <i>Figura 26. Representación gráfica de la obesidad infantil por grupos.</i> | <i>180</i> |
| <i>Figura 27. Representación gráfica de la media de edad de la menarquia.</i> | <i>181</i> |
| <i>Figura 28. Representación gráfica de los antecedentes orgánicos.</i> | <i>183</i> |
| <i>Figura 29. Representación gráfica de las patologías mentales presentadas previamente al estudio en pacientes y controles.</i> | <i>184</i> |
| <i>Figura 30. Representación gráfica de los antecedentes psicopatológicos.</i> | <i>185</i> |
| <i>Figura 31. Representación gráfica de las conductas autolesivas previas.</i> | <i>186</i> |
| <i>Figura 32. Representación gráfica de las puntuaciones del TCI-R por grupos.</i> | <i>190</i> |
| <i>Figura 33. Representación gráfica del porcentaje de insatisfacción.</i> | <i>191</i> |
| <i>Figura 34. Representación gráfica de la frecuencia de dietas.</i> | <i>193</i> |
| <i>Figura 35. Representación gráfica de la frecuencia de saltarse comidas.</i> | <i>193</i> |
| <i>Figura 36. Representación gráfica de la frecuencia de ayuno voluntario.</i> | <i>194</i> |
| <i>Figura 37. Representación gráfica del porcentaje de intervenciones quirúrgicas con fines estéticos por grupos.</i> | <i>195</i> |
| <i>Figura 38. Representación gráfica de la práctica deportiva por grupos.</i> | <i>196</i> |
| <i>Figura 39. Representación gráfica del porcentaje de competición deportiva. ...</i> | <i>197</i> |

| | |
|--|------------|
| <i>Figura 40. Representación gráfica del porcentaje conductas impulsivas.</i> | <i>198</i> |
| <i>Figura 41. Representación del porcentaje de consumo de tóxicos legales.</i> | <i>201</i> |
| <i>Figura 42. Representación del porcentaje de consumo de drogas ilícitas por grupos en la vida previa.</i> | <i>202</i> |
| <i>Figura 43. Representación del porcentaje de consumo bebidas estimulantes.</i> | <i>204</i> |
| <i>Figura 44. Representación del porcentaje de consumo de otras sustancias relacionadas con el control de peso por grupo diagnóstico.</i> | <i>205</i> |
| <i>Figura 45. Representación gráfica de los eventos estresantes experimentados por pacientes y controle ocurridos en la vida excluyendo el año previo al diagnóstico.</i> | <i>208</i> |
| <i>Figura 46. Representación de los eventos estresantes experimentados por pacientes y controle ocurridos en el año previo al diagnóstico.</i> | <i>208</i> |
| <i>Figura 47. Representación gráfica de número total de eventos estresantes.</i> | <i>209</i> |
| <i>Figura 48. Representación gráfica de los problemas interpersonales.</i> | <i>211</i> |
| <i>Figura 49. Representación grafica del nivel socioeconómico por grupos.</i> | <i>213</i> |
| <i>Figura 50. Representación gráfica el criticismo hacia la imagen en los progenitores.</i> | <i>214</i> |
| <i>Figura 51. Representación gráfica del porcentaje de comentarios o burlas recibidos por grupos.</i> | <i>216</i> |
| <i>Figura 52. Representación gráfica del impacto de las burlas en los sujetos que las había padecido dependiendo del emisor.</i> | <i>217</i> |
| <i>Figura 53. Representación gráfica de la composición del núcleo familiar.</i> | <i>218</i> |
| <i>Figura 54. Representación gráfica de los acontecimientos familiares.</i> | <i>220</i> |
| <i>Figura 55. Representación gráfica de los estudios maternos por grupos.</i> | <i>221</i> |
| <i>Figura 56. Representación gráfica de los estudios paternos por grupos.</i> | <i>222</i> |

| | |
|--|------------|
| <i>Figura 57. Antecedentes psicopatológicos familiares</i> | <i>224</i> |
| <i>Figura 58. Antecedentes familiares de TCA.....</i> | <i>224</i> |
| <i>Figura 59. Representación gráfica del porcentaje de hábitos alimentario.....</i> | <i>226</i> |
| <i>Figura 60. Representación gráfica del porcentaje de hábitos deportivos.....</i> | <i>226</i> |
| <i>Figura 61. Representación gráfica el criticismo hacia la imagen en los progenitores.</i> | <i>228</i> |
| <i>Figura 62. Representación gráfica de la puntuación del PBI.</i> | <i>230</i> |
| <i>Figura 63. Representación gráfica del vínculo establecido con la madre.</i> | <i>233</i> |
| <i>Figura 64. Representación gráfica del vínculo establecido con el padre.</i> | <i>233</i> |

Listado de abreviaturas

AN: Anorexia Nerviosa.

APA: American Psychological Association.

AVE: Acontecimiento vital estresante.

BDI-II: Inventario de Depresión de Beck-II.

BN: Bulimia Nerviosa.

CAR: Conductas alimentarias de riesgo.

CIE-10: Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima versión.

DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales, cuarta edición-texto revisado.

DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales 5ª edición.

EAT-26: Eating Attitudes Test.

EDI-2: Eating Disorder Inventory.

G.AN: Grupo anorexia nerviosa.

G.BN: Grupo bulimia nerviosa.

G.C: Grupo Control.

HUMV: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

IMC: Índice de Masa Corporal. [Peso (kg) /altura² (m)].

OC: Escala de complicaciones obstétricas Lewis-Murray.

OCI-R: Inventario Obsesivo Compulsivo-Reducido.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PBI: Parental Bonding Instrument.

RSE: Escala de autoestima de Rosemberg.

SCS: Servicio Cántabro de Salud.

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences.

STAI: Inventario de ansiedad rasgo-estado.

TA: Trastorno por Atracón.

TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

TAG: Trastorno de ansiedad generalizada.

TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria.

TCANE: Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado.

TCI-R: Inventario de temperamento y carácter-revisado.

TOC: Trastorno obsesivo-compulsivo.

UTCA: Unidad de trastornos de la conducta alimentaria.

SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ESTADÍSTICOS

χ^2 : Chi-cuadrado.

ANOVA: Análisis de la varianza.

I.C: Intervalo de confianza.

F: F de Fisher.

gl: Grados de libertad.

n: Número total de casos.

O.R: Odds ratio.

p: Probabilidad.

SD: Desviación estándar.

t: t de Student.

Nota en relación a la terminología: A lo largo de esta tesis cuando se hace mención a 'la' o 'las' adolescente(s) o joven(es), se está aludiendo a personas de ambos sexos de estas edades. Así también, bajo la denominación 'padre(s)' se incluye a la(s) madre(s) y a otros adultos que ejerzan el rol parental.

PRIMERA PARTE:

MARCO TEÓRICO

**LOS TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA.**

1. ANTECEDENTES.

Los profesionales sanitarios que nos dedicamos a la clínica podemos comprobar en nuestro día a día la importancia que tiene la imagen para nuestros pacientes y como esto repercute tanto en su salud física como mental. En este marco social hemos visto como los trastornos de la conducta alimentaria se han convertido en los países desarrollados en un problema de salud pública, tanto por la gravedad de la enfermedad en sí misma, como por su duración, el perfil de pacientes que lo padecen y las altas tasas de morbilidad asociadas.

Aunque solo una minoría de las personas en riesgo llegue a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria que pueda catalogarse dentro de los criterios diagnósticos establecidos, el uso de comportamientos inadecuados para controlar el peso (como determinadas dietas, vómitos, abuso de laxantes, pastillas para adelgazar, etc) ha aumentado significativamente en las últimas décadas. Estas conductas pueden conllevar consecuencias y ocasionar enfermedades como la obesidad, el trastorno por atracón, la bulimia y la anorexia nerviosa.

Las medidas desarrolladas para controlar el impacto de estos trastornos persiguen el objetivo de aumentar el conocimiento de la enfermedad y de este modo poder desarrollar programas de prevención e intervención precoz en las fases tempranas de estos trastornos, con el objetivo final de influir sobre el pronóstico de la enfermedad.

Durante las dos últimas décadas ha crecido el interés de la investigación en el desarrollo de estas patologías en todo el mundo, pero los trabajos en España son todavía escasos. En algunas comunidades autónomas entre las que se encuentra Cantabria, no existen estudios previos de prevalencia ni de factores de riesgo y todavía son más escasos los programas de prevención que hayan implementado una detección e intervención precoz.

A la vista de las carencias en nuestro medio y convencidos de la importancia de la detección temprana a la hora de optimizar los tratamientos, en el año 2010 se puso en marcha el programa de intervención y detección temprana, DETECTA (detección temprana en Cantabria de los trastornos alimentarios).

Con el objetivo de mostrar la situación actual en nuestra comunidad autónoma presentamos mediante este trabajo los resultados obtenidos en los dos primeros años de ejecución del programa DETECTA, el cual analiza de forma controlada algunos de estos factores biológicos, socioculturales y psicológicos, asociados al desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria en una muestra de sujetos que de forma consecutiva acuden a la unidad específica en busca de ayuda para recibir su primer tratamiento, integrándolo bajo el título “Estudio controlado de factores de riesgo y variables clínicas asociadas al desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria una muestra de primeros episodios de de la comunidad de Cantabria”.

2. DEFINICIÓN Y
CLASIFICACIÓN DE
LOS TCA.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se manifiestan como una alteración en el consumo de alimentos con el consecuente deterioro de la salud física y psicológica de la persona. Dichas alteraciones no son secundarias a otro trastorno médico o psiquiátrico y son causantes de una elevada morbilidad cuyas complicaciones médicas conllevan una tasa de mortalidad importante (García-Camba 2001) . En general, los TCA influyen marcadamente en los aspectos psicológicos, físicos y sociales de la vida cotidiana de las personas afectadas, y debido a su tendencia a la cronicidad conllevan enormes costes sanitarios y personales (Fairburn and Harrison 2003).

Los TCA representan hoy en día una categoría claramente establecida dentro de las clasificaciones internacionales de las enfermedades mentales y los criterios clínicos están bien definidos tanto en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud, décima edición (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS 1992) como en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales texto revisado (DSM-IV-TR) (APA 2000) y DSM-5 de la American Psychiatric Association (APA 2014).

Las categorías tradicionalmente empleadas han sido: la anorexia nerviosa (AN) que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales, la bulimia nerviosa (BN) que se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo y en tercer lugar existe la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE) o trastornos atípicos, este grupo se utiliza para codificar los trastornos que no cumplen los criterios necesarios para AN o BN.

Con la aparición de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en mayo de 2013, esta clasificación se ha visto modificada y se han eliminado algunas ambigüedades ayudando a realizar un diagnóstico más preciso, como explicaremos en cada apartado. Para los fines de esta tesis hemos codificado los diagnósticos según criterios DSM-IV-TR manteniendo las categorías empleadas en el momento de la recogida.

Tabla 1. Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria.

CLASIFICACIÓN DE LOS TCA EN DSM-IV-TR (2002)

Categoría: Trastornos de la conducta alimentaria.

307.1. Anorexia nerviosa. Especificar tipo: restrictivo; compulsivo / purgativo.

307.51. Bulimia nerviosa. Especificar tipo: purgativo; no purgativo.

307.50. Trastornos de la conducta alimentaria no especificado.

Apéndice B: Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores.

Trastorno por Atracón.

Excluye:

307.59. Trastornos de la ingesta y de la conducta alimentaria de la infancia y de la niñez.

307.59. Trastorno por rumiación.

307.52. Pica.

CLASIFICACIÓN DE LOS TCA EN CIE-10 (1992)

Categoría: F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

F50 Trastornos de la conducta alimentaria.

F50.0 Anorexia nerviosa.

F50.1 Anorexia nerviosa atípica.

F50.2 Bulimia nerviosa.

F50.3 Bulimia nerviosa atípica.

F50.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

F50.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria.

F50.9 Trastornos de la conducta alimentaria sin especificación.

Excluye:

F98.2 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

R63.3 Dificultades y malos cuidados alimentarios.

R63.0 Anorexia o disminución del apetito sin especificar.

F98.3 Pica de la infancia.

a. Anorexia nerviosa F50.0 [307.1].

Características diagnósticas:

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, en las mujeres afectas de este trastorno, aunque haya aparecido la menarquia, sufren amenorrea. A continuación se detallan los criterios diagnósticos.

Tabla 2. Criterios DSM-IV-TR para AN.

Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de F50.0 Anorexia nerviosa [307.1]:

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

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

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

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

Tabla 3. Criterios CIE-10 para AN.

Criterios CIE-10 para el diagnóstico de anorexia nerviosa:

- A. Pérdida significativa de peso (IMC < 17,5) (Índice de masa corporal = peso [kg] / altura [m]²).
- B. La pérdida de peso es autoinducida mediante la evitación de alimentos “que engordan”. Dieta restrictiva.
- C. Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal manera que el enfermo se impone un umbral de peso corporal.
- D. Trastorno endocrino generalizado que se manifiesta en la mujer por amenorrea y en el varón por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia.
- E. No cumple los criterios D y E de bulimia nerviosa.

Algunas puntualizaciones:

En cuanto al criterio A de la CIE-10, en el que se especifica de forma más estricta que el individuo debe tener un índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a 17,5 kg/m² o el valor 85% del DSM-IV tenemos que considerar que estos valores límite son sólo una ayuda para el clínico, ya que para determinar el peso mínimo normal de un individuo, el médico debe considerar también su constitución física y su historia de peso previa.

La pérdida de peso es secundaria a una disminución de la ingesta de alimentos de forma progresiva que finalmente se convierte en una dieta muy restrictiva. Por otro lado pueden aparecer medidas compensatorias como purgas (p. ej., vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo.

Existe una alteración en la percepción del peso y de la silueta corporal (Criterio C) que tratan de controlar de forma excesiva observando de forma crítica su cuerpo. Su nivel de autoestima está condicionado en gran medida por estas autoobservaciones creando elevada insatisfacción.

En las niñas prepuberales, la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquia y en las niñas que ya hayan tenido la primera regla conlleva a la amenorrea (Criterio D), consecuencia generalmente de la pérdida de peso e indicadora de una disfunción fisiológica debida a niveles anormalmente bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas foliculoestimulante (FSH) y luteinizante (LH).

En ambas clasificaciones se establecen dos subtipos diferenciados:

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

Cambios en el DSM-5:

Como se mencionó anteriormente, para la elaboración de este trabajo emplearemos la clasificación según criterios DSM-IV-TR que eran los utilizados en el momento de la recogida de datos; no obstante cabe señalar en este apartado que tras un amplio debate, la reciente actualización del DSM-5 ha introducido cambios que ayudan al clínico a clasificar y definir el grupo de anorexia nerviosa, reduciendo así los diagnósticos a menudo imprecisos del grupo de los TCANE.

Por un lado el criterio A (ver Tabla 1) elimina el ejemplo numérico: "presentar un peso inferior al 85% del peso normal". Se flexibilizan los criterios lo que facilita el diagnóstico en pacientes en edad puberal donde los cambios de peso y altura requieren consideraciones especiales e individualizadas basado en

la edad, el sexo, la trayectoria del desarrollo y la salud física. Por otro lado el requerimiento de amenorrea (criterio D) se ha eliminado debido a que no resulta útil para el diagnóstico en varones ni en mujeres que reciban tratamiento hormonal o sean prepuberales o menopáusicas. Además la evidencia científica (Attia and Roberto 2009; Abbate-Daga, Gramaglia et al. 2010) ha demostrado que una gran proporción de pacientes cumplen todos los otros criterios para AN, pero mantienen las menstruaciones regulares.

b. Bulimia nerviosa F50.2 [307.51].

Características diagnósticas.

Tabla 4. Criterios DSM-IV-TR para BN.

Criterios DSM-IV para el diagnóstico de F50.2 Bulimia nerviosa [307.51]

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- (1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) y en cantidad superior a la que la mayoría de las personas consumirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - (2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está consumiendo).
- B. Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso, como son: provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno, y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.

En la bulimia nerviosa los individuos presentan atracones recurrentes y conductas encaminadas a no ganar peso (p. ej., vómitos) y se encuentran excesivamente preocupados por la silueta y el peso corporal. Sin embargo, a diferencia de los enfermos con anorexia nerviosa (tipo compulsivo/purgativo), las personas con bulimia nerviosa son capaces de mantener el peso igual o por encima de un nivel normal mínimo.

Tabla 5. Criterios CIE-10 para BN.

Criterios CIE-10 para el diagnóstico de Bulimia nerviosa.

- A. Episodios frecuentes de hiperfagia, consumiendo grandes cantidades de alimento en corto tiempo.
- B. Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso o un sentimiento de compulsión al comer.
- C. Intentos de contrarrestar la repercusión sobre el peso mediante uno o más de estos síntomas: vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, ayunos, fármacos anorexígenos o diuréticos.
- D. Autopercepción de estar por encima del peso saludable junto a ideas intrusivas de obesidad.

Algunas puntualizaciones:

El DSM-IV y la CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, excepto en lo que hace referencia a la relación entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. A diferencia del DSM-IV, que excluye el diagnóstico de bulimia nerviosa si esta conducta tiene lugar exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa, la CIE-10, por su parte, excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se han dado atracones de forma regular.

El DSM-IV-TR define explícitamente el concepto de atracón desde un criterio social como ingerir una cantidad superior de alimento a la que la mayor parte de la población consumiría en circunstancias similares, con sensación subjetiva de pérdida de control. Y establece un criterio imprescindible de frecuencia y duración del trastorno: al menos 2 veces por semana durante 3 meses.

Por otro lado en el DSM se contempla el ejercicio físico como un procedimiento compensatorio de los atracones, y tiene en cuenta la ansiedad y el malestar que precede a los atracones así como las alteraciones de la imagen corporal lo que la CIE-10 no hace.

Subtipos descritos en DSM-IV-TR.

Tipo purgativo. Describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito o ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

Tipo no purgativo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

Cambios en el DSM-5:

El cambio más relevante se centra en la frecuencia de episodios bulímicos pasando de “dos a la semana en los últimos tres meses” como recogía el DSM-IV a “un episodio a la semana en los pasados tres meses”.

Además se ha eliminado el subtipo “no purgativo” debido a sus similitudes clínicas/psicopatológicas y de resultado de tratamiento. Por definición todos los casos de BN serán purgativos.

c. Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE). CIE-10 F50.8, F50.9 y DSM [307.50].

Mientras que la AN y BN son las principales categorías diagnósticas con claros y detallados criterios de inclusión, curso y pronóstico, los TCANE corresponden a una categoría residual que agrupa las formas mixtas y parciales (Stein, Meged et al. 1997) que no cumplen todos los criterios para la anorexia o la bulimia si bien por ello no tienen por qué ser menos graves y pueden dar lugar a un importante deterioro funcional (Goyal, Balhara et al. 2012).

Algunos están más próximos a la anorexia (p.ej., se cumplen todos los criterios excepto la amenorrea) y otros a la bulimia nerviosa (p.ej., se cumplen todos los criterios, pero la frecuencia de atracones es de uno por semana).

No se especifican criterios diagnósticos bien definidos si no algunos ejemplos orientativos. En el DSM-IV-TR los clasifica como trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE), mientras que la CIE-10 los denomina anorexia nerviosa atípica, bulimia nerviosa atípica o trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.

Cambios en el DSM-5 para los TCANE:

En el DSM-5 los criterios diagnósticos se flexibilizan, contemplando las formas atípicas y subclínicas. Uno de los cambios más importantes del DSM-5 (APA 2014) consiste en la inclusión de los Trastornos por Atracón 307.51 (F50.8) como una categoría diagnóstica con entidad propia, fuera ya de la clasificación de TCANE. Este cambio permite reducir y definir con más precisión el grupo de TCANE que según algunos estudios puede llegar a constituir entre el 30 y el 60% de los casos de pacientes con TA (Machado, Goncalves et al.) (Machado, Machado et al. 2007).

Tabla 6. Criterios DSM-5 para trastorno por atracón.

| |
|---|
| <p style="text-align: center;"><u>Criterios diagnósticos para el trastorno por atracón DSM-5:</u></p> <p>A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por los dos elementos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos. <p>B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Ingesta mucho más rápida de lo normal.2) Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.3) Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.4) Comer a solas para esconder su voracidad.5) Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón. <p>C. Profundo malestar al recordar los atracones.</p> <p>D. Los atracones tienen lugar, como promedio, al menos dos veces por semana durante un periodo de 6 meses.</p> <p>E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia o una bulimia nerviosa.</p> |
|---|

d. Evolución y migración entre diagnósticos.

Al igual que ocurre con otras muchas categorías diagnósticas en psiquiatría, a lo largo de la evolución del TCA, los pacientes se mueven entre las dimensiones clínica/subclínica y con frecuencia a lo largo de la enfermedad se observan migraciones entre diagnósticos o fenómeno crossover, (Fairburn and Harrison 2003).(Figura 1).

Los estudios clínicos y epidemiológicos concluyen que en general, la estabilidad diagnóstica de los TCA a medio y largo plazo es baja, con frecuentes migraciones de los pacientes de una categoría diagnóstica a otra. Los datos muestran un cruce desde AN-R a AN-P y finalmente a BN (8–55 %), y desde BN a la AN (4–27 %), fundamentalmente en los primeros 5 años de evolución de la enfermedad (Hudson, Hiripi et al. 2007; Monteleone, Di Genio et al. 2011). Esto se describe también en el caso del trastorno por atracón (4–45 %), (Javaras, Laird et al. 2008).

Los estudios encuentran infrecuente la transición entre AN y TA (Fichter and Quadflieg 2007) compartiendo pocos factores comunes entre ambos, sin embargo es habitual la migración desde la AN a la BN, y desde la BN al TA. Las investigaciones señalan mecanismos compartidos en la etiología y el mantenimiento entre AN y BN y por otro lado entre BN y TA (Fairburn, Welch et al. 1997; Fairburn, Doll et al. 1998; Fairburn, Cowen et al. 1999; Stice, Marti et al. 2013).

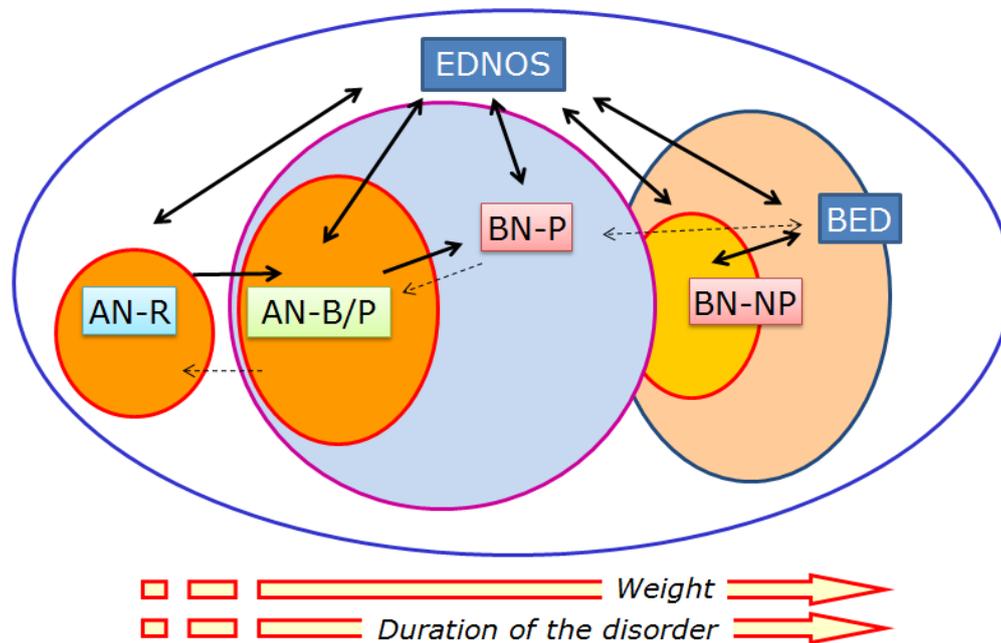


Figura 1. Distribución actual de los diagnósticos de TCA acorde con DSM-IV-TR y flujo diagnóstico (APA 2000).

La mayoría de los expertos están de acuerdo en señalar que ambos diagnósticos están interrelacionados, que comparten muchas características comunes, la más importante es la existencia de una disfunción primaria de la alimentación, capaz de afectar a la salud y al funcionamiento personal del sujeto. Basándose en esta similitud nuclear Fairburn y Cooper (Fairburn and Cooper 2007) propusieron un modelo transdiagnóstico de los TCA, esto supone una conceptualización diferente y ampliamente debatida que cobra consistencia desde el punto de vista etiopatológico, siendo numerosos los factores de riesgo compartidos por las distintas entidades diagnósticas (Striegel-Moore and Bulik 2007). Posteriormente otros autores han considerado que a pesar de su fuerte asociación, su analogía y la posibilidad de que existan mecanismos biológicos subyacentes comunes, ambos trastornos constituyen entidades diagnósticas únicas (Birmingham, Touyz et al. 2009).

El problema de la estabilidad diagnóstica se ve incrementado con comorbilidad con otros trastornos siendo especialmente frecuente la ansiedad, la depresión, los trastornos de personalidad o las adicciones (Fairburn and Harrison 2003). De hecho algunos autores han tratado de explicar a los TCA como una variante de la manifestación clínica de estas entidades.(Stice, Presnell et al. 2001) (Chenoweth, Greene et al. 2004; Krug, Pinheiro et al. 2009).

Diversos estudios han tratado de identificar los factores asociados a los cambios de diagnóstico de AN a BN o de BN a AN y entre los encontrados destacan la baja autosuficiencia o autonomía, las críticas paternas, el consumo de alcohol y poca avidez por la búsqueda de sensaciones (Tozzi, Thornton et al. 2005).

Por lo tanto a pesar de que los nuevos criterios aparecidos en el DSM-5 persiguen facilitar la clasificación, el tema de la evolución y la migración entre diagnósticos continúa suponiendo un motivo de debate.

3. EPIDEMIOLOGÍA DE **LOS TCA.**

a. Epidemiología de los TCA, estudios internacionales y nacionales.

El interés que despiertan los TCA ha crecido en las últimas décadas, motivado por el incremento real del número de casos pero también por la difusión de estas patologías en los medios de comunicación que han contribuido a darle su relevancia social. Se trata de enfermedades que se detectan principalmente en países occidentales u occidentalizados, más en grupos caucásicos. Afectan mayoritariamente a mujeres jóvenes entre 16 y 19 años. De hecho es considerado por la Organización Mundial de la Salud como la tercera enfermedad crónica en adolescentes especialmente mujeres (OMS 2004).

En este contexto durante los últimos 40 años, los numerosos estudios epidemiológicos de carácter internacional y nacional han intentado estimar su incidencia y prevalencia. A pesar de estos esfuerzos, obtener datos concluyentes que reflejen su epidemiología no resulta sencillo, dado que las estimaciones varían según la población estudiada y los instrumentos de evaluación.

Por un lado la propia idiosincrasia de la enfermedad conlleva con frecuencia a que los síntomas se nieguen o minimicen (Hsu 1996). Por otro se añaden dificultades metodológicas. Debido a la baja incidencia en la población general los estudios requieren muestras muy amplias, los diseños más habituales son estudios de tipo transversal habitualmente realizados en dos fases, una primera fase de cribado (screening) a la población general y una segunda fase mediante entrevista clínica a los sujetos “en riesgo”.

Además de estas dificultades no resulta sencillo comparar datos de poblaciones entre sí, es necesario tener en cuenta la población (comunidad, base hospitalaria, etc...) y haber administrado alguna técnica de muestreo para que la selección obtenida sea representativa. Se requiere por último la utilización de un mismo criterio respecto al diagnóstico y a los instrumentos de cribado empleados y sus puntos de corte (Ruiz-Lazaro 2003).

Teniendo en cuenta estas limitaciones los manuales como DSM-5 aceptan las cifras aportadas por distintas revisiones que estiman prevalencias en torno a 0,4% para la AN siendo 10 veces más frecuente en mujeres que en hombres. En el caso de la BN la prevalencia se calcula entre el 1 y el 1,5 % (Hoek 2006; Smink, van Hoeken et al. 2012) y la proporción de mujeres y de hombres se supone similar a la anorexia en 10 a 1 (Swanson, Crow et al. 2011).

A pesar de que son pocos los estudios específicos para los TCANE, parece tratarse del trastorno más prevalente estimándose entre el 30-60% de los casos de TCA. Su prevalencia se calcula en torno al 3% (Fairburn and Cooper 2007; Machado, Machado et al. 2007) y, como ya se comentó al hablar de los criterios diagnósticos, a partir de la publicación del DSM-5 el trastorno por atracón se clasifica por fin como categoría independiente considerando su prevalencia entre el 0,8 y el 1,6 % con una distribución por sexos similar a las otras categorías (Hudson, Hiripi et al. 2007).

En España comenzaron a publicarse estudios epidemiológicos sobre TCA a mediados de los 90 y los trabajos existentes sólo aluden a datos relativos a comunidades autónomas determinadas, no a población española general. En el año 2012 el Dr. David Calvo Medel publicó su tesis que lleva por título: "Epidemiología de los trastornos de conducta alimentaria en el norte de España. Estudio en dos fases en población adolescente temprana escolarizada" donde podemos encontrar una amplia revisión de los distintos estudios llevados a cabo en varias comunidades españolas (Calvo-Medel 2012).

Los diferentes estudios arrojan cifras similares que no difieren de las encontradas en otras comunidades del mundo. Las cifras totales de prevalencia de TCA en torno al 4,1%-6,41%. Aceptándose un porcentaje de 0,5-1% para la anorexia nerviosa (AN), de 1-3% para la bulimia nerviosa (BN) y de 3% para la los trastornos no especificados (TCANE), según diversos protocolos nacionales (Rojo, Livianos et al. 2003; Lahortiga-Ramos, De Irala-Estevez et al. 2005; Pelaez Fernandez, Labrador et al. 2007; Ruiz-Lazaro, Comet et al. 2010).

Los índices de prevalencia también oscilan según la edad estudiada, encontramos prevalencias para la AN que oscilan entre el 0,2% y el 0,8% de la población general y entre el 1% y el 2% en las adolescentes (Toro, Galilea et al. 2005).

Los datos sobre varones son escasos en la literatura y se estima una prevalencia de 0,1% para la anorexia nerviosa, del 0,1 -0,36% para la bulimia nerviosa y del 0,54%-0,77% para los trastornos de la conducta alimentaria no especificados, con una prevalencia total de 0,6-0,90 (Arrufat 2006). A pesar de que los estudios realizados en los años 90 mostraban un incremento de la prevalencia como indicaba Morandé (Morande, Celada et al. 1999) o en los estudios epidemiológicos de Madrid en los que constataba un incremento del 50% en la prevalencia entre 1985 y 1994, posteriormente los estudios realizados consideran que la prevalencia se ha estabilizado sin llegar a alcanzar proporciones epidémicas esperadas (Ruiz-Lazaro, Comet et al. 2010).

b. Epidemiología de los TCA en Cantabria.

En La comunidad de Cantabria tan solo dos trabajos han estudiado los TCA, pero ninguno de ellos fue diseñado específicamente para conocer la prevalencia.

En 2003 se publicó un estudio realizado para detectar los signos de alerta de los TCA y de otros trastornos mentales en adolescentes de Cantabria (Paniagua Repetto H 2003). Se trata de un estudio transversal descriptivo mediante encuesta representativa de la población escolarizada entre 12 y 16 años que incluye a 2.178 adolescentes de ambos sexos. Entre otros factores de riesgo se definían como signos de alerta de padecer un TCA, por un lado las conductas de mantenimiento crónico de dieta (tres o más dietas de adelgazamiento en el último año) y por otro lado la mala imagen corporal. Se identifica que un 22,9 % de los adolescentes encuestados refería mal concepto acerca de su imagen corporal y el 6% había realizado tres o más dietas en el

último año. El 4,2% de ellos cumplían con ambos criterios de alerta. No obstante las características del estudio, transversal y descriptivo no permiten ser concluyentes a la hora de relacionar signos de alerta con enfermedades establecidas y por lo tanto no son suficientes para conocer la prevalencia de estos trastornos.

En este estudio los factores que se asociaban a este riesgo eran el sexo femenino y la edad de las encuestadas, (aumentando el riesgo cada año entre 12 y 16), también el mayor consumo de alcohol y los episodios de embriaguez. Otras variables como la zona de residencia (urbana o rural) o asistir a un colegio público o privado no parecían significativas.

Entre el año 2007 y 2010 se llevó a cabo el proyecto de investigación nacional financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria, Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad (Nº expediente PI052533) que lleva por título: “Programa de prevención de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes, evaluado con ensayo controlado aleatorizado multicéntrico”, cuyo objetivo general era la prevención selectiva de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes. El método empleado consiste en un ensayo controlado aleatorizado multicéntrico con medidas pre- y post-intervención.

La intervención realizada en la Comunidad Autónoma de Cantabria siguiendo el modelo del grupo ZARIMA,(Ruiz-Lazaro. 1999) se basa en la prevención de trastornos mediante una intervención con adolescentes, padres y profesores y coordinada por el Dr. Ruiz-Lázaro, propulsor de este programa en Zaragoza y por el Dr. Gómez del Barrio en lo referente a la comunidad de Cantabria.

Se evaluaron adolescentes de 30 colegios públicos y 30 privados de Zaragoza, Santiago de Compostela, Santander y Fuerteventura (España) con dos aulas en cada centro, utilizando cuestionarios y entrevistas semiestructuradas tanto en el grupo de intervención como en el grupo control.

En el área de Santander fueron evaluados 436 adolescentes de 10 centros (20 aulas) de los siguientes colegios: Las Llamas, Agustinos, Villajunco, La Albericia, Ría del Carmen, Escolapios, Salesianos, Santa Clara, Jardín de África y las Esclavas.

Los resultados de este programa aportan datos muy reveladores a la hora de conocer la situación de la población de adolescentes de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

En primer lugar se obtuvieron resultados satisfactorios en la prevención conjunta de los trastornos de la conducta alimentaria y del sobrepeso. Las sesiones y el material empleado se puede ver con detalle en la guía editada.(Gomez del Barrio 2012). En segundo lugar y paralelamente al ensayo controlado que medía el efecto de las sesiones de intervención en las aulas, el estudio también nos ofrece datos de prevalencia (1º ESO) e incidencia (2º ESO) y con el posterior seguimiento en 4º E.S.O.

Se pudo identificar que un 8,8% de los sujetos encuestados (IC 6,4-11,8) presentaban elevado riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, siendo superior la prevalencia en mujeres, del 10,1% (IC 6,7-14,9) ya que en varones que fue del 7,5% (IC 4,7-11,7).

De las 436 entrevistas realizadas solo una de las chicas de 13 años resultó ser un caso de TCA con una prevalencia de enfermedad del 0.2% (IC 0,0-1,3). En esa muestra la prevalencia por sexos de sufrir un TCA en mujeres de 1º ESO fue 0,5% (IC 0,1-2,7) y de 0 % para los varones.

Es importante señalar que la prevalencia de sobrepeso y obesidad a nivel basal fue del 39,8% (18,1 % sobrepeso y 21,8% obesidad).

4. CURSO.

a. Curso de la AN.

La AN se presenta comúnmente en mujeres adolescentes o adultas jóvenes. Los distintos estudios promedian su edad de inicio entorno a los 17 años, aunque algunos datos sugieren la existencia de picos a los 14 y 18 años (Attia 2010). Los estudios indican mayor prevalencia en la adolescencia, observándose un incremento conforme aumenta la edad (Hoek and Van Hoeken 2003). Aunque son casos minoritarios se ha incrementado la incidencia en mujeres mayores de 40 años o prepuberales (Podfigurna-Stopa, Czyzyk et al. 2015).

El curso es variable algunas investigaciones revelan que aproximadamente el 50% de los casos de AN evoluciona a remisión completa. La remisión parcial se observa entre el 20%-30% de los casos de AN y entre el 10% y el 20% de los casos evolucionan a cronicidad (Herpertz-Dahlmann, Muller et al. 2001).

Las cifras de mortalidad también dependen de la gravedad del trastorno pero son en general superiores a las de la población general. La muerte se produce principalmente por inanición, desequilibrio electrolítico o suicidio que se consume en uno de cada cinco pacientes (Hoek 2006; Keshaviah, Edkins et al. 2014; Yao, Kuja-Halkola et al. 2016).

Un metanálisis realizado en el año 2011 (Arcelus, Mitchell et al. 2011) identifica una mortalidad del 5,86% para AN, esta cifra es superior si se estudia en personas hospitalizadas en centros especializados alcanzando aproximadamente el 10%. Se estima por tanto que la mortalidad en jóvenes con AN es 12 veces superior a la población general y el doble respecto de jóvenes que presentan otros trastornos mentales.

b. Curso de la BN.

La BN tiene generalmente un inicio más tardío que se acerca al final de la adolescencia o el principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar

posteriormente a periodos de restricción que pueden mantenerse latentes durante años conllevando mayor demora diagnóstica (Hoek 2006; Hudson, Hiripi et al. 2007).

El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión alternantes que se asocian con el buen pronóstico de la enfermedad a largo plazo (Luka, Agras et al. 1986). Algunos estudios revelan un pronóstico más favorable que para la AN observando que el 60% alcanzan la recuperación total, el 30% logra una mejoría intermedia y el 10%. Las cifras de mortalidad se estiman cerca del 2% por década y estas también se relacionan con las alteraciones en los electrolitos y el suicidio (Crow, Peterson et al. 2009; Arcelus, Mitchell et al. 2011). Un reciente estudio llevado a cabo en la población de Suecia estima que el riesgo de fallecer cometiendo suicidio es cuatro veces superior en los pacientes con bulimia que en la población general, siendo superior en varones que en mujeres (Yao, Kuja-Halkola et al.).

c. Curso de los TCANE.

Los trastornos de la conducta alimentaria no especificados, parciales o subclínicos cubren un amplio espectro por lo que es difícil generalizar comentarios sobre el curso y pronóstico del grupo. Además, es frecuente la migración diagnóstica, pudiendo pasar a cumplir criterios de AN o BN o evolucionando hacia una remisión espontánea.

En el caso del trastorno por atracón, al ser reciente su categorización, encontramos poca literatura acerca de su curso y pronóstico pero su desarrollo se asocia también a las etapas más vulnerables de la vida como es la adolescencia, y no se considera tan infrecuente su comienzo en la edad adulta, se asocia también a situaciones especiales como el aumento de peso previo o las dietas hipocalóricas (Bulik, Sullivan et al. 1997; Becker, Anez et al. 2009).

5. ETIOPATOGENIA DE **LOS TCA.**

En las tres últimas décadas el interés por la etiología de lo TCA ha sido creciente. Contamos un nutrido número de estudios evidencian que estas patologías al igual que la mayoría de los trastornos mentales, tiene un origen multifactorial y multicausal (Russell 1979). A pesar de los esfuerzos realizados sobre esta materia no resulta sencillo establecer estas relaciones causales, por lo que se habla de factores de riesgo asociados a su desarrollo (Kraemer, Stice et al. 2001). Este concepto es definido por Kraemer como las características, experiencias o eventos que cuando acontecen se asocian con un incremento de la probabilidad (riesgo) de desarrollar un trastorno frente a la probabilidad de los sujetos no expuestos de la población general.

Distintos trabajos han estudiado cómo estos factores pueden interaccionar entre sí, afectando a la vulnerabilidad del sujeto para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria bien de forma inespecífica o bien implicando mayor riesgo de padecer en concreto alguna de las entidades clínicas (BN, AN o TA) (Fernandez-Aranda, Pinheiro et al. 2007; Stice, Marti et al. 2011).

Se han propuesto distintas divisiones a la hora de tratar de agrupar estos factores, una de ellas hace referencia a la forma y al momento en la que estos actúan; de este modo se clasifican en tres grupos:

- a) **Factores predisponentes:** aquellos que suponen un riesgo para el desarrollo de la enfermedad como son: el sexo femenino, la edad, la herencia recibida o determinadas características psicológicas, familiares o ambientales.
- b) **Factores precipitantes:** aquellos que desencadenan la aparición de los síntomas, entre estos el consumo de productos para controlar el peso, la historia de dietas previas o la presión social percibida.
- c) **Factores mantenedores:** aquellos cuyas características psicológicas, ambientales o conductuales que dificultan el proceso de recuperación.

Los factores mantenedores serán por tanto de crucial importancia en la evolución y pronóstico de estas enfermedades. Los factores predisponentes y precipitantes serán fundamentales en los trabajos de prevención y detección precoz (como es el programa DETECTA) motivo de esta tesis.

Centrándonos por lo tanto en los factores predisponentes y precipitantes estos pueden clasificarse a su vez en tres grupos, (Shisslak, Renger et al. 1999) en función de su etiología:

- a) **Factores individuales:** hacen referencia a las características propias del sujeto y pueden ser a su vez de tipo biológico, psicológico o conductual.
- b) **Factores ambientales:** enmarcan las circunstancias socioculturales en los que se desenvuelve el sujeto.
- c) **Factores familiares:** se explican por las características tanto biológicas, psicológicas o conductuales que presenta el entorno de crianza del sujeto.

A lo largo de este capítulo desglosaremos los distintos factores de riesgo asociados a la aparición de un trastorno de la conducta alimentaria basándonos en el esquema de clasificación anteriormente descrito; el resumen se muestra en la tabla 7.

Tabla 7. Factores asociados al desarrollo de los TCA.

| | | |
|--|---------------------|---|
| I-Factores individuales | Biológicos | <p>Sexo femenino.</p> <p>Edad.</p> <p>Obesidad previa.</p> <p>Pubertad precoz.</p> <p>Enfermedades o problemas físicos o del desarrollo.</p> <p>Herencia.</p> <p>Alteraciones genéticas.</p> <p>Cambios anatómo-fisiológicos en SNC.</p> <p>Factores obstétricos y perinatales.</p> |
| | Psicológicos | <p>Psicopatología previa.</p> <p>Factores psicológicos.</p> <p>Rasgos de personalidad.</p> <p>Vulnerabilidad neurobiológica.</p> |
| | Conductuales | <p>Historia de dietismo.</p> <p>Nivel educativo.</p> <p>Nutrición en la infancia.</p> <p>Actividad física.</p> <p>Consumo de sustancias.</p> <p>Acontecimientos vitales estresantes.</p> |
| II-Factores ambientales y socioculturales | | <p>Influencia de la sociedad.</p> <p>Interacciones sociales anómalas.</p> <p>Presión social percibida.</p> |
| III-Factores familiares | | <p>Nivel socioeconómico familiar.</p> <p>Estructura familiar y funcionamiento.</p> <p>Psicopatología previa.</p> <p>Sobrepeso materno.</p> <p>Hábitos alimentarios y deportivos.</p> <p>Estereotipos negativos.</p> <p>Estilos de crianza.</p> |

5.1. Factores de tipo individual.

Dentro de los factores dependientes del individuo encontramos marcadores biológicos como los factores genéticos o las alteraciones neurobiológicas; también predictores psicológicos como rasgos de personalidad, baja autoestima y valores enfocados primordialmente hacia el cuerpo y la figura; en tercer lugar cabe destacar las conductas llevadas a cabo por el sujeto, tales como dietismo o práctica de deportes que impliquen alto rendimiento o vinculados con el cuerpo.

Estos factores no son por sí solos causantes de la enfermedad y prueba de ello es que la población sana que no desarrolla un TCA puede tener alguna o varias de estas características, además en el proceso de la enfermedad pueden aparecer solas o actuar sinérgicamente con otras variables ambientales y/o familiares.

5.1.1. Factores biológicos y genéticos.

a. Género.

Desde los estudios clásicos se admite que el riesgo de sufrir un TCA se relaciona con el sexo femenino y es una evidencia que estos problemas afectan con mayor frecuencia a la mujer que al varón. Los distintos estudios (Striegel-Moore and Bulik 2007) señalan que las proporciones para el conjunto de todos los trastornos se sitúan entre 6:1 y 10:1 de mujeres frente a hombres. Estas diferencias son más marcadas en el caso de la AN y parece que se reducen en las edades tempranas de la vida. El sexo femenino se puede considerar por tanto un factor de riesgo y esto puede explicarse además de por las características biológicas por la presión social a la que las mujeres son sometidas (Franco-Paredes 2013).

b. Edad de debut del trastorno alimentario.

Distintos estudios epidemiológicos identifican un pico en la edad de comienzo que se sitúa fundamentalmente en la adolescencia o juventud (Fairburn and Harrison 2003; Stice, Marti et al. 2013). Existen algunas diferencias en cuanto a patologías siendo la AN más frecuente en torno a la pubertad, durante la adolescencia y al inicio de la juventud con un pico de incidencia de 490 por 100.000 sujetos/año en mujeres con edad entre 15-19 años (Keski-Rahkonen, Hoek et al. 2007) y un pico de 15.7 por 100.000 sujetos/año en hombres de edad comprendidas entre 10-24 años (Raevuori, Hoek et al. 2009).

Para la BN se establece un comienzo algo más tardío, alrededor de los 18 a 20 años, En un pico de incidencia de mujeres entre 16-20 años se estima entre 300 a 438 por 100.000 sujetos/año (Keski-Rahkonen, Hoek et al. 2007).

No obstante cada vez se considera menos infrecuente su aparición en edades avanzadas, la prevalencia de desarrollo tardío (en mayores de 40 años) se estima entre el 1.8% y el 3.8%. Siendo el TA el diagnóstico clínico que se presenta con mayor edad (Smink, van Hoeken et al. 2012).

Algunos factores pueden influir en la determinación de la edad de inicio como la migración entre diagnósticos, ya que un buen número de casos de BN se dan en pacientes que han tenido AN previamente. A esto se le añade la dificultad de determinar si son casos de inicio tardío o ya presentaban con anterioridad síntomas atenuados (Garcia-Camba 2001).

c. Obesidad.

Aunque la obesidad no esté oficialmente considerada como un TCA, es otro factor que se asocia al desarrollo de estos trastornos. Muchos estudios sugieren que el IMC es un consistente predictor de TCA, (Striegel-Moore and Bulik 2007) observando una asociación directa entre un IMC elevado y los síntomas nucleares de estas enfermedades.

Por sí misma la obesidad se asocia a la insatisfacción con la imagen corporal y conlleva una disminución de la autoestima (Ackard and Peterson 2001), esto en parte es debido a las presiones socioculturales que pueden acabar simplemente en el inicio de una dieta o dar paso a conductas alimentarias de riesgo (CAR) y posteriormente a estos trastornos.

Esta relación no es debida solamente a la conciencia de exceso de peso y por lo tanto a las cogniciones asociadas, porque desde el punto de vista biológico también se ha identificado que la obesidad en edades muy tempranas, por ejemplo entre los 6 meses y el año, es más común en pacientes con AN (Jacobi, Hayward et al. 2004). Así pues la obesidad durante la infancia se relaciona con dietas, atracones y mayor vulnerabilidad para el desarrollo de un trastorno alimentario (Fairburn, Welch et al. 1997).

d. Pubertad precoz.

La pubertad suele ser de gran trascendencia en el desarrollo de cualquier individuo, principalmente porque marca el inicio de la adolescencia, época de cambios biológicos, psicológicos y sociales. El distinto desarrollo puberal en relación a su grupo de iguales puede conllevar implicaciones en la percepción individual de imagen corporal y la aceptación por parte del grupo (Striegel-Moore, McMahon et al. 2001; Abraham, Boyd et al. 2009). Además de la edad en que se producen los primeros cambios biológicos, en las mujeres, es determinante la edad de la menarquia (primera menstruación) y, en los hombres la espermarquia (primera eyaculación) ambas pueden clasificarse como temprana, normal o tardía (Baker, Thornton et al. 2012).

La edad de la pubertad parece tener una relevancia opuesta en función del sexo. En los varones el desarrollo puberal tardío puede implicar mayor insatisfacción corporal, y por tanto mayor riesgo de tener comportamientos alimentarios o deportivos alterados para acercarse al ideal sociocultural (Falkner, Neumark-Sztainer et al. 2001). Por contra para las mujeres la aparición de caracteres sexuales o un desarrollo puberal temprano puede alejarlas de los

cánones estéticos que se marcan para su edad haciéndolas más vulnerables al padecimiento de un TCA. En esta línea se ha observado que el desarrollo puberal precoz se asocia en mujeres a insatisfacción de la imagen corporal y a la realización de esfuerzos por perder peso (Striegel-Moore, McMahon et al. 2001).

Es importante recordar que la edad de la pubertad se relaciona estrechamente con IMC ya que el desarrollo puberal y la expresión de los caracteres sexuales están condicionados por el aumento de tejido graso (Daniels, Khoury et al. 1997), asociándose un desarrollo precoz con una historia de sobrepeso en la infancia y adolescencia.

e. Enfermedades o problemas físicos.

Las enfermedades físicas pueden convertirse en un factor de riesgo, especialmente en los casos que conlleven variaciones del peso (Johnson-Sabine, Wood et al. 1988). Una de las patologías más estudiada es la diabetes mellitus tipo 1 o insulino-dependiente, los pacientes que padecen este problema presentan particularidades que están relacionadas con la aparición de los TCA como son: el ciclo de pérdida de peso al inicio de la enfermedad y el consecuente aumento posterior, la tendencia a aumentar el IMC como consecuencia de la insulino-terapia, el control dietético permanente, o la posibilidad de controlar el peso variando la dosis de insulina. En este contexto es frecuente que los pacientes diabéticos presenten mayores alteraciones en su estado de ánimo y unas tasas más altas de insatisfacción corporal, favoreciendo la posible aparición de un trastorno alimentario (Hoffman 2001).

f. Herencia.

Diversos trabajos confirman que la herencia juega un papel importante en la susceptibilidad para desarrollar este tipo de trastorno, en general los resultados son consistentes siendo este uno de los factores de riesgo que más claramente predice la aparición de un TCA.

Los estudios demuestran que de padres a hijos se transmiten rasgos como la personalidad (neuroticismo, el perfeccionismo o la evitación del daño) que, esto unido a otros factores de riesgo, da lugar al TCA y además explica la frecuente comorbilidad de los TCA con otros trastornos psiquiátricos. No obstante se estima que la genética puede explicar entre un 60 y un 80% de la vulnerabilidad en estos trastornos el resto correspondería a experiencias biográficas individuales (Thornton, Mazzeo et al. 2011).

Los estudios realizados concluyen que existe una vulnerabilidad familiar ya que se observa que tener un miembro de la familia de primer grado con TCA, eleva considerablemente el riesgo de padecer un trastorno de este tipo (Strober, Freeman et al. 2000) que puede relacionarse tanto con la aparición de AN como con la de BN, lo que apoya la hipótesis de que en los TCA existe una etiopatogenia común (Fairburn and Cooper 2007).

Los estudios de familias ofrecen cifras que identifican el riesgo de presentar padecer un TCA. En los familiares de pacientes que padecían AN se identifica 7.7 veces más riesgo de padecer AN y 3,3 veces más riesgo de presentar BN. En el caso de los familiares de pacientes con BN el riesgo de desarrollar esta enfermedad fue de 3,5 y el riesgo de padecer AN era 12 veces superior los controles sin familiares afectados. Esta elevada heredabilidad también se ha demostrado en TA (Mitchell, Neale et al.) (Strober, Freeman et al. 2000)

También disponemos de estudios realizados en gemelos (Kortegaard, Hoerder et al. 2001; Javaras, Laird et al. 2008) y estos muestran cifras dispares posiblemente condicionadas por las desiguales muestras seleccionadas y con los factores ambientales. En el estudio realizado por Miján (Miján 2004) para la AN, la concordancia en gemelos monocigóticos se estima alrededor del 44%, y en los dicigóticos, el 12.5%. Datos similares a otros estudios que en general revelan una heredabilidad moderada-alta con un rango que oscila desde el 20% llegando a alcanzar el 80% (Bulik, Sullivan et al. 2000)

g. Alteraciones genéticas.

A pesar de la evidencia mostrada por los estudios familiares, todavía se conoce relativamente poco acerca de los genes concretos implicados, y cada vez son más los estudios de asociación de genoma completo (GWAS, Genome-wide association studies) que tratan de encontrar polimorfismos asociados al desarrollo de los TCA. Hasta ahora los principales genes estudiados son los codificadores de las proteínas implicadas en la regulación del hambre, la composición del cuerpo y las rutas de los sistemas de neurotransmisión, sobre todo el serotoninérgico (uno de los responsables de regular del apetito y la saciedad) (Collier, Arranz et al. 1997; Hinney, Scherag et al. 2010), el sistema dopaminérgico (Barbarich, Kaye et al. 2003) o el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) (Ribases, Gratacos et al. 2003) .

La serotonina (5-hydroxytryptamina, 5HT) es un neurotransmisor que participa tanto en la modulación de las emociones como en la regulación del apetito. Por lo tanto alteraciones en la transmisión de serotonina se relacionan con la presencia de ansiedad, dificultad para el control de impulsos, agresividad, o suicidio pero además los estudios indican que una alteración en la actividad de los receptores en 5-HT1A y 5-HT2A o en el transportador 5-HTT pueden estar relacionados con los TCA (Kaye, Greeno et al. 1998).

A través de los estudios de genética molecular, se ha descrito una asociación positiva entre la presencia de determinados polimorfismos y una mayor vulnerabilidad a padecer AN y BN. No obstante la mayoría de estos estudios plantean controversia ya que no han podido ser replicados. Uno de los hallazgos más consistentes identifica un predominio del genotipo con el polimorfismo -1438G/A, con el alelo A que codifica el receptor de serotonina (Gorwood, Kipman et al. 2003) concretamente en la en la región promotora del gen 5-HT2A, Este marcador genético solo ha mostrado asociación en AN aunque el tamaño del efecto es relativamente pequeño y esta asociación tampoco ha podido ser replicada en BN o TA (Enoch, Kaye et al. 1998) (Ribases, Gratacos et al. 2003).

Una de las dificultades observadas en este tipo de estudios es la interacción genes-ambiente, este proceso es conocido como epigenética. Encontramos cada vez más evidencia que sostiene que la forma en la que se expresan nuestros genes está condicionada al impacto del medio ambiente, las características del entorno o las elecciones de tipo personal como son los hábitos de vida.

En el campo de los TCA ya se están realizando estudios que tienen en cuenta alguno de los factores como son los genes que codifican los neurotransmisores o el desarrollo de pubertad y como estos se interrelación con el ambiente, pero los resultados aún no son concluyentes (Hinney, Friedel et al. 2004).

h. Cambios anátomo-fisiológicas en el SNC.

Los estudios realizados con técnicas de imagen como la resonancia magnética funcional son todavía escasos aun así revelan diferentes alteraciones del funcionamiento cerebral, bien en la corteza prefrontal mediadora en el control de impulsos y en la autorregulación por lo que pueden contribuir a la presencia de atracones (van den Bos and de Ridder 2006), en el núcleo estriado dorsal implicado en la adquisición de hábitos o el aprendizaje o en el estriado ventral que interviene en los sistemas de recompensa, impulsos y motivación (Marsh, Maia et al. 2009).

Estos hallazgos se han estudiado tanto en AN como en BN y se postula una posible alteración primaria en la maduración de estos circuitos anatómicos. Por otro lado en AN también se ha identificado mayor disminución del flujo sanguíneo cerebral en la corteza cingulada mediante SPET que se mantiene incluso tras la normalización del peso (Kojima, Nagai et al. 2005).

i. Factores obstétricos y perinatales.

Las complicaciones obstétricas se han relacionado con una mayor vulnerabilidad al padecimiento de un TCA. Este hallazgo no es exclusivo de estas patologías y se ha descrito en otros trastornos psiquiátricos como los problemas afectivos, el autismo (Brown, Sourander et al. 2014), la psicosis infantil o la esquizofrenia (Moreno, Moreno-Iniguez et al. 2009). El mecanismo por el cual se produce esta vulnerabilidad no está claramente elucidado, algunos autores lo vinculan a problemas en el neurodesarrollo, en este sentido las hipótesis postulan la posible hipoxia en el feto (Favaro, Tenconi et al.; Cannon, Rosso et al. 2000), la existencia de un daño cerebral temprano y el déficit nutricional durante el embarazo o durante el periodo posnatal (Strauss and Dietz 1997).

La hipoxia o daño cerebral que puede afectar al desarrollo del sistema nervioso central (Favaro, Tenconi et al. 2006), puede relacionarse con el estado físico de la madre ya que se observa asociado a situaciones de desnutrición, anemia, y a ciertas complicaciones obstétricas severas como pueden ser la diabetes mellitus gestacional (DM gestacional), la preeclampsia o el infarto placentario que también implican un déficit en la oxigenación del cerebro en formación. En la misma línea que la presencia de otros factores que comprometan el correcto aporte nutricional como el padecimiento de un trastorno de la conducta alimentaria durante el embarazo (Micali and Treasure 2009), también se ha demostrado que incrementa el riesgo de retraso en el crecimiento fetal o el bajo peso y por lo tanto puede considerarse un factor de riesgo (Linna, Raevuori et al. 2014).

No solo la existencia de TCA en la madre se ha relacionado con el riesgo de desarrollo de patología alimentaria en los hijos, también la presencia de enfermedad mental como la depresión o ansiedad o problemas alimentarios en la infancia (Jacobi, Hayward et al. 2004). En términos generales existe evidencia de que los trastornos psiquiátricos en ambos progenitores aumentan el riesgo aparición de trastornos psiquiátricos en la descendencia (Micali and Treasure 2009). Por otro lado las alteraciones orgánicas, gastrointestinales,

incluso algunas infecciones maternas durante el embarazo, especialmente la exposición a las epidemias de varicela y la rubéola durante el sexto mes, se asocian con un mayor riesgo de desarrollar AN en la descendencia (Favaro, Tenconi et al. 2011).

En lo referente a los problemas en el parto se ha relacionado mayor riesgo de desarrollo de TCA en personas que reportaron casos de prolapso de cordón, ruptura prematura de membranas y el parto de nalgas. Algún estudio también añade el parto por cesara complicada (Goodman, Heshmati et al. 2014). En estos casos se postula una etiopatogenia relacionada con el daño cerebral en forma de lesión traumática en el hipotálamo, concretamente en el centro regulador de la alimentación (Cnattingius, Hultman et al. 1999).

No todos los resultados han sido fácilmente replicables por ejemplo el estudio de Klump asocia la presencia de bajos niveles de exposición prenatal a la testosterona en mujeres con el mayor riesgo de desarrollar un TCA y la manifestación de mayor sintomatología (Klump, Wonderlich et al. 2002). Estos datos han resultado discutidos ya que en otro estudio posterior los hallazgos mostraban un efecto opuesto (Kothari, Gafton et al. 2014). Resultados similares encontramos con Los niveles de vitamina D en más bajos que se asocian con un aumento de 1,8 veces el riesgo de TCA pero en esta ocasión se relacionaba más con el desarrollo de la BN (Allen, Byrne et al. 2009).

Discrepancias similares encontramos en cuanto a la edad de la madre. Mientras que algunos estudios relacionan la edad superior a 24 años con mayor incidencia de TCA (Goodman, Heshmati et al. 2014), otros describen que la mayor edad tanto del padre como de la madre constituyen factores de riesgo en el desarrollo del TCA, concretamente de AN. Incluso el consumo de sustancias durante el embarazo como el tabaco también ha demostrado una asociación inversa en el desarrollo de TCA en algún estudio (Goodman, Heshmati et al. 2014).

En lo referente a la prematuridad, los datos también muestran discordancia. Algunos estudios muestran relación con el desarrollo de AN en los

grandes prematuros nacidos con bajo peso (Cnattingius, Hultman et al. 1999), mientras que otros autores no consiguen replicar estos resultados (Feingold, Sheir-Neiss et al. 2002), como muestra la revisión sistemática llevada a cabo por I. Krug (Krug, Taborelli et al. 2013) que recoge los estudios realizados hasta el 2013, no puede confirmarse la relación entre prematuridad y desarrollo de AN, como tampoco la relación con el uso de material instrumental en el momento del parto (Favaro, Tenconi et al. 2006), ni con el peso del recién nacido que tampoco aparece como un factor de riesgo para las actitudes alimentarias. Por lo tanto no se considera útil incluirlo en un screening para identificar a las niñas en alto riesgo de desarrollo de TCA (Blond, Feldman et al. 2008).

Comparando los subtipos diagnósticos pocos trabajos se han destinado al estudio de la BN, aunque también se describen algunos indicios como el perímetro cefálico pequeño, el alto peso al nacer (en lugar de bajo como sucedía en AN), sin embargo no es un tema suficientemente aclarado (Wehkalampi, Hovi et al. 2010). Incluso se postula que a pesar de no encontrar diferencias muy significativas entre la AN y la BN, los factores perinatales podrían tener un papel patogénico diferente en estos dos trastornos (Favaro, Tenconi et al. 2006).

Por lo tanto y a pesar de existir evidencia de la influencia de los factores perinatales en los TCA, el efecto global parece ser relativamente pequeño (Favaro, Tenconi et al. 2006). Una revisión del 2014 cifra este riesgo en el 3,6% (Raevuori, Linna et al. 2014). Aunque éste es mucho menor que el riesgo atribuido a factores como el sexo (89,4%) y los factores psicosociales (7,6%), o la genética (en torno al 50%) implica que hasta 4% de los casos de AN podría prevenirse mediante la optimización del cuidado de la salud perinatal y la prevención de traumas en el nacimiento (Nicholls and Viner 2009). Otra conclusión establecida por los autores de la citada revisión expone que los FP para ejercer su influencia en los TCA deben actuar en conjunción con los otros factores de riesgo: genéticos, y / o ambientales.

5.1.2. Factores psicológicos.

Los factores psicológicos han sido considerados tradicionalmente parte fundamental de la etiopatogenia de los TCA, por lo que son numerosos los estudios que tratan de identificarlos. Existe suficiente evidencia que señala la presencia de síntomas que son considerados como comórbidos pero que pueden encontrarse en origen de estas patologías como son: trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, trastornos obsesivo-compulsivos o trastorno de control de impulsos. Paralelamente se identifican otros factores relacionados con la percepción del individuo como son: la insatisfacción, la distorsión de la imagen corporal, la baja autoestima o el retraimiento social. Además a estas características personales se les añaden algunos rasgos de personalidad o carácter tales como la excesiva rigidez, perfeccionismo (Fernandez-Aranda, Pinheiro et al. 2007).

a. Psicopatología previa.

Distintos estudios en TCA y comorbilidad psiquiátrica tratan de esclarecer la relación temporal entre dichos trastornos y si estos pueden ser considerados una vulnerabilidad para la aparición de TCA o tratarse de síntomas que aparecen en la evolución de estas patologías.

Los estudios establecen que la comorbilidad psiquiátrica en muchas ocasiones tienen un inicio previo al desarrollo del TCA (Stice, Marti et al. 2011) y debe por tanto ser considerada como un factor de riesgo. En un alto porcentaje de casos se observa trastornos de ansiedad (Bulik, Sullivan et al. 1997; Kaye, Bulik et al. 2004), trastornos afectivos, como depresión (Fernandez-Aranda, Pinheiro et al. 2007) y trastornos del control de los impulsos (Fernandez-Aranda, Jimenez-Murcia et al. 2006). Muchas de estas comorbilidades son comunes, otras sin embargo han sido relacionadas de forma más específica con un subtipo diagnóstico.

La patología identificada con más frecuencia es la ansiedad. Algunos estudios encontraron una prevalencia de trastornos de ansiedad del 83% de los sujetos con AN y el 71% de aquellos con BN (Godart, Flament et al. 2003; Kaye, Bulik et al. 2004). La aparición de estos síntomas es anterior a la aparición de el TCA en el 75% de los sujetos con AN, y en el 88% de los sujetos con BN.

El trastornos obsesivo-compulsivo cuenta con abundante evidencia de asociación con los TCA concretamente con la AN. Según algunos autores hasta el 35 % de los pacientes con AN asocian patología obsesivo-compulsivo(Thiel, Broocks et al. 1995). Otros autores describen un riesgo cuatro veces superior de desarrollar un TCA en sujetos con esta patología (Reas, Ro et al. 2013), postulando que además de las características premórbidas de personalidad, la desnutrición aumenta la sintomatología obsesiva.

Las alteraciones en el estado de ánimo son descritas por varios autores. Se ha observado que adolescentes con distimia, trastorno de pánico y depresión mayor (Measelle, Stice et al. 2006; Fernandez-Aranda, Pinheiro et al. 2007), tuvieron significativamente más probabilidades de padecer un TCA que aquellos que no tenían ningún diagnóstico (Zaider, Johnson et al. 2000).

Dado que estas patologías suelen encontrarse de forma comórbida, existe controversia acerca de si la depresión precede al desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria (Killen, Fortmann et al. 1996), o bien son los TCA los que acarrearán sintomatología depresiva (Stice, Agras et al. 2001), siendo esta cuestión difícil de elucidar.

También se ha encontrado cierta asociación entre los TCA y ciertos trastornos de la personalidad. En un estudio clásico (Wonderlich, Fullerton et al. 1994) se identificaba que tres de cada cuatro pacientes con anorexia presentaban algún trastorno de personalidad, los más comunes fueron del cluster C, el trastorno por evitación un 40%, (más frecuente en BN), el dependiente otro 40% y el obsesivo compulsivo un 30%. En el caso de la BN, investigaciones previas encuentran mayor comorbilidad con los trastornos de personalidad del cluster B en hasta un 66% de los pacientes (trastorno histriónico, límite o antisocial)(Sexton, Sunday et al. 1998). Coexistencia de

niveles elevados de impulsividad como los encontrados en el trastorno de personalidad límite, también mostraron una fuerte asociación con el desarrollo del TA y BN (Linde, Jeffery et al. 2004).

Otro trastorno identificado como posible factor de riesgo es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Se estima que al menos un tercio de los pacientes con BN nerviosa presentan síntomas comorbidos de TDAH que han podido describirse desde la infancia, y que pueden persistir o no en el momento del diagnóstico. Los pacientes con TCA de perfil compulsivo y los pacientes con TDAH compartirían un empobrecido control de los impulsos (Fernandez-Aranda, Aguera et al.), asociado a mayor dificultad en algunas funciones ejecutivas como las relacionadas con la organización o la atención y algunas alteraciones en la memoria. (Surman, Randall et al. 2006; Biederman, Ball et al. 2007).

b. Insatisfacción con la imagen.

Conjuntamente a la psicopatología se han identificado otros factores psicológicos como son la insatisfacción con la imagen corporal o la baja autoestima, el escaso apoyo social percibido o la vulnerabilidad neurobiológica, el retraimiento o la rigidez, además de las variables de personalidad, como son el alto nivel de neuroticismo, el perfeccionismo o la impulsividad (Lilenfeld, Wonderlich et al. 2006) .

La percepción de los esquemas corporales, concretamente la insatisfacción con la imagen corporal, aparece en la literatura como uno de los factores más comúnmente identificados como indicador de riesgo en el desarrollo de un trastorno de la alimentación (Beato-Fernández, Rodríguez-Cano et al. 2004). El modelo propuesto por Stice y Striegel-Moore (Stice 2001) identifica la presión hacia la delgadez que el paciente percibe desde la familia, la sociedad y los pares, y como este ideal de delgadez se internaliza produciendo insatisfacción lo que puede conllevar conductas de riesgo tales como hábitos dietéticos no saludables y progresivamente conducir hacia la AN o la BN. En el

caso de que los sujetos no consigan mantener ese control sobre sus hábitos previstos, se producen las situaciones de ingesta compulsiva o atracón, pudiendo intercalarse los episodios de restricción y de sobreingesta.

Por otro lado la insatisfacción corporal está ligada a experimentar afectos negativos tales como: la excesiva sensibilidad a estímulos, el temor, la ansiedad, la culpa, la depresión o la insatisfacción (Stice 2001). En ocasiones la comida es utilizada para paliar estas emociones convirtiéndose en una medida desadaptativa pero que funciona como mantenedora de estos trastornos (Taylor 2003; Toro, Gila et al. 2005). Son numerosos los estudios que sugieren que dada la importancia del valor predictivo que tiene la insatisfacción en los adolescentes, identificarla puede ser un paso clave en la prevención primaria.

La insatisfacción además va ligada de forma habitual a presentar baja autoestima (que es la valoración que uno hace de sí mismo y de sus posibilidades). Tener una autoestima negativa se ha valorado como uno de los factores predisponentes más claros en el desarrollo de un TCA (Patton, Selzer et al. 1999; Beato-Fernández, Rodríguez-Cano et al. 2004; Vanderlinden, Kamphuis et al. 2009). Los pacientes a menudo juzgan sus capacidades en base a su figura y peso, apreciándose marcadas discrepancias entre la percepción real que tiene de sí mismos y la idealización que persiguen (Abbate-Daga, Gramaglia et al. 2010).

c. Rasgos de personalidad.

Algunos rasgos de personalidad han sido ampliamente estudiados y se consideran implicados en el inicio, el desarrollo y en el mantenimiento de los TCA (Cassin and von Ranson 2005). Entendemos por personalidad un patrón relativamente estable de respuesta de una persona a estímulos externos o internos.

Uno de los modelos más aceptados y estudiados fue propuesto por Robert C. Cloninger (Cloninger 1999) , que intenta integrar el substrato biológico de la personalidad con el desarrollo producido por la experiencia y el

aprendizaje socio-cultural. En base a esto, diferencia en la personalidad dos aspectos por un lado el temperamento, que lo constituyen los rasgos hereditarios y supone una disposición biológica que se mantiene estable a lo largo del desarrollo y que no se modifica mediante los procesos de aprendizaje. Este se divide a su vez en cuatro dimensiones básicas: búsqueda de novedades, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia; y por otro lado el carácter que hace referencia a un conjunto de características que se van estructurando a lo largo del desarrollo mediante mecanismos socioculturales aprendidos, como valores, metas, estrategias de afrontamiento y creencias. Se subdivide a su vez en autodirección, cooperación y autotranscendencia; el carácter es por tanto más modulable y depende del medio socio-cultural y de las actitudes del individuo.

Los resultados de diferentes estudios muestran algunos rasgos de la personalidad, pueden jugar un importante papel en la patogénesis de los trastornos de la conducta alimentaria de forma genérica: alta evitación del daño, baja autodirección y baja cooperación, aparecen en los distintos diagnósticos (Fassino, Amianto et al. 2004; Fassino, Piero et al. 2009) de forma diferente a las presentadas por los controles, pero estas características son poco específicas ya que son compartidas con trastornos mentales. Sin embargo se han descrito características propias de cada entidad diagnóstica.

En la AN, uno de los aspectos más relacionados es el perfeccionismo (Jacobi, Hayward et al. 2004), que se observa incluso antes del inicio del trastorno (Fairburn, Cooper et al. 1999) por lo que se relaciona con su desarrollo pero también interfiere en el mantenimiento, por tanto tiene importantes implicaciones en el pronóstico de la enfermedad. Entre los rasgos de temperamento, se describe alta rigidez y necesidad de control, alta persistencia junto a la baja búsqueda de sensaciones. Se identifican rasgos comunes con personalidad obsesiva como la autodirección, la rigidez y la marcada autoexigencia y responsabilidad (Halmi, Sunday et al. 2000).

En cambio, en la BN, aunque también se asocia a perfeccionismo (Shaw, Stice et al. 2004), destacan otros rasgos como una alta impulsividad o

alta búsqueda de sensaciones estos y otros rasgos son compartidos con rasgos de trastorno límite de la personalidad (Cassin and von Ranson 2005). Estas características también se han identificado en el TA (Wonderlich, Connolly et al. 2004). Lo que se asocia con mayor riesgo de autolesiones y conductas impulsivas como juego patológico o adicciones (Fernandez-Aranda, Jimenez-Murcia et al. 2006).

En conjunto al igual que ocurre con otras características, las particularidades de personalidad pueden ser utilizadas como predictores de un TCA en especial si actúan de forma sinérgica con otros factores de riesgo (Cassin and von Ranson 2005).

d. Características neuropsicológicas.

La vulnerabilidad neuropsicológica de los TCA se ha desarrollado en los últimos años con importantes hallazgos principalmente en AN (Tchanturia, Anderluh et al. 2004), se ha identificado un patrón tendente a la rigidez cognitiva, con pobre coherencia central y una marcada tendencia a focalizar en los detalles (Tchanturia, Anderluh et al. 2004). En cuanto a BN, los estudios son menos concluyentes, pero se describen resultados similares, caracterizándose principalmente por un déficit en la integración global y la atención (Alvarez-Moya, Jimenez-Murcia et al. 2009).

5.1.3. Factores conductuales.

a. Historia de dietismo.

Las dietas constituyen uno de los factores de riesgo más ampliamente estudiado, porque además de conllevar cambios en los hábitos alimentarios propician actitudes patológicas hacia la imagen corporal y el peso. Los datos confirman que casi el 80% de las mujeres ha realizado dieta al menos una vez en su vida (Stice and Whitenton 2002), pero esto no significa padecer un TCA,

no obstante son numerosos los estudios que identifican las dietas restrictivas como un importante factor de riesgo para el desarrollo de TCA y también para la obesidad (Hsu 1996; Fairburn, Doll et al. 1998).

Algunos estudios demuestran de que modo la conducta de realizar una dieta incrementa en 12 veces la probabilidad de atracones lo que conduce a un aumento del peso (Field, Garland et al. 2003). La práctica de dietas se asoció también a sintomatología depresiva que a su vez se relaciona por sí misma con la patogénesis de estos trastornos (Stice, Marti et al. 2011).

Además de las dietas existen otras conductas alimentarias anómalas (CAR) que no constituyen en sí un trastorno alimentario y que son realizadas de manera frecuente por la población general, se ha observado que más de la mitad de las adolescentes y casi un tercio de los jóvenes recurren a métodos de control de peso poco recomendables (Neumark-Sztainer, Wall et al. 2006), como supresión o reducción drástica de las comidas, consumo de tabaco, incitación al vómito o ingestión de laxantes, con la finalidad de controlar el peso. Estas conductas han sido identificadas en mayor medida en sujetos con sobrepeso y se asocian a un aumento de riesgo de desarrollar un TCA (Unikel 2002).

b. Alteraciones en la nutrición en la infancia.

Las alteraciones en la nutrición o la alimentación en los primeros años de vida tales como la pica (ingesta de sustancias no nutritivas), también se han relacionado con estos trastornos especialmente con la BN y en menor medida con la AN pero estos hallazgos no han podido ser replicados en otros estudios (Jacobi, Hayward et al. 2004; Micali, Holliday et al. 2007) por lo que el tema no ha sido completamente elucidado, no en vano en el DSM-5 se considera la pica como uno de los trastornos de la alimentación incluido en la clasificación como específico de la infancia.

En un estudio retrospectivo sobre hábitos alimentario de la infancia, se ha identificado el consumo de comidas preparadas por el propio sujeto y el

hábito el comer dulces y o picar entre horas como factores de riesgo. Otras conductas alimentarias anómalas como saltarse el desayuno o el hábito de comer solo también se han identificado como predictores de TCA y de obesidad (Fernandez-Aranda, Krug et al. 2007).

c. Actividad física.

La restricción calórica junto con la práctica de ejercicio físico constituyen los dos procedimientos básicos para modelar el cuerpo, este fenómeno se incluye en la evolución cultura y está vinculado al desarrollo, asociado a motivaciones de salud y estéticas, condicionadas por el modelo imperante de delgadez.

Distintos autores señalan que la práctica de ejercicio físico excesivo puede precipitar el desarrollo de un TCA (Fernandez-Aranda, Krug et al. 2007). Esto se ha relacionado en particular con la AN de tipo purgativo. Existe cierta controversia en la literatura, se postula que es la combinación del ejercicio destinado únicamente a la pérdida de peso y a preocupación por la figura y junto con un sentimiento de culpa que conduce a estas conductas de modo compensatorio, puede favorecer el desarrollo de un TCA (Mond, Myers et al. 2008).

Por otro lado se ha observado que determinados grupos profesionales o deportes tienen más tasas de padecimiento de estas enfermedades, sobre todo en los que propician ese modelo corporal delgado, como la danza (30%), la gimnasia rítmica (18%), el patinaje artístico (deportes estéticos) y otros deportes de élite (8%) (Smolak, Murnen et al. 2000).

Además se conoce que el ejercicio excesivo se asocia con peor evolución y respuesta al tratamiento de las pacientes (Meyer, Taranis et al. 2008).

d. Consumo de sustancias.

No podemos obviar que en la sintomatología de los TCA coexisten variables muy relacionadas con las conductas adictivas como es la impulsividad o depresión (Wonderlich, Connolly et al. 2004) , no es de extrañar por tanto que los trastornos de la conducta alimentaria presenten una alta comorbilidad con el uso y abuso de sustancias tóxicas (Bulik, Klump et al. 2004; Krug, Pinheiro et al. 2009).

Este problema no afecta por igual a todos los grupos diagnósticos, siendo la prevalencia especialmente alta entre las pacientes que padecen bulimia nerviosa, donde las tasas de consumo son incluso superiores a la población general (Krug, Pinheiro et al. 2009). Al igual que en otros cuadros psiquiátricos en los que predomina la impulsividad y el bajo autocontrol, sin embargo otros estudios no han encontrado diferencias entre pacientes con BN y la población general para sustancias como el consumo de alcohol (Welch and Fairburn 1996).

En el grupo de pacientes con patología restrictiva los datos muestran más controversia. Algunos estudios afirman que el uso o abuso de drogas no suele ser distinto del que se da en la población general, Otros en cambio indican mayor riesgo de consumo de drogas en general entre las mujeres con anorexia nerviosa (Calero-Elvira, Krug et al. 2009; Root, Pinheiro et al. 2012).

Los trastornos pos atracón también se han relacionado con el aumento de consumo de sustancias tóxicas como el alcohol al igual que ocurre en los grupos de BN (Bulik, Klump et al. 2004; Root, Pissetsky et al. 2012).

Cuando se evalúa el consumo específico de algunas sustancias los estudios muestran mayor prevalencia de consumo de cannabis y estimulantes en relación con los atracones; en cambio las dietas han mostrado una relación directa con el uso o abuso de drogas estimulantes por su efecto en la reducción del apetito, como pueden ser: tabaco, anfetaminas y cocaína (Stice and Shaw 2003).

Por otro lado una de las conductas asociada con frecuencia a estos trastornos, especialmente a la bulimia nerviosa, es el consumo de laxantes, diuréticos u otros tipo de fármacos o sustancias con finalidad de control de peso en mayor medida que la población general.

e. Intervenciones quirúrgicas con finalidad estética.

La insatisfacción hacia la imagen corporal puede conducir a someterse a intervenciones de cirugía plástica o estética. A pesar de que estas son una práctica extendida en nuestra sociedad, algunos autores han identificado mayor frecuencia de paso por el quirófano con finalidad estética en pacientes con riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria (Alejo 2013). Existen trabajos que asocian estas intervenciones en mayor medida con el subtipo diagnóstico de bulimia nerviosa (Russell 1979).

f. Acontecimientos vitales estresantes.

La ocurrencia de acontecimientos vitales estresantes (AVE) ha sido identificada como factor de riesgo de desarrollo de distintas enfermedades mentales como la depresión o la psicosis. Estos antecedentes también se han objetivado con más frecuencia en las personas que sufren TCA (Jacobi, Hayward et al. 2004). Su investigación no está exenta de dificultades por un lado diversas clasificaciones y escalas se han validado para evaluar estos acontecimientos y por otro mucho de estos estresores están relacionados entre sí (Masten and Coatsworth 1998) y tienen por tanto un efecto acumulativo siendo difícil identificarles. Entre los más descritos en los TCA se encuentran: el abuso sexual o físico en la infancia, los antecedentes de crisis vital, las mudanzas, el fallecimiento de seres queridos, la separación e los padres o problemas en el ámbito social.

Los abusos sexuales en la infancia se han vinculado con el desarrollo de diversas patologías mentales en la edad adulta. Esta relación se ha descrito en los trastornos de personalidad, en el consumo de sustancias o en la patología

depresiva o ansiosa (Wonderlich, Brewerton et al. 1997). En la esfera alimentaria los estudios llevados a cabo muestran relación con la sintomatología alimentaria en general y especialmente con el perfil compulsivo/purgativo como la BN y TA. Los abusos en la infancia se han relacionado también con mayores dificultades para el control y por lo tanto más riesgo de otras conductas impulsivas como los cortes o el abuso de sustancias. Existe mayor discrepancia respecto a la AN que parece relacionarlo solo con el subtipo purgativo (Weiselberg, Gonzalez et al. 2011).

Los acontecimientos relacionados con pérdidas (fallecimientos, separaciones, pérdidas, cambios de domicilio), pueden identificarse como factores desencadenantes del trastorno alimentario, debido a que las familias suelen tener dificultades para reajustarse después de este tipo de situaciones Pero son inespecíficas de los mismos, pudiendo encontrarse en otras enfermedades mentales. (Fairburn, Cooper et al. 1999).

5.2. Factores ambientales y socioculturales.

a. Características socioculturales.

Desde los primeros trabajos publicados, los TCA han sido descritos en mujeres caucásicas occidentales pero los estudios poblacionales describen casos de anorexia nerviosa, bulimia y otros trastornos alimentarios no específicos en otros grupos étnicos y culturas no-occidentales (Miller, Hoffman et al. 2008), también se observan diferencias entre grupos culturales de la misma población concluyendo que la región geográfica no es un predictor de trastorno alimentario (Lake, Staiger et al. 2000).

En cuanto a las áreas urbanas o rurales parece existir una mayor prevalencia de estas patologías en zonas urbanas en relación a mayores problemas con la imagen corporal. Al menos son las áreas más estudiadas por que en los últimos años se ha comprobado que su incidencia aumenta en países

subdesarrollados y regiones como las suburbanas (Iancu, Spivak et al. 1994; Toro, Gila et al. 2005).

De forma similar tradicionalmente se ha venido afirmando que, en particular la AN, es más frecuente en estratos socioculturales medio-altos y altos sin embargo, en estudios más recientes se ha encontrado que afecta a personas de diversos estratos sociales (Keel and Forney 2013).

Se puede considerar que la sociedad occidentalizada constituye un marco de vulnerabilidad para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, (Gunnard, Krug et al. 2011) donde la prevalencia de estos trastornos sigue siendo mayor. También en las áreas de esta influencia cultural por ejemplo algunos autores han estudiado el aumento de la incidencia de estas patologías en la sociedad oriental, y la relacionan con el influjo de los valores occidentales (Iancu, Spivak et al. 1994).

Nos encontramos en un modelo sociocultural que focaliza su atención en la apariencia física y fomenta un ideal de delgadez para el cuerpo femenino y de hipertrofia muscular en el caso de los varones que no se ajustan a los patrones reales de la población. Esta apariencia se identifica además con características personales como son belleza, fuerza de voluntad, control, competitividad, autoestima o éxito social, creando elevada insatisfacción no solo con la imagen, también con las capacidades personales si no se alcanzan estos estándares.

b. Presión social percibida.

Los actuales cánones y estereotipos de belleza y éxito social, como el modelo corporal han promovido la insatisfacción con la imagen corporal e implica que el ideal de delgadez vaya ligado al atractivo físico. A ello contribuyen distintos factores por un lado la exposición a los medios de comunicación, la presión ejercida por la publicidad o la industria de la estética. Por otro las actitudes y comportamiento de los padres o del grupo de pares, respecto a la imagen, la alimentación o el peso corporal (Sands and Wardle 2003). Son numerosos los estudios que han podido identificar como estos factores contribuyen

al desarrollo de los TCA (Jacobi, Hayward et al. 2004). No obstante la población general se encuentra expuesta a las mismas condiciones socioculturales, pero algunos individuos internalizan estas ideas y tan solo los más vulnerables llegan a desarrollar un trastorno alimentario.

En el marco de esta sociedad, a la presión ejercida por otros medios de comunicación se le suma la proliferación de internet con una publicidad más directa, donde prima la imagen y la exposición personal y pueden encontrarse contenidos de riesgo como las páginas pro-anorexia o pro-bulimia. Todo esto hace que los jóvenes sin diferencia de clase social ni de etnia estén expuestos a mayor presión para alcanzar este modelo sociocultural de delgadez y culto al cuerpo (Gunnard, Krug et al. 2011). A pesar de estos indicios y de que existen variables como la exposición a la TV o a ciertas revistas que promueven estos modelos que han sido relacionadas con menor autoestima, la relación directa entre la exposición a los medios y la insatisfacción corporal no ha sido completamente demostrada (Calado, Lameiras et al. 2011).

c. Interacciones sociales anómalas.

Recibir burlas relacionadas con el peso, junto con la presión por adelgazar por parte del grupo primario de apoyo o del grupo de iguales también ha sido recogido como factor de riesgo de desarrollar un TCA o conductas poco saludables, tanto en varones como en mujeres (Haines and Neumark-Sztainer 2006; Neumark-Sztainer, Wall et al. 2006) y en los distintos subtipos diagnósticos, incrementaron el riesgo de desarrollar un TCA en el futuro (Fairburn, Doll et al. 1998).

5.3. Factores familiares.

El contexto familiar juega un papel esencial en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria (Penas-Lledo, Bulik et al. 2010). Existen numerosos estudios que describen como factores de riesgo de desarrollar un TCA los siguientes: modelos familiares sobreprotectores, rígidos y exigentes, conflictivos, y poco cohesionados, familias desestructuradas,

antecedentes familiares de de TCA o bien de otras patologías mentales como trastornos afectivos y sintomatología obsesivo-compulsiva (especialmente en las madres), dieta y/o conducta alimentaria atípica en la familia, preocupación por el peso y la imagen por parte de los padres, obesidad (especialmente en madres), alcoholismo (especialmente en padres), hábitos alimentarios poco regulares durante la infancia, actividades que valoran excesivamente la delgadez y/o el peso. En conjunto la familia podría intervenir en la aparición de los TCA a través, tanto de su funcionamiento interno, como de la forma de comunicación entre los miembros, o de la transmisión de conductas de riesgo para estos trastornos (Casper and Troiani 2001).

a. Estructura familiar.

En lo referente a la **estructura familiar**, no se han identificado como factores de riesgo, ni el orden de nacimiento (Gillberg, Rastam et al. 1995), ni el tamaño de la familia de pacientes con TCA. Pero los cambios en la estructura de la familia, bien por una pérdida debido a una defunción, divorcio o abandono de uno de los progenitores, sí parece influir en la mayor probabilidad de desarrollar un TCA. En concreto las hijas de padres divorciados o viudos presentan un incremento significativo de desarrollar un TCA (Tripp 1998).

b. Nivel socioeconómico.

Pertenecer a una clase social alta se ha relacionado con bajo riesgo de padecer una enfermedad mental (Jacobi, Hayward et al. 2004) , sin embargo clásicamente los TCA en especial la AN se relacionó con este estatus y según algunos investigadores puede ser debido a las diferencias culturales que persiguen distintos ideales de belleza (Toro, Gomez-Peresmitre et al. 2006). No obstante los estudios no aportan evidencia acerca de la relación directa con el nivel socio-económico previo y los estudios que si lo hacen postulan que son los padres, que identifican el estado social elevado con el éxito y la imagen de delgadez habitual en estos círculos, los que podrían mediante su presión indirecta contribuir al desarrollo de las alteraciones(Young, Clopton et al. 2004).

Por el contrario, otros estudios que ofrecen resultados opuestos proponen que precisamente en las clases altas los cuidados parentales son mayores pudiendo ser incluso un factor protector. En cuanto a lo puramente económico se ha descrito que cambios importantes en las finanzas de la familia, pueden contribuir a la aparición de TCA ya que puede relacionarse con la ansiedad y estrés experimentados por el paciente (Moorhead, Stashwick et al. 2003).

a. Modelos familiares disfuncionales.

Desde los inicios del estudio de estas patologías se han descrito patrones de funcionamiento familiar disfuncionales que producen un clima adverso (Patton 1988) o conflictivo y pueden propiciar el desarrollo de una alteración de la conducta alimentaria de manera general o asociarse a determinados subtipos concretos. Así pues en la BN se encuentran más alteraciones que en la AN referidas a una mayor conflictividad, menor organización y cohesión, relación afectiva menos intensa con los padres y diferente desarrollo del proceso de individualización. Uno de los grandes dilemas de estos estudios radica en la dificultad para descartar que estas diferencias sean consecuencia y no causa del trastorno, ya que una vez que se establece la enfermedad los patrones familiares se resienten y a menudo son aún más disfuncionales. A esta dificultad se suman las discordancias en los resultados de otros estudios que no objetivan diferencias significativas entre el ambiente familiar de pacientes con TCA y las familias de los controles (North, Gowers et al. 1995). No obstante el clima familiar, como parece lógico, se describe como factor de vulnerabilidad o protección para el desarrollo de estas y otras patologías mentales (Casper and Troiani 2001).

b. Psicopatología familiar especialmente de tipo alimentario.

Tal y como se ha expuesto anteriormente otra contribución por parte del entorno familiar consiste en que las madres de pacientes con TCA presentan además altas tasas de psicopatología previa, especialmente de problemas con

la alimentación (Birch and Fisher 1998; Park, Senior et al. 2003) y una alta correlación con problemas afectivos como la depresión o la ansiedad más frecuentes en las madres. Y trastornos afectivos o por uso de alcohol de forma más habitual en los padres (Strober, Freeman et al. 2000).

c. Hábitos alimenticios y físicos familiares

Aspectos relacionados con la comida, la figura y el peso se transmiten de padres a hijos, esta relación se ha estudiado especialmente de madres a hijas (Goncalves, Silva et al. 2012). Los padres pueden contribuir directamente a los trastornos de la alimentación de sus hijos a través de los patrones alimentarios inculcados en la niñez, aumentando la probabilidad de desarrollar un TCA (Fernandez-Aranda, Krug et al. 2007). Por el contrario hábitos saludables en el hogar como las comidas familiares, fue relacionado como protector (Haines, Kleinman et al. 2010). De la misma manera ocurre con la práctica deportiva, los estudios demuestran que la actitud de los padres activos físicamente influye en los hábitos de sus descendientes (Moore, Lombardi et al. 1991).

d. Sobrepeso materno.

La figura materna se considera un posible factor predictivo ya que se ha identificado asociación entre el sobrepeso materno y el desarrollo de un TCA. También se ha visto que algunos hábitos de la madre como y la existencia de conductas alimentarias compulsivas o las dietas restrictivas pueden propiciar el padecimiento de estos trastornos (Bauer, Bucchianeri et al. 2013). Además se identifica como posible factor de riesgo no solo la mayor preocupación por el peso y la figura que las madres tienen de sí mismas sino, también la percepción del peso o la imagen que las hijas tienen de sus progenitores (Woodside, Bulik et al. 2002).

e. Criticismo familiar.

Los comentarios o la presión de algún familiar (especialmente padres y madres) puede ser un factor predisponente que provoque en el paciente la decisión de iniciar una dieta de adelgazamiento (Agras, Bryson et al. 2007). Los estudios revelan que los padres con altos niveles de insatisfacción corporal y obsesión por la imagen tienen hijos (especialmente mujeres) que sienten una mayor presión social con más preocupación por la delgadez (Agras, Bryson et al. 2007), por lo tanto intentaban modificar su apariencia física y aumentaba la necesidad de hacer dieta (Crowther, Kichler et al. 2002).

Se sabe también que el impacto de los valores paternos puede ser observado a una edad relativamente temprana y que no solo se asocia a las críticas hacia la imagen del hijo sino también se relaciona con los comentarios de los padres sobre su propia apariencia física, tales como la insatisfacción con su peso o los intentos por modificarlo (Smolak, Levine et al. 1998) (Taylor, Bryson et al. 2006).

La comunicación de estos estereotipos negativos es percibida por lo hijos al observar la importancia que conceden a la apariencia y a la figura corporal las madres. La insistencia para que sus hijas pierdan o controlen su peso, conlleva una mayor insatisfacción en la imagen corporal (Taylor, Bryson et al. 2006). En el caso de padres a hijos, la insatisfacción corporal se considera también el principal factor de riesgo (Rodríguez-Ruiz S 2013).

f. Estilos de crianza

Los estilos de crianza también se han relacionado con la vulnerabilidad para padecer un desorden alimentario (Emanuelli, Ostuzzi et al. 2003). Para evaluarlos se han utilizado instrumentos como el Parental Bonding Instrument (PBI) que se basa en los recuerdos de los hijos sobre los estilos educativos de sus padres. En la revisión de llevada a cabo por Tetley en 2014 (Tetley, Moghaddam et al. 2014) se concluye de forma general los pacientes otorgaban

puntuaciones más bajas ambos padres en la dimensión de cuidado, lo que traduce un estilo de crianza menos cálido que los recibidos por los controles sanos y por otro lado recordaban a sus padres y en mayor medida a las madres como más sobreprotectoras, reflejado en puntuaciones más altas en la escala de control, esto puede conllevar mayores dificultades en el desarrollo y autonomía del sujeto.

A pesar de que los estudios son consistentes en estos hallazgos, el estilo basado en la sobreprotección y la frialdad afectiva no es específico de los pares de los pacientes que padecen un TCA y se ha descrito en otras enfermedades mentales, y orgánicas, y en la obesidad (Parker 1984).

6. PROGRAMA
DETECTA.

El servicio de psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, cuenta desde hace más de 15 años con una unidad específica dedicada al tratamiento de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, coordinado por el Dr. Gómez del Barrio. Este dispositivo ofrece tratamiento multidisciplinar, con distinta intensidad y recursos en función de las características individuales de los pacientes. Para ello cuenta con una unidad de hospitalización total dotada de 4 camas, 15 plazas de hospital de día, distintos recursos como el comedor terapéutico y múltiples consultas ambulatorias. En este entorno varios profesionales trabajan para garantizar la asistencia integral tanto de pacientes como de familias.

Además del trabajo clínico en los últimos años se ha desarrollado un programa de prevención en el medio escolar con resultados satisfactorios, dicho trabajo fue recogido en forma de guía y lleva por título: “Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso”(Gomez del Barrio 2012). La intervención es reproducible y se encuentra a disposición de todos los interesados de forma libre en el siguiente enlace: <http://www.saludcantabria.es>. Paralelamente se han llevado a cabo otras labores de divulgación y formación dentro del ámbito escolar y sanitario con el fin de actuar en la prevención y promover la detección precoz.

Siguiendo estas líneas de actuación y dentro de este marco de trabajo que persigue el objetivo de garantizar el mejor trato posible a los pacientes de la comunidad, en el año 2010 se puso en marcha el programa de primeros episodios de trastornos de la conducta alimentaria, denominado DETECTA (DEtección TEmprana en Cantabria de los Trastornos Alimentarios).

Dicho programa se basa en la premisa de que la detección e implementación en las fases tempranas de la enfermedad de un tratamiento intensivo individualizado, de apoyo y soporte familiar evitará el abandono prematuro del tratamiento y una mejoría en los resultados y el pronóstico de la enfermedad (Le Grange and Loeb 2007).

El programa cuenta con varios niveles de trabajo. En su parte asistencial incluye un plan de tratamiento estructurado, con el empleo de entrevista motivacional, terapia cognitivo-conductual y tratamiento familiar tanto individual como grupal. Por otro lado se ha desarrollado un protocolo de derivación más ágil y directa desde los centros de atención primaria a la unidad, que evite el trasiego innecesario, a nuestro modo de ver, de los pacientes y sus familias, por diversos recursos asistenciales que demoran el abordaje eficiente de su patología y provocan un aumento de los costes. Por último se complementa con una tarea de investigación que se divide a su vez en distintos objetivos como estudio de la neurocognición, de los factores pronósticos o de las características clínicas y factores de riesgo asociados al desarrollo de los TCA.

Con la puesta en marcha y la difusión en la comunidad autónoma de este programa, se han logrado varios objetivos que mejoran la calidad de la asistencia y debido a que se realiza una derivación más precoz y oportuna también se ha conseguido reducir el tiempo de demora asistencial. Todo ello supone una reducción de la morbilidad y de los costes derivados de la enfermedad, potencia la adherencia terapéutica y mejora el conocimiento de los factores que se relacionan con un pronóstico más favorable.

SEGUNDA PARTE:

MARCO EMPÍRICO

1. JUSTIFICACIÓN Y
ESTADO DE LA
CUESTIÓN.

Como hemos visto en los apartados anteriores, los trastornos de la conducta alimentaria se manifiestan como una alteración en el consumo de alimentos con el consecuente deterioro de la salud física y psicológica de la persona que lo padece. Son además, causantes de una importante morbilidad física y psicosocial cuyas complicaciones médicas conllevan una tasa de mortalidad importante y enormes costes sanitarios (García-Camba 2001).

Los datos epidemiológicos revelan un incremento de la prevalencia de estas patologías en los últimos 30 años (Ruiz-Lazaro 1998), este problema ha sido considerado por algunos autores “epidemia” (Morande 1998), Aunque parece que en los últimos años esta progresión se ha estancado, no ha dejado de tener una enorme repercusión. Una de las mayores dificultades a la hora de hablar de datos reales consiste en la fiabilidad de extrapolar las cifras a distintas poblaciones. En concreto en la comunidad autónoma de Cantabria no existe ningún trabajo previo centrado en evaluar la prevalencia, esta dificultad no ha podido ser solventada por el momento, pero dadas las condiciones en las que se ha llevado a cabo este trabajo, y las características de la recogida que incluyen todos los casos incidentes de forma consecutiva durante un periodo de dos años, podemos al menos conocer con exactitud la incidencia de pacientes que acuden por primera vez a recibir un tratamiento especializado a la única unidad especializada de la comunidad de Cantabria.

Por otro lado los estudios epidemiológicos realizados nos revelan que se trata de patologías que aparecen con mayor frecuencia en edades tempranas de la vida, mayoritariamente en niñas cercanas a la pubertad y adolescentes o mujeres jóvenes, sin olvidar una población no desdeñable de varones jóvenes. En general la prevalencia en algunas edades es tan elevada que ha sido considerada por la Organización Mundial la Salud como uno de los trastornos mentales más prevalentes en niños y adolescentes (OMS 2004), siendo esta la etapa de mayor vulnerabilidad en el desarrollo personal y familiar (Turnbull 1996). Debido en parte a estas circunstancias la mayor parte de los estudios realizados hasta la fecha se han llevado a cabo mayoritariamente en poblaciones de mujeres excluyendo a varones. Estas investigaciones se centran generalmente en etapas concretas de la vida, habitualmente la adolescencia y

los primeros años de la edad adulta. Pero tal y como refleja la literatura, la aparición de estos trastornos en otras edades cada vez es menos infrecuente, ya que por un lado se describe el desarrollo tardío especialmente de la BN y el TA y por otro son patologías con una elevada tendencia a la cronicidad y a las recaídas, por lo que independientemente de la aparición de los primeros síntomas, estos pueden observarse durante las distintas etapas de la vida (Luca, Luca et al. 2015). En este sentido nuestro trabajo persigue el objetivo de observar los factores relacionados con el desarrollo de la enfermedad, independientemente del sexo y de la edad de aparición del trastorno.

Otra de las limitaciones habituales de los estudios consultados se presenta en relación a la duración de la enfermedad y al tiempo necesario para su tratamiento. Tratando de eliminar esta dificultad diseñamos un estudio que incluyera solo pacientes que acuden a la Unidad de trastornos de la conducta alimentaria por primera vez para tratar un episodio incipiente de alteración alimentaria. Con este fin propusimos la realización de un estudio naturalístico, analítico y observacional que incluyera de forma consecutiva a todos los pacientes, independientemente de la edad y el sexo, que llegaban a la unidad y presentando un TCA nunca tratado anteriormente.

La importancia de la intervención precoz en la mayoría de las enfermedades médicas es un tema que apenas tiene discusión, sin embargo de la revisión bibliográfica se extrae que hasta la fecha, no existen muchos programas de detección en fases tempranas, en los trastornos de la conducta alimentaria. Esto no sucede en otras áreas de la psiquiatría como la psicosis, donde la concienciación con el diagnóstico precoz ha sido más intensa y los estudios han demostrado como una menor duración de la enfermedad sin tratar predice un mejor pronóstico (Crespo-Facorro, de la Foz et al. 2013). El paradigma de la intervención temprana se basa en la idea de que existe una progresión entre los primeros síntomas aislados o factores de riesgo pasando por los síntomas prodrómicos que confluirán en forma de síndromes parciales hasta desarrollar el cuadro completo. Dicho paradigma implica también que la intervención terapéutica precoz implicará un mejor pronóstico y resultado.

En estos trabajos se han identificados tres factores comunes que ponen de relevancia la importancia de la detección precoz, por un el efecto “tóxico” de la enfermedad y el consiguiente daño cerebral a lo largo del tiempo, con implicaciones en la esfera psicológica, biológica y social (McGlashan 2006). Esto podría ser aplicable a los TCA ya que la malnutrición prolongada produce lesiones en el cerebro en desarrollo a nivel de distintas estructuras en las áreas reguladoras de la conducta alimentaria, y en los circuitos que soportan los patrones de conducta (Connan, Campbell et al. 2003).

El retraso en el diagnóstico es importante en los TCA ya que los estudios confirman que existe un periodo, estimado entre 1-4 años, que resulta de vital importancia pronóstica y han demostrado que el retraso en la identificación e instauración del tratamiento condiciona la evolución de la enfermedad (Schoemaker 1997). Además, se postula que existiría un periodo crítico donde la intervención se mostraría más eficaz, por tanto su retraso acarrearía un pronóstico más infausto y mayores tasas de comorbilidad y cronicidad (Le Grange and Loeb 2007). A la luz de estos hechos y tal y como se ha explicado en el apartado 6 del marco teórico, el presente estudio se enmarca en un programa de detección precoz pretendiendo ampliar el conocimiento de los factores de riesgo para reducir la demora en el diagnóstico. Con el objetivo de minimizar el efecto de la enfermedad sobre los aspectos físicos, deterioro personal, familiar y laboral.

La evidencia científica disponible hasta ahora parece indicar una relación directa entre los factores de riesgo, descritos en el apartado 5 del marco teórico y el desarrollo de alteraciones en la conducta alimentaria (Hsu 1996). Los factores de riesgo, se definen como circunstancias que incrementan la posibilidad de desarrollar una enfermedad, pero que en sí mismos son insuficientes para predecir su desarrollo (Kraemer, Stice et al. 2001). Como ejemplo tenemos las conductas alimentarias de riesgo (dietismo, ejercicio excesivo...) que son cada vez más frecuentes en nuestra sociedad sin llegar a constituir una patología. Esto diferencia los factores de riesgo anteriormente expuestos de las características iniciales o síntomas incipientes que aparecen en el comienzo de la enfermedad. En el caso de los TCA, esta división no es

sencilla y retomando el ejemplo anterior otros estudios sugieren que las dietas restrictivas o el ejercicio excesivo pueden en sí mismo constituir síntoma iniciales de la enfermedad. Por lo tanto otro de los objetivos de este estudio consiste en ampliar el conocimiento de las características clínicas, personales y ambientales que presentan los pacientes con un primer episodio de TCA en la comunidad de Cantabria. Se espera que esto nos sirva para desarrollar futuros programas de prevención que ayuden a evitar el desarrollo de la enfermedad.

La revisión de la bibliografía es concordante al considerar que los TCA tienen un origen multifactorial y multicausal (Jacobi, Hayward et al. 2004). Distintos estudios prospectivos representan los mejores esfuerzos para identificar los factores de riesgo que puedan actuar como factores predisponentes, en el caso de los TCA que son enfermedades con un largo periodo evolutivo y multicausales, los estudios de casos y controles constituyen un diseño ampliamente utilizado y eficaz. En el diseño de los estudios de factores de riesgo es imprescindible analizar una muestra control, ya que algunos factores como el ideal de delgadez, la insatisfacción corporal, y el dietismo son conductas habituales en nuestra sociedad mientras que solo la población más vulnerable acaba padeciendo un TCA . Para tratar de solventar esta dificultad y a diferencia de algunos estudios revisados en la literatura, decidimos que nuestra investigación contara con un grupo control de sujetos sanos, que fue seleccionado y pareado con la muestra de pacientes en cuanto al género y la edad para minimizar las diferencias entre grupos y poder identificar los posibles factores de riesgo.

La literatura también nos revela que alguno de estos factores pueden encontrarse en el origen de los trastornos de la conducta alimentaria en general, mientras que otros se asocian de forma más específica a alguno de los subtipos diagnósticos (Stice, Marti et al. 2011). En este sentido el diseño de nuestro estudio nos permiten evaluar las diferencias entre pacientes y controles pero también comparar las características en función de la patología alimentaria, agrupando la muestra en las dos grandes categorías diagnósticas clásicas, que son el subtipo restrictivo, representado por la anorexia nerviosa y los trastornos no especificados de perfil anorexia, y el subtipo de perfil bulímico en el que

dadas las características comunes que presentan (Stice, Marti et al. 2011; Stice, Marti et al. 2013), decidimos incluir tanto la bulimia nerviosa, como el trastorno por atracón y los trastornos no especificados de perfil compulsivo/purgativo. Por lo tanto nuestro estudio aporta una visión amplia, sin centrarse específicamente en determinados factores de riesgo, tratando de evaluar múltiples variables que han demostrado ese valor predictivo e intentando determinar si existe especificidad en estos factores y algún subtipo diagnósticos.

Con todo lo expuesto y dada la envergadura del problema, su repercusión sanitaria y la disparidad de datos referidos a factores de riesgo en distintas poblaciones y estudios, consideramos pertinente el desarrollo de este trabajo de investigación que tiene como objetivo principal cuantificar y caracterizar suficientemente este problema, como punto de partida para el diseño de futuras estrategias preventivas sobre los TCA en la Región.

2. HIPÓTESIS Y
OBJETIVOS
GENERALES.

2.1. Hipótesis de Trabajo.

Hipótesis general:

Teniendo en cuenta el contexto que brinda el Estudio DETECTA y contemplando las consideraciones teóricas que sustentan este trabajo, planteamos verificar la hipótesis general que supone que los pacientes afectados por un trastorno de la conducta alimentaria que acuden por primera vez a recibir tratamiento presentarán factores sociodemográficos, psicopatológicos, ambientales y familiares, diferentes de forma significativa a los evaluados en una muestra controlada y pareada por edad y sexo en la población de Cantabria.

Hipótesis específicas.

De esta hipótesis general se desprenden las siguientes hipótesis específicas:

1. En nuestro estudio, esperamos encontrar cifras similares a las recogidas en la literatura en cuanto a los datos sociodemográficos, como una mayor prevalencia de mujeres jóvenes. Suponemos que nuestra muestra también replicará estudios previos en cuanto a determinadas diferencias entre grupos diagnósticos como es la mayor edad de debut de la enfermedad para la clínica bulímica.
2. Los pacientes presentarán características individuales de tipo biológico como mayor prevalencia de obesidad en la infancia, un desarrollo sexual precoz o antecedentes de problemas físicos o perinatales en mayor medida que los controles sanos.
3. Los sujetos que padecen un TCA contarán con más psicopatología tanto pasada como actual, no solo alimentaria, sino también ansiedad, baja autoestima, rasgos obsesivos o depresión en mayor medida que los controles sanos. Dentro de los grupos diagnósticos la literatura nos lleva a esperar mayor afectación en el grupo de la bulimia nerviosa.

4. Este hallazgo será observado también en la familia contando con mayor psicopatología que en padres de sujetos sanos especialmente en el grupo BN. La patología previa más relacionada serán los TCA padecidos por las madres de los pacientes.
5. Los pacientes con un TCA presentarán de forma premórbida conductas desadaptadas, como robos o compras compulsivas, mayor empleo de sustancias para controlar el peso o consumo de drogas de abuso, más frecuencia de conductas alimentarias de riesgo, como los ayunos o las dietas restrictivas y más problemas interpersonales que los sujetos del grupo control estas circunstancias serán especialmente prevalentes en el grupo de perfil bulímico.
6. Los pacientes con un TCA mostrarán unos rasgos de personalidad previos al diagnóstico más desadaptados que los sujetos sin patología, como menor autoestima, mayor insatisfacción corporal y rasgos de temperamento y carácter específicos como alta evitación del daño, baja autodirección y baja cooperación. Esperamos encontrar que el grupo que presenta sintomatología bulímica tenga rasgos más disfuncionales.
7. Hipotetizamos que la media de ocurrencia de acontecimientos vitales estresantes tales como: haber sufrido pérdidas familiares, abusos sexuales, o burlas, será mayor en los pacientes, difiriendo significativamente en la muestra de control, tanto en la vida previa como en el año anterior al diagnóstico.
8. Se identificarán estilos diferenciados de crianza entre pacientes y controles. Suponemos que el estilo de crianza en los pacientes revele un vínculo afectivo más frío y carente de cuidado, con mayores puntuaciones en control y sobreprotección que en los sujetos sanos.
9. Las familias de las personas afectadas por un trastorno de la conducta alimentaria presentarán características diferenciales del grupo control sano tales como más pérdidas o separaciones, hábitos alimentarios y deportivos no saludables o mayor criticismo. Estos hechos serán más frecuentes en el grupo de perfil bulímico.

2.2. Objetivos del trabajo.

En función de las hipótesis de la investigación y del conocimiento científico actual se presentan de forma sinóptica los objetivos base de este estudio.

Objetivo general:

Estudiar las diferencias en una muestra de sujetos que acuden de forma consecutiva a la Unidad para recibir su primer tratamiento, respecto a un grupo de sujetos sanos controlados por edad y sexo en cuanto a determinados factores individuales, ambientales y familiares, en el momento del diagnóstico y a lo largo de la vida previa. Para ello nos proponemos:

Objetivos específicos:

1. Conocer el número y las características clínicas diferenciales de tipo biológico, psicológico y conductual que presentan los sujetos que acuden a la unidad especializada de la comunidad de Cantabria, solicitando iniciar su primer tratamiento para afrontar un TCA.
2. Comprobar si determinadas variables biológicas, como los antecedentes de enfermedad física, las complicaciones perinatales, la edad de la pubertad, la obesidad infantil o los problemas durante el desarrollo vital, pueden estar relacionados con la aparición de un TCA.
3. Analizar el impacto que tienen determinadas características de personalidad, como la insatisfacción, la merma de la autoestima o los rasgos de temperamento y carácter.
4. Analizar si la presencia de psicopatología previa, los gestos autolíticos o las conductas autolesivas llevadas a cabo antes de aparecer la

enfermedad son más frecuentes en el grupo de pacientes que en los sujetos sin patología.

5. Examinar la frecuencia de conductas previas al desarrollo de la enfermedad como: el consumo de sustancias, la práctica deportiva, las conductas alimentarias de riesgo o los problemas interpersonales en los pacientes.
6. Examinar determinados patrones sociales en los pacientes, tales como: el nivel sociocultural, la presión social percibida o la historia de burlas previas a la enfermedad. Y compararlos con los presentados por los voluntarios sanos.
7. Analizar y comparar con lo sujetos sanos, la prevalencia de acontecimientos vitales estresantes que los pacientes han padecido en su vida previa y en el año anterior al diagnóstico, y su relación con la aparición de sintomatología alimentaria.
8. Evaluar el papel de la familia en el desarrollo de estas enfermedades, analizando las características sociodemográficas, los hábitos y estructura familiar, los antecedentes psicopatológicos, el criticismo familiar y los patrones de crianza e identificar si existen diferencias significativas en cuanto a las circunstancias presentadas por el grupo control.
9. Determinar que ocurre en todas las premisas de los objetivos anteriores, comparando entre sí los pacientes que presenta un perfil de síntomas de tipo anoréxico con el grupo que presenta síntomas de tipo bulímico.

3. MÉTODO.

3.1. Diseño de la investigación.

El Servicio Cántabro de Salud cuenta desde hace más de 20 años con una única Unidad específica para la atención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA), se encuentra ubicada en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

Con el objetivo de mejorar la atención a nuestros pacientes, en mayo de 2010 se pone en marcha el programa DETECTA que fue explicado en el apartado 6 de la parte teórica. En el marco de este programa asistencial se están realizando diversas labores de investigación entre ellas las relacionadas con factores pronósticos, evaluación de sesgos cognitivos, adecuación de nuevos tratamientos o el estudio de los factores asociados con el desarrollo de estas patologías.

En el presente trabajo se expone la parte de la investigación relacionada con el estudio de las características clínicas y los factores de riesgo que presentan los pacientes que padecen un primer episodio de trastorno de la conducta alimentaria.

Para llevar a cabo esta tarea de investigación se diseñó un estudio de casos y controles, la selección de casos se realizó de forma prospectiva y su base era hospitalaria con población clínica. De forma consecutiva se fueron incluyendo los casos incidentes que acudieron a la UTCA del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, para recibir su primer tratamiento por un trastorno de la conducta alimentaria.

Las características presentadas por los pacientes incluidos en el estudio se comparan con una muestra poblacional de voluntarios sanos que conforman el grupo control que, para minimizar sesgos, fueron emparejados en frecuencia por sexo y edad.

3.2. Sujetos del estudio.

La muestra total está constituida por 394 sujetos de ambos sexos (ver figura 2), con edades comprendidas entre 13 y 63 años, de los cuales 197 eran pacientes que contactaron por primera vez en la unidad (UTCA) entre mayo de 2010 y mayo de 2012 y fueron diagnosticados de un trastorno de la conducta alimentaria (trastornos no especificados F50.9, bulimia nerviosa F50.2 y anorexia nerviosa F50.0), Según los criterios en vigor en ese momento utilizando el DSM-IV-TR (APA, 2000).

Durante ese periodo de tiempo se seleccionó el mismo número de voluntarios que no padecían ningún tipo de trastorno de alimentación ni de enfermedad mental. Los sujetos sanos fueron pareados con los pacientes por sexo y edad.

A continuación se describen las características de las dos poblaciones muestrales, así como sus criterios de inclusión y exclusión en el estudio.



Figura 2. Definición de casos.

3.2.1. Grupo de pacientes.

Los participantes del estudio se reclutaron de forma voluntaria mediante muestreo sucesivo entre los casos incidentes atendidos consecutivamente en la UTCA del HUMV, siguiendo la entrevista diagnóstica para el DSM-IV-TR.

Los pacientes fueron remitidos desde los distintos dispositivos de la red de salud de Cantabria a través de atención primaria o desde otros servicios médicos del hospital o bien a través de derivación directa desde asociaciones de

familias o colegios en casos urgentes. El origen de las derivaciones se muestra en las figuras 3 y 4.

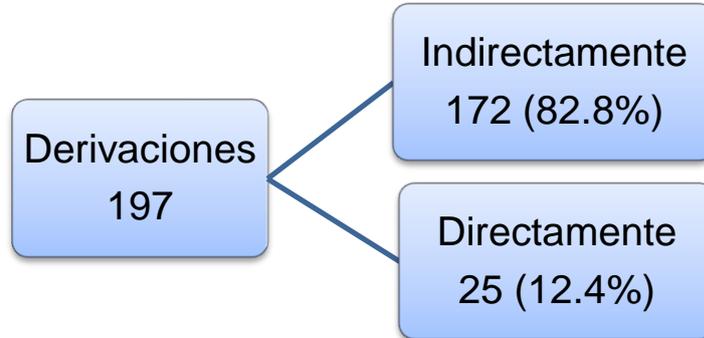


Figura 3. Derivaciones I.

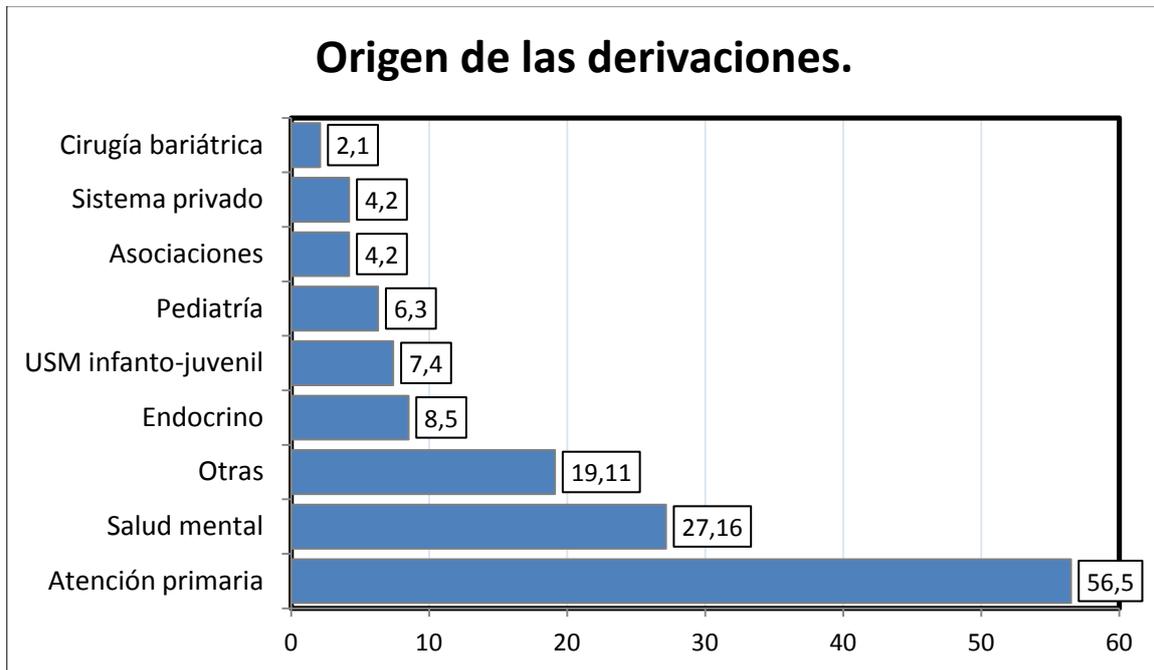


Figura 4. Derivaciones II.

a. Criterios de inclusión de pacientes:

- Casos incidentes de ambos sexos que contactaron por primera vez con la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del servicio de Psiquiatría (UTCA).

- Se incluyeron en el estudio las siguientes categorías diagnósticas DSM-IV: F50.0 (anorexia nerviosa comprendiendo los subtipos purgativo y restrictivo), F50.2 (bulimia nerviosa comprendiendo los subtipos purgativa y no purgativa) y F50.9 (trastorno de la conducta alimentaria no especificado) comprobados mediante la entrevista con un psiquiatra experto siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV.

- Residir en Cantabria, para facilitar el seguimiento posterior.

b. Criterios de exclusión para pacientes.

- Presentar otras alteraciones alimentarias no catalogadas como TCA: ortorexia, vigorexia, fobia a la deglución, alimentación selectiva o rechazo a la alimentación u otros problemas de salud física que impliquen alteraciones alimentarias o ponderales.

- Haber recibido previamente tratamiento para el trastorno de la conducta alimentaria.

- El padecimiento de deficiencia mental y/o deficiencias sensoriales (retraso mental, ceguera, invalidez física importante...). Ambas condiciones dificultan, o incluso imposibilitan, la aplicación de algunas de las pruebas a utilizar en el estudio, como la cumplimentación de los instrumentos de auto informe y la medida de peso y altura.

- Dificultad de comprensión del castellano. Se incluyó este criterio de exclusión la dificultad de comprensión del castellano (idioma en que se encontraban redactadas las pruebas de lápiz y papel), por considerar que ello podría sesgar los resultados.

De las 273 personas que acudieron clasificadas como nuevas consultas a la UTCA en este periodo, 54 resultaron ser pacientes que retomaban después de largo tiempo la consulta con nuestro servicio o que habían sido tratados en otros dispositivos anteriormente. Además un total de 20 pacientes fueron excluidos por no cumplir con los criterios del estudio, (Ver tabla 8).

Tabla 8. Casos excluidos por no cumplir criterios de selección.

| SUJETOS EXCLUIDOS: | |
|--------------------|--|
| 1 | Fobia simple al atragantamiento. |
| 1 | Diabetes mellitus. |
| 1 | Caso de enfermedad de Lupus. |
| 1 | Trastorno de personalidad que no cumplía criterios de TCA. |
| 1 | Residente en el País Vasco. |
| 3 | Casos de obesidad que no cumplían criterios de TCA. |
| 12 | Pacientes con conductas alimentarias anómalas sin TCA. |
| 2 | Pacientes de 11 y 67 años consideradas como "outliers". |

Inicialmente se seleccionó a un grupo de 199 pacientes que cumplía con los criterios de inclusión, ninguno rechazó participar en el estudio, pero en la revisión posterior de los datos dos, participantes fueron consideradas "outliers", es decir sujetos con características atípicas, claramente diferenciados de la muestra total.

Se trata de una paciente de 11 años prepuberal con clínica restrictiva no especificada que no alcanza a cumplir criterios temporales ni clínicos de AN. Cabe señalar que es altamente infrecuente la derivación a nuestra Unidad de menores de 12 años siendo atendidos en la unidad de salud mental de infanto-juvenil. Añadir que varios de los instrumentos que utilizamos en este trabajo no están validados para estas edades por lo que decidimos su exclusión.

El otro caso se trata de una paciente de 67 años con un cuadro de TCA no especificado de perfil restrictivo que se consideró también como un caso atípico y no representativo de la población, por lo que fue finalmente excluida.

El total de los participantes queda reflejado en la figura 5.

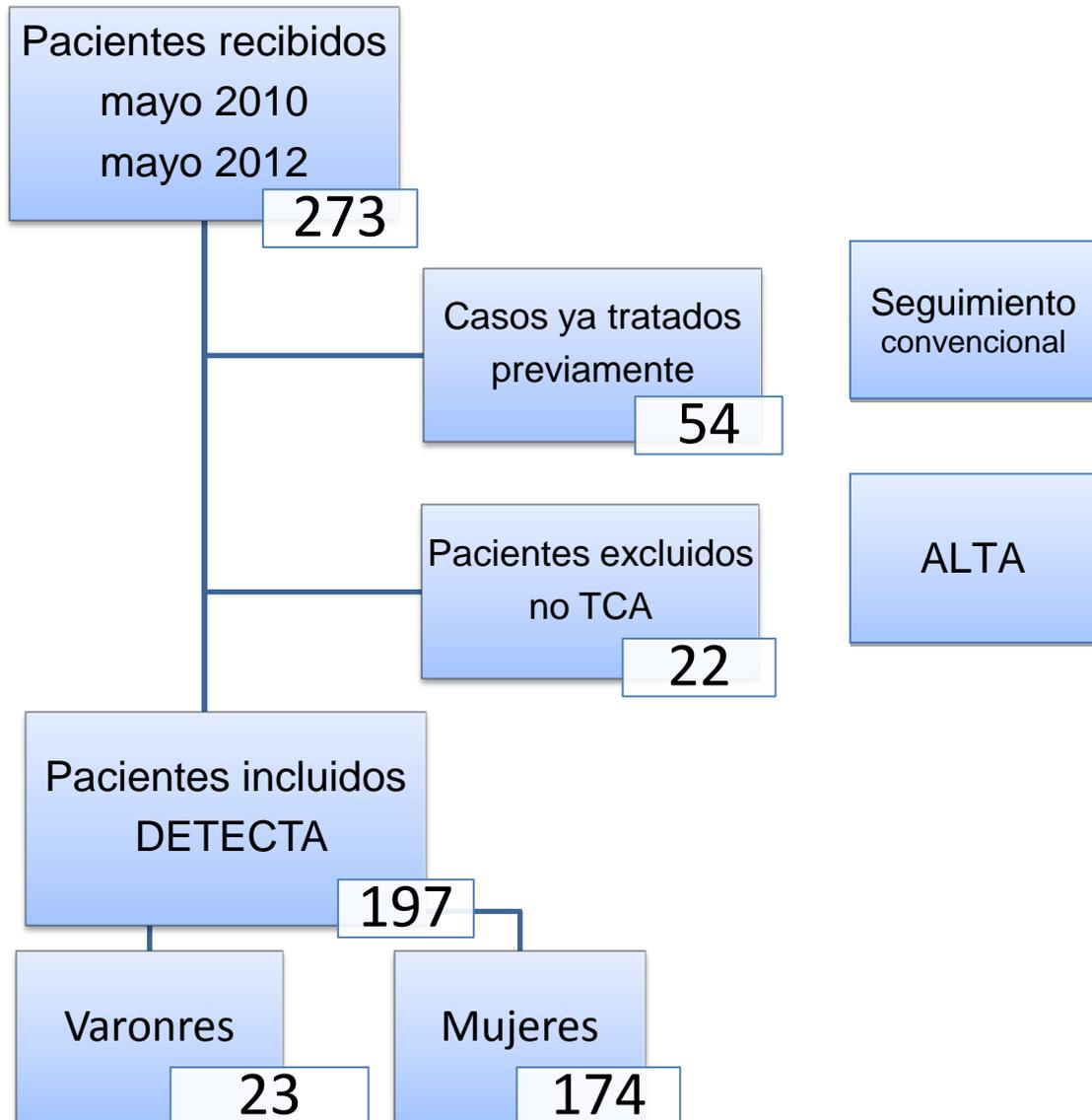


Figura 5. Diagrama de flujo.

c. Muestra final de pacientes.

La muestra final de pacientes incluidos en el estudio en el periodo de dos años se compone de 197 pacientes que se clasifican en función del diagnóstico según criterios DSM-IV-TR (ver tabla 9).

El mayor número de diagnósticos lo constituyen, al igual que en otras muestras clínicas, el grupo de los trastornos de la conducta alimentaria no especificado (TCANE) con 102 pacientes (el 51,8% de la muestra total), estos a su vez se subdividen en 71 pacientes de perfil BN y de perfil AN. El segundo grupo en prevalencia fue la bulimia nerviosa (BN) con 55 sujetos diagnosticados, el 27,9% de la muestra total, de los cuales 42 padecían bulimia de subtipo purgativo, y 13 no purgativa. El grupo menos representativo lo compusieron los pacientes que padecían anorexia nerviosa (AN) con un total de 40 pacientes (20,3% del total), repartidos en 33 con AN restrictiva, y 8 que cumplía criterios en el momento del diagnóstico de anorexia nerviosa de tipo purgativa.

Para el análisis posterior de los datos, la muestra de pacientes fue reclasificada en dos grupos que se denominan grupo anorexia (G.AN) y grupo bulimia (G.BN). El grupo AN incluye ambas formas de AN y los TCANE de perfil anorexia, por otro lado el grupo BN incluye ambos grupos de BN junto con los pacientes TCANE de perfil bulímico.

La decisión de agrupar a los pacientes responde a la gran heterogeneidad que presenta la categoría diagnóstica de los TCANE, debido a la ambigüedad de los propios criterios, tanto del DSM-IV como de la CIE-10, que incluyen en estos grupos las formas atípicas de AN o BN que no alcanzan a cumplir los criterios propuestos como la temporalidad o la frecuencia, pero que comparten las características clínicas con uno u otro diagnóstico. Este problema se ha resultado en parte en la clasificación DSM-5 ya que los criterios diagnósticos de los grandes grupos AN y BN se flexibilizan, contemplando las formas atípicas y subclínicas como parte de ellos, acotando el grupo poco definido de los TCANE.

Tabla 9. Distribución de la muestra de pacientes por grupos diagnósticos.

| GRUPO | DIAGNÓSTICO | RECuento | PORCENTAJE (%) |
|---------------|-----------------|----------|----------------|
| | TOTAL PACIENTES | 197 | (50%) |
| GRUPO AN | AN RESTRICTIVA | 32 | 16.2 |
| | AN PURGATIVA | 8 | 4,1 |
| | TCANE perfil AN | 31 | 15.7 |
| GRUPO BN | TCANE perfil BN | 71 | 36 |
| | BN PURGATIVA | 42 | 21,3 |
| | BN no PURGATIVA | 13 | 6.5 |
| GRUPO CONTROL | TOTAL CONTROLES | 197 | 50% |

3.2.2. Grupo de controles.

- La selección del grupo de individuos sanos se reclutó a lo largo de todo el período del estudio mediante apareamiento por frecuencia en grupos de 3 años para las variables sexo, edad.

- Los grupos se corresponden a las siguientes frecuencias: menores de 16, 17-19, 20-22, 23-25, 26-28, 29-31, 32-34, 35-37, 38-40, 41-43, 44-46, 47-49, mayores de 50 años.

- Para la selección de los controles, se adoptó una estrategia de selección amplia mediante anuncios en centros públicos (ej., universidad, hospital, centros de salud) o a través de medios de comunicación (ej., Internet). La participación en el estudio no ha sido compensada económicamente.

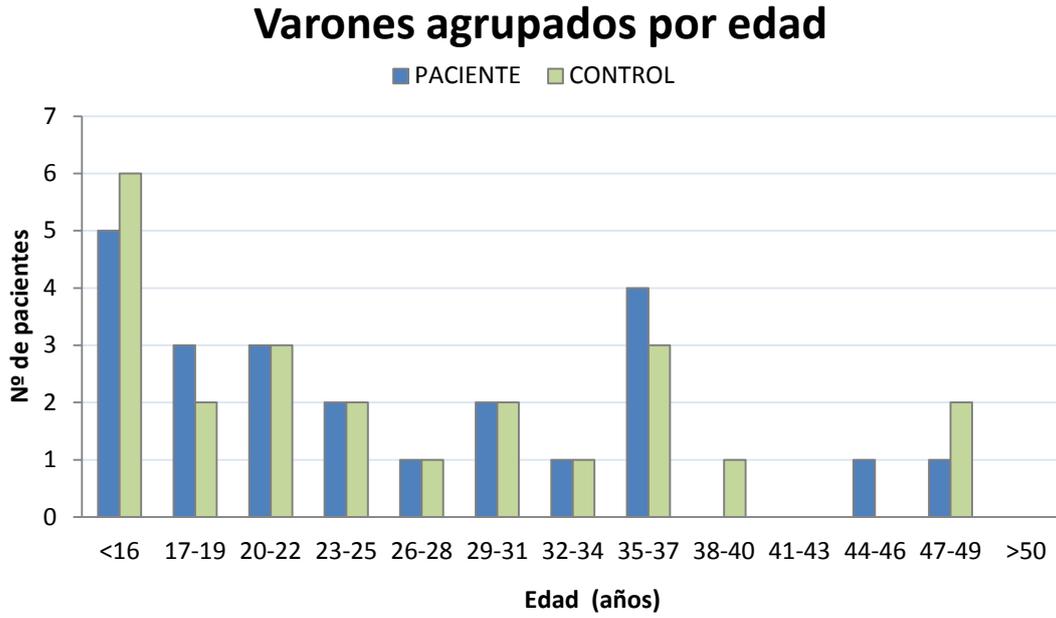


Figura 6. Distribución sexo masculino pareada por edad.

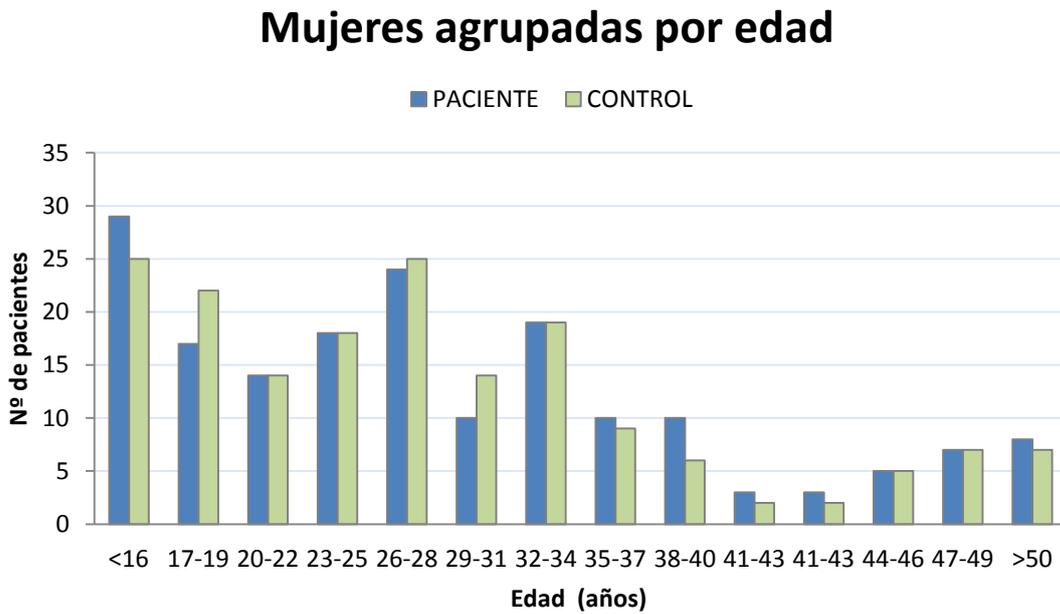


Figura 7. Distribución sexo femenino pareada por edad.

a. Criterios de inclusión de controles:

- Pacientes de ambos sexos que no posean historia de trastorno mental ni de trastornos de la conducta alimentaria. Para determinar la ausencia de otros trastornos mentales se realizó una entrevista por un psiquiatra experto, siguiendo los criterios diagnósticos DSM-IV, para ello se utilizó la entrevista estructurada Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)(Sheehan, Lecrubier et al. 1998), en su versión adaptada al español.

- Residir en Cantabria, para facilitar el seguimiento posterior.

b. Criterios de exclusión para controles:

- Haber padecido previamente un TCA. (3 voluntarios fueron excluidos).
- El padecimiento de deficiencia mental y/o deficiencias sensoriales.
- Dificultad de comprensión del castellano.

- Ausencia de trastornos alimentarios actuales. Para determinar esta sintomatología, los voluntarios completaron el cuestionario clínico de cribado EAT-26, validado para población española (Gandarillas A 2002;). Utilizamos 20 como punto de corte para detectar posibles síntomas, (7 de los voluntarios que se presentaron fueron excluidos por presentar puntuaciones superiores).

3.3. Área de estudio

El área de Referencia de estudio fue la Comunidad Autónoma de Cantabria, con una población censada en 2011 de 592.542 habitantes de los que 178.095 viven en su capital, Santander (INE 2011).

El Servicio Cántabro de Salud, en cuanto a los recursos de salud mental, da cobertura universal y los TCA son atendidos de forma específica por el Servicio de Psiquiatría. En el Hospital Marqués de Valdecilla (HUMV), se encuentra la única unidad especializada de ingreso para los TCA que cuenta con 4 camas y se aloja en la segunda planta del edificio “Dos de Noviembre”, junto a la unidad de agudos de psiquiatría.

La hospitalización parcial especializada se lleva a cabo en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) que dispone de 15 plazas. En el mismo recinto se atienden las consultas ambulatorias específicas.

Los pacientes son derivados a la UTCA, desde las cuatro unidades de salud mental de Cantabria que responden a las áreas sanitarias mostradas en el mapa (2 unidades en Santander que dan cobertura al área I, una en Laredo y la unidad del Hospital de Sierrallana en Torrelavega que da cobertura a las áreas III y IV). En función de la edad de los pacientes estas derivaciones son realizadas desde los servicios de salud mental Infanto-juvenil o de los centros de salud de adultos. Otras fuentes de derivación de pacientes son urgencias del hospital, desde la asociación ADANER y desde otros trabajadores sanitarios (Médicos de Atención Primaria y Servicios Sociales).

Cabe destacar que el área de Sierrallana cuenta con la particularidad de dar cobertura asistencial a parte de los trastornos de la conducta alimentaria que reciben y en algunos casos también realizan hospitalización parcial en el hospital de día de psiquiatría general.

En cuanto a la población menor de 14 años los casos más leves o en los que el TCA no es el diagnóstico principal son atendidos en las unidades de infanto-juvenil de Santander y Sierrallana.

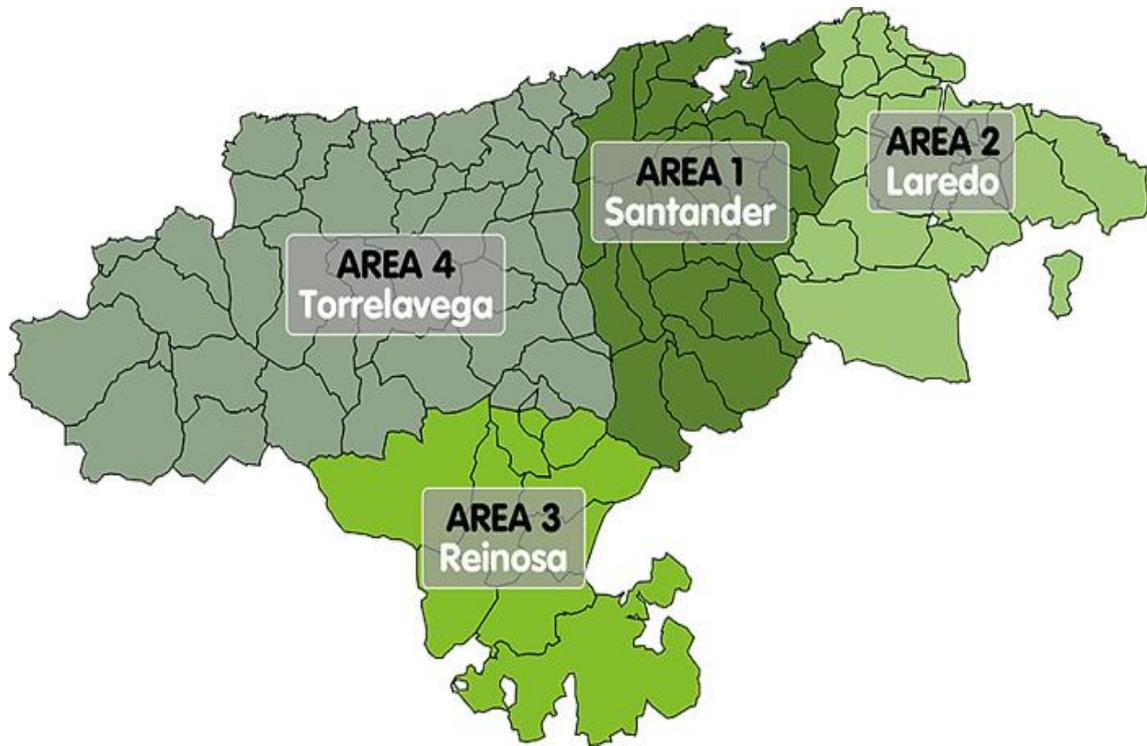


Figura 8. Mapa sanitario de Cantabria.

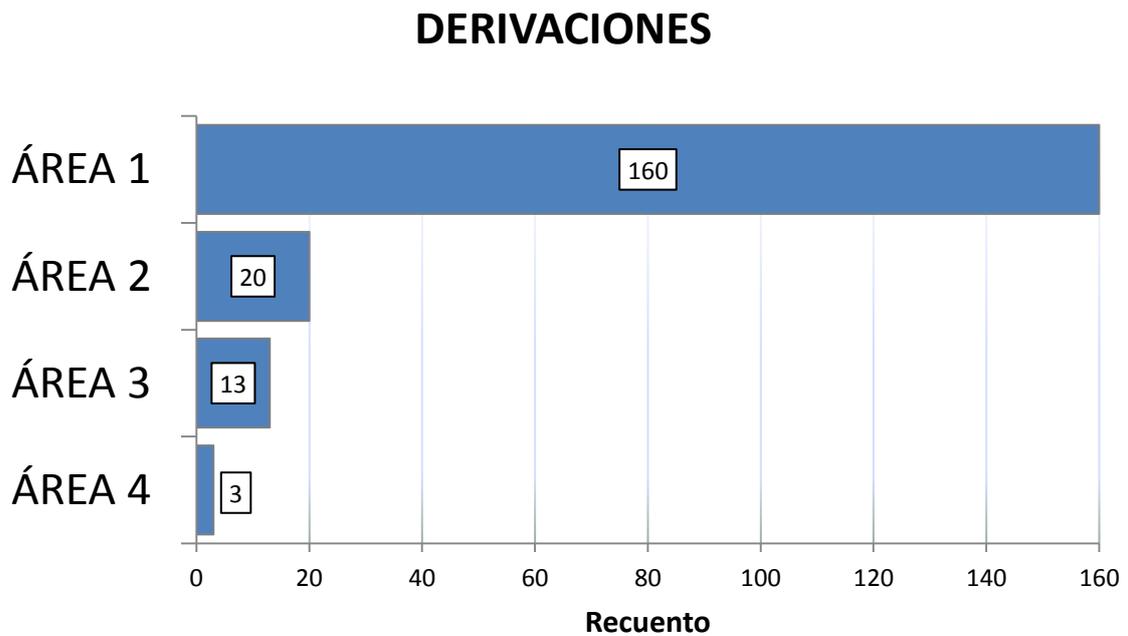


Figura 9. Derivaciones por área de salud mental.

3.4. Material e instrumentos utilizados.

Tabla 10. Resumen de material utilizado.

| Evaluación | Área Valorada | Instrumentos |
|--|---|--|
| EVALUACIÓN FÍSICA | Medidas antropométricas Medidas biológicas | Talla, peso, IMC, medidas de pliegues y perímetros. Analítica y densitometría ósea. |
| ENTREVISTA INDIVIDUAL | Datos sociodemográficos del paciente y la familia. Antecedentes Personales: Antecedentes Familiares: | Cuestionario ad-hoc Datos biográficos, médicos y psicopatológicos Médicos y psicopatológicos. |
| CUESTIONARIOS ESPECÍFICOS. | Acontecimientos vitales estresantes Consumo de tóxicos Conductas impulsivas Acontecimientos vitales estresantes Escala de acontecimientos obstétricos | AVE basado en la escala de Brugda y elaborado en la Unidad Cuestionario ad-hoc Cuestionario ad-hoc Cuestionario ad-hoc basado en CCQ AO de Lewis y revisión de Historias clínicas. |
| EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA. | Diagnóstico Psiquiátrico Impresión clínica global | MINI IGC |
| CUESTIONARIOS AUTOADMINISTRADOS | Sintomatología alimentaria Ansiedad Síntomas depresivos Autoestima Personalidad Sintomatología obsesiva Estilos de crianza | EAT-26 y EDI-2 STAI BDI-II RSG TCI-R OCI-R PBI |

Los materiales e instrumentos utilizados se resumen en la tabla 10. El estudio consta de la evaluación física, la entrevista personal para recabar datos orgánicos y psicológicos y distintos cuestionarios realizados en forma de entrevista estructurada por el investigador o de forma autoadministrada. Los distintos materiales se explican con detenimiento en este apartado.

a. Medidas antropométricas y biológicas:

En todos los sujetos se realizó una exploración física completa y una valoración nutricional inicial, llevada a cabo siempre en el Hospital a primera hora de la mañana por el personal de enfermería de la UTCA, entrenado a tal efecto, supervisada por el servicio de endocrinología. Esta evaluación incluía la toma de medidas antropométricas y biológicas.

Medidas antropométricas:

- Medición del peso con los sujetos descalzos, sin ropa de abrigo como sudaderas o chaquetas, mediante una balanza electrónica marca SECA-ALPHA, modelo 770, con una precisión de 100 g.
- Tallaje mediante un tallímetro marca SECA con precisión 1 mm.
- Cálculo del índice de masa corporal - o Índice de Quetelet (IMC o IQ) a partir de las medidas anteriores. $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla}^2 (\text{m}^2)$.
- Otras variables fueron estudiadas dentro del protocolo de evaluación inicial, como la medida de pliegues cutáneos, distintos perímetros, la medida de la tensión arterial, la frecuencia cardiaca o la temperatura corporal, que no se detallan ya corresponden al desarrollo de esta tesis.

Medidas biológicas:

- Dentro de este protocolo se realizaba también una analítica completa y una densitometría ósea que no han sido utilizadas en el presente trabajo.

b. Evaluación realizada por el entrevistador:

Las entrevistas fueron realizadas de forma íntegra por el investigador principal, la duración total de la entrevista inicial fue de una hora y se llevó a cabo en el entorno hospitalario. En el caso de los pacientes en el momento de su primer contacto con la unidad de TCA. Los controles acudieron expresamente a la Unidad para la realización de la entrevista y de la evaluación física.

Esta parte del estudio no pudo realizarse bajo condiciones de enmascaramiento respecto al estado caso/control de los participantes, sin embargo las entrevistas se aplicaron utilizando la misma metodología y tiempo en los casos y en los controles.

Para completar la información en alguno de los apartados como la historia obstétrica, utilizamos fuentes de información de apoyo, como los familiares, especialmente las madres, mediante la revisión de las historias clínicas del hospital, en los casos que esto fue posible.

La información se recogió mediante un cuestionario estructurado que constaba de varias secciones que los pacientes debían de ir respondiendo, guiados por el entrevistador en el siguiente orden:

b.1. Entrevista individual: (VER ANEXO II).

Información general del sujeto y la familia

Cuestionario elaborado específicamente por el Servicio de Psiquiatría que incorpora información relevante relacionada con nivel socioeconómico y educativo, zona de residencia, datos familiares, actividad laboral y académica.

Información del sujeto paciente o control.

- Sexo Varón/Mujer.
- Fecha de nacimiento y edad en años.

- Lugar de nacimiento clasificado en zona urbana (> 10.000), zona intermedia (2.001-10.000) y zona rural (< 2.000 habitantes).
- Estado civil clasificado como soltero, casado o pareja estable, separado o divorciado y viudo.
- Está estudiando en la actualidad Sí/No y estudios cursados.
- Máximo nivel académico alcanzado agrupado en 3 categorías. Estudios básicos (primer grado, EGB, ESO o Bachiller elemental), estudios medios (formación profesional, Bachiller superior, BUP completo, Bachillerato LOGSE o COU) o superiores (diplomaturas, licenciaturas, grados o estudios superiores).
- Principal fuente de ingresos (salario-ILT, desempleo, pensión, dependencia familiar; otros).
- Ingresos mensuales clasificados en 6 categorías. (Ninguno; < 300 €; 300 - 600 €; 601–1500 €; 1.501–2.000€; > 2.000 €).

Información y filiación de la familia.

- Fecha de nacimiento y edad en años (del padre y de la madre).
- Máximo nivel académico alcanzado del padre y de la madre. Agrupado en 3 categorías. Estudios básicos (primer grado, EGB, ESO o Bachiller elemental), estudios medios (formación profesional, Bachiller superior, BUP completo, Bachillerato LOGSE o COU) o superiores (diplomaturas, licenciaturas, grados o estudios superiores).
- Tipo de zona donde reside actualmente (zona urbana, zona intermedia o zona rural).
- Con quién vive habitualmente: vive solo (+/- hijos), con la esposa/o (+/- hijos), en pareja, con los padres, con otros familiares, con otros.
- Cuántos adultos viven en el núcleo familiar y cuántos menores de 18 años, excluyendo al paciente.
- Número de hermanos incluido el paciente.
- Posición que ocupa en la fratría.
- Nivel socioeducativo de las familias, utilizando para evaluar el estrato social de éstas, una de las escalas empleadas en el Método Graffar

Modificado por Mendez-Castellano en el que se agrupa el estatus de las familias en cinco posibles categorías 1-Familia acomodada, educación elevada, rango social elevado. 2-Profesionales liberales, licenciados puestos directivos. 3-Pequeños negocios, trabajadores cualificados, bachiller. 4-Educación inferior a 2º grado, poca cualificación. 5-Estudios básicos–trabajo sin cualificación o desconocido)(Mendez-Castellano 1994).

Antecedentes personales.

- Peso del recién nacido medido en kg.
- Diabetes gestacional de la madre (sí/no).
- Lactancia materna (sí/no) y tiempo de lactancia.
- Edad de ambos progenitores al nacimiento expresada en años.
- Ingreso en los primeros 6 meses de vida (sí/no) y motivo.
- Problemas en desarrollo psicomotor (sí/no) y en caso afirmativo el tipo.
- Edad de la menarquía / espermarquia en años, medida como autorreporte y categorizada en 3 grupos. (Entre los 9 y 11 años; entre 12 y 15; y entre los 16 y 20 años).
- Problemas escolares (sí/no) y en caso afirmativo de que tipo (problemas de acoso escolar o de falta de adaptación objetivados por el paciente y/o familia).
- Conflictos en las relaciones de pareja (sí/no) y en caso afirmativo de que tipo (objetivados por el paciente y/o familia).
- Maltrato de género (sí/no) y en caso afirmativo de que tipo (objetivados por el paciente y/o familia).
- Conflictos en las relaciones sociales (sí/no) y en caso afirmativo de que tipo (objetivados por el paciente y/o familia).
- Ha recibido diagnóstico profesional previo (sí/no), y en caso afirmativo de que tipo.
- Obesidad o sobrepeso infantil (sí/no) objetivado por paciente y familia.
- Ha realizado algún intento autolítico o conducta autolesiva previa (sí/no) y en caso afirmativo de qué tipo.

Antecedentes médicos e historia familiar.

- Antecedentes orgánicos, psicopatológicos y uso de fármacos, tanto del sujeto como de sus familiares de primer grado (sí/no) y especificado en caso afirmativo.
- Pregunta acerca del padecimiento de algún tipo de TCA por algún familiar, pasado o presente (sí/no) y especificado en caso afirmativo.
- Pregunta concreta acerca del padecimiento de algún tipo de TCA en la madre, pasado o presente (sí/no) y especificado en caso afirmativo
- Historia dietética familiar actual y pasada para el padre y la madre. Realiza dietas, hace ejercicio físico y consume productos "light" valoradas mediante preguntas tipo likert con 5 posibles respuestas (nunca, un poco, a veces, mucho o todo el tiempo).

Factores relacionados con la enfermedad.

- Edad de inicio del problema en años y meses.
- Autoevaluación del peso, referida como peso normal, alto o bajo.
- Historia nutricional y dietética.
- Practicó deporte en su vida previa (sí/no) y en caso afirmativo de qué tipo.
- Compitió de forma profesional en algún deporte (sí/no) y en caso afirmativo de qué tipo.
- Edad de la primera pareja y edad de la primera relación sexual completa en años.

Cuestionario de otros factores de riesgo.

- Para evaluar otros factores descritos en la literatura como son a la importancia del peso y la imagen, satisfacción con la imagen, historia de dietismo y ayunos, patrón emocional de comidas, consumo de sustancias con fines adelgazantes, conductas impulsivas, hábitos deportivos,

problemas de relación con iguales, historia de burlas o acosos, satisfacción por parte de los padres con su imagen o su peso y presiones recibidas para cambiar su figura; se elaboró un cuestionario basado en la Escala de Factores de Riesgo de Trastornos Alimentarios (EFRATA) (Gómez Peresmitré 1998). En nuestro cuestionario los participantes respondían a 20 preguntas que evaluaban distintas conductas y cogniciones en el año previo al estudio y en su vida anterior. Para cada cuestión existen 5 posibles respuestas tipo likert (nunca=0, un poco=1, a veces=2, mucho=3 o todo el tiempo=4). Por lo tanto la puntuación más alta implica mayor problema o riesgo (anexo II).

Consumo de sustancias.

- Consumo de sustancias legales como el tabaco, alcohol, café, té, otras bebidas estimulantes, sustancias saciantes, diuréticos, laxantes o productos adelgazantes, cubriendo aspectos de cantidad, tipo y duración, previamente al desarrollo de los síntomas alimentarios (en el caso de los pacientes).
- Relación del hábito tabáquico premórbido con el control de peso (sí/no).
- Consumo de otras sustancias ilícitas, cantidad que consumen diariamente de cannabis, estimulantes, sedantes, cocaína, heroína, previamente al desarrollo de los síntomas alimentarios (en el caso de los pacientes).

Cuestionario de conductas relacionadas con la impulsividad.

- Listado de conductas compulsivas, autolesiones, tentativas autolíticas, robos, ejercicio compras compulsivas, (anteriormente a la aparición de la sintomatología alimentaria en el caso de los pacientes), elaborada ad hoc en el servicio. Su respuesta es dicotómica. Cada ítem recibía una puntuación de 1 si había ocurrido y 0 si no había tenido lugar.

Cuestionario de acontecimientos vitales estresantes.

- Para este estudio se elaboró un cuestionario heteroaplicado que se compone de 14 ítems, con preguntas referidas a sucesos negativos ocurridos al propio sujeto en los contextos de familia, escuela o grupo de pares y a las personas de su entorno. Su respuesta es dicotómica y los participantes debían indicar si estos sucesos habían ocurrido el año previo al diagnóstico (sí/no) o en su vida anterior (sí/no). Cada ítem recibía una puntuación de 1 si había ocurrido y 0 si no había tenido lugar. La puntuación total se obtenía mediante la suma directa de los 13 ítems. Estos acontecimientos fueron seleccionados a partir de una revisión bibliográfica repasando los distintos inventarios que incluyen un listado de AVE y que proporcionan un índice global de adversidad y de un estudio piloto. Particularmente nos basamos en una adaptación del listado de “Sucesos Vitales Estresantes” LTE-Q de Brugda (Brugha and Cragg 1990).

Evaluación de los factores perinatales y obstétricos.

- Para el estudio específico de los antecedentes obstétricos se utilizó la “Escala de Complicaciones Obstétricas”, desarrollada por Lewis-Murray (Lewis S and H. 1989). Esta escala se elaboró en 1989, como un consenso de seis escalas utilizadas previamente. Consiste en 15 preguntas acerca de complicaciones, cuatro de ellas hacen referencia a acontecimientos prenatales como son las infecciones, la amenaza de aborto, la incompatibilidad del Rh o la preeclampsia y otras once son relativas al periodo perinatal como son la existencia de ruptura de membranas, la duración del parto, la edad gestacional, la presencia de prolapso de cordón, el nacimiento mediante cesárea o en posición anómala, el uso de instrumental, el peso bajo o la presencia de anomalía física. Se le administró a las madres en presencia de un psiquiatra, o mediante consulta telefónica por el mismo entrevistador y fue corroborada en los

casos en los que esto fue posible a través de la revisión de historias clínicas en los sujetos que habían nacido en el complejo hospitalario Marques de Valdecilla o con las cartillas de nacimiento conservadas por algunas madres.

Los casos incompletos o en los que no fue posible verificar los datos han sido considerados como valores perdidos.

Las posibles respuestas son: definitivo en el caso de haber presentado esta complicación de forma clara, (ej. Cesárea de emergencia) y puntúa 1, dudoso en el caso de complicaciones parciales como se explican en la propia escala (ej. Cesárea no complicada) que puntúa 2, ausente en el caso de no haber presentado dicha complicación, que puntúa 3 y no evaluable en los casos en los que no se pudo corroborar o fue imposible obtener información veraz, esto recibe la puntuación de 4. Posteriormente se agruparon los resultados de forma dicotómica en presente (definitivo) o ausente (resto de respuestas).

- Otros datos perinatales:

Los acontecimientos obstétricos se completaron con datos recogidos directamente de los padres o de las historias del hospital en los casos en los que esto fue posible, como son: la edad de ambos progenitores, si fue alimentado con leche materna y durante cuánto tiempo en meses, el padecimiento de diabetes gestacional por parte de la madre o si precisó algún ingreso en los primeros meses de vida.

b.2. Evaluación de la psicopatología general.

- La presencia comórbida de psicopatología general se evaluó mediante la entrevista estructurada y autoadministrada MINI versión 5.0 desarrollada y validada por Lecrubier y col., en los años 1992, 1994 y 1998 (Sheehan, Lecrubier et al. 1998), se utilizó su adaptación al castellano (Ferrando 2000). Este instrumento determina la presencia de 16 trastornos mentales.

c. Evaluación mediante cuestionarios autoadministrados.

c.1. Evaluación de la sintomatología alimentaria.

c.1.1. Test de Actitudes alimentarias. EAT-26.

- El EAT fue elaborado por Garner y Garfinkel en el año 1979, la versión original consiste en un inventario de 40 ítems (EAT-40), pero posteriormente, diseñaron una versión corta (EAT-26) (Garner 1979), validado al castellano por Castro et al. en 1991 (Castro J 1991). El EAT-26 ha sido ampliamente aplicado a población normal, como instrumento de screening para la detección de personas en riesgo de presentar un TCA. Las preguntas del EAT se contestan a través de una escala de seis puntos tipo Likert (siempre, casi siempre, bastantes veces, algunas veces, casi nunca o nunca). Solamente los tres niveles más altos de respuestas puntúan 1, 2 ó 3. En su corrección se establece 20 como punto de corte (Castro J 1991), a mayor puntuación obtenida, mayor grado de trastorno alimentario. Este instrumento se utilizó como cribado de patología alimentaria en la selección de los controles.

c.1.2. Inventario de Trastornos Alimentarios EDI-2.

El EDI es un cuestionario auto administrado que consta de 64 ítems agrupados en ocho subescalas, fue diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de la AN y BN. Posteriormente se desarrolló el EDI-2 (Garner 1979), que introduce 27 ítems adicionales con 3 subescalas más. Esta última versión fue validada en castellano por Corral y col. en 1998 (Corral S 1998.). Cada ítem se puntúa de acuerdo a una escala tipo Likert de seis puntos y en la que los sujetos indican si cada situación les ocurre “nunca”, “pocas veces”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre” o “siempre”. Las respuestas dadas a cada elemento pueden puntuar de 0 a 3. La puntuación total máxima de este cuestionario es de 192 y el punto de corte establecido para diagnosticar un TCA es de 42.

Las escalas miden las siguientes características:

- Pulsión de delgadez (EDI-DT): se refiere a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar.
- Sintomatología bulímica (EDI-B): mide la tendencia a tener ingestas de comida incontrolables.
- Insatisfacción corporal (EDI-BD): mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo, o de determinadas zonas de éste.
- Ineficacia (EDI-I): se refiere a sentimientos de inseguridad y se relaciona con una baja autoestima.
- Perfeccionismo (EDI-P): mide el grado de las expectativas que el individuo impone para sí mismo.
- Desconfianza Interpersonal (EDI-ID): evalúa el desinterés de la persona por establecer relaciones personales, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos.
- Conciencia interoceptiva (EDI-CI): evalúa el grado dificultad para reconocer y responder a los estados emocionales.
- Temor a la madurez (EDI-MF): mide el temor a las experiencias que conlleva el paso a la edad adulta.
- Ascetismo (EDI-A): evalúa la autodisciplina, la autosuperación y el control de las necesidades corporales.
- Regulación de los impulsos (EDI-IR): mide la impulsividad y la dificultad para el autocontrol.
- Inseguridad social (EDI-SI): valora la creencia de que las relaciones interpersonales son peligrosas o insatisfactorias.

c.2. Evaluación de otras variables psicopatológicas. (Ver Anexo II)

c.2.1. Sintomatología ansiosa. STAI

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger C.D. 1970) (STAI), en su validación al castellano (Spielberger C.D. 1982). Se trata de una escala autoaplicada, útil tanto en población general como en pacientes. Evalúa dos conceptos de la ansiedad: el “Estado” que es la condición emocional en el momento presente en el que se realiza el cuestionario y

que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión e hiperactividad autónoma y por otro lado la ansiedad como “Rasgo” que evalúa la propensión a percibir situaciones como amenazadoras y consiguientemente eleva el nivel de ansiedad estado. Consta de 20 ítems para cada concepto la puntuación de estos ítems de “Estado” oscila entre 0 y 3 según la intensidad (0, nada; 1, algo; 2, bastante; 3, mucho). La puntuación en los ítems de ansiedad “Rasgo” también oscila entre 0 y 3, pero en este caso se basa en la frecuencia de presentación (0, casi nunca; 1, a veces; 2, a menudo; 3, casi siempre). La puntuación total en cada una de las subescalas oscila entre 0 y 60 puntos. No existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones que se obtienen se transforman en centiles en función del sexo y la edad.

c.2.2. Sintomatología depresiva. BDI-II

El inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck 1961) es uno de los más utilizados en los estudios sobre depresión consiste en un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. El inventario de depresión de Beck fue creado por Aarón Beck en 1961, y revisado en 1978 (BDI-IA). En 1996 se desarrolló el BDI-II adaptándose los síntomas a los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV, y se validó posteriormente al castellano (Sanz 2003).

Es un cuestionario auto administrado se compone de 21 ítems de respuesta múltiple que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos ocurridos durante las últimas dos semanas como son: melancolía, desesperanza e irritabilidad y pensamientos intrusivos presentes en la depresión. También valora síntomas físicos como la fatiga, pérdida de peso o falta de interés en la actividad sexual. Cada respuesta se puntúa en una escala de 0 a 3. Puntuaciones de 0 a 13 indican depresión mínima, de 14 a 19 depresión ligera, de 20 a 28 moderada y de 29 a 63, depresión severa. A pesar de que se establecen distintas subescalas para este trabajo de investigación se utiliza solamente la puntuación total como medida cuantitativa de la severidad de los síntomas depresivos.

c.2.3. Escala de autoestima de Rosenberg. RSE.

Cuestionario para explorar los sentimientos de valía personal o autoestima, creado por Rosenberg en 1965, revisado por el mismo autor en 1989 (Rosenberg 1989) y posteriormente validado a la población española (Martín-Albo 2007). Consiste en un cuestionario de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta, 5 enunciados de forma positiva y 5 de forma negativa. En los ítems 1 al 5, las respuestas de A hasta D se puntúan de 4 a 1. Los puntos 6 al 10 valoran de 1 a 4. Puntuaciones altas indican mayor autoestima, entre 30 y 40 corresponden a elevada autoestima, considerada como normal. Entre 26 y 29 puntos podemos considerar autoestima media y se determina que el punto de corte es 25 puntos por debajo de este número se traduce en problemas significativos de autoestima.

c.2.4. Inventario de personalidad. TCI-R.

El "Inventario de Temperamento y Carácter Revisado" es el instrumento para evaluación de la personalidad derivado de la teoría biosocial de Cloninger, que fue diseñado por él en 1993, y revisado en el 1999 (Cloninger 1999). Se utilizó la traducción española del TCI-R (Fernández-Aranda 2004). El cuestionario consta de 240 ítems, de los cuales 5 son preguntas de validez. (Para el análisis posterior se eliminaron los cuestionarios de los sujetos que no superaron los ítems de validez).

Las respuestas se producen en una escala con formato de respuesta tipo Likert de 5 opciones (desde "Falso" hasta "Verdadero") y las puntuaciones se obtienen según el método de cálculo propuesto por Cloninger, mediante la suma del valor correspondiente a cada ítem (1-5, directamente o tras la inversión en los ítems formulados en negativo).

Las cuestiones se agrupan en siete dimensiones de la personalidad, cuatro hacen referencia al temperamento:

- Evitación del Daño (HA). Hace referencia a la predisposición del individuo a responder de forma intensa a estímulos aversivos, y a desarrollar inhibición aprendida.
- Búsqueda de Sensaciones (NS). Mide la tendencia a responder intensamente a estímulos novedosos o a señales de recompensa. Propiciando conductas exploratorias.
- Dependencia a la Recompensa (RD): Tendencia a responder intensamente a los premios y recompensas, también a mantener comportamientos que anteriormente estuvieran asociados a recompensas satisfactorias o a evitación de dolor.
- Persistencia (PS). Hace referencia a la perseverancia en la conducta a pesar de la frustración y o la fatiga.

Y tres dimensiones de carácter:

- Autodirección (SD). Mide la habilidad de un individuo para controlar, regular y adaptar su conducta, ajustándose a una situación de acuerdo con unas metas y valores.
- Cooperación (C). Refleja las diferencias individuales en la capacidad de aceptar e identificarse con otras personas.
- Autotrascendencia (ST). Puede describirse como una identificación del individuo con un todo, del cual procede y del que es una parte esencial.

c.2.5. Inventario Obsesivo Compulsivo-Reducido. OCI-R.

La versión inicial del Inventario de Obsesiones-Compulsiones de Foa OCI (Foa, Huppert et al. 2002), posteriormente reducida a 18 ítems, (OCI-R;). Los autores proponen una estructura de 6 factores o escalas de síntomas: (1) limpieza, (2) obsesividad, (3) acumulación, (4) orden, (5) comprobación (incluye dudas) y (6) neutralización. No obstante, hay que tener en cuenta que de los 18 ítems del OCI-R 3 evalúan obsesiones: dos hacen referencia a tener pensamientos desagradables y el otro ítem a

dificultad de control. Los ítems miden el malestar que provocan los síntomas de 0 (nada) a 4 (muchísimo). El rango de puntuaciones oscila de 0 a 72 puntos. En nuestro caso utilizamos las puntuaciones directas (Fullana, Tortella-Feliu et al. 2005).

c.3. Evaluación de los modelos de relación parental. PBI

Para evaluar las conductas y actitudes de sus cuidadores, estableciendo el tipo de vínculo durante la infancia y la adolescencia, se utiliza el instrumento diseñado por Parker "Parental Bonding Instrument" (PBI) (Parker 1979) en su versión adaptada al castellano, (Ballús Creus 1991) compuesto por 25 ítems a los que se contesta mediante una escala Tipo Likert, con una puntuación de 0 (nunca) a 3 (siempre). El sujeto debe elegir aquella alternativa que mejor describa la relación con cada uno de los padres, por separado. Evalúa los modelos de relación parental percibido por el hijo/hija, se contesta uno para el padre y otro para la madre. Genera una puntuación en dos dimensiones por un lado el cuidado o afecto que incluye desde las conductas y actitudes parentales de afecto, calidez emocional, empatía y proximidad hasta la frialdad emocional, la indiferencia y el rechazo en el otro extremo. (12 ítems, con un máximo de 36 puntos). Por otro lado la sobreprotección o control hace referencia a las actitudes de sobreprotección, intrusividad, contacto excesivo, infantilización y evitación de conductas de independencia, evolución y crecimiento personal o promoción de la autonomía (13 ítems con un máximo de 39 puntos). El punto de corte para cuidado es de 27 puntos en el caso de la madre y de 24 puntos para el padre y en la dimensión de sobreprotección el punto de corte para madre es de 13,5 puntos y para el padre de 12,5 (Ballús Creus 1991).

Utilizando estos puntos de corte y combinándolos entre sí se obtienen cuatro tipos posibles de Vínculo Parental: vínculo óptimo (altos cuidados y baja sobreprotección), control sin afecto (bajos cuidados y alta sobreprotección), afecto controlado o constricción cariñosa (altos cuidados y alta sobreprotección) y vínculo ausente o débil (bajos cuidados y baja sobreprotección).

| ESTUDIO DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES DE RIESGO | | |
|--|--|---|
| I-Factores individuales | | Instrumentos utilizados |
| Biológicos | Sexo femenino, edad y obesidad previa. Pubertad precoz. Antecedentes físicos. Factores perinatales. Predisposición genética. | Cuestionario sociodemográfico y entrevista individual. Entrevista individual y familiar. Escala de Lewis-Murray. Entrevista familiar |
| | Psicopatología previa Factores psicológicos Rasgos de personalidad Vulnerabilidad neurobiológica | Entrevista y EAT-26 y EDI-2, MINI.STAI, BDI-II, RSG, OCI-R TCI-R No evaluado en esta tesis. |
| | Historia alimentaria. Alimentación infancia. Actividad física. Acontecimientos vitales estresantes. Consumo de sustancias | Entrevista individual Entrevista familiar Entrevista individual Cuestionario antecedentes vitales elaborado ad hoc. Cuestionario de consumo de sustancias elaborado ad hoc |
| II-Factores ambientales y socioculturales | Sociedad. Etnia. Interacciones sociales anómalas. | Cuestionario sociodemográfico Cuestionarios factores de riesgo social elaborada ad hoc Cuestionario de burlas. |
| II-Factores familiares | Nivel socioeconómico Estructura familiar Psicopatología previa. Sobrepeso materno. Hábitos alimentarios y deportivos familiares Estereotipos negativos. Estilos de crianza | Cuestionario sociodemográfico Entrevista individual No evaluado en esta tesis. Entrevista individual y familiar. Entrevista de factores de riesgo familiar elaborada ad hoc. PBI |

Tabla 11. Características clínicas y factores de riesgo e instrumentos.

3.5. Procedimiento estadístico.

a. Cálculo del tamaño muestral.

De acuerdo con estudios previos y teniendo en cuenta que son múltiples las variables estudiadas, se calcularon diversos tamaños muestrales necesarios para detectar distintos niveles de riesgo Odds ratio (OR) de magnitud superior a 1.5-1.6 para los trastornos de alimentación. Considerando como referencia los datos proporcionados por el DSM-IV-TR y diversos estudios de factores de riesgo en función de los diferentes supuestos de frecuencia de exposición a acontecimientos (entre 5 y 15%). En todos los casos se ha considerado un error alfa del 0,05 y una potencia de 0,8. Dada la frecuencia de aparición de estos factores de riesgo el tamaño muestral resultante de los pacientes atendidos de forma consecutiva en un periodo de dos años en la UTCA que es de 394 (197 casos y 197 controles) se consideró suficiente, ya que permitiría detectar asociaciones con una OR de 1,5 o superior en todos los factores de riesgo con una exposición superior al 10%.

b. Análisis estadístico.

El análisis de los datos se ha dirigido a describir las variables utilizadas en la muestra poblacional y a identificar relaciones significativas entre las variables del estudio en relación a los objetivos fundamentales planteados en el estudio y a las hipótesis establecidas.

Para llevar a cabo el análisis de resultados, inicialmente se creó una base de datos, y con controles automáticos para evitar errores en la introducción de los mismos, y después se utilizó el programa informático “Stadistica Package The Social Sciences” (SPSS) versión 19, y posteriormente se realizó una depuración de los mismos.

Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de la población a estudio y de las principales variables de resultado. Cada uno de los datos sociodemográficos recogidos fue definido como variable; así como también, la pertenencia de cada sujeto a uno de los grupos de estudio, sujetos con TCA (perfil AN o perfil BN) y grupo control sin TCA. Además, fueron definidos como variables cada uno de los ítems de factores de riesgo y las puntuaciones totales obtenidas de los instrumentos descritos.

Para la descripción de los datos cuantitativos se han utilizado medidas de tendencia central como la media y la desviación típica y para la descripción de datos categóricos, medidas de frecuencia como las proporciones o frecuencias.

Previamente a la comparación de grupos se realizó a todas las series de datos la prueba de Kolmogorov-Smirnov, esta mostraba que la mayor parte de las variables presentaban una distribución normal, en estos caso se optó por el uso de pruebas paramétricas, que aportan mayor precisión.

En los casos en las que las variables no se ajustaban a la distribución normal (ej. los resultados de algunas pruebas psicométricas) estas se ajustaron mediante una transformación logarítmica, para posteriormente ser tratadas como variables normales.

Los análisis se realizaron en dos fases para cada factor estudiado:

- Comparación entre pacientes y controles:

Descripción de todas las variables para la muestra total de pacientes y la muestra de sujetos sanos, las variables independientes utilizadas fueron la presencia o ausencia de enfermedad TCA (variable dicotómica: ausencia/presencia) y todos los subtipos diagnósticos fueron analizados en global. Posteriormente y dentro de esta primera fase se realiza el análisis estadístico, para la evaluación de posibles relaciones entre las variables, en el caso de los datos cualitativos se llevó a cabo mediante Tablas de Contingencia, en las variables analizadas categóricas y se cruzaban con la variable independiente de nuestro estudio, pacientes y controles. Los resultados expresados en porcentaje, y la inferencia, mediante Ji-cuadrado de Pearson y su grado de

significación, con el procedimiento Crosstabs. Este procedimiento permite comparar proporciones como una prueba Z además permite relacionar dos variables con dos o más categorías, y la prueba exacta de Fisher adecuada para tamaños de muestra pequeños.

Las variables categóricas con 2 niveles, se estimaron medias con su desviación estándar, se utilizó para comparar las medias la prueba de la t-de-Student con el procedimiento T-Test. Este procedimiento permite comparar medias y varianzas de dos grupos, teniendo la ventaja añadida que compara las varianzas con la prueba de Levene y ofrece dos resultados según se asuma o no la igualdad de varianzas, también muestra el error estándar y los intervalos de confianza. Se estimaron proporciones con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%, según el método exacto de Fleiss.

Por último se calculó el riesgo mediante la Odds ratio y su intervalo de confianza al 95% en los factores asociados que se consideró relevante. El nivel de significación estadística se fijó en 0,05 y todas las p fueron bilaterales. Se utilizó la prueba de Mantel y Haenszel estratificada con el procedimiento KM que permite controlar variables de confusión.

- Comparación entre grupos diagnósticos:

En una segunda fase en función de las diferencias halladas entre grupos diagnósticos del estudio y en las revisiones de la literatura, se procederá a comparar los datos, existiendo tres categorías independientes posibles: el grupo de perfil anorexia (G.AN), el grupo de perfil bulimia nerviosa (G.BN), y el grupo de los controles sanos (G.C).

Para las variables continuas se estimaron medias con su desviación estándar, se realizó la comparación de medias y análisis de la varianza (ANOVA) para las tres medias. Para identificar diferencias entre grupos se completa el estudio mediante la prueba de comparaciones múltiples de Scheffé. En el caso de las variables discretas utilizando la prueba ji-cuadrado de Pearson para realizar comparaciones, o alternativamente el test exacto de Fisher. En general los datos fueron acompañados con una representación gráfica.

- **Tratamiento de los valores perdidos.**

La presencia de valores perdidos (información ausente o faltante) es un problema común a cualquier investigación y no puede ser obviado en el análisis de datos. Ignorar los datos ausentes puede tener repercusiones graves que van desde la pérdida de potencia del estudio hasta la aparición de sesgos inaceptables. La eliminación de sujetos con características especiales limita la representatividad o validez externa de los resultados del estudio. Las razones para la ausencia de datos en nuestro estudio son diversas, fallos a la hora de cumplimentar los instrumentos de medida, no contestar a una serie de preguntas o responder con la opción no sabe/no contesta, incorporada en el cuestionario.

Dado que todos los sujetos del estudio completaron la entrevista clínica en presencia del investigador principal nos encontramos un número pequeño de pérdidas en la recogida de la mayoría de las variables, los valores no recogidos son concretos y no resultan significativos a la hora de realizar el análisis. En cambio en los cuestionarios autoadministrados al realizar el balance de las pérdidas en cada uno de los grupos son 20 los sujetos que no presentan datos completos. El test de comparación de diferencias revela que no existe diferencia significativa ($p=0,00$) entre el grupo de pacientes y el de controles.

A la hora de introducir los datos recogidos se trabajan posibles alternativas estadísticas que nos permitieran la resolución de esta complicación. Los cuestionarios sin responder fueron eliminados del análisis y, de los que tenían algún ítem sin responder procedimos a realizar una imputación con la media de ese mismo participante en la misma escala o subescala (Carracedo-Martínez E 2006). por lo que los ítems en blanco fueron sustituidos por la media de las respuestas de ese mismo participante para otras subescalas en el caso de estar incompleto un test, o por la media de las respuestas de otros sujetos de su categoría diagnóstica.

La excepción a este procedimiento fue la escala de antecedentes obstétricos en los que existían pérdidas en ambos grupos y resulta no oportuno

imputar datos se analizaron con las muestras de datos completos presentados, esto disminuyó el número de sujetos pero las pérdidas resultaron no ser diferentes entre grupos. ($p=0,00$).

3.6. Consideraciones éticas:

La población con la que se realiza este estudio tiene como principal característica desde el punto de vista ético, que trabaja en parte, con pacientes de un hospital público, sometido a las leyes de protección de datos. Para recoger datos retrospectivos se requería el acceso a las historias clínicas de pacientes y para ello se obtuvo el permiso del hospital. Con intención de garantizar el anonimato de los datos cada paciente y voluntario fue codificado mediante un número de registro.

Las entrevistas fueron realizadas en el mismo despacho en las dependencias de la UTCA y por el mismo investigador, tanto en el grupo de pacientes como en el de controles, sin presencia de terceras personas, garantizando la intimidad del sujeto.

Todos los participantes fueron informados de los objetivos generales del estudio y firmaron su consentimiento informado antes de ser entrevistados de acuerdo a la declaración de Helsinki. Firmado por el individuo o representante legal del paciente o control si fuera menor, (Anexo 1) y recibiendo una copia firmada por el entrevistador. Los protocolos de investigación fueron aprobados por los comités éticos o de investigación locales del hospital y del Instituto de Investigación Valdecilla (IDIVAL), (Ver ANEXO 3). La no participación en el proyecto en ningún caso afectaba al acceso a un tratamiento de alta calidad que consiste en el ofertado de forma habitual en la UTCA.

4. RESULTADOS.

Introducción al capítulo:

La exposición de los resultados obtenidos se divide a su vez en dos partes:

En la primera se describe el análisis de las características clínicas (biológicas, psicológicas y conductuales), asociadas a la muestra de pacientes y se compara con la muestra de controles sanos.

En una segunda parte se describe el análisis de las variables estudiadas como factores de riesgo asociados al desarrollo de un TCA, para ello se categorizan en tres bloques, factores individuales, factores ambientales y por último factores familiares. El análisis de cada variable se realiza inicialmente comparando el grupo de pacientes y el grupo de los controles sanos, con el fin de exponer y estimar como estas variables contribuyen al riesgo de desarrollar un TCA. Posteriormente exploramos las diferencias entre los tres grupos diagnósticos (ver figura 10); el objetivo de este segundo paso es identificar si alguno de estos factores asociados es más específico de uno de los dos perfiles clínicos (AN o BN).

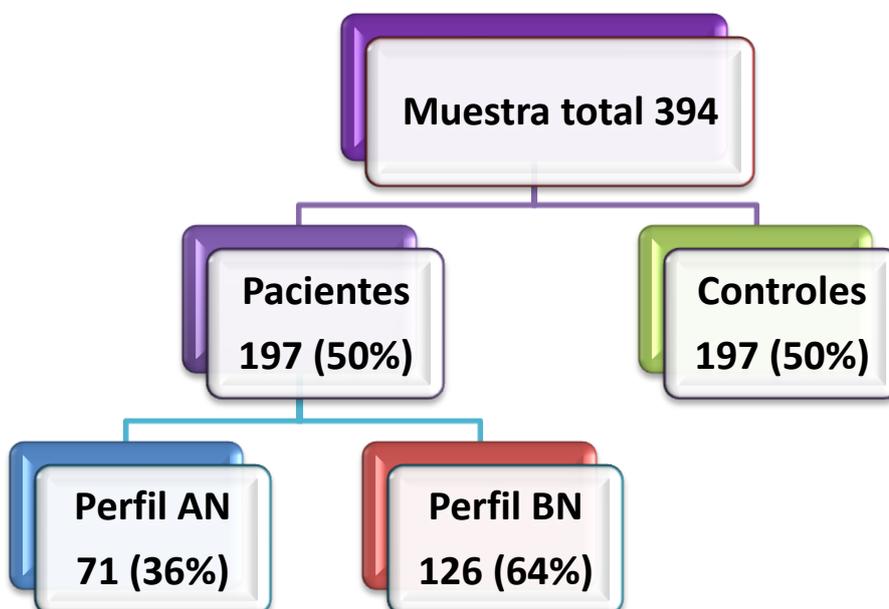


Figura 10. Población muestral agrupada en tres grupos diagnósticos.

4.1. Análisis de las características clínicas de la muestra.

4.1.1. Características biológicas.

a. Sexo.

De los 197 casos que acudieron a la UTCA en busca de su primer tratamiento 23 (11.7%) fueron varones, y el resto 174 (88.3%) mujeres. En el grupo control, dado que la muestra ha sido pareada por sexo la distribución fue exactamente la misma. En los pacientes el porcentaje de varones es ligeramente superior en el grupo de perfil bulimia que en el de perfil anorexia, sin ser esta diferencia significativa ($\chi^2=1,56$; $gl=1$; $p=0,25$), como puede verse en la figura 11.

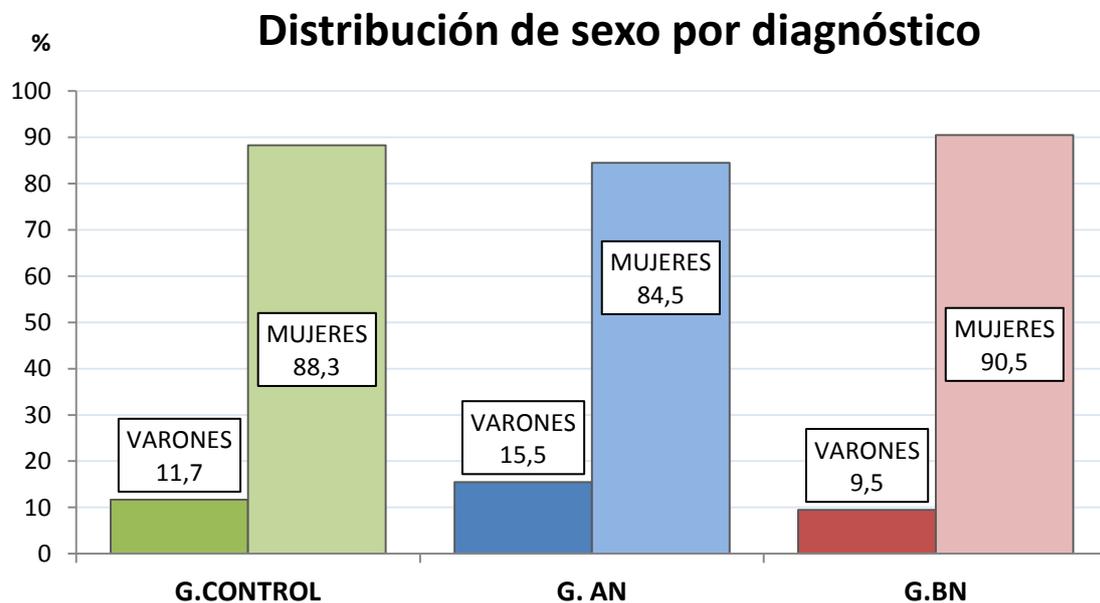


Figura 11. Representación gráfica del sexo por grupos.

b. Edad.

Las características demográficas se han reflejado en la tabla 12, se observa que a media de edad global fue de 28,12 años, con una desviación típica de 11.02, (mínimo de 13 y máximo de 62 años). Dado que se ha realizado un pareamiento de pacientes y controles, no existe diferencia entre sus medias de edad (pacientes $m=28.1 \pm 11.2$, controles $m=27.9 \pm 10.6$). La moda fue de 16 años en todos los grupos.

Separando por grupos diagnósticos se observó que la edad es estadísticamente superior en el grupo de BN que en el de perfil anorexia ($t=-2,95$, $gl=195$, $p<0.003$), los datos se muestran en la tabla 12.

En función del sexo la edad media de los pacientes varones fue de 26,5 ± 10.2 y para las mujeres 28,3 ± 11 años. No se encuentra una diferencia estadísticamente significativa al separar por sexo en la edad en la que comienzan a recibir un primer tratamiento ($t=-0,86$, $gl=195$, $p<0.44$).

Tabla 12. Descriptivos de la edad por grupos. n (%)

| Grupo | Media | D.E. | IC para la media al 95% | | Mínimo | Máximo |
|--|-------|-------|-------------------------|------------|--------|--------|
| | | | L. inferior | L.Inferior | | |
| Edad momento del diagnóstico (pacientes) / la participación en el estudio (controles) | | | | | | |
| G:CONTROL | 27,70 | 10,64 | 26,29 | 29,36 | 13 | 62 |
| G. ANOREXIA | 25,11 | 10.82 | 22,5 | 27,57 | 13 | 63 |
| G. BULIMIA | 29,82 | 10,62 | 27,98 | 31,15 | 14 | 56 |
| TOTAL | 27,89 | 10,73 | 26,83 | 29,13 | 13 | 63 |
| Edad de inicio de los síntomas | | | | | | |
| G:CONTROL | - | - | - | - | - | - |
| G. ANOREXIA | 20,86 | 8,762 | 18,79 | 22,93 | 13 | 58 |
| G. BULIMIA | 23,00 | 9,756 | 21,27 | 24,73 | 10 | 52 |
| TOTAL | 22,22 | 9,440 | 20,89 | 23,55 | 10 | 58 |

Por último se presenta la edad en la que los pacientes comenzaron a presentar síntomas (con frecuencia meses incluso años antes de acudir a la unidad), se observa que en el grupo anorexia los síntomas aparecen de media a los 20,8 ($\pm 8,7$) años, mientras que los pacientes de perfil BN inician sus problemas alimentarios de forma más tardía a los 23 ($\pm 9,7$) años de media. Pero esta diferencia no resulta ser significativa en el análisis estadístico ($t=1,52$, $gl=195$, $p=0,12$).

c. Características antropométricas.

Las características antropométricas de cada uno de los tres grupos diagnósticos de nuestra población quedan descritas en la tabla 13.

Tabla 13. Descripción de las variables antropométricas por grupos.

| GRUPOS | Media | D.E. | I. C. para la media al 95% | | Min. | Max. |
|--------------------------------|-------|-------|----------------------------|------------|-------|--------|
| | | | L. inferior | L.superior | | |
| Peso (kg) | | | | | | |
| G. ANOREXIA | 50,32 | 9,98 | 47,92 | 52,71 | 28,10 | 77,80 |
| G. BULIMIA | 83,74 | 25,87 | 79,12 | 88,36 | 49,00 | 159,00 |
| G. CONTROL | 64,21 | 12,23 | 62,48 | 65,93 | 39,40 | 99,20 |
| TOTAL | 67,93 | 21,11 | 65,82 | 70,03 | 28,10 | 159,00 |
| Altura (metros) | | | | | | |
| G. ANOREXIA | 1,64 | 0,09 | 1,62 | 1,66 | 1,345 | 1,910 |
| G. BULIMIA | 1,65 | 0,07 | 1,64 | 1,66 | 1,495 | 1,860 |
| G. CONTROL | 1,65 | 0,08 | 1,64 | 1,66 | 1,500 | 1,910 |
| TOTAL | 1,65 | 0,08 | 1,64 | 1,66 | 1,345 | 1,910 |
| Índice de masa corporal | | | | | | |
| G. ANOREXIA | 18,37 | 2,77 | 17,90 | 19,24 | 12,41 | 22,36 |
| G. BULIMIA | 30,73 | 9,10 | 29,10 | 32,35 | 18,98 | 55,67 |
| G. CONTROL | 23,47 | 3,73 | 22,95 | 24,00 | 14,57 | 37,10 |
| TOTAL | 24,90 | 7,31 | 24,17 | 25,63 | 12,41 | 55,67 |

Como cabe esperar al estudiar esta patología existen diferencias en el peso y por ello también en el IMC. Este último es mayor en los pacientes del grupo BN 30,73 (\pm 9,10) seguido de los controles 23,47 (\pm 3,73) y mucho menor en los pacientes de perfil AN 18,37 (\pm 2,72).

Al observar el rango se identifican valores más extremos tanto en los casos de restricción, en el rango inferior; como en los casos de perfil BN con más casos de obesidad mórbida. Existe diferencia entre grupos ($F=3671$, $gl=2$, $p<0.00$). En el análisis post hoc se observa que esta diferencia también es estadísticamente significativa al analizar los grupos entre sí, con valores de $p=0,00$.

Los tres grupos presentan una talla similar y no se encuentran diferencias en la comparación de esta variable ($F=0,32$, $gl=2$, $p<0.72$).

4.1.2. Características psicológicas.

a. Psicopatología comórbida en el momento del diagnóstico.

Se evaluó la comorbilidad con el TCA utilizando la entrevista neuropsiquiátrica internacional MINI, por ello cabe señalar que la categoría ansiedad no hace referencia a la sintomatología ansiosa sino a los diagnósticos de trastorno de ansiedad generalizado F.41.1 y el trastorno de angustia F.40.0.

En la figura 12 se presentan las comorbilidades más frecuentes en los pacientes. Cabe recordar que si los controles presentaban algún tipo de patología mental comórbida en el momento de la entrevista eran excluidos, por lo tanto los datos hacen referencia sólo al grupo de pacientes.

Se encuentra que existe una diferencia significativa entre ellos siendo más frecuente la comorbilidad en el grupo BN ($\chi^2=17101$; $gl=7$; $p=0,01$).

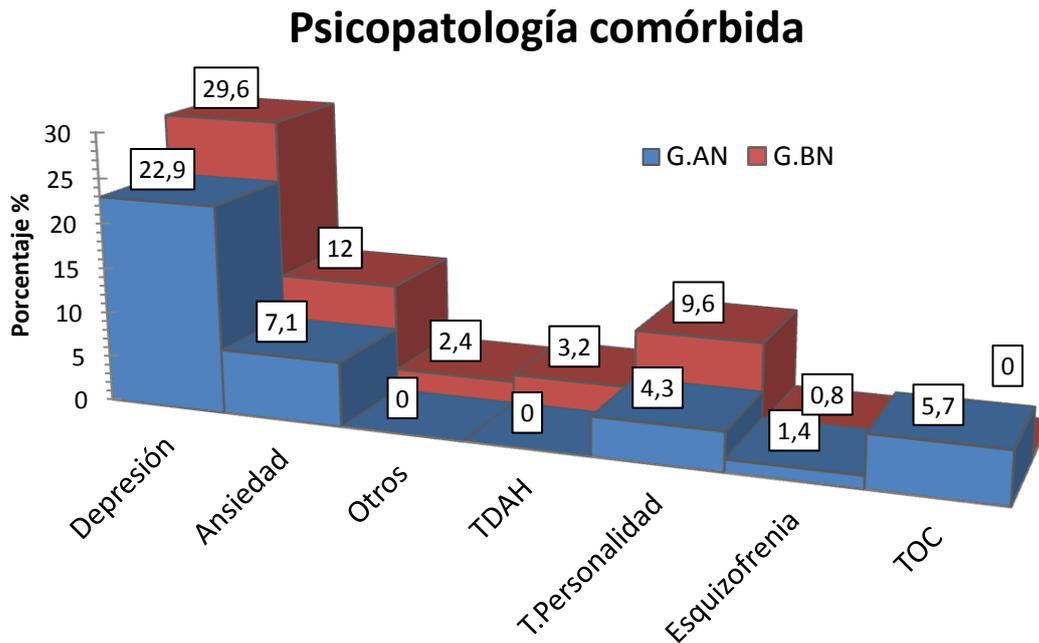


Figura 12. Representación de las patologías comórbidas en pacientes.

b. Psicopatología alimentaria.

Todos los participantes en primer lugar cumplieron el EAT-26 que tal y como se expone en la metodología fue utilizado como cribado de la enfermedad siendo 20 el punto de corte. La media de pacientes es de 26,69 \pm 14.9, difiriendo significativamente de la de los controles que es de 4,55 (\pm 4.2), no siendo esta puntuación diferente entre los dos grupos clínicos (G.AN y G.BN) (Ver tabla 14).

Tabla 14. Descriptivos y estadísticos de contraste de las puntuaciones del EAT en los diferentes grupos diagnósticos.

| BDI-II | Media (DE) | I.C.95% (L.inf.-L.sup). | ANOVA (F/ gl /p) | Comparaciones múltiples |
|--------|---------------|--------------------------|------------------|-------------------------|
| G. AN | 4,55 (4,82) | 3,87-5,23 | 95,82/2/0.001 | G.C-G.AN (p=0,00) |
| G. BN | 27,63 (17,18) | 23,58-31,12 | | G.C-G.BN (p=0,00) |
| G. C | 26,16 (13,64) | 23,71-28,21 | | G.AN-G.BN (p=0,74) |

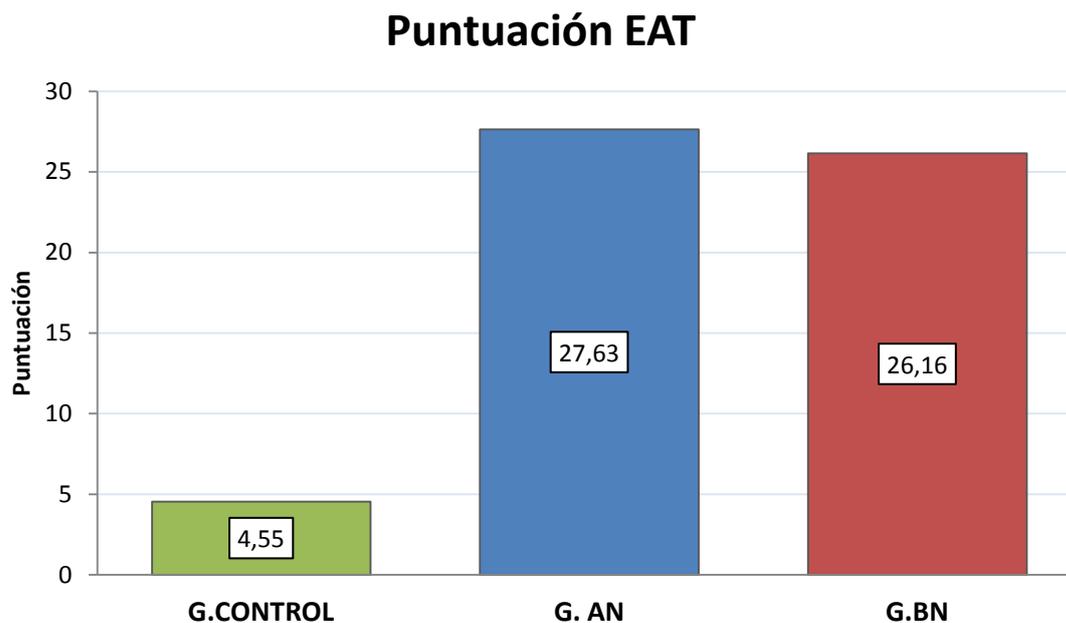


Figura 13. Representación gráfica de la puntuación del EAT por grupos.

En segundo lugar y para evaluar las características clínicas del trastorno alimentario se utilizó el EDI-2, que nos proporcionan información tanto sobre la clínica propia de los trastornos de la alimentación como de variables de personalidad.

En la tabla 15, vemos las medias de cada una de las subescalas comparando el grupo de pacientes con el de controles, como era esperable se obtienen diferencias estadísticamente significativas en todas ellas.

Más interesante resulta el análisis entre grupos diagnósticos de TCA, en el que se encuentran algunas diferencias que hacen referencia a las distintas características clínicas de los grupos. Las puntuaciones de cada escala se detallan en la tabla 16.

Tabla 15. Descriptivos y estadísticos de contraste de las puntuaciones de las variables del EDI-II en pacientes y controles.

| VARIABLE | PACIENTES Media(DE) | CONTROLES Media(DE) | Comparación de medias | |
|----------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| | | | Sig.(p) | I.C.95% (L.inf.-L.sup). |
| OBSESIÓN POR LA DELGADEZ | 12.52 (±6.99) | 2.5 (±3.40) | 0.00 | 8.86-11.27 |
| BULIMIA | 6.28 (±6.49) | 0.77 (±1.47) | 0.00 | 4.48-6.53 |
| INSATISFACCIÓN CORPORAL | 16.62 (±8.62) | 4.65 (±5.10) | 0.00 | 10.45-13.49 |
| INEFICACIA | 9.48 (±7.42) | 1.25 (±2.01) | 0.00 | 7.04-9.41 |
| PERFECCIONISMO | 5.25 (±3.99) | 3.06 (±2.83) | 0.00 | 1.43-2.95 |
| DESCONFIANZA INTERPERSONAL | 5.08 (±5.09) | 1.90 (±2.29) | 0.00 | 3.06-4.77 |
| CONCIENCIA INTEROCEPTIVA | 10.17 (±7.21) | 1.69 (±2.51) | 0.00 | 7.30-9.67 |
| MIEDO A LA MADUREZ | 7.83 (±5.58) | 5.25 (±3.99) | 0.00 | 1.51-3.64 |
| ASCETISMO | 6.74 (±4.36) | 2.29 (±1.92) | 0.00 | 3.71-5.18 |
| IMPULSIVIDAD | 6.81 (±6.67) | 1.64(±3.16) | 0.00 | 4.08-6.03 |
| INSEGURIDAD SOCIAL | 7.22 (±5.62) | 1.64 (±2.13) | 0.00 | 4.65-6.51 |

Tabla 16. Descriptivos y estadísticos de contraste de las puntuaciones de las variables del EDI-II comparando grupo AN y el grupo BN.

| VARIABLE | G.AN. | G.BN. | Comparación de medias | |
|----------------------------|---------------|--------------|-----------------------|-----------------------------|
| | Media(DE) | Media(DE) | Sig.(p) | I.C.95% (L.inf.-L.sup). |
| OBSESIÓN POR LA DELGADEZ | 10,72 (±7,08) | 13,54 (±5,6) | 0,00 | -4,64-(-1,01) |
| BULIMIA | 2,57 (±3,30) | 8,39 (±5,97) | 0,00 | -7,33-(-4,30) |
| INSATISFACCIÓN CORPORAL | 12,57 (±7,73) | 18,87±6,65) | 0,00 | -8,36-(-4,23) |
| INEFICACIA | 7,81 (±6,15) | 10,20(±6,75) | 0,01 | -4,31-0,46 |
| PERFECCIONISMO | 4,89 (±3,10) | 5,37 (±3,87) | 0,37 | -1,54-(-0,57) |
| DESCONFIANZA INTERPERSONAL | 4,94 (±4,29) | 6,18 (±4,69) | 0,06 | -2,56-0,07 |
| CONCIENCIA INTEROCEPTIVA | 8,50 (±6,21) | 11,06(±6,59) | 0,00 | 4,45-0,66 |
| MIEDO A LA MADUREZ | 6,99 (±4,58) | 8,25 (±5,22) | 0,08 | -2,78-0,17 |
| ASCETISMO | 5,60 (±3,82) | 7,32 (±3,94) | 0,00 | -2,86-(-0,58) |
| IMPULSIVIDAD | 5,131 (±4,37) | 7,69 (±6,66) | 0,00 | -4,30-(-0,81) |
| INSEGURIDAD SOCIAL | 6,51 (±4,53) | 7,45 (±5,31) | 0,20 | -2,42-0,53 |

En el grupo de perfil BN se observa mayor puntuación que en el grupo AN y esta es estadísticamente significativa para las subescalas de bulimia e impulsividad que son las características más definitorias de este grupo pero también en obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, ineficacia, conciencia interoceptiva y ascetismo.

En ninguna de las subescalas el grupo de perfil AN presentó mayores puntuaciones (como se observa en la figura 14), pero la diferencia no resultó estadísticamente significativa en las escalas de desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, perfeccionismo e inseguridad social.

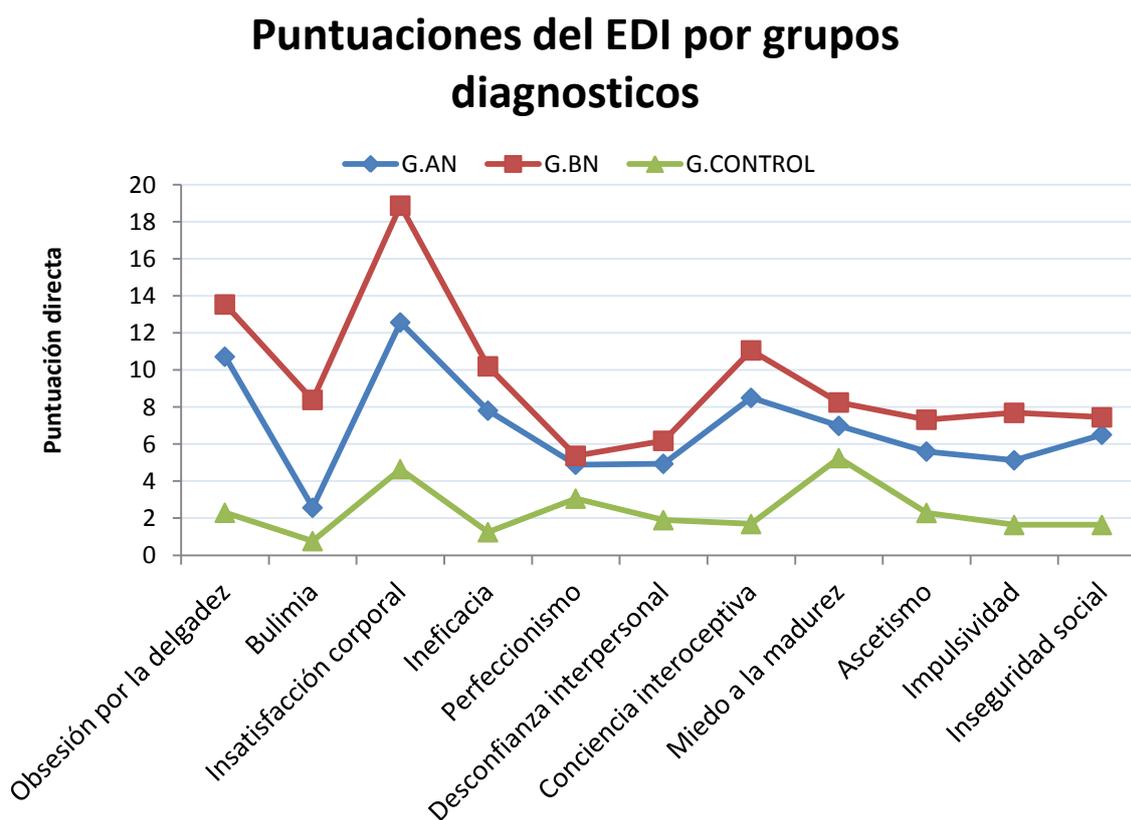


Figura 14. Representación gráfica de las puntuaciones del EDI-II por grupos.

c. Autoestima.

La autoestima se evaluó mediante el cuestionario de Rosemberg, (RSE), las puntuaciones revelaron mayor autoestima global en los controles comparado con los pacientes ($t=-19,72$, $gl=392$, $p<0.000$).

Tabla 17. Descriptivos y estadísticos de contraste de las puntuaciones del RSE entre pacientes y controles.

| INSTRUMENTO | PACIENTES Media(DE) | CONTROLES Media(DE) | Comparación de medias | |
|-------------|------------------------|------------------------|-----------------------|-------------------------|
| | | | Sig.(p) | I.C.95%(L.inf.–L.sup). |
| RSE | 14.32 ($\pm 3,5$) | 23,6 ($\pm 3,50$) | 0.000 | -10.27-(-8.86) |

Al comparar los distintos grupos diagnósticos, el grupo control también presentó mayores puntuaciones de autoestima que todos los subtipos diagnósticos y las diferencias fueron significativas ($F=205,31$, $gl=2$, $p<0.000$). Al realizar las comparaciones múltiples se obtiene diferencias significativas en todos los grupos entre sí (ver tabla 18 y figura 15).

Tabla 18. Descriptivos y estadísticos de contraste de las puntuaciones del RSE mediante comparaciones múltiples entre grupos diagnósticos. (Scheffé)

| RSE | Media (DE) | I.C.95% (L.inf.–L.sup). | ANOVA (F/ gl /p) | Comparaciones múltiples (Scheffé) |
|--------------|--------------|--------------------------|------------------|-----------------------------------|
| G. AN | 15,89 (6,02) | 14,46-17,32 | 205,31/ 2/0.000 | G.C-G.AN ($p=0,00$) |
| G. BN | 13,63 (4,99) | 12,74-14,50 | | G.C-G.BN ($p=0,00$) |
| G. C | 23,63 (6,51) | 23,13-24,21 | | G.AN-G.BN ($p=0,00$) |

Puntuación RSE

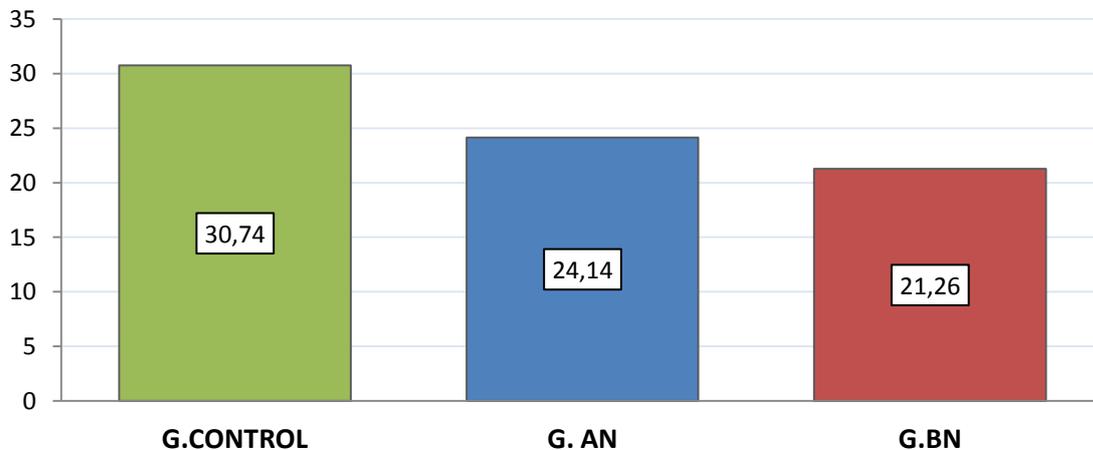


Figura 15. Representación gráfica de la puntuación del RSE por grupos.

d. Ansiedad.

Para evaluar la ansiedad se utiliza el instrumento STAI que categoriza en dos los niveles de ansiedad, diferenciando entre ansiedad como estado temporal y como rasgo personal.

En el estudio de la ansiedad como rasgo personal se obtuvieron mayores puntuaciones en pacientes que en controles ($t=17,39$ $gl=392$, $p=0,00$). Al analizar estas variables en los distintos grupos diagnósticos se aprecia que es el perfil BN el que mayores puntuaciones obtiene y se objetivan diferencias significativas entre los grupos ($F=190,82$; $gl=2$, $p=0,00$). Además, al realizar las comparaciones múltiples se obtienen diferencias significativas (ver tabla 19).

Tabla 19. Descriptivos y estadísticos de contraste de las puntuaciones de las variables del STAI en pacientes y controles

| INSTRUMENTO | PACIENTES Media(DE) | CONTROLES Media(DE) | Comparación de medias | |
|-------------|------------------------|------------------------|-----------------------|-------------------------|
| | | | Sig.(p) | I.C.95%(L.inf.–L.sup). |
| STAI-RASGO | 35,48 ($\pm 11,03$) | 12.10 ($\pm 7,73$) | 0.000 | 16,67-20,96 |
| STAI-ESTADO | 30,90 ($\pm 13,99$) | 17,32($\pm 8,00$) | 0.000 | 16,25-20,06 |

En cuanto a la ansiedad referida como estado temporal también se identificó que es mayor en pacientes que en controles, ($t=19,3$; $gl=392$, $p=0,00$) (ver figura 16). Al comparar los grupos se encuentran de nuevo puntuaciones más altas en el grupo BN y en el análisis de varianza se obtiene de nuevo significación, ($F=151,87$; $gl=2$, $p=0,00$), como puede verse en la tabla 20. Al realizar las comparaciones múltiples se obtienen diferencias significativas al comparar los controles con cualquiera de las dos poblaciones pero no el grupo AN con el BN presentando puntuaciones de ansiedad catalogada como “estado” similares.

Tabla 20. Descriptivos y estadísticos de contraste de las puntuaciones de las variables del STAI y comparativas múltiples de los tres grupos (Scheffé)

| GRUPOS | Media (DE) | I.C.95% (L.inf.-L.sup). | ANOVA (F/ gl /p) | Comparaciones múltiples (Scheffé) |
|--------------------|---------------|--------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| STAI-RASGO | | | | |
| G. AN | 29,95 (14,26) | 26,58-33,33 | 190,82/ 2/0.000 | G.C-G.AN (p=0,00) |
| G. BN | 31,44 (12,89) | 29,16-33,71 | | G.C-G.BN (p=0,00) |
| G. C | 12,10 (7,73) | 11,01 -13,19 | | G.AN-G.BN (p=0,03) |
| STAI-ESTADO | | | | |
| G. AN | 33,35 (12,28) | 30,44-36,26 | 151,87/ 2/0.000 | G.C-G.AN (p=0,00) |
| G. BN | 36,69 (10,11) | 34,90-38,47 | | G.C-G.BN (p=0,00) |
| G. C | 17,32 (8,00) | 16,20-18,45 | | G.AN-G.BN (p=0,56) |

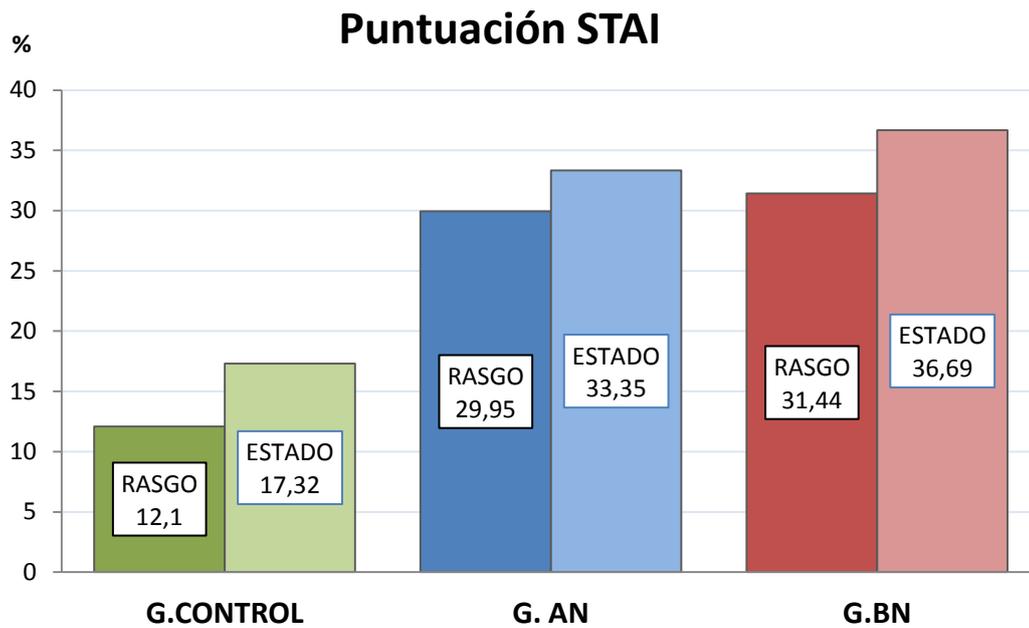


Figura 16. Representación de la puntuación del STAI por grupos.

e. Sintomatología obsesiva y compulsiva.

La sintomatología obsesiva en el momento de la entrevista fue evaluada mediante el OCI-R, que muestra 6 subescalas en función de las características que se categorizan como referidas a la acumulación, la comprobación, el orden, la neutralización de pensamientos, los lavados y las obsesiones. Al realizar la comparación de las puntuaciones obtenidas, se observa que en todas las subescalas y de forma significativa los pacientes puntúan más alto que los controles, lo cual se muestra en la tabla 21.

Tabla 21. Descriptivos y estadísticos de contraste del OCI-R.

| INSTRUMENTO | PACIENTE | CONTROLES | Comparación de medias | |
|----------------|---------------|--------------|-----------------------|-----------------------|
| | Media(DE) | Media(DE) | Sig.(p) | I.C.95%(L.inf.–L.sup) |
| OCI- TOTAL | 20,42(±12,55) | 12,87 ±9,43) | 0,00 | 5,111-9,998 |
| ACUMULACIÓN | 4,12 (±2,92) | 3,21 (±2,55) | 0,00 | 0,304-1,529 |
| COMPROBACIÓN | 3,26 (±3,03) | 2,16 (±2,21) | 0,00 | 0,512-1,682 |
| ORDEN | 4,93 (±3,02) | 3,73(±2,69) | 0,01 | 0,530-1,800 |
| NEUTRALIZACIÓN | 1,89 (±2,57) | 0,99 (±1,88) | 0,00 | 0,409-1,392 |
| LAVADOS | 1,78 (±2,22) | 1,03 (±1,69) | 0,00 | 0,317-1,186 |
| OBSESIONES | 4,57 (±3,32) | 1,74 (±2,19) | 0,00 | 0,202-3,44 |

Al comparar los tres grupos observamos que los pacientes de ambos grupos puntúan significativamente más alto que los controles (ver tabla 22). Cuando realizamos la comparación entre los dos grupos clínicos, a pesar de que como se muestra en la figura 17 el perfil BN muestra una tendencia más alta, sólo la variable que hace referencia a las obsesiones resulta estadísticamente superior.

Tabla 22. Descriptivos y estadísticos de contraste de las puntuaciones del OCI-R y comparaciones múltiples entre grupos diagnósticos. (Scheffé).

| | Media | D.E. | I.C.95% (L.inf-L.sup). | ANOVA (F/ gl /p) | Comparaciones múltiples (Scheffé) |
|---------------------------|-------|------|-------------------------------|----------------------|--------------------------------------|
| OCI-Acumulación | | | | | |
| G. AN | 4,10 | 3,00 | 3,39-4,81 | 5,31/ 2/0.00 | G.C-G.AN (p=0,06) |
| G. BN | 4,07 | 2,55 | 3,62-4,52 | | G.C-G.BN (p=0,01) |
| G. C | 3,29 | 2,25 | 2,97-3,60 | | G.AN-G.BN (p=0,99) |
| OCI-Comprobación | | | | | |
| G. AN | 3,27 | 2,81 | 2,60-3,94 | 9,89/ 2/0.00 | G.C-G.AN (p=0,00) |
| G. BN | 3,20 | 2,71 | 2,72-3,68 | | G.C-G.BN (p=0,00) |
| G. C | 2,17 | 1,99 | 1,89-2,45 | | G.AN-G.BN (p=0,99) |
| OCI-Orden | | | | | |
| G. AN | 4,74 | 3,07 | 4,01-5,47 | 10,48/ 2/0.00 | G.C-G.AN (p=0,00) |
| G. BN | 4,94 | 2,62 | 4,48-5,40 | | G.C-G.BN (p=0,01) |
| G. C | 3,72 | 2,36 | 3,38-4,05 | | G.AN-G.BN (p=0,82) |
| OCI-Neutralización | | | | | |
| G. AN | 1,61 | 2,31 | 1,06-2,16 | 10,18/ 2/0.00 | G.C-G.AN (p=0,10) |
| G. BN | 2,02 | 2,33 | 1,61-2,43 | | G.C-G.BN (p=0,00) |
| G. C | 1,01 | 1,66 | 0,78-1,24 | | G.AN-G.BN (p=0,89) |
| OCI-Lavados | | | | | |
| G. AN | 1,62 | 1,96 | 1,16-2,09 | 8,84/ 2/0.00 | G.C-G.AN (p=0,06) |
| G. BN | 1,86 | 2,03 | 1,50-2,22 | | Control-GC(p=0,00) |
| G. C | 1,05 | 1,51 | 0,84-1,26 | | GR-GC (p=0,63) |
| OCI-Obsesiones | | | | | |
| G. AN | 3,88 | 2,97 | 3,17-4,58 | 65,19/ 2/0.00 | G.C-G.AN (p=0,00) |
| G. BN | 4,92 | 2,99 | 4,40-5,45 | | G.C-G.BN (p=0,00) |
| G. C | 1,77 | 1,96 | 1,50-2,05 | | G.AN-G.BN (p=0,01) |
| OCI-TOTAL | | | | | |
| G. AN | 19,15 | 12,1 | 16,28-22,02 | 27,70/ 2/0.00 | G.C-G.AN (p=0,00) |
| G. BN | 20,90 | 11,0 | 18,96-22,84 | | G.C-G.BN (p=0,00) |
| G. C | 13,00 | 8,42 | 11,82-14,19 | | G.AN-G.BN (p=0,43) |

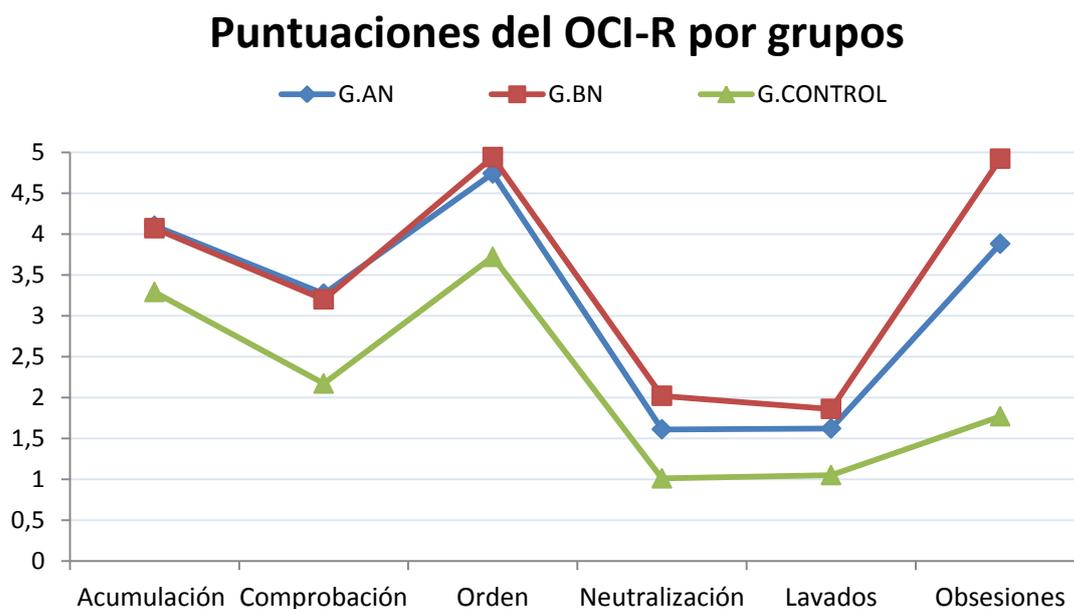


Figura 17. Representación gráfica de la puntuación del OCI-R por grupos.

f. Sintomatología depresiva.

La sintomatología depresiva se evalúa con el BDI-II y las puntuaciones son claramente diferentes entre pacientes y controles. (Ver figura 18).

Tabla 23. Descriptivos y estadísticos de de la puntuación del BDI-II comparando pacientes y controles.

| INSTRUMENTO | PACIENTES | CONTROLES | Comparación de medias | |
|-------------|---------------|--------------|-----------------------|-----------------------|
| | Media(DE) | Media(DE) | Sig.(p) | I.C.95%(L.inf.–L.sup) |
| BDI-II | 24,48(±11,93) | 4,89 (±5,24) | 0.000 | 17,76-21,41 |

Como muestra la tabla 24 la diferencia de ambos grupos clínicos con el grupo control también resultó significativa. De nuevo podemos observar una mayor sintomatología esta vez depresiva en el grupo de perfil bulímico.

Tabla 24. Descriptivos y estadísticos de contraste de las puntuaciones de la variable del BDI-II en pacientes y controles.

| BDI-II | Media (DE) | I.C.95% (L.inf.-L.sup). | ANOVA (t/ gl /p) | Comparaciones múltiples |
|--------------|---------------|--------------------------|------------------------|----------------------------|
| G. AN | 21,95 (11,03) | 19,33-24,56 | 239.54/ 2/0.001 | G.C-G.AN (p=0,00) |
| G. BN | 25,91 (12,21) | 23,75-28,06 | | G.C-G.BN (p= 0,00) |
| G. C | 4,89 (5,24) | 4,15-5,63 | | G.AN-G.BN (p=0,01) |

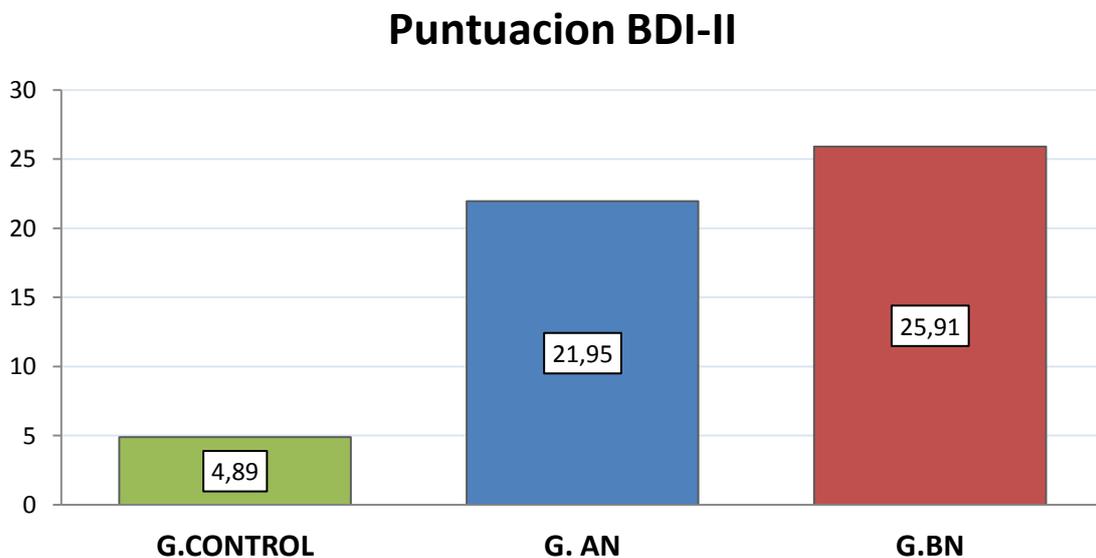


Figura 18. Representación gráfica de la puntuación del BDI-II por grupos.

4.1.3. Características conductuales.

a. Estado civil.

De forma mayoritaria, tanto en los pacientes como en los controles predomina la soltería (73,8% y 64,5 %, respectivamente), considerándose ésta como no tener una relación estable de convivencia actualmente o encontrarse divorciado sin nueva relación sentimental. No se observan por tanto diferencias en cuanto al estado civil entre pacientes y controles ($\chi^2=0,126$; gl=1; p=0,41) y

tampoco al realizar en análisis en función del grupo diagnóstico ($\chi^2=3,66$; $gl=2$; $p=0,16$), ver figura 19.

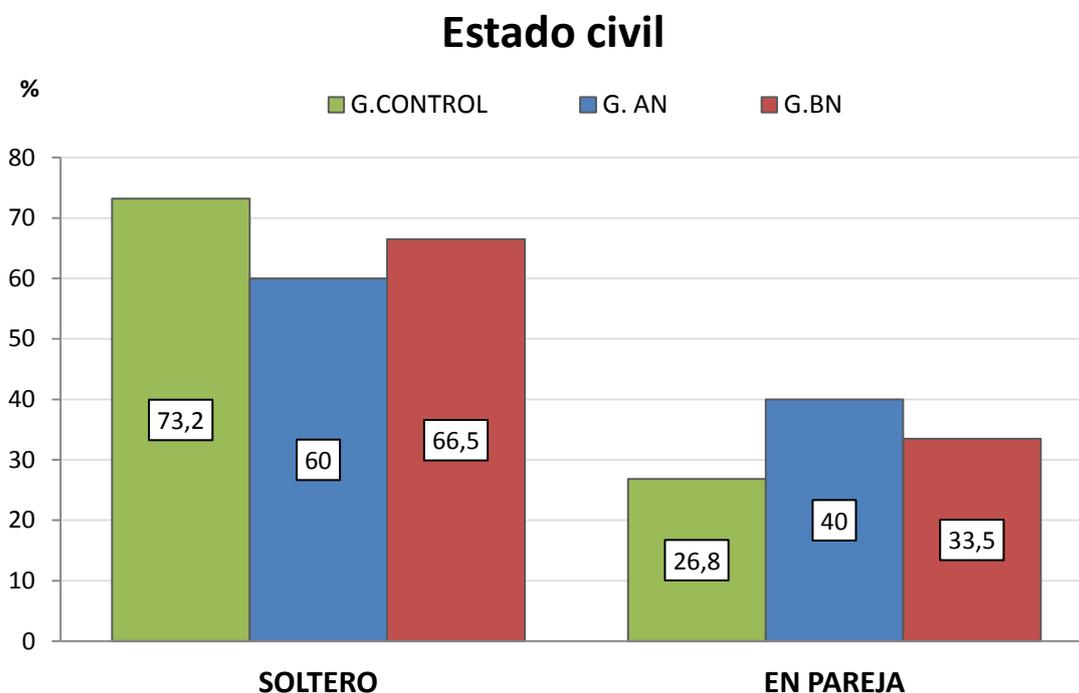


Figura 19. Representación gráfica del estado civil por grupos.

b. Nivel académico.

Una elevada proporción de la muestra la conforman jóvenes estudiantes (47.4%), y aproximadamente la otra mitad de los casos no está estudiando en la actualidad (52.6%). Debido a la moda de edad de 16 años, los estudios cursados más frecuentemente en el momento del diagnóstico son de ESO, seguido de bachillerato y de ciclos formativos.

Para evaluar el nivel académico se clasifica la muestra en tres niveles. Un nivel básico que corresponde a estudios primarios o menos, un nivel académico medio (estudios secundarios, bachillerato o formación profesional) y un nivel superior para estudios universitarios. La población en ambos casos se reparte de forma homogénea entre los tres estratos en ambos grupos y no se encuentra diferencia estadísticamente significativa entre pacientes y controles ($\chi^2=4,86$; $gl=2$; $p=0,08$). Sin embargo, entre el grupo de perfil anorexia y el perfil BN se

aprecia una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2=7,65$; $gl=2$; $p=0,02$), siendo superior el nivel de estudios finalizados en el grupo BN (ver Figura 20).

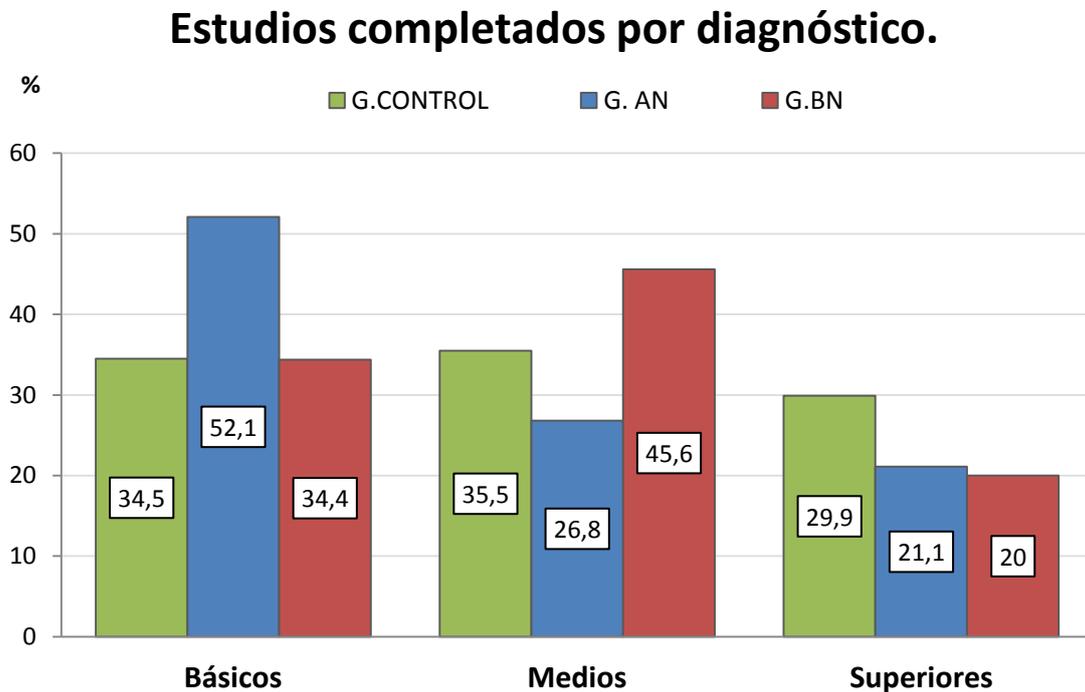


Figura 20. Representación gráfica del nivel de estudios completados.

Además, se analizan las calificaciones académicas obtenidas comparando las altas (notable y sobresaliente) frente a medias o bajas (bien, aprobado o suspenso), independientemente del nivel cursado. Las calificaciones recogidas se muestran en la tabla 25 y encontramos que se considera bueno o muy bueno en el 39,1% de los controles frente al 31% de los pacientes, no observándose una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2=,85$; $gl=1$; $p=0,06$).

Al realizar el análisis en función del grupo diagnóstico si se objetiva mejores rendimientos en el grupo AN, ($\chi^2=10,6$; $gl=2$; $p=0,00$), presentando dicho grupo calificaciones más altas que el grupo BN y esa diferencia es significativa ($\chi^2=8,32$; $gl=2$; $p=0,00$) (figura 21).

Tabla 25. Descriptivos y estadísticos de contraste de las calificaciones.

| CALIFICACIONES | G. ANOREXIA | G. BULIMIA | G. CONTROL | χ^2 / gl / p |
|----------------|-------------|------------|------------|-------------------|
| Altas | 31 (43,7) | 30(23,8) | 77 (39,1) | 10,6/2/0,05 |
| Medias o bajas | 40 (56,3) | 96 (76,2) | 120 (60,9) | |

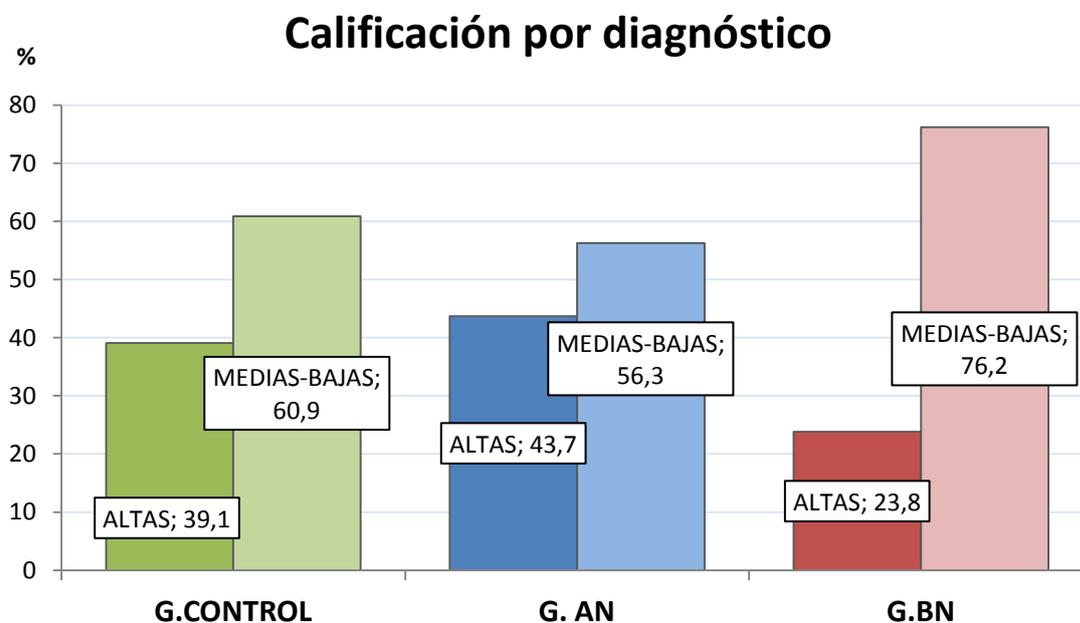


Figura 21. Representación gráfica de las calificaciones obtenidas.

4.2. Análisis de factores de riesgo.

Los resultados que describimos en el apartado anterior hacen referencia a las características que presentan en el momento del diagnóstico, es decir, de forma concomitante a la presentación de sintomatología alimentaria (en los controles corresponden a las características de los mismos en el momento de inclusión en el estudio). En este apartado analizamos los factores de riesgo, es decir, aquellas variables que los pacientes han experimentado previamente al desarrollo de la enfermedad, bien de forma individual, ambiental o familiar y que ha podido condicionar la aparición de esta.

4.2.1 Análisis de factores de riesgo individuales.

Se muestran los resultados de los factores individuales clasificados en tres grupos: biológicos, psicológicos y conductuales, tal y como se describieron en el capítulo dedicado a la etiopatogenia de estos trastornos.

4.2.1.1 Factores biológicos.

a. Factores genéticos.

En la parte teórica de este trabajo se expone la revisión de distintos estudios que demuestran la importancia de los genes en el desarrollo de los TCA, estos pueden realizarse mediante estudio en laboratorio obteniendo muestras biológicas de los pacientes, o bien analizando las asociaciones familiares.

En nuestro trabajo el estudio no se diseñó para analizar específicamente las interacciones genéticas, por lo que no disponemos de muestras biológicas que sean susceptibles de ser analizadas, no obstante se identificó como factor asociado al desarrollo de un TCA tener una madre u otro familiar que tuviera antecedentes de patología alimentaria. Este epígrafe se explica ampliamente en el apartado (4.2.3) de este capítulo, que corresponde a los factores familiares.

b. Complicaciones obstétricas

Es importante señalar en este punto que de la muestra descrita anteriormente tuvimos que descartar todos aquellos pacientes en los que los datos no podían ser corroborados de manera fiable mediante la entrevista materna, la revisión del historial obstétrico de la madre o el historial pediátrico del sujeto. Por lo que hubo un número elevado de pérdidas con respecto a la muestra inicial, 50 pacientes (repartidos de forma homogénea por grupo diagnóstico) y 50 controles. Por lo tanto la muestra con datos completos la constituyen 146 pacientes y 146 controles.

b.1. Peso del recién nacido.

En el análisis de datos no se observan diferencias en cuanto al peso del recién nacido, entre pacientes y controles, ni en la comparación posterior por grupos. Los resultados pueden apreciarse en la tabla 26.

Tabla 26. Descriptivos y estadísticos de contraste de la variable peso del recién nacido en pacientes y controles.

| VARIABLE | PACIENTES Media (D.E). | CONTROLES Media (D.E). | Test de significación. t/ gl /p |
|--------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| PESO RECIÉN NACIDO | 3,38 (0,61) | 3,31 (0,54) | 0,95/295/0,35 |

b.2. Edad materna.

En la comparación de la edad materna nuestros datos arrojan una menor edad para las madres de los pacientes, esta diferencia es estadísticamente significativa ($t=2,2$, $gl=295$, $p=0,02$). Al realizar el análisis en los distintos grupos se obtiene que el grupo de perfil BN cuenta con madres más jóvenes, seguido del grupo AN y por último los sujetos control. Al realizar análisis de la varianza, ANOVA, esta diferencia es significativa ($F=4.76$, $gl=2$, $p<0.01$).

b.3. Edad paterna.

En cuanto a la edad paterna, ésta es ligeramente superior a la de las madres, y encontramos que no difiere significativamente en pacientes respecto a controles ($t=1,4$, $gl=295$, $p=0,14$). Al analizar la muestra por grupos, a pesar de que la edad de los padres también es menor en el grupo BN, no existen diferencias significativas entre cada uno de los grupos (ver figura 22).

Tabla 27. Descriptivos y estadísticos de contraste de la variable edad de los progenitores al nacer en pacientes y controles.

| VARIABLE | PACIENTES Media (D.E) | CONTROLES Media (D.E). | Test de significación. t/ gl /p |
|------------------|--------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| EDAD DE LA MADRE | 27,70 (5,54) | 29,12 (5,52) | -2,22/295/0,02 |
| EDAD DEL PADRE | 30,74 (6,06) | 31,76(5,87) | -1,45/295/0,14 |

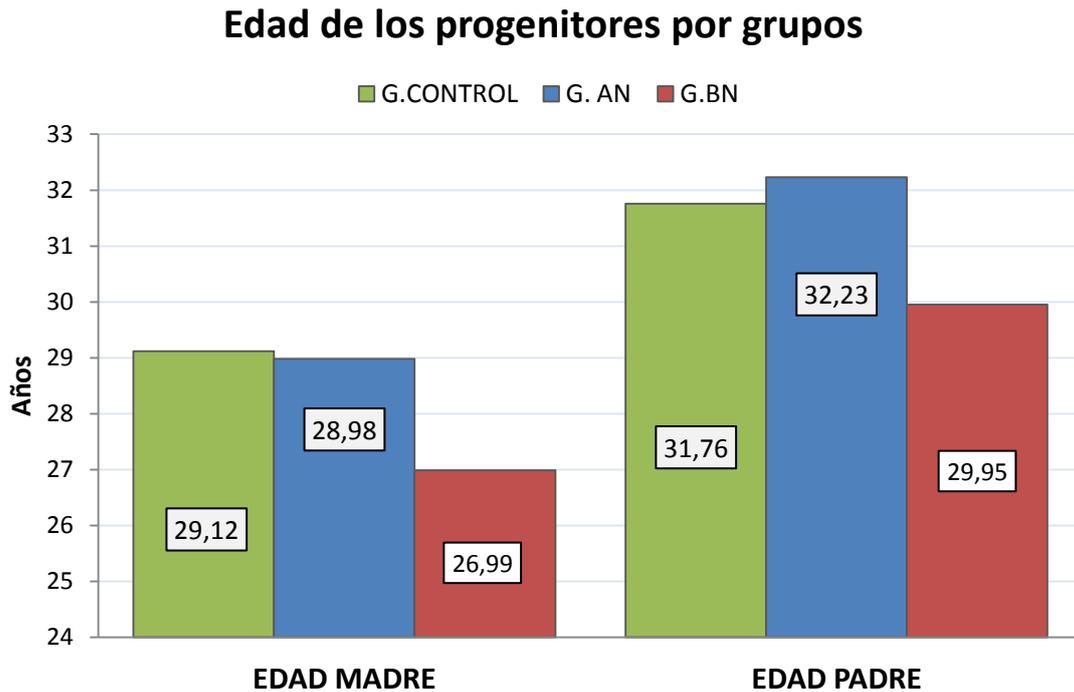


Figura 22. Representación gráfica de la media de edad de los progenitores.

b.4. Complicaciones obstétricas.

A la hora de evaluar las complicaciones obstétricas y periparto a partir de la escala de Lewis-Murray, el número total de pacientes que presentaron algún problema fue de 72 (49%) frente a 37 (25,5%) de los sujetos sanos. Esto implica una diferencia estadística ($\chi^2=18,00$; $gl=1$; $p=0,00$) y conlleva un riesgo de 2,87 veces de desarrollar un TCA ($OR=2,87$; $IC\ 1,75-4,72$). En la figura 23 se muestra el recuento del número de problemas de los sujetos pudiendo aparecer 1, 2 ó 3 complicaciones obstétricas en cada sujeto, incluso uno de los pacientes presentó hasta 7 eventos de riesgo en su embarazo.

Dentro de los primeros meses de vida el 83,4 % de los controles habían recibido lactancia materna frente a un 74 % de los pacientes, pero esta diferencia no alcanza significación estadística, por lo tanto no podemos considerar la lactancia como un factor asociado con el desarrollo de los TCA ($\chi^2=3,9$ $gl=1$, $p=0,06$).

Número de problemas obstétricos

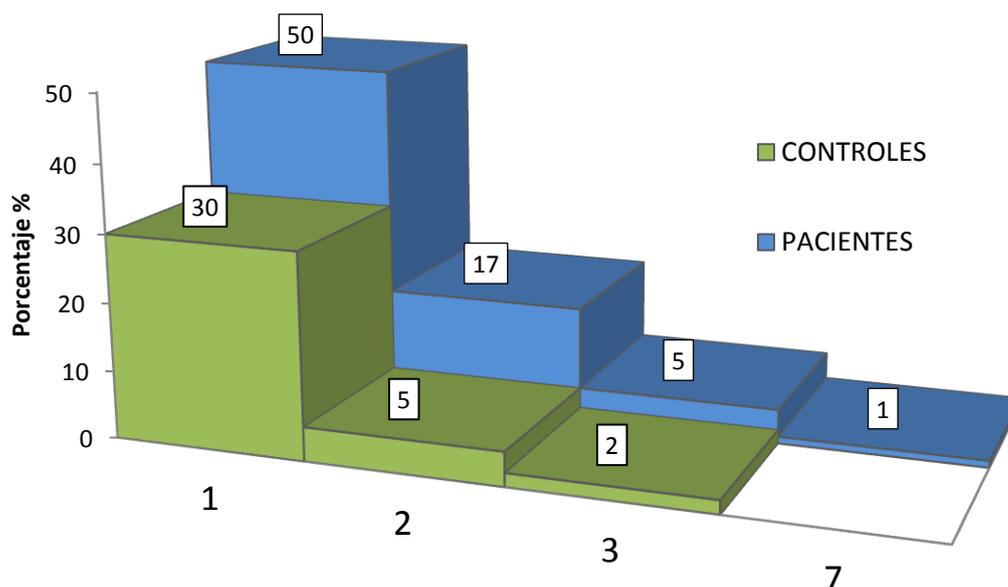


Figura 23. Representación del recuento del número de problemas padecidos en el embarazo o parto en pacientes y controles.

Lo mismo ocurre con haber precisado ingreso dentro de los 6 primeros meses de vida, aunque también se ve mayor frecuencia en los pacientes (15,8%) frente a los controles (9,6%), ésta no constituye una diferencia suficiente para obtener significación estadística ($\chi^2=2,5$ gl=1, $p=0,12$).

En la tabla 28 se refleja la lista completa de variables evaluadas mediante la escala de complicaciones obstétricas, la comparación entre los pacientes y los controles y el valor p de significación de la prueba exacta de Fisher.

Al analizar de forma separada cada variable, se observa una mayor frecuencia de presentación de todas ellas en los pacientes, como se observa en la tabla 28. Sin embargo, la significación estadística sólo se alcanza para el evento de la ruptura prematura de membrana, donde se obtiene una diferencia estadística entre grupos ($p=0,00$) con un riesgo definido por OR de 2,05 IC (1,82-2,34) (ver figura 24).

Tabla 28. Descriptivos y estadísticos de contraste de las complicaciones obstétricas y del periparto en pacientes y controles.

| ACONTECIMIENTO OBSTÉTRICO O PERINATAL | PACIENTES n=146 | CONTROLES n=146 | Significación p (Fisher) |
|---------------------------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|
| Preparto | | | |
| Diabetes gestacional | 7 (4,3%) | 1 (0,7%) | 0,06 |
| Rubeola o sífilis | 0 (0%) | 0 (0%) | n.s. |
| Preeclampsia | 1 (0,7%) | 1 (0,7%) | n.s. |
| Incompatibilidad del Rh | 4 (2,7%) | 2 (1,4%) | n.s. |
| Hemorragia o amenaza de aborto | 11 (7,5%) | 4 (2,8 %) | n.s. |
| Parto | | | |
| Ruptura prematura de membrana | 9 (6,1%) | 0 (0%) | 0,00 |
| Parto prolongado | 23 (15,6%) | 16 (11%) | n.s. |
| Nacimiento gemelar complicado | 1 (0,7%) | 1 (0,7%) | n.s. |
| Prolapso de cordón | 4 (2,8 %) | 1 (0,7%) | n.s. |
| Edad gestacional (>42 o < 36) | 15 (10,2%) | 9 (6,2%) | n.s. |
| Cesárea complicada | 13 (8,8%) | 6 (4,1%) | n.s. |
| Presentación de nalgas | 6 (4,1%) | 1 (0,7%) | n.s. |
| Fórceps | 9 (6,2%) | 3 (2,1%) | n.s. |
| Peso al nacer menor de 2kg | 1 (0,7%) | 1 (0,7%) | n.s. |
| Incubadora | 5 (3,4%) | 1 (0,7%) | n.s. |
| Anomalía física importante | 5 (3,4%) | 0 (0%) | 0,06 |
| Algún problema en el embarazo | 72 (49%) | 37 (25,5%) | 0,00 |

Otras variables que se aproximan a la significación son la diabetes gestacional ($p=0,06$) aunque el intervalo de confianza calculado para su valor OR no resulta significativo, y el hecho de haber presentado al nacer una importante anomalía física ($p=0,06$) con un valor OR de 2,02 IC (1,19-2,27).

Complicaciones obstétricas y perinatales

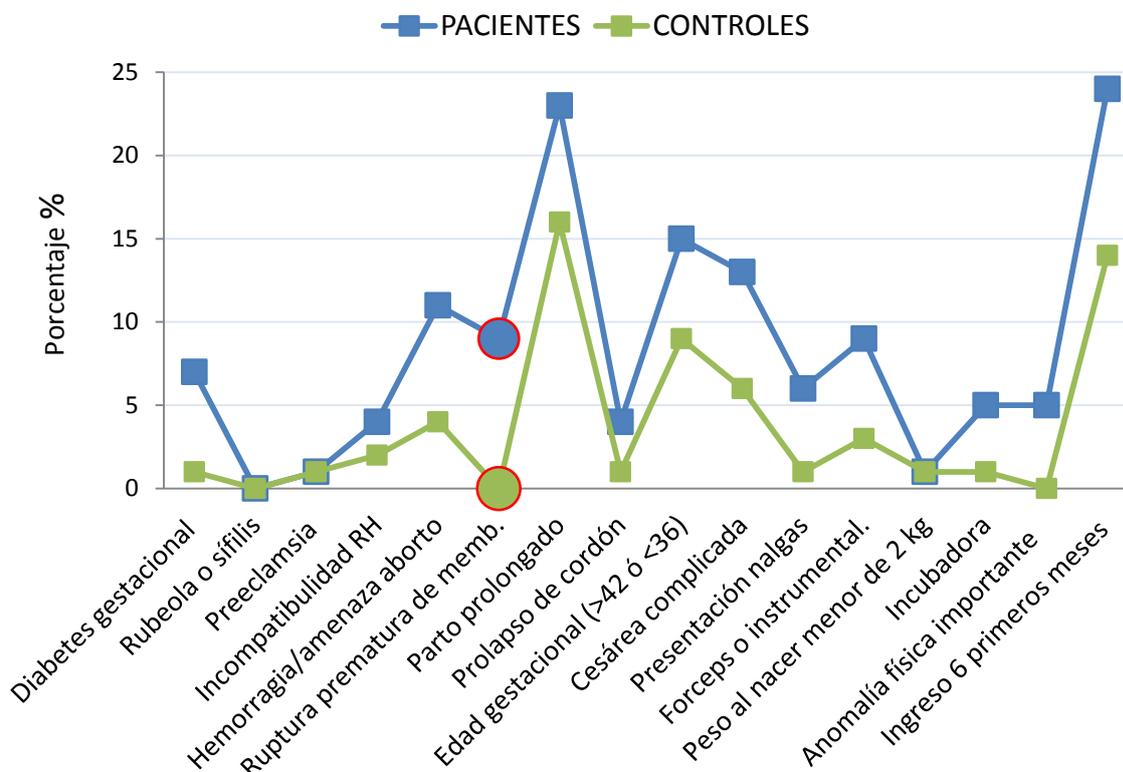


Figura 24. Representación gráfica del porcentaje de distintos problemas padecidos en el embarazo o parto en pacientes y controles.

En la figura 25 se muestra representado gráficamente el porcentaje de acontecimientos obstétricos en cada uno de los tres grupos. Encontramos una tendencia mayor a presentarlos en el grupo AN, que se confirma al analizar la variable que aglutina cualquier problema obstétrico y perinatal ($\chi^2=4,52$; $gl=2$; $p=0,04$). Cuando realizamos el análisis comparativo en cada variable, entre el grupo AN y el BN se encuentran diferencias entre los grupos diagnósticos, salvo en dos variables. La variable que recoge haber sufrido prolapso de cordón, este acontecimiento se dio en el 4 pacientes (el 7,3 % de los sujetos del grupo AN que tenía los datos completos), frente a ningún paciente del grupo BN ($p=0,01$) y la variable que recoge haber nacido mediante una cesárea complicada o de emergencia también resultó estadísticamente diferenciada ($p=0,01$) con 9 casos el grupo AN (16,4 %) y 4 en el BN. (4,3%).

Complicaciones obstetricas y perinatales por grupo diagnóstico.

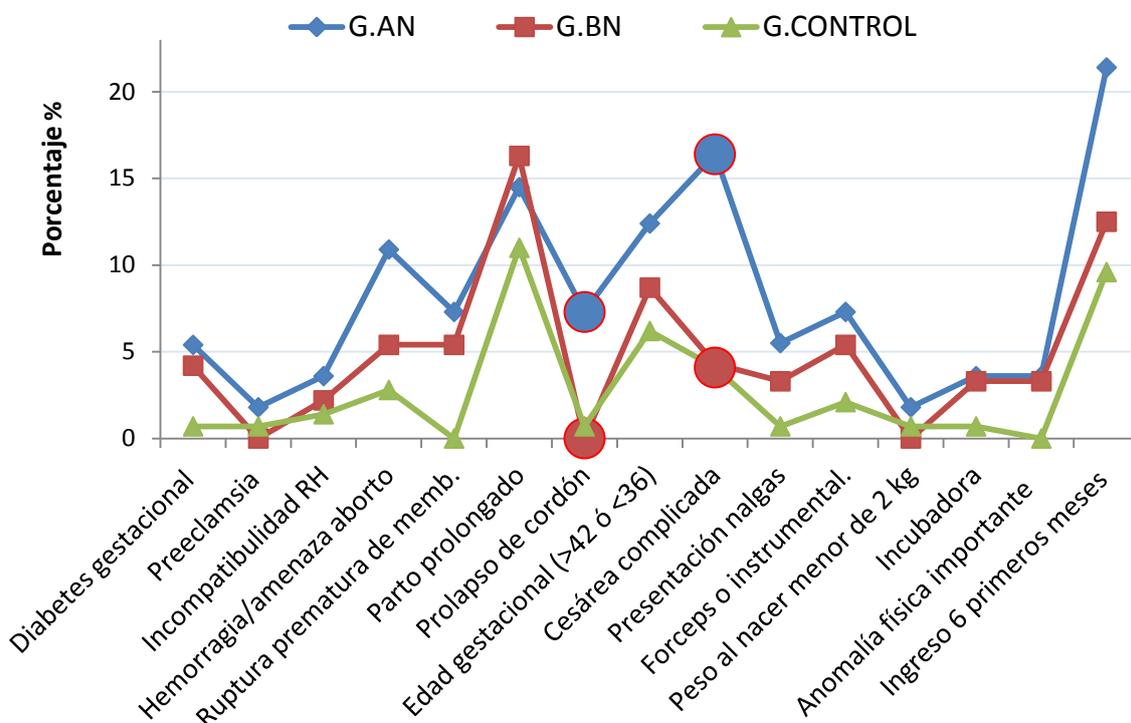


Figura 25. Representación gráfica del porcentaje de distintos problemas padecidos en el embarazo o parto en los tres grupos.

Nuestros datos reflejan que los acontecimientos obstétricos se relacionan con el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria sin poder concluir que haya mayor riesgo de desarrollar un subtipo concreto.

c. Problemas en el desarrollo

Por otro lado a los sujetos se les preguntaba si habían padecido problemas del desarrollo como retraso del crecimiento, problemas de psicomotricidad o problemas de la lectoescritura como dislexia que hubieran causado disfuncionalidad y precisaran tratamiento.

Tanto la prevalencia como las características de las enfermedades sufridas no se alejan de las de la población general, no encontrándose mayor asociación con el desarrollo posterior de un TCA (ver tabla 29) y tampoco se observan diferencias entre grupos diagnósticos.

Tabla 29. Descriptivos y estadísticos de contraste de la variable “problemas de desarrollo” en pacientes y controles. n (%).

| GRUPO | Problemas en el desarrollo. | | Test de significación. χ^2 / gl /p (Fisher) |
|-----------|-----------------------------|-----------|---|
| | SÍ | NO | |
| PACIENTES | 10 (5,1) | 186(94,9) | 0,24/1/0,61 |
| CONTROLES | 8(4,1) | 189(95,9) | |
| TOTAL | 18 (4,6) | 376(95,4) | |

d. Obesidad infantil.

Responder de forma afirmativa a la variable “haber presentado sobrepeso en la infancia“, fue claramente más frecuente en los pacientes (44,8 %) que en los controles (18,4%). ($\chi^2=31,6$; gl=1; p=0,00). Obtenemos un riesgo representado por OR=3,61 (IC =2,28-5,71).

Tabla 30. Descriptivos y estadísticos de contraste de “obesidad infantil”.

| GRUPO | Obesidad infantil. n (%). | | Test de significación. χ^2 / gl /p |
|-----------|---------------------------|------------|--|
| | SÍ | NO | |
| PACIENTES | 87 (44,8) | 107 (55,2) | 31,6/1/0,00 |
| CONTROLES | 36 (18,4) | 160 (81,6) | |
| TOTAL | 123 (31,5) | 267 (68,5) | |

Al realizar el análisis por diagnósticos, también se observa diferencia ($\chi^2=37,6$; gl=2; p=0,00), siendo el grupo de perfil BN el que más porcentaje de obesidad ha presentado en la infancia seguida del perfil anorexia y por último los participantes del grupo control. Como se muestra en la tabla 30. Al comparar los grupos AN y BN entre sí también se obtiene esta diferencia ($\chi^2=5,6$; gl=1; p=0,02).

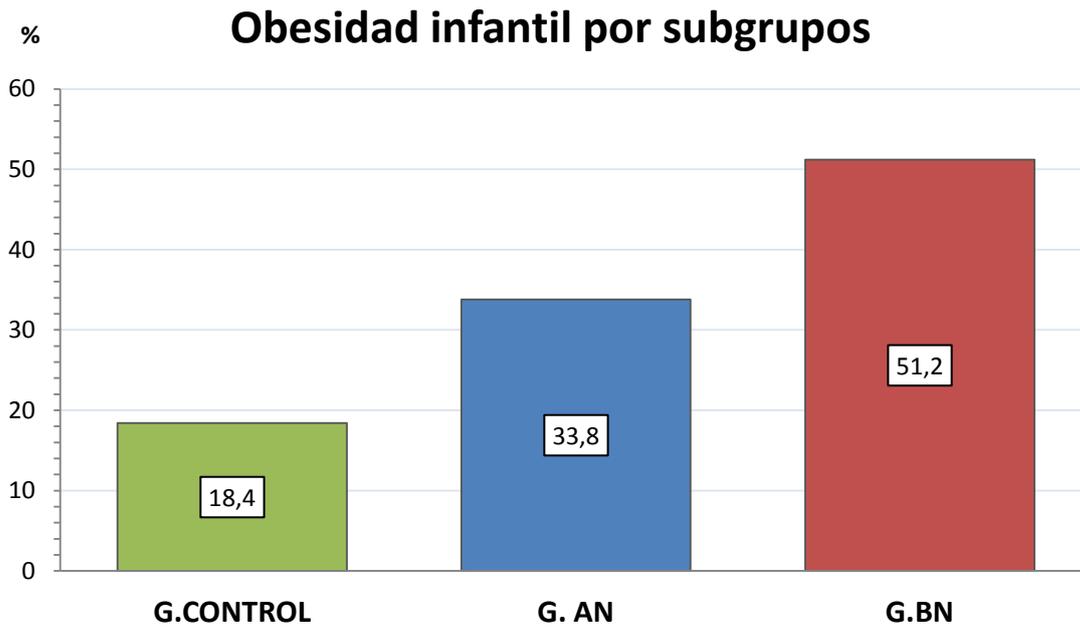


Figura 26. Representación gráfica de la obesidad infantil por grupos.

e. Edad de la pubertad.

Para analizar la edad de la pubertad se tuvo en cuenta la menarquia y la espermarquia de los sujetos siendo la recogida de los datos de forma retrospectiva. Por este motivo no fue sencillo completar este dato en la muestra de varones y quedan excluidos en este apartado analizándose solo la muestra de mujeres puberales (solo una de las controles era prepúber).

En la tabla 31 se muestran los datos referentes a la edad de la menarquia de los participantes clasificados según su diagnóstico.

Tabla 31. Descriptivos de la edad de la menarquia por grupos.

| DIAGNÓSTICO | n | Media | Desviación típica | IC al 95% | | Mínimo | Máximo |
|-------------|-----|-------|-------------------|------------|------------|--------|--------|
| | | | | L.inferior | L.superior | | |
| G. AN | 59 | 12,26 | 1,42 | 11,89 | 12,63 | 8 | 16 |
| G. BN | 112 | 12,54 | 1,84 | 12,19 | 12,88 | 9 | 19 |
| G. C | 171 | 12,77 | 1,33 | 12,77 | 12,97 | 9 | 16 |
| TOTAL | 342 | 12,61 | 1,54 | 12,44 | 12,77 | 8 | 19 |

La media de edad de la menarquia se produjo en torno a los 12 años pero esta fue significativamente antes en pacientes que en controles ($t=6,74$, $gl=340$, $p=0.01$). Al realizar el análisis de la muestra por grupos, como se observa en la tabla 31, es el grupo anorexia es el que presenta la menarquia de forma más precoz seguida del grupo BN y por último de los controles. No hubo diferencias significativas al realizar la comparación posterior al ANOVA de un factor ($F=11.35$, $gl=2$, $p=0.07$) entre los tres grupos diagnósticos; al analizar esta relación se observa que entre el grupo anorexia y el grupo control si existe diferencia ($t=1.35$, $gl=3$, $p=0.02$), pero no entre el grupo BN y el control, ni entre el grupo AN y el BN entre sí.

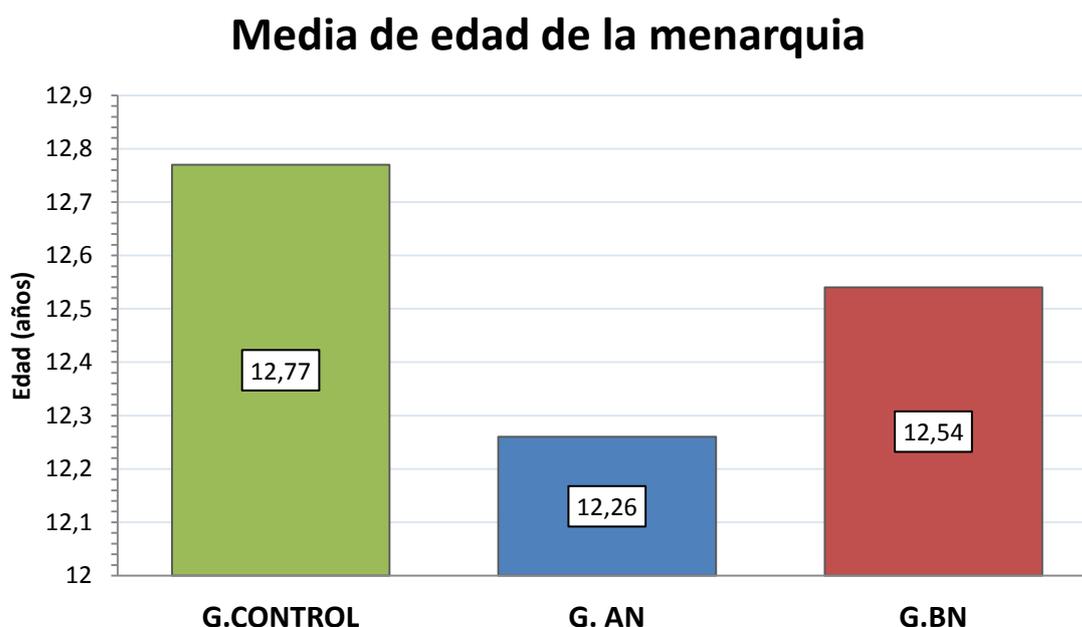


Figura 27. Representación gráfica de la media de edad de la menarquia.

Para catalogar el desarrollo en precoz, normal o tardío, la edad de la menarquia se dividió en tres grupos: de 8-11 años, 12-15 años y 16-19 años. Al ser el tercer grupo muy minoritario se reagrupa posteriormente en dos grupos: 11 años o menos y desarrollo posterior a los 12 años (ver tabla 32).

Posteriormente calculamos el riesgo de presentar un TCA en los casos de existir una pubertad adelantada (entendida como antes de los 11 años) y obtenemos una diferencia significativa entre pacientes y controles (15,2 %) ($t=8.04$, $gl=1$, $p=0.00$), con un riesgo OR 2,17 veces mayor (IC: 1,27-3,74) de desarrollar un TCA si existe pubertad adelantada.

Tabla 32. Descriptivos y estadísticos de contraste de la variable agrupada edad de inicio de la pubertad por grupos. n (%).

| EDAD | EDAD DE LA MENARQUIA AGRUPADA | | | TOTAL | Test signif. χ^2 / gl / p |
|--------------------|-------------------------------|-----------|------------|------------|-----------------------------------|
| | G. AN | G. BN | G. C. | | |
| 11 AÑOS O MENOS | 17 (28,8) | 31 (27,7) | 26 (15,2) | 74 (21,2) | 8,6/2/0,01 |
| 12 AÑOS O MÁS | 42 (71,2) | 81 (72,3) | 145 (43,8) | 268 (78,4) | |

f. **Antecedentes personales de enfermedad orgánica.**

Se incluyen en este ítem patologías de estilo crónico o que causen disfuncionalidad en la vida del pacientes bien sean actuales o pasadas, tales como las enfermedades autoinmunes, los procesos infecciosos crónicos, problemas del sistema nervioso, procesos oncológicos o intervenciones quirúrgicas de lenta recuperación. De la muestra 60 pacientes (57,7%) presentaron patologías orgánicas previas, frente a 44 (42,3%) controles. Tanto la prevalencia como las características de las enfermedades sufridas no se alejan de las de la población control, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa (Ver tabla 33).

Tabla 33. Descriptivos y estadísticos de contraste de la variable antecedentes orgánicos previas. n (%).

| GRUPO | Antecedentes orgánicos. | | Test de significación. χ^2 / gl / p |
|-----------|-------------------------|------------|---|
| | SÍ | NO | |
| PACIENTES | 60 (57,7) | 137 (47,2) | 3,34/1/0,08 |
| CONTROLES | 44(42,3) | 153 (52,8) | |
| TOTAL | 104 (26,4) | 290(73,6) | |

Analizando los tres grupos, la diferencia si alcanza la significación ($\chi^2=5,74$; $gl=2$; $p=0,05$). Se aprecia mayor proporción de enfermedad previa en el grupo BN, (ver figura 28). Para aclarar esta situación se procede a comparar las dos muestras de pacientes entre sí y no se obtienen diferencias ($\chi^2=2,22$; $gl=1$; $p=0,15$), tampoco entre el grupo AN y el grupo control ($\chi^2=0,07$; $gl=1$; $p=0,86$), pero al comparar los grupos BN y control sí que aparece una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2=5,43$; $gl=1$; $p=0,21$).

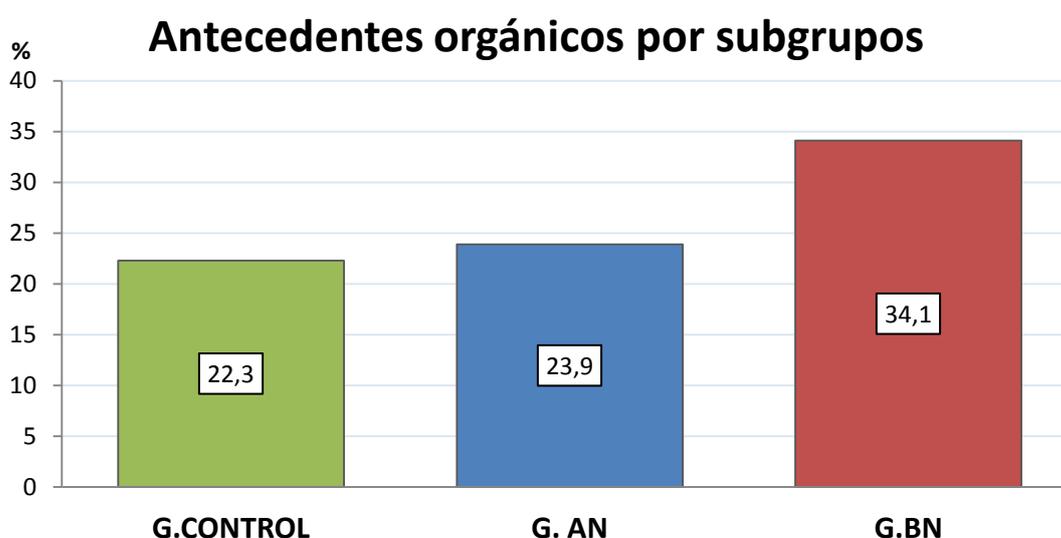


Figura 28. Representación gráfica de los antecedentes orgánicos.

4.2.1.2 Factores psicológicos.

a. Antecedentes psicopatológicos personales.

El porcentaje de pacientes que poseen antecedentes psiquiátricos o psicológicos personales asciende al 78,3% y difiere netamente del de la muestra control, 21,7%, ($\chi^2=72,25$; $gl=1$; $p=0,00$), lo que implica un riesgo notable con una OR de 7,05; IC (4,38-11,35).

Tabla 34. Descriptivos y estadísticos de contraste de "Antecedentes psicopatológicos"

| GRUPO | Psicopatología previa. | | Test de significación. χ^2 / gl / p |
|-----------|------------------------|------------|---|
| | SÍ | NO | |
| PACIENTES | 112(78,3) | 85(33,9) | |
| CONTROLES | 31 (21,7) | 166 (66,1) | 72,25/1/0,00 |
| TOTAL | 143(36,3) | 251 (63,7) | |

Los pacientes habían consultado previamente con psicología o psiquiatría en mayor medida que los controles, presentándose cuadros correspondientes a psicopatología menor en su mayor parte (dos pacientes padecían psicosis y otro trastorno bipolar) siendo la ansiedad la causa de consulta más frecuente en pacientes y la depresión en los controles, (ver figura 29). Al realizar el análisis en los tres grupos la diferencia también alcanza la significación ($\chi^2=77,18$; $gl=2$; $p=0,00$). Se observa mayor proporción de enfermedad previa en el grupo BN (ver tabla 34), que es significativamente superior en la comparación con el grupo control, ($\chi^2=27,13$; $gl=1$; $p=0,00$), pero también con el de perfil AN ($\chi^2=4,83$; $gl=1$; $p=0,03$) (figura 30).

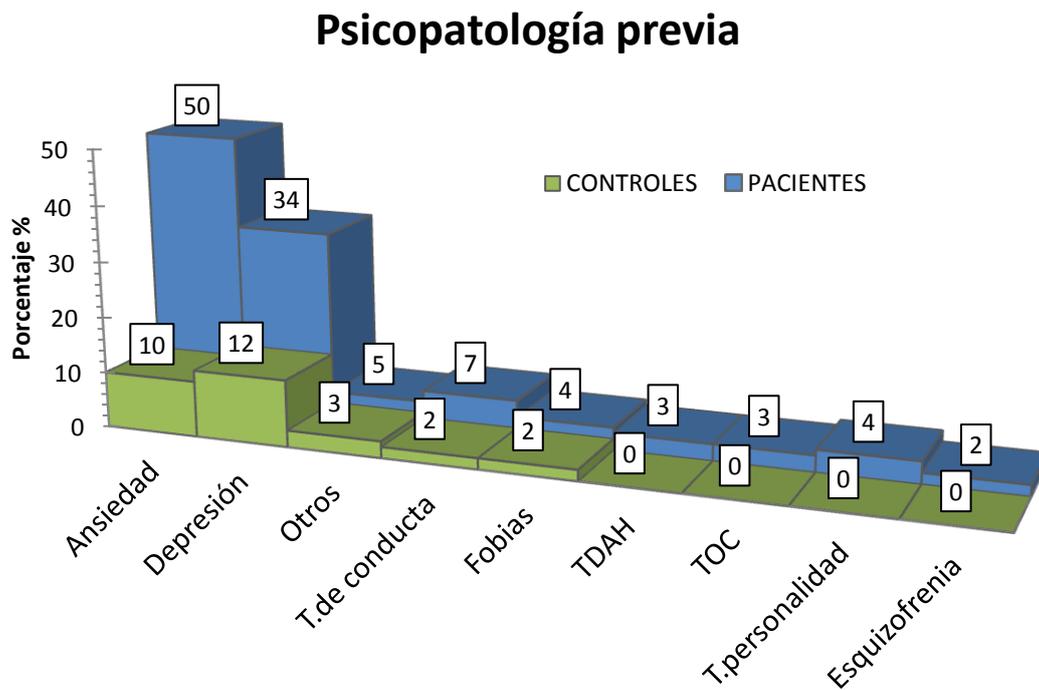


Figura 29. Representación gráfica de las patologías mentales presentadas previamente al estudio en pacientes y controles.

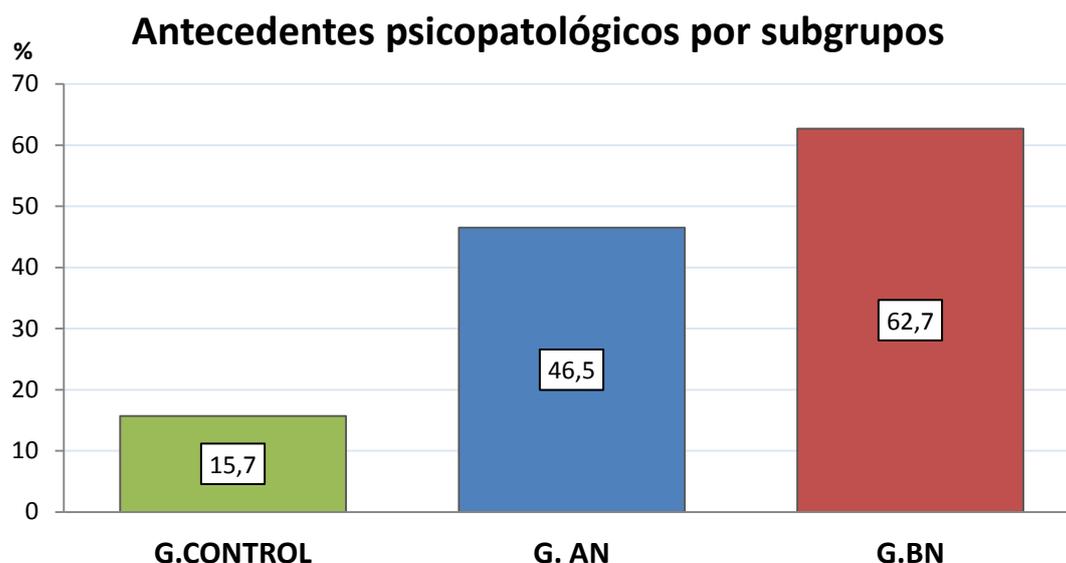


Figura 30. Representación gráfica de los antecedentes psicopatológicos.

b. **Gestos autolíticos previos al estudio.**

El 17,4 % de las pacientes habían realizado gestos autolíticos antes del estudio, frente al 1,5 % de los controles ($\chi^2=28,61$; $gl=1$; $p=0,00$) con un riesgo elevado, OR de 13,52 IC (4,07-44,94). Respecto a la conducta alimentaria que fue desarrollada posteriormente al gesto autolítico también se obtiene diferencia entre grupos ($\chi^2=71,35$; $gl=2$; $p=0,00$), como se muestra en la figura 31. Estas conductas predominaron en el grupo BN, responsable del 75% de los intentos, frente al 16,7% en el grupo AN.

Tabla 35. Descriptivos y estadísticos de contraste de la variable "intento autolítico previo" en pacientes y controles. n (%).

| GRUPO | Intentos autolíticos | | Test de significación. χ^2 / gl / p (Fisher) |
|-----------|----------------------|------------|--|
| | SÍ | NO | |
| PACIENTES | 33 (17,4) | 157 (82,6) | 28,6/1/0,00 |
| CONTROLES | 3 (1,5) | 193(98,5) | |
| TOTAL | 123 (31,5) | 267 (68,5) | |

c. **Autolesiones previas al estudio.**

Del mismo modo se encontraron diferencias en la realización de autolesiones en la vida previa, las más frecuentes fueron golpes o puñetazos (9 casos), cortes (8 casos) y arañazos o pellizcos (4 casos, uno de ellos era un control) (ver figura 31). El 14,8 % de los pacientes se habían realizado autolesiones, frente al 0,5 % de los controles ($\chi^2=28,29$; $gl=1$; $p=0,00$), lo que demostraba un elevado riesgo OR de 33,82 IC (4,56-251,42). Predominan estas conductas en el grupo BN, responsable del 80% frente al grupo AN 16,7 % y mucho menos habitual en el grupo control donde se dan el 3,3 % de las autolesiones ($\chi^2=37,76$; $gl=2$; $p=0,00$) (ver tabla 36).

Tabla 36. Descriptivos y estadísticos de contraste de la variable "autolesiones previas" en pacientes y controles. n (%).

| GRUPO | Intentos autolíticos | | Test de significación. χ^2 / gl / p (Fisher) |
|-----------|----------------------|------------|--|
| | SÍ | NO | |
| PACIENTES | 29 (14,8) | 167 (85,2) | 28,29/1/0,00 |
| CONTROLES | 1 (0,5) | 195(99,5) | |
| TOTAL | 30 (7,7) | 362 (92,5) | |

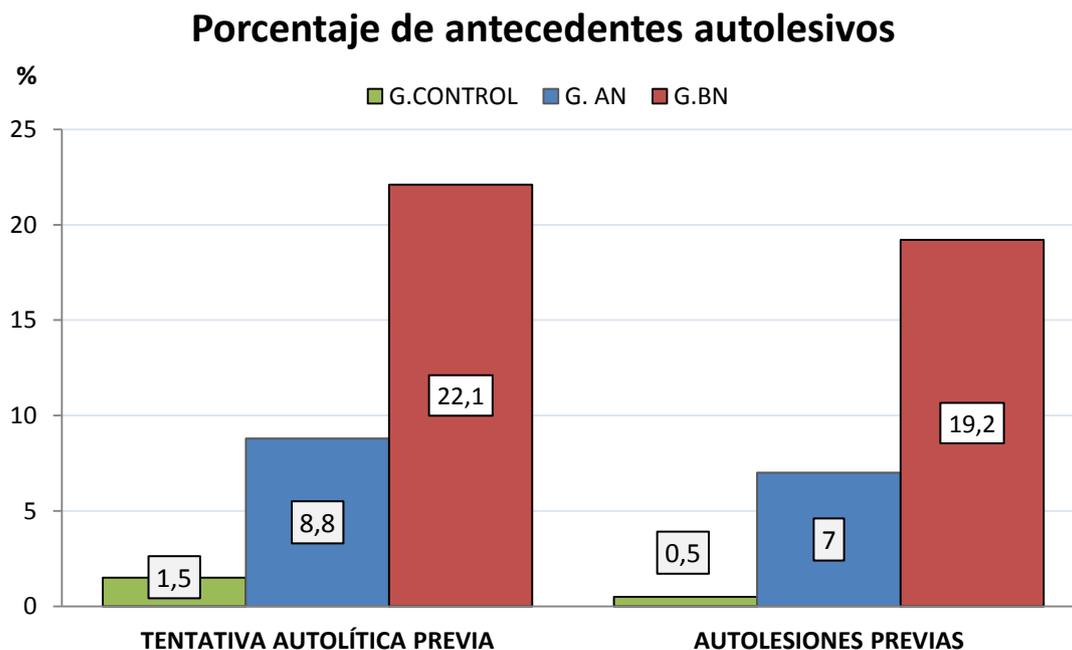


Figura 31. Representación gráfica de las conductas autolesivas previas.

a. **Rasgos de temperamento y carácter.**

Utilizando el Inventario de Temperamento y Carácter Revisado (TCI-R), obtenemos las características de personalidad de nuestra muestra agrupadas en dos dimensiones. Por un lado el temperamento, que a su vez se divide en cuatro: búsqueda de novedades, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia. Y por otro lado el carácter, que se subdivide a su vez en tres: autodirección, cooperación y autotrascendencia.

La comparación de los rasgos de personalidad entre pacientes y controles se muestra en la tabla 37. Es preciso recordar que el instrumento cuenta con una escala para evaluar la validez de las respuestas. Encontramos 7 participantes, todas ellas pacientes, que no superan los criterios de validez por lo que sus datos no han sido utilizados para este análisis.

Como podemos ver, los controles sanos muestran mayor autodirección, cooperación y dependencia de la recompensa, mientras que los pacientes presentan mayor puntuación en evitación del daño.

Tabla 37. Descriptivos y estadísticos de contraste de las subescalas del TCI-R en pacientes y controles.

| SUBESCALAS TCI-R | PACIENTES (n = 190) Media (DE) | CONTROLES (n=197) Media (DE) | Sig. (p) | Comparación de medias | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------------|-----------------------|------------|------------|
| | | | | Dif. de medias | IC al 95% | |
| | | | | | L.inferior | L.superior |
| Búsqueda sensaciones | 102,72(18,04) | 102,58(13,16) | 0,93 | 0,14 | -3,00 | 3,28 |
| Evitación daño | 116,74(18,52) | 92,57(16,01) | 0,00 | 24,16 | 20,71 | 27,62 |
| Dependencia recompensa | 104,16(17,48) | 111,73(11,56) | 0,00 | -7,56 | -10,52 | -4,614 |
| Persistencia | 108,24(21,30) | 110,09(15,66) | 0,32 | -1,85 | -5,58 | 1,87 |
| Autodirección | 125,39(19,18) | 151,39(16,25) | 0,00 | -26,00 | -29,54 | -22,45 |
| Cooperación | 133,88(17,43) | 142,63(12,08) | 0,00 | -8,75 | -11,74 | -5,76 |
| Trascendencia | 59,90(14,10) | 59,86(13,05) | 0,97 | 0,04 | -2,67 | 2,75 |

En un segundo paso se realiza la comparación entre los tres subgrupos de la muestra, los datos se muestran en la tabla 38. En términos generales, las puntuaciones ofrecen diferencias estadísticas en todas las variables salvo en trascendencia donde las puntuaciones son similares entre grupos. Las dos poblaciones clínicas en cuanto a rasgos de personalidad son bastantes similares y solo difieren en búsqueda de sensaciones y persistencia, como se muestra en la figura 32.

Los hallazgos más relevantes en cuanto al carácter son:

- En la subescala búsqueda de novedades o de sensaciones encontramos que este rasgo es más marcado en el grupo bulimia, seguido de los controles sanos (sin diferencia significativa entre ambos) y menos predominante en el grupo de AN, que difiere estadísticamente con los otros dos grupos.
- La evitación del daño, es mayor en el grupo BN seguido del grupo AN sin presentar diferencia entre ambos. Estos dos grupos de pacientes puntúan significativamente más alto que los controles sanos.
- La evitación del daño, es mayor en el grupo BN seguido del grupo AN sin presentar diferencia entre ambos. Estos dos grupos de pacientes puntúan significativamente más alto que los controles sanos.
- La variable de persistencia tiene puntuaciones superiores en el grupo control seguido del G.AN sin ser estadísticamente diferentes pero ambas difieren del G.BN que presenta puntuaciones más bajas.

Por otro lado las variables de temperamento, salvo en la escala de autotrascendencia, también indican diferencias:

- Encontramos una autodirección significativamente más alta en el grupo control, seguida de G.AN y G. BN que no difieren entre sí.
- En la variable que mide la cooperación de nuevo las puntuaciones son estadísticamente superiores en el grupo control, seguida de G.AN y G. BN, con puntuaciones mucho más bajas que no difieren entre sí.

Tabla 38. Descriptivos y estadísticos de contraste de las variables del OCI-R y comparaciones múltiples de scheffé.

| GRUPO | Media | D.E. | I.C.95% (L.inf-L.sup). | ANOVA (F/ gl /p) | Comparaciones múltiples (Scheffé) |
|-------------------------------|--------|--------|----------------------------|---------------------|---|
| BÚSQUEDA SENSACIONES | | | | | |
| G. AN | 97,28 | 20,076 | 92,38-102,18 | | |
| G. BN | 105,68 | 16,157 | 102,80-108,57 | 6,72/ 2/0.00 | G.C-G.AN (p=0,05) |
| G. CONTROL | 102,58 | 13,165 | 100,73-104,43 | | G.C-G.BN (p=0,21) G.AN-G.BN (p=0,00) |
| EVITACIÓN DEL DAÑO | | | | | |
| G. AN | 114,63 | 19,965 | 109,76-119,50 | | |
| G. BN | 117,88 | 17,669 | 114,73-121,04 | 90,46/ 2/0.01 | G.C-G.AN (p=0,00) |
| G. CONTROL | 92,57 | 16,019 | 90,32-94,82 | | G.C-G.BN (p=0,00) G.AN-G.BN (p=0,99) |
| DEPENDENCIA RECOMPENSA | | | | | |
| G. AN | 104,33 | 17,650 | 100,03-108,64 | | |
| G. BN | 104,06 | 17,468 | 100,95-107,18 | 13,21 / 2/0.00 | G.C-G.AN (p=0,02) |
| G. CONTROL | 111,73 | 11,569 | 110,10-113,35 | | G.C-G.BN (p=0,00) G.AN-G.BN (p=0,99) |
| PERSISTENCIA | | | | | |
| G. AN | 109,34 | 17,425 | 105,09-113,59 | | |
| G. BN | 107,64 | 23,190 | 103,50-111,77 | 13,19/ 2/0.00 | G.C-G.AN (p=0,85) |
| G. CONTROL | 110,09 | 15,667 | 107,89-112,29 | | G.C-G.BN (p=0,51) G.AN-G.BN (p=0,01) |
| AUTODIRECCIÓN | | | | | |
| G. AN | 132,10 | 20,481 | 127,10-137,09 | | |
| G. BN | 121,73 | 17,460 | 118,62-124,85 | 115,88/ 2/0.00 | G.C-G.AN (p=0,00) |
| G. CONTROL | 151,39 | 16,255 | 149,10-153,67 | | G.C-G.BN (p=0,00) G.AN-G.BN (p=0,67) |
| COOPERACIÓN | | | | | |
| G. AN | 135,21 | 16,589 | 131,16-139,25 | | |
| G. BN | 133,15 | 17,910 | 129,96-136,35 | 17,19/ 2/0.00 | G.C-G.AN (p=0,00) |
| G. CONTROL | 142,63 | 12,087 | 140,93-144,33 | | G.C-G.BN (p=0,00) G.AN-G.BN (p=,66) |
| TRASCENDENCIA | | | | | |
| G. AN | 58,49 | 13,031 | 55,31-61,67 | | |
| G. BN | 60,67 | 14,644 | 58,05-63,28 | 0,31/ 2/0,73 | G.C-G.AN (p=0,77) |
| G. CONTROL | 59,86 | 13,057 | 58,03-61,69 | | G.C-G.BN (p=0,87) G.AN-G.BN (p=0,57) |

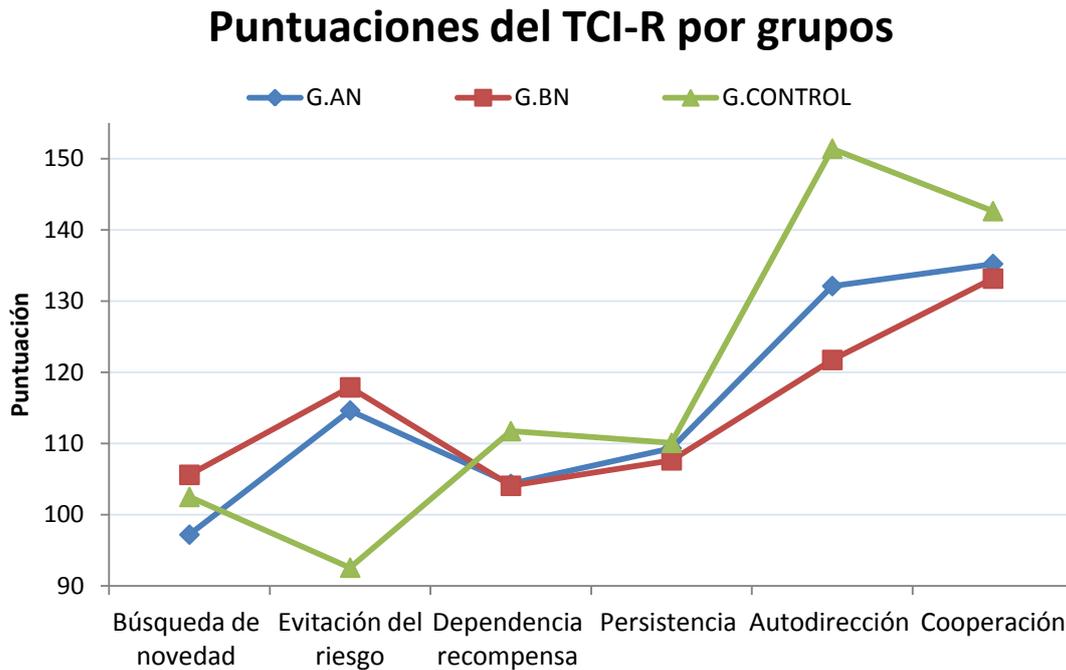


Figura 32. Representación gráfica de las puntuaciones del TCI-R por grupos.

b. Insatisfacción y personal previa al desarrollo del trastorno.

Los sujetos respondían a varios ítems relacionados con la autoconfianza y la insatisfacción personal referida a la vida previa, es decir antes de la aparición de la enfermedad, como presentar poca confianza en sí mismos, insatisfacción con su imagen debido a sentirse gordos, deseo de perder peso, importancia de la influencia del peso en como los demás te valoran y por último la insatisfacción en general con uno mismo. Como puede verse en la tabla de resultados (tabla 39), los pacientes presentan menor confianza en sí mismos y mayores niveles de insatisfacción incluso antes de presentar el trastorno.

En la comparación por grupos diagnósticos se aprecia que estos niveles de insatisfacción son mayores en los pacientes de ambos grupos especialmente en grupo de BN, como puede verse en la figura 33, estas comparaciones ofrecen diferencias estadísticamente significativas en el análisis entre los tres grupos (valores de $p < 0,00$), y al comparar las dos muestras clínicas G. AN y G. BN. También se observa esta diferencia significativa en todas las variables

($p < 0,00$) salvo en el nivel de insatisfacción general que es similar en ambos grupos. (Figura 33).

Tabla 39. Descriptivos y estadísticos de contraste de la autoconfianza en pacientes y controles.

| AUTOCONFIANZA | PACIENTES n (%) | CONTROLES n (%) | Sig.(p) | Comparación | | |
|--|--------------------|--------------------|-------------|-------------|------------|------------|
| | | | | Odds ratio | L.inferior | L.superior |
| POCA/ NINGUNA CONFIANZA EN SÍ MISMO | 47 (24) | 8 (4,1) | 0,00 | 8,14 | 3,89 | 17,05 |
| INSATISFACCIÓN POR PESO ELEVADO | 146 (74,5) | 76(39,4) | 0,00 | 4,49 | 2,19 | 6,92 |
| DESEOS DE PERDER PESO | 161 (82,1) | 100 (51,8) | 0,00 | 4,29 | 2,69 | 6,78 |
| CREES QUE EL PESO INFLUYE EN COMO TE ACEPTAN LOS DEMÁS | 147 (75,5) | 60 (31,1) | 0,00 | 6,78 | 4,35 | 10,60 |
| INSATISFACCIÓN PERSONAL | 112 (57,1) | 29 (15) | 0,00 | 7,54 | 4,63 | 12,25 |

Insatisfacción premórbida

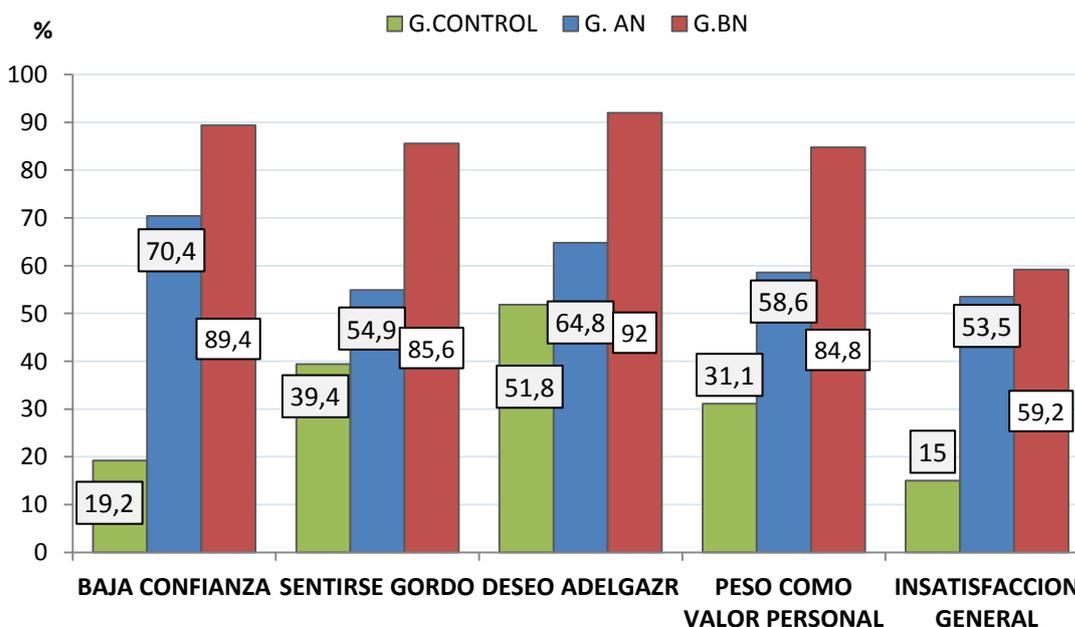


Figura 33. Representación gráfica del porcentaje de insatisfacción.

4.2.1.3 Factores conductuales.

a. Historia alimentaria previa a la patología alimentaria.

Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) se describen como hábitos poco saludables relacionados con el control de peso que en sí mismos no constituyen una patología alimentaria. Ejemplos de CAR pueden ser las dietas restrictivas, saltarse comidas con finalidad de control de peso o realizar ayunos voluntarios. Las cuestiones siguientes hacen referencia al periodo previo al inicio de la sintomatología alimentaria y como puede verse en la tabla 40 existe diferencia significativa entre la práctica de estas CAR previas a desarrollar la enfermedad entre el grupo de pacientes y el de controles

Tabla 40. Descriptivos y estadísticos de contraste para las variables relacionadas con los hábitos alimentarios previos a la enfermedad.

| CONDUCTA | FRECUENCIA | PACIENTES n (%) | CONTROLES n (%) | Test de significación. χ^2 / gl / p |
|------------------------|----------------|--------------------|--------------------|---|
| DIETAS RESTRICTIVAS | NUNCA | 41 (20,9) | 73(37,8) | 46,60/2/0,00 |
| | UN POCO | 21(10,7) | 54(28,0) | |
| | FRECUENTEMENTE | 134 (68,4) | 66(34,2) | |
| SALTARSE COMIDAS | NUNCA | 66 (33,7) | 133 (68,9) | 57,80/2/0,00 |
| | UN POCO | 23 (11,7) | 24 (12,4) | |
| | FRECUENTEMENTE | 107 (54,6) | 36 (18,7) | |
| AYUNO VOLUNTARIO | NUNCA | 120 (61,2) | 174 (90,6) | 51,90/2/0,00 |
| | UN POCO | 24 (12,2) | 13 (6,8) | |
| | FRECUENTEMENTE | 52 (26,2) | 5 (2,6%) | |

En el análisis por grupos también observamos que existe una diferencia significativa entre ellos siendo mayor la prevalencia de CAR en el grupo de perfil bulímico. Como se refleja en las tres figuras siguientes, en el caso de la realización de dietas previamente al estudio ($\chi^2=68,93$, gl=4, p=0,00), el hábito de saltarse comidas ofrece una diferencia entre grupos igualmente significativa ($\chi^2=77,77$, gl=4, p=0,00), al igual que ocurre con el ayuno voluntario que también se observa con mayor frecuencia en el grupo perfil bulimia, ($\chi^2=69,12$, gl=4, p=0,00).

Dietas realizadas en la vida previa

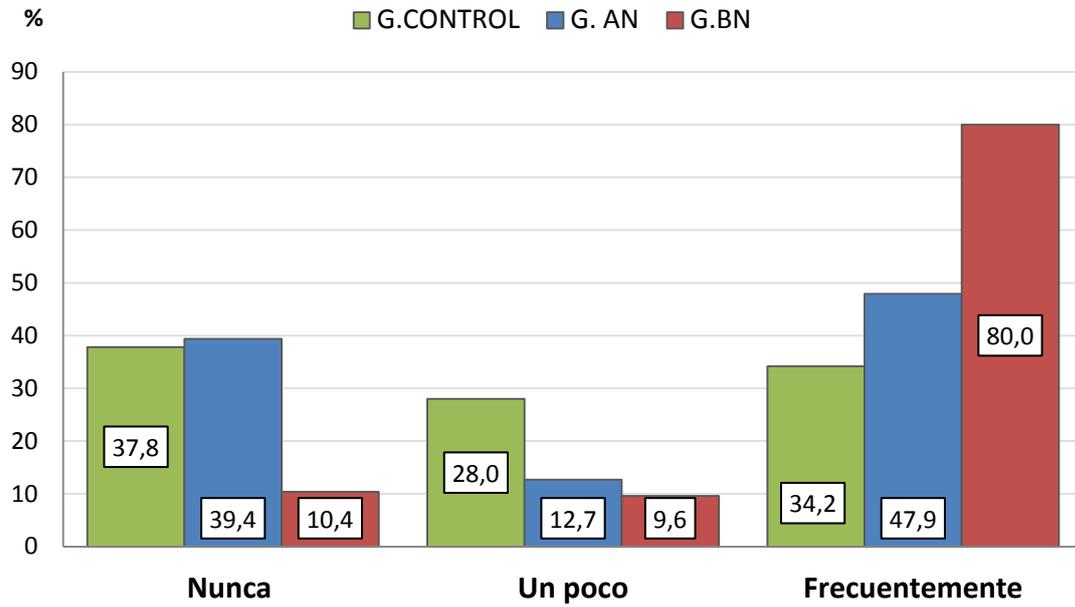


Figura 34. Representación gráfica de la frecuencia de dietas.

Saltarse comidas en la vida previa

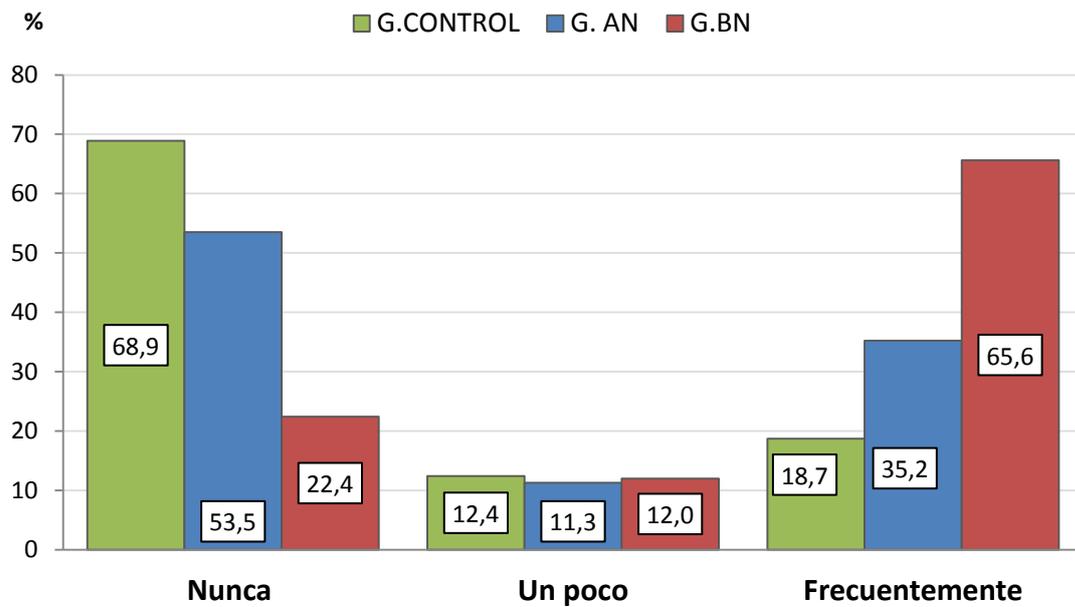


Figura 35. Representación gráfica de la frecuencia de saltarse comidas.

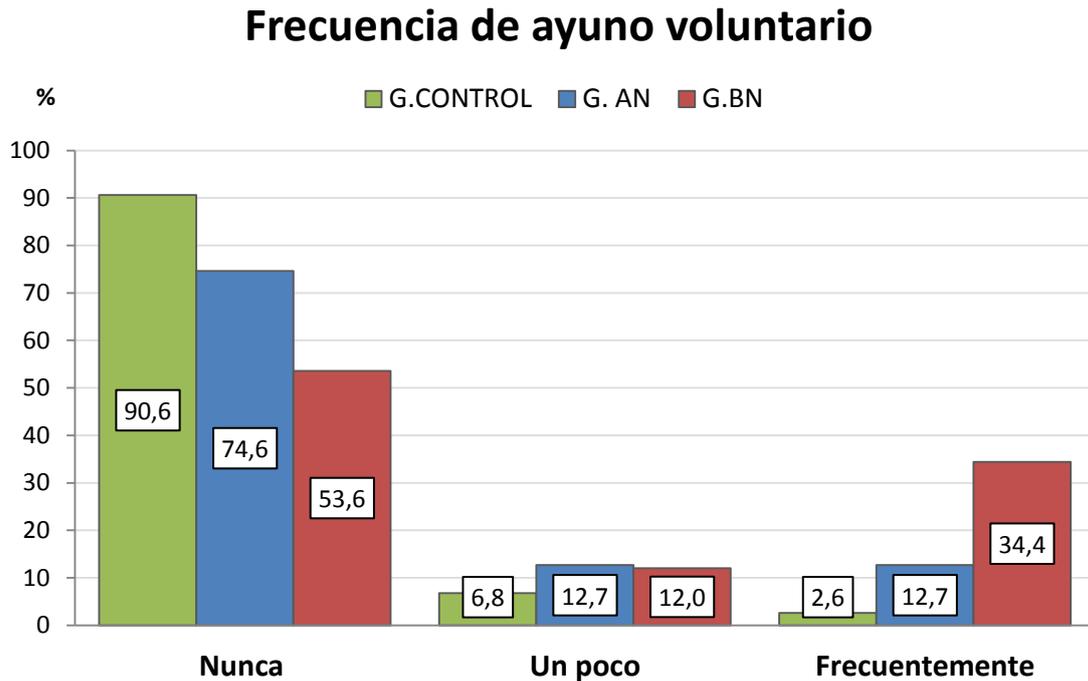


Figura 36. Representación gráfica de la frecuencia de ayuno voluntario.

Para calcular el riesgo que las CAR pueden tener en el desarrollo de los TCA, cada una de las variables se divide en dos: conducta no realizada nunca y conducta realizada. De este modo obtenemos una estimación del riesgo de 2,3 veces más para las personas que realizaban dietas restrictivas (OR 2,30 [1,46-3,60]) de 4,6 veces en el caso de saltarse o evitar comidas como forma de control de peso (OR 4,36 [2,85-6,67]) y un riesgo mayor de 6 veces de desarrollar un TCA para las personas que en su vida realizaban ayunos voluntarios para controlar el peso (OR 6,12 [3,48-10,7]).

b. Intervenciones quirúrgicas con finalidad estética.

En cuanto a la realización previa al diagnóstico de intervenciones quirúrgicas con finalidad estética como mamoplastia, rinoplastias o liposucciones, 13 pacientes (6,6%) se sometieron a este tipo de intervenciones, mientras que sólo una persona en el grupo control, lo que ofrece una diferencia estadísticamente significativa $\chi^2 = 10,6$; gl = 1; p = 0,00. Esto representa una odds

ratio de 13,85 y un intervalo de confianza al 95% de 1,79-106,95. Todas las operaciones fueron realizadas en mujeres (figura 37).

Al analizar la prevalencia en los distintos grupos se obtienen diferencias estadísticas ($\chi^2= 12,6$; $gl =1$; $p =0,02$). En el grupo de perfil BN se han realizado 10 intervenciones lo que suponen el 8%, seguido de 3 en el de perfil AN (4,25%) y 1 operación con fines estéticos en el grupo control.

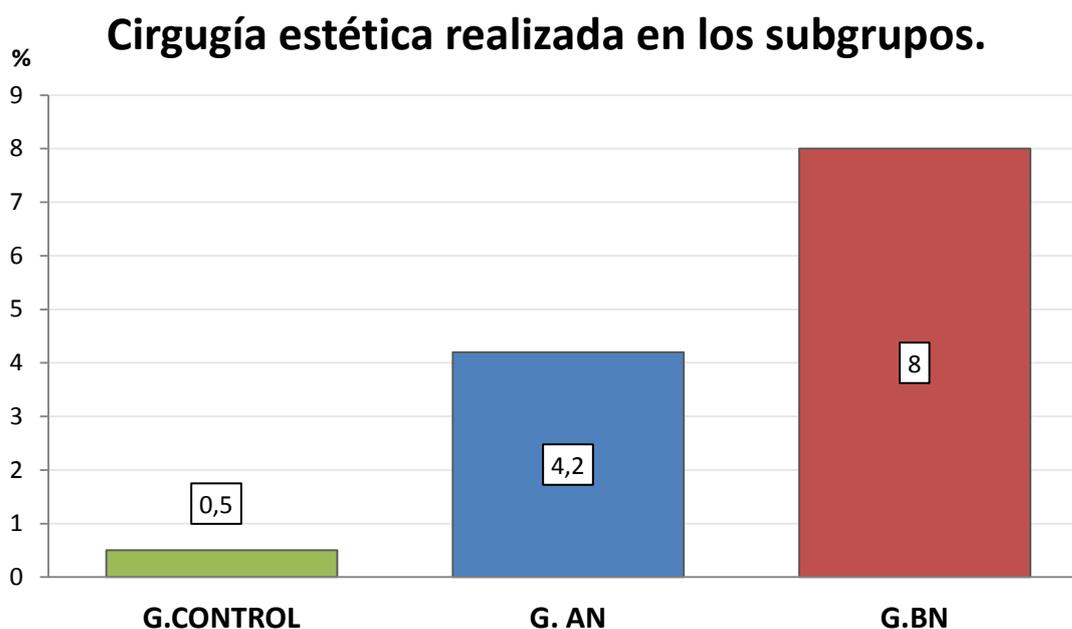


Figura 37. Representación gráfica del porcentaje de intervenciones quirúrgicas con fines estéticos por grupos.

c. Actividad física y competición deportiva premórbida.

Encontramos que la práctica de ejercicio físico regular previo al desarrollo de un TCA es superior en controles que en pacientes como muestra la tabla 41. ($\chi^2=16,2$, $gl=2$, $p=0,00$). En el análisis por grupos se obtiene diferencia entre ellos ($\chi^2=24,47$, $gl=2$, $p=0,00$) y se observa que la frecuencia de práctica deportiva para el grupo AN y los controles no difiere, mientras que es el grupo BN el que lo realiza en menor medida. Este hallazgo puede considerarse como un factor protector.

Por otro lado se preguntaba a los sujetos si habían realizado ejercicio excesivo o de forma compulsiva con intención de controlar su peso o figura su

vida previa al trastorno de la alimentación. Encontramos que la práctica de ejercicio compulsivo es superior en pacientes que en controles ($\chi^2=27,83$, $gl=1$, $p=0,00$). En el análisis por grupos también se obtiene diferencia entre ellos ($\chi^2=29,86$, $gl=2$, $p=0,00$) y como se observa en la figura 38, estas conductas son más frecuentes en pacientes incluso antes de desarrollar un TCA y especialmente en el grupo de perfil bulímico.

Tabla 41. Descriptivos y estadísticos de contraste para la práctica deportiva.

| CONDUCTA | PACIENTES n (%) | CONTROLES n (%) | Sig.(p) | Comparación | | |
|--------------------------|--------------------|--------------------|---------|---------------|------------|------------|
| | | | | Odds ratio | L.inferior | L.superior |
| EJERCICIO HABITUAL | 67 (34,4) | 107 (54,6) | 0,00 | 0,43 | 0,29 | 0,65 |
| COMPETICIÓN DEPORTIVA | 66 (33,8) | 74 (37,8) | 0,46 | 0,85 | 0,55 | 1,22 |
| EJERCICIO COMPULSIVO | 45 (23,0) | 9 (4,6) | 0,00 | 6,19 | 2,93 | 13,07 |

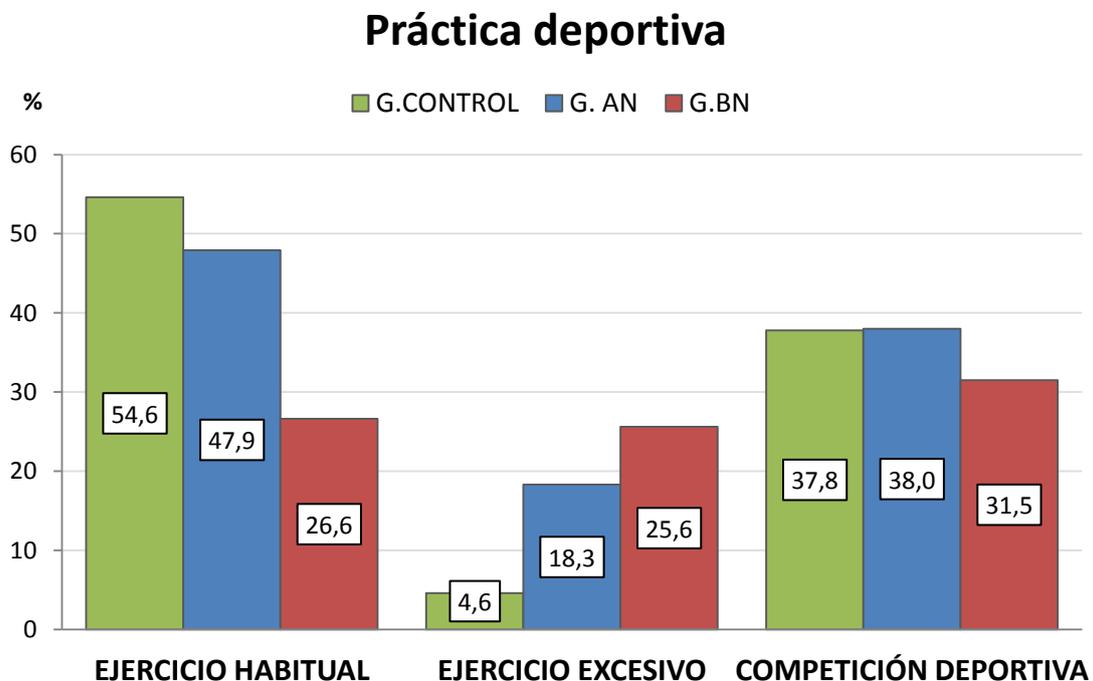


Figura 38. Representación gráfica de la práctica deportiva por grupos.

En tercer lugar se interrogó a los pacientes acerca de la práctica deportiva de competición en el pasado (excluyendo los campeonatos escolares), aunque este análisis no mostró diferencias entre pacientes y controles ($\chi^2=0,65$, $gl=1$, $p=0,46$).

En la comparación de los 3 grupos tampoco se evidenciaba diferencia, ($\chi^2=1,47$, $gl=2$, $p=0,46$) presentando frecuencias similares de competición deportiva en el pasado.

Por último se preguntaba acerca del tipo de deporte en el que habían competido, y se observa que el baile o la gimnasia rítmica son más frecuentes en el perfil AN, mientras que en los controles predominan los deportes de equipo. Esta diferencia si fue significativa ($\chi^2=17,2$, $gl=6$, $p=0,00$) y los datos se muestran en la figura 39.

Tipo de competición deportiva por grupos.

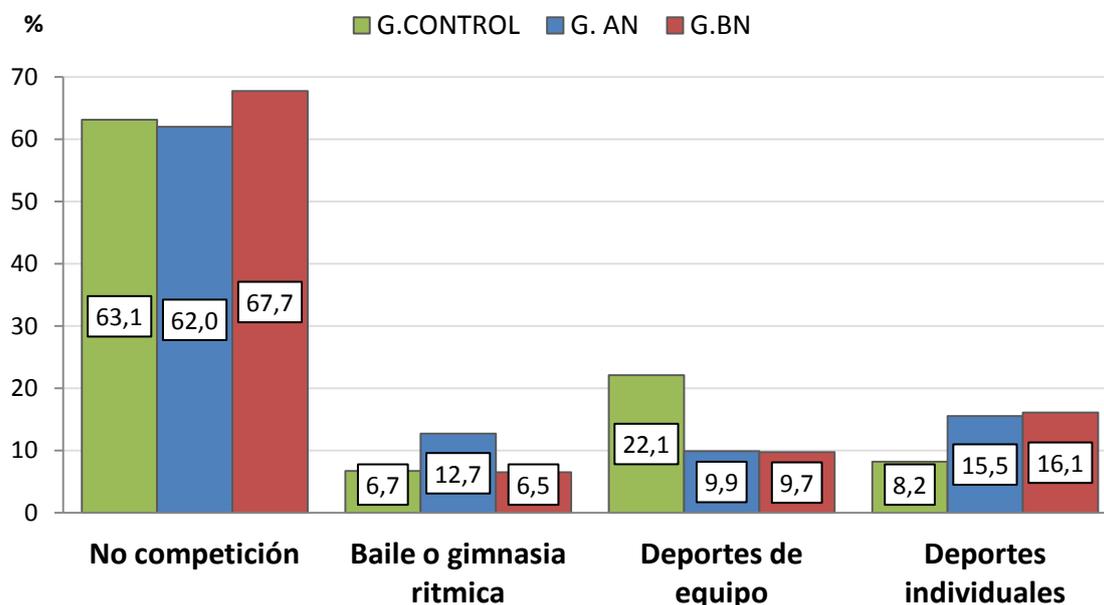


Figura 39. Representación gráfica del porcentaje de competición deportiva.

d. Conductas impulsivas premórbidas.

Dentro de las conductas que revelan una elevada impulsividad preguntamos a los pacientes por la realización de robos o hurtos y si habían tenido algún problema con las compras compulsivas.

La frecuencia de estas conductas se muestra en la tabla 42, donde se puede apreciar una mayor frecuencia de estas conductas en los pacientes de nuestra muestra, con diferencias estadísticamente significativas y con un riesgo de desarrollo de TCA similar en ambas conductas.

Tabla 42.Descriptivos y estadísticos de contraste de las conductas impulsivas en pacientes y controles.

| CONDUCTAS IMPULSIVAS | PACIENTES n (%) | CONTROLES n (%) | Sig.(p) | Odds ratio | Comparación | |
|----------------------|-----------------|-----------------|---------|------------|-----------------------|------------|
| | | | | | I.C.al 95% L.inferior | L.superior |
| ROBOS | 24 (12,2) | 5(2,6) | 0,00 | 5,33 | 1,99 | 14,27 |
| COMPRAS | 10 (5,2) | 2 (1) | 0,02 | 5,33 | 1,15 | 24,65 |

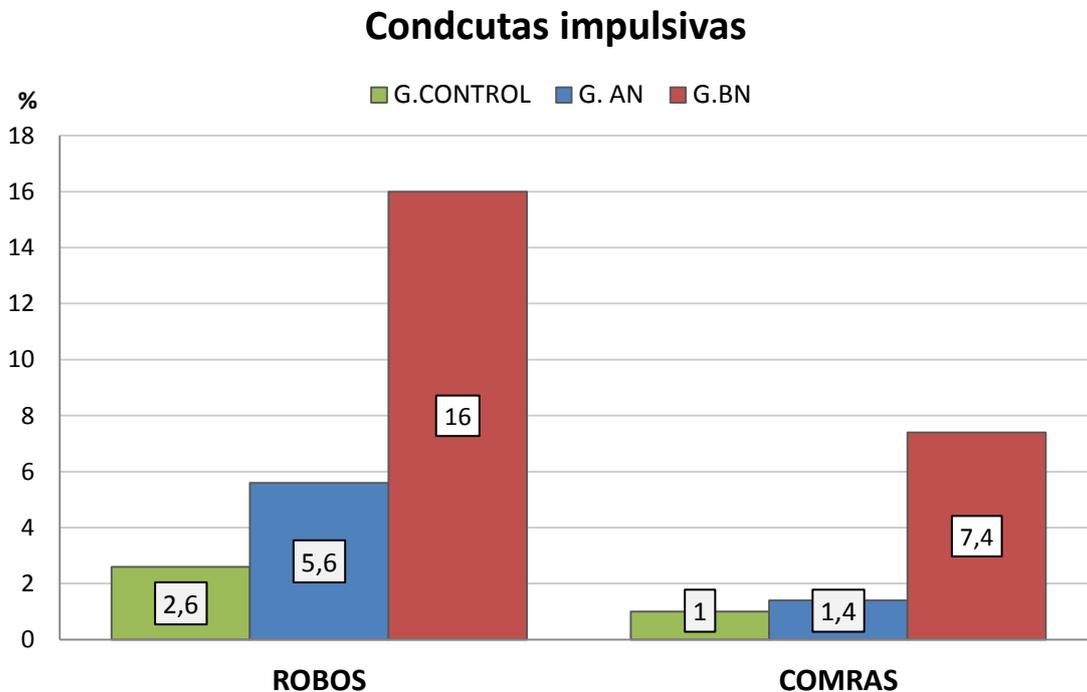


Figura 40. Representación gráfica del porcentaje conductas impulsivas.

En cuanto a la distribución por grupo diagnóstico el análisis estadístico revela diferencias entre grupos, tanto para los robos ($\chi^2=20,45$, $gl=2$, $p=0,00$), como para las compras compulsivas ($\chi^2=10,97$, $gl=2$, $p=0,00$). Tal y como puede apreciarse en la figura 40, es el perfil bulímico el que presenta estas conductas en mayor medida.

e. Consumo de sustancias en la vida previa al trastorno alimentario.

Como vimos en la parte expositiva el consumo de sustancias de forma premórbida se relaciona con las características personales más propias de los pacientes que pueden desarrollar un TCA, por lo tanto determinados consumos pueden considerarse un factor asociado a padecer una de estas patologías especialmente del tipo compulsivo/purgativo.

El consumo de sustancias se subdivide en sustancias tóxicas legales (tabaco y alcohol), drogas ilegales (marihuana, cocaína, drogas de síntesis y heroína) bebidas estimulantes (café, té o bebidas con cafeína) y productos relacionados con el control de peso (laxantes, diuréticos o productos adelgazantes).

e.1. Sustancias legales.

La proporción de consumo habitual de tóxicos legales en pacientes y controles se muestran en la tabla 43, donde se puede apreciar que el consumo habitual de alcohol no difiere entre los pacientes y los controles en nuestra muestra, pero cabe señalar que este ítem no es referido al consumo abusivo de alcohol ni al patrón de sobreingesta de esta sustancia. Por otro lado se observa una diferencia significativa en el hábito tabáquico siendo este más frecuente en los pacientes que en los controles.

Tabla 43. Descriptivos y estadísticos de contraste para el consumo de tóxicos legales en pacientes y controles.

| CONSUMO HABITUAL DE TÓXICOS LEGALES | PACIENTES n (%) | CONTROLES n (%) | Sig.(p) | Comparación | | |
|-------------------------------------|-----------------|-----------------|-------------|-------------|-----------------------|-------------|
| | | | | Odds ratio | I.C.al 95% L.inferior | L.superior |
| CONSUMO DE TABACO | 92 (46,9) | 55(28,1) | 0,00 | 2.64 | 1,48 | 3,49 |
| CONSUMO DE ALCOHOL | 86 (45,2) | 98(50) | 0,36 | 0,85 | 0,55 | 1,22 |

La siguiente pregunta realizada a los sujetos fue, si el consumo de tabaco se relacionaba con quitar el apetito o no recurrir a la comida y por lo tanto tenía una finalidad de control del peso. Como puede verse en la tabla esta conducta se observa con mayor frecuencia en los pacientes siendo la diferencia estadísticamente significativa. Y nos ofrece un riesgo definido por OR de 5,17 IC (2,00-13,37).

Tabla 44. Descriptivos y estadísticos de contraste para variable "consumo de tabaco como medida de control de peso" en pacientes y controles. n (%)

| GRUPO | Fumar para controlar el peso | | Test de significación. χ^2 / gl / p |
|-----------|------------------------------|-----------|--|
| | SÍ | NO | |
| PACIENTES | 30 (34,5) | 57(65,5) | 13,12/1/ 0,01 |
| CONTROLES | 6(9,2) | 59(90,8) | |
| TOTAL | 36 (23,7) | 113(76,3) | |

Al realizar el análisis a esta pregunta por subgrupos diagnósticos se observa que esta conducta de fumar como medida de control de peso se lleva a cabo con mayor frecuencia en los pacientes en el grupo AN (34,6%) y en la misma medida, en el de BN (34,4%) existiendo diferencia entre ambos y el grupo control (9,2%) ($\chi^2= 13,12$; gl=2; p=0,00).

En cuanto a la frecuencia de consumo habitual de tabaco o alcohol analizada en las tres muestras (ver figura 42), también se obtiene diferencia siendo mayor el consumo en el grupo de bulimia ($\chi^2=021,4$, $gl=2$, $p=0,00$). Aún así, nuevo la proporción de consumo habitual de alcohol es similar entre el grupo control y el grupo bulimia sin que exista significación estadística ($\chi^2=4,17$, $gl=2$, $p=0,12$).

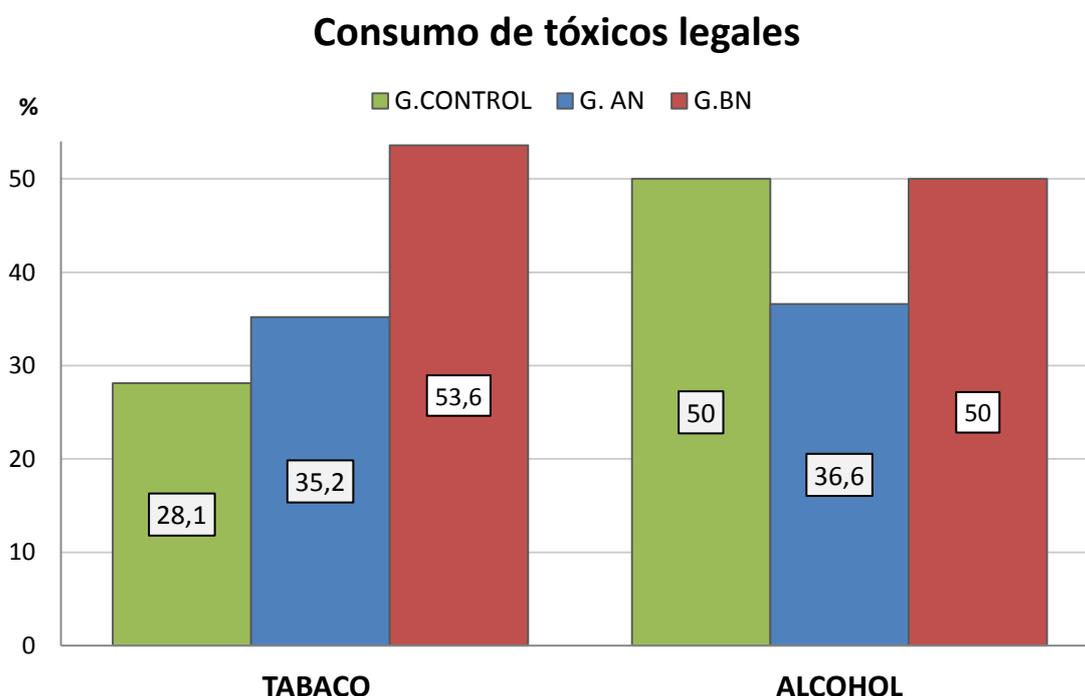


Figura 41. Representación del porcentaje de consumo de tóxicos legales.

e.2. Drogas ilícitas.

La proporción de consumo de las distintas drogas ilegales en pacientes y controles se muestran en la Tabla 45, aunque vemos una tendencia de consumo superior en los pacientes esta, diferencia solo es significativa en el uso de cocaína. El consumo de heroína es nulo en controles y mínimo y ocasional en pacientes.

Tabla 45. Descriptivos y estadísticos de contraste para la el consumo de drogas ilegales en pacientes y controles.

| CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS | PACIENTES n (%) | CONTROLES n (%) | Sig.(p) | Comparación | | |
|-------------------------------|--------------------|--------------------|---------|-------------|------------|------------|
| | | | | Odds ratio | L.inferior | L.superior |
| CONSUMO DE COCAÍNA | 27(12,2) | 7(3,6) | 0.02 | 3,74 | 1,54 | 8,91 |
| CONSUMO DE MARIHUANA | 23 (11,7) | 22(11,2) | 1,00 | 1.04 | 0,56 | 1.94 |
| CONSUMO DROGAS DE SÍNTESIS | 8 (4,1) | 5 (2,6) | 0.57 | 1.62 | 0.52 | 5.04 |
| HEROÍNA | 2(1) | 0 (0) | 0.49 | 2,00 | 1,81 | 2,21 |

Se realizó el análisis por grupos diagnósticos se observa mayor consumo premórbido del los pacientes del grupo bulímico, las proporciones de consumo pueden verse en la figura 42, los estadísticos de contraste son ($\chi^2=16,5$, $gl=2$, $p=0,00$), para el consumo de cocaína, ($\chi^2=2,3$, $gl=2$, $p=0,31$) en el uso de marihuana y ($\chi^2=3,19$, $gl=2$, $p=0,20$) en el consumo de drogas de síntesis de forma premórbida.

Porcentaje de consumo de drogas ilícitas

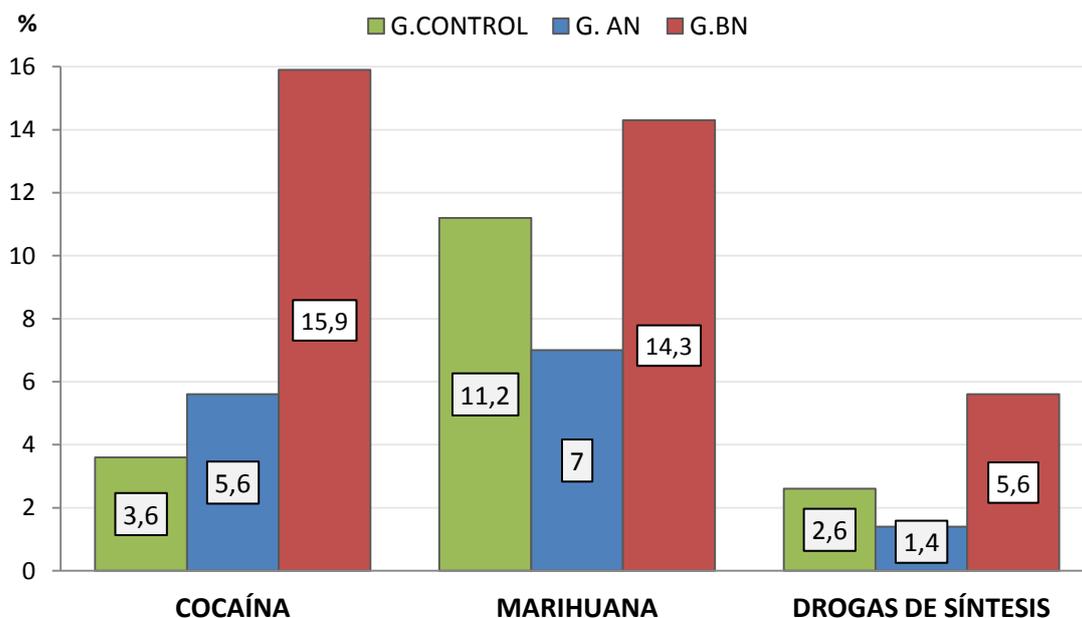


Figura 42. Representación del porcentaje de consumo de drogas ilícitas por grupos en la vida previa.

e.3. Bebidas estimulantes.

Las bebidas estimulantes se utilizan a menudo para disminuir el apetito o aumentar el metabolismo con idea de perder o controlar el peso, pero en nuestra muestra no se observa diferencia en el consumo premórbido de estas sustancias describiendo datos de consumo similares entre los pacientes y los controles (Ver tabla 46).

Tabla 46. Descriptivos y estadísticos de contraste para el consumo de otras sustancias en pacientes y controles.

| CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS | PACIENTES n (%) | CONTROLES n (%) | Sig.(p) | Comparación | | |
|-----------------------------|--------------------|--------------------|---------|-------------|------------|------------|
| | | | | Odds ratio | L.inferior | L.superior |
| CONSUMO DE CAFÉ | 90 (45,9) | 106(54,1) | 0,13 | 0,72 | 0,48 | 1,09 |
| CONSUMO DE TÉ | 66 (33,2) | 58(29,6) | 0,46 | 1,25 | 0,78 | 1,82 |
| BEBIDAS ESTIMULANTES | 72(36,7) | 59(30,1) | 0.19 | 1,34 | 0,88 | 2,05 |

Al cotejar los distintos grupos clínicos tampoco se observa esta diferencia en el consumo de café, ($\chi^2=0,45$, $gl=1$, $p=0,79$) ni de té ($\chi^2=2,31$, $gl=2$, $p=0,31$), aunque se objetiva un mayor consumo de bebidas estimulantes con alto contenido en cafeína en el grupo de perfil bulímico ($\chi^2=16,4$, $gl=2$, $p=0,00$). Como puede apreciarse en la figura 43.

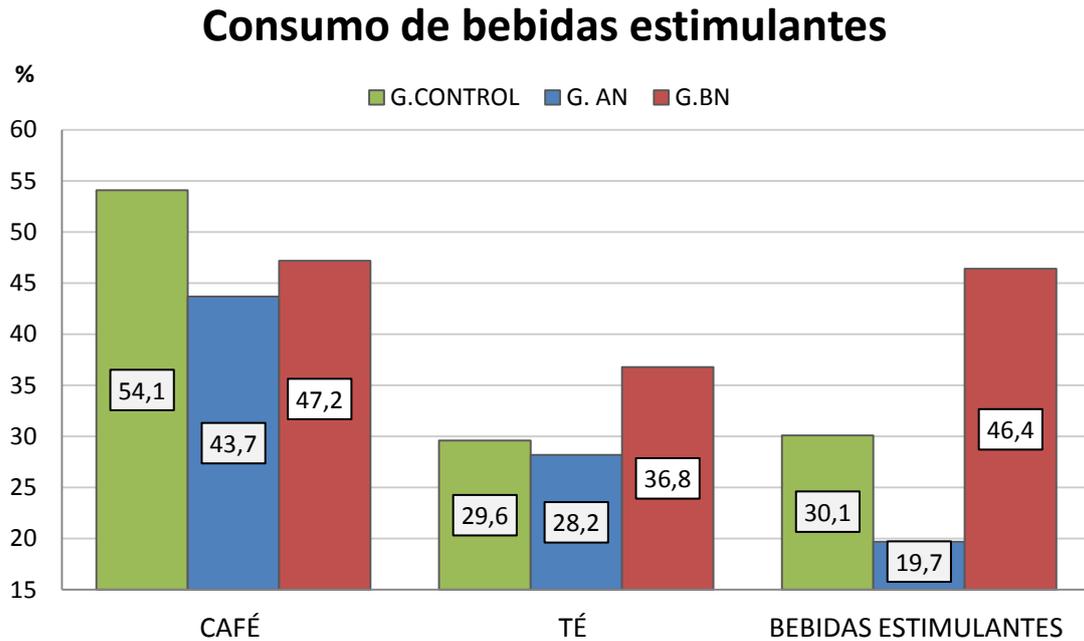


Figura 43. Representación del porcentaje de consumo bebidas estimulantes.

e.4. Consumo de productos para controlar el peso.

Al realizar el análisis del consumo de otras sustancias consumidas que pueden tener relación con el control del peso, se observa que existe clara diferencia entre pacientes y controles, como se describe en la tabla 47, y para todas las variables (consumo de laxantes, de diuréticos y de productos adelgazantes).

Al evaluar estas sustancias por grupos diagnósticos se observa un claro consumo premórbido del los pacientes del grupo bulímico para todos los productos encuestados, (como puede verse en la figura 44). Los estadísticos de contraste son $\chi^2=58,9$, $gl=2$, $p=0,00$, para el consumo de sustancias adelgazantes, $\chi^2=44,8$, $gl=2$, $p=0,00$ en el uso de diuréticos y $\chi^2=54,3$, $gl=2$, $p=0,00$ en la toma de laxantes de forma premórbida.

Tabla 47. Descriptivos y estadísticos de contraste para el consumo de otras sustancias en pacientes y controles.

| CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS | PACIENTES n (%) | CONTROLES n (%) | Sig.(p) | Comparación | | |
|-----------------------------|--------------------|--------------------|-------------|-------------|------------|------------|
| | | | | Odds ratio | L.inferior | L.superior |
| SUSTANCIAS ADELGAZANTES | 70 (35,7) | 18(9,2) | 0,00 | 5,49 | 3,16 | 9.64 |
| CONSUMO DE DIURÉTICOS | 70(35,7) | 18(9,2) | 0.00 | 5,.42 | 3.12 | 9.64 |
| CONSUMO DE LAXANTES | 53(27) | 9 (4,6) | 0.00 | 7,70 | 3,67 | 16,11 |

Consumo de otras sustancias para controlar el peso

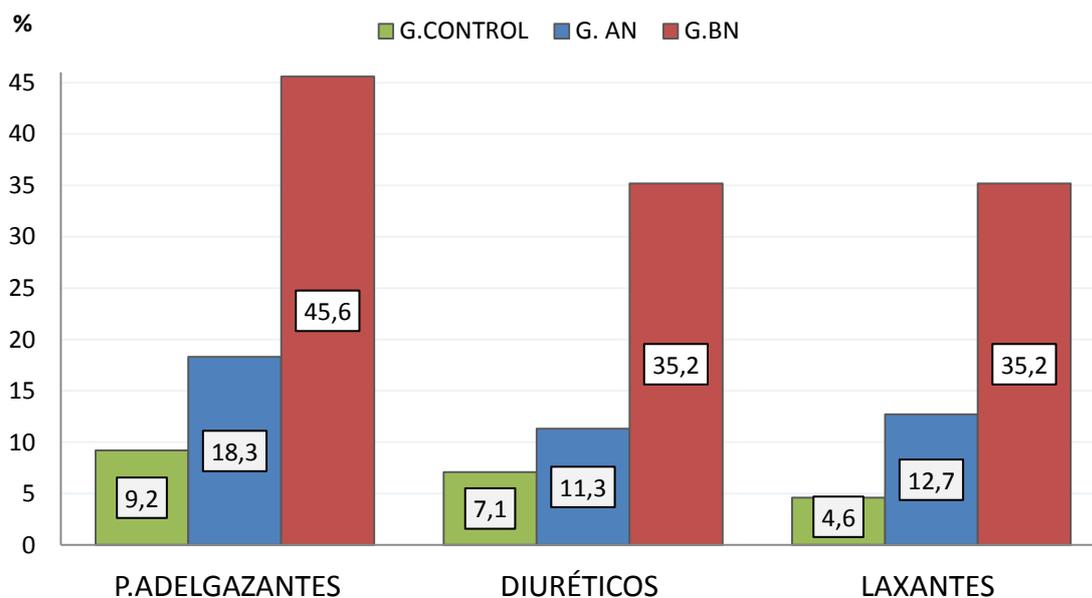


Figura 44. Representación del porcentaje de consumo de otras sustancias relacionadas con el control de peso por grupo diagnóstico.

f. Acontecimientos vitales estresantes.

Para llevar a cabo un análisis cualitativo de los datos disponibles, examinamos cada uno de los estresores de forma individual. La tabla 48 recoge el listado de acontecimientos evaluados.

Tabla 48. Descriptivos y estadísticos de contraste para las variables que describen los acontecimientos vitales estresantes.

| AVE | Tiempo | PACIENTES n (%) | CONTROLES n (%) | Sig. (p) | Comparación | | |
|--|------------|--------------------|--------------------|-------------|---------------|-------------|--------------|
| | | | | | Odds ratio | L.inf. | L.sup. |
| RUPTURA SENTIMENTAL | vida | 117 (60,3) | 118 (60,5) | 1,01 | 1.01 | 0.67 | 1.52 |
| | año previo | 39(19.9) | 36 (18.3) | 0.68 | 0,9 | 0.54 | 1.43 |
| ACCIDENTE O ENFERMEDAD | vida | 29 (14.9) | 14 (7.2) | 0.01 | 2,27 | 1.16 | 4.24 |
| | año previo | 14 (7.5) | 6 (3.1) | 0.50 | 2,54 | 0.92 | 6.27 |
| MUDANZA | vida | 116(59,8) | 115 (59) | 0.95 | 1.01 | 0.67 | 1.51 |
| | año previo | 40(20.5) | 31 (15.7) | 0.29 | 1.37 | 0.81 | 2.30 |
| PÉRDIDA DE AMISTAD | vida | 102 (52.6) | 101 (51.8) | 0.83 | 1.33 | 0.70 | 1.56 |
| | año previo | 52 (26.8) | 40 (20.3) | 0.14 | 1.41 | 0.88 | 2.27 |
| CAMBIO DE CENTRO | vida | 111 (57,2) | 101(48,3) | 0.28 | 1.24 | 0.83 | 1.84 |
| | año previo | 46 (28.9) | 45 (23.1) | 0.21 | 1.35 | 0.85 | 2.12 |
| MUERTE DE MASCOTA | vida | 60(30,9) | 76 (39.6) | 0.06 | 0,70 | 0.46 | 1,06 |
| | año previo | 26(13.3) | 21 (10.8) | 0.44 | 1.13 | 0.62 | 2,37 |
| SENTIMIENTO DE RECHAZO | vida | 84 (44.7) | 62 (31.8) | 0.09 | 1.72 | 1.12 | 2.54 |
| | año previo | 61 (31.1) | 24 (12.2) | 0.00 | 3.25 | 1.92 | 5.49 |
| MIEDO CENTRO EDUCATIVO O LABORAL | vida | 47 (24.1) | 16 (8.2) | 0.00 | 3.56 | 1.94 | 6.55 |
| | año previo | 25 (12.9) | 10 (5.1) | 0.06 | 2.72 | 1.27 | 5.85 |
| FALLECIMIENTO FAMILIAR | vida | 117 (60,3) | 136 (69,7) | 0.05 | 0.66 | 0.43 | 1.03 |
| | año previo | 46 (23.7) | 46 (23.5) | 0.97 | 1,07 | 0.63 | 1.60 |
| PADRES SEPARADOS | vida | 25 (12.9) | 13 (6,7) | 0.04 | 2.04 | 1.02 | 4.19 |
| | año previo | 11 (5.9) | 2 (1) | 0.01 | 5.79 | 1.26 | 26.50 |
| PADRES VUELTOS A CASAR | vida | 24(12.4) | 7(3.6) | 0.00 | 3.78 | 1.59 | 9.01 |
| | año previo | 4 (2,1) | 1 (0.5) | 0.17 | 4.08 | 0,45 | 36.86 |
| MIEDO EN LA CALLE | vida | 47 (24.0) | 22 (11.2) | 0.00 | 2.50 | 1.44 | 4.35 |
| | año previo | 21 (10.7) | 8 (4.1) | 0.01 | 2.83 | 1.22 | 6.56 |
| ABUSOS SEXUALES | vida | 26 (13,4) | 13 (6,7) | 0.02 | 2,16 | 1,08 | 4,65 |
| | año previo | 2 (1) | 2 (1) | 1,00 | 1,00 | 0.14 | 7.23 |

Como puede apreciarse en dicha tabla, los eventos están ordenados en dos categorías, una primera categoría refleja si ocurrieron en la vida previa y una segunda categoría cuando los eventos han tenido lugar en el año anterior a realizar la evaluación. Para contrastar posibles diferencias en la acumulación de eventos estresantes en función del diagnóstico se utilizó el estadístico Chi cuadrado y en la mayoría de los casos debido a su bajo número, la prueba exacta de Fisher y se calculó el riesgo y los intervalos de confianza al 95%. La figura 45 refleja la distribución del número de eventos estresantes experimentados por los pacientes y controles en su vida y la figura 46 en el último año. Los sucesos más frecuentes predominaron los relacionados con el contexto familiar (mudanzas, fallecimiento de un familiar cercano), acompañados de otros como la ruptura sentimental o el cambio de centro escolar.

Cuando se analizan el número de AVE presentados comparando pacientes y controles, se obtienen diferencias estadísticamente significativas en los acontecimientos experimentados en global y en la vida previa pero especialmente en los padecidos durante el último año, como puede verse en la tabla 49.

Tabla 49. Descriptivos y estadísticos de contraste de la acumulación de acontecimientos vitales estresantes (AVE) en pacientes y controles.

| RECUESTO | PACIENTES | | CONTROLES | | Comparación de medias | |
|----------------------|-----------|------|-----------|------|-----------------------|-------------|
| | Media | D.E. | media | D.E. | Valor t | p |
| Nº AVE (en la vida) | 4,72 | 2,35 | 4,09 | 2,03 | 2,82 | 0,05 |
| Nº AVE (año previo) | 2,04 | 1,58 | 1,40 | 1,34 | 4,33 | 0,00 |
| Nº AVE total | 6,76 | 3,11 | 5,49 | 2,62 | 4,38 | 0,00 |

En la segunda fase, se analizan el número de AVE presentados en función de los grupos diagnósticos, los resultados muestran que el grupo de perfil BN presenta más AVE tanto en la vida previa como en el año anterior al diagnóstico. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,05$) al realizar un ANOVA de un factor en las tres categorías comparadas (global, año previo y vida anterior) ($F=11,8$, $p=0,00$; $F= 9,7$, $p=0,00$; $F=6,03$, $p=0,02$).

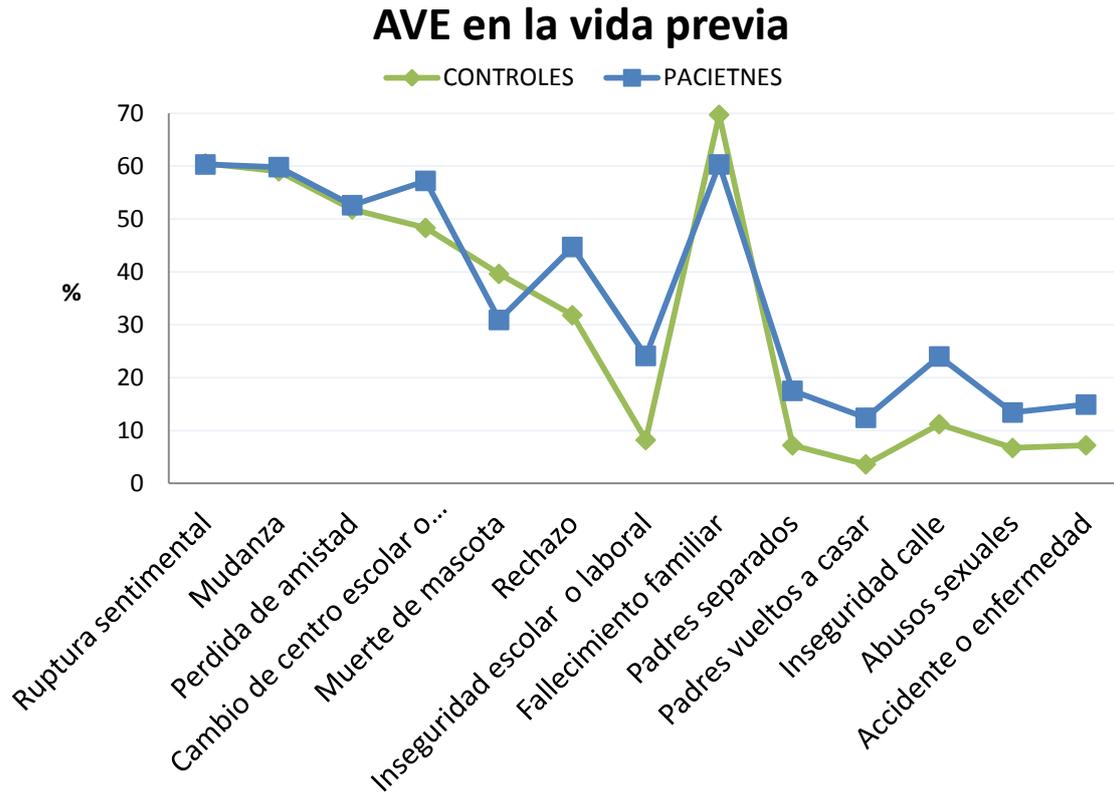


Figura 45. Representación gráfica de los eventos estresantes experimentados por pacientes y control ocurridos en la vida excluyendo el año previo al diagnóstico.

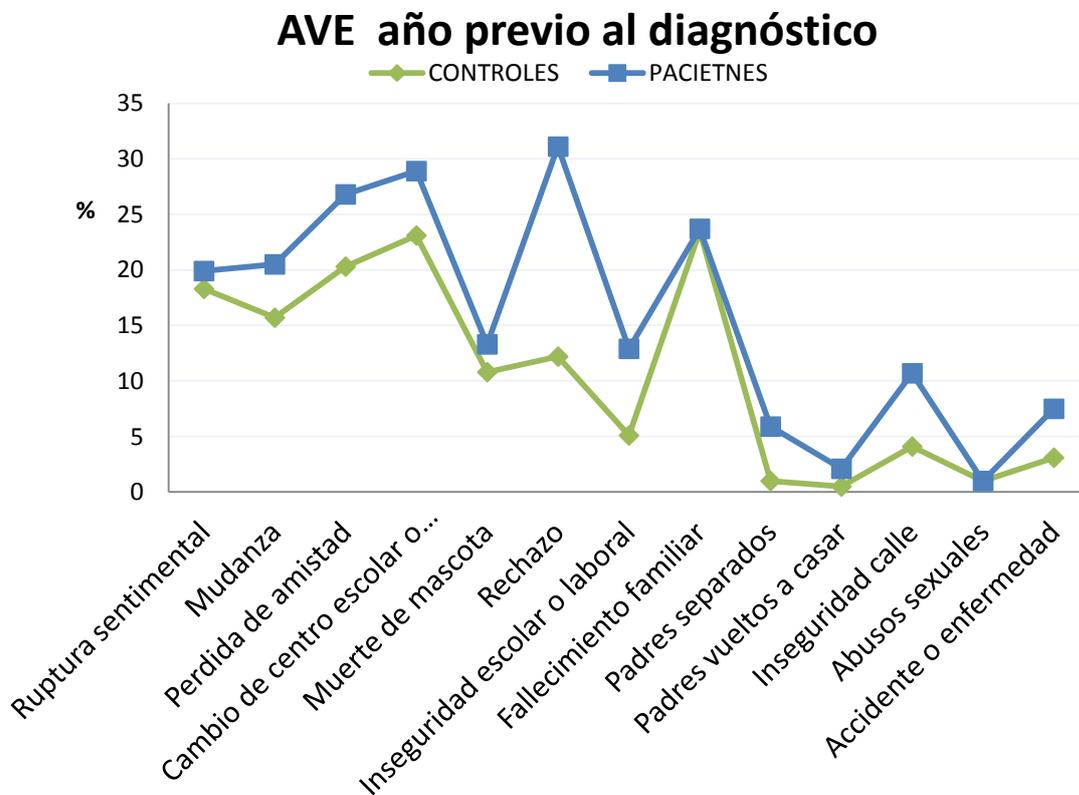


Figura 46. Representación de los eventos estresantes experimentados por pacientes y control ocurridos en el año previo al diagnóstico.

Al realizar las comparaciones entre grupos las diferencias solo obtienen significación estadística al comparar los sujetos de grupo BN con los controles ($p < 0,05$), no objetivándose diferencias entre AN y controles o entre AN y BN (ver figura 47).

Cuando se comparan de forma individualizada los diferentes AVE entre AN y BN mediante la prueba de chi cuadrado no se observan diferencias relevantes en la mayoría de los AVE ni recientes ni pasados, salvo en la percepción de rechazo a lo largo de la vida, que se presenta en el 28,2% de los pacientes del grupo AN y en el 52 % del grupo BN ($p = 0,01$) y en el padecimiento de abusos sexuales que se observa en el 7,2% de los pacientes del grupo AN y en el 18,7 % del grupo BN ($p = 0,03$) frente al 8,2% de los controles.

Número medio de AVE por sugrupo diagnóstico

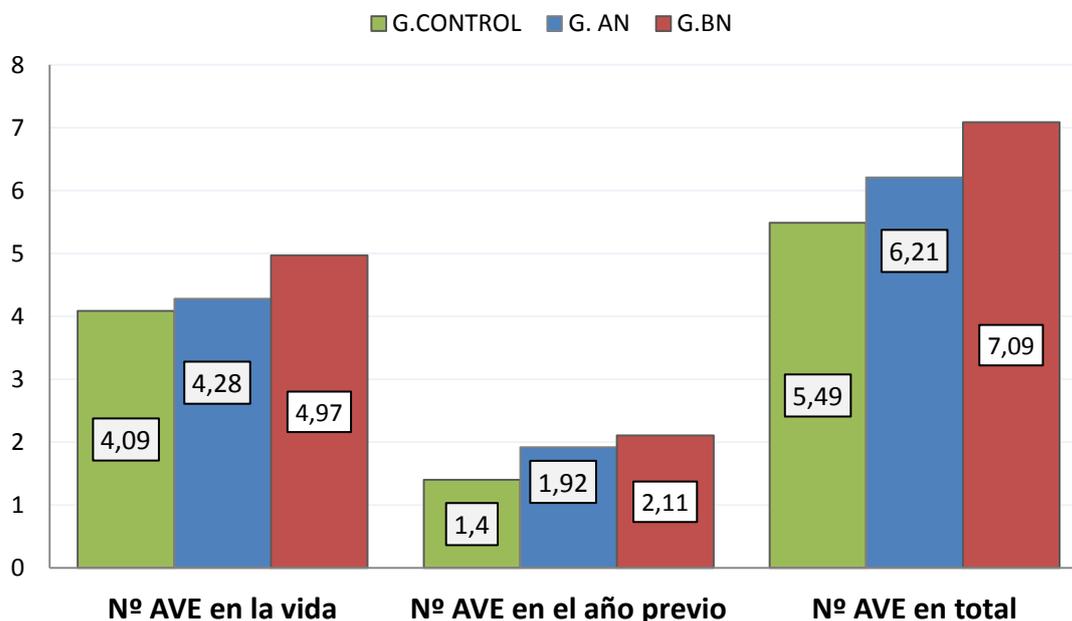


Figura 47. Representación gráfica de número total de eventos estresantes.

Un análisis centrado en las diferencias encontradas, ofrece algunos resultados interesantes. En el caso del perfil BN se observa una mayor frecuencia de todos los AVE especialmente significativa en problemas

interpersonales en comparación con el grupo AN o los controles (pérdida de un amigo, percepción de rechazo, o inseguridad en el medio académico o laboral)

g. Problemas interpersonales.

Tabla 50. Descriptivos y estadísticos de contraste de problemas vitales.

| PROBLEMAS INTERPERSONALES | PACIENTES n (%) | CONTROLES n (%) | Sig.(p) | Comparación | | |
|----------------------------------|--------------------|--------------------|-------------|-------------|------------|------------|
| | | | | Odds ratio | L.inferior | L.superior |
| PROBLEMAS DE ESCOLARIZACIÓN | 32 (16,3) | 5 (2,5) | 0,00 | 7,43 | 2,85 | 19,67 |
| PROBLEMAS DE PAREJA | 43 (24) | 9 (4,6) | 0,00 | 6,54 | 3,08 | 13,8 |
| PROBLEMAS EN RELACIONES SOCIALES | 18 (9,2) | 0 (0) | 0,00 | 2,17 | 1,89 | 2,34 |

Como se refleja en la tabla 50, la frecuencia de problemas interpersonales es estadísticamente superior en pacientes que en controles, para todas las categorías evaluadas, problemas de pareja, (maltrato físico o psicológico), problemas de socialización (acosos escolar u otros problemas de integración al medio) o problemas de relaciones sociales.

Al realizar en análisis por grupos también se observa diferencia estadísticamente significativa entre ellos para problemas de escolarización ($p=0,00$) donde el grupo con más prevalencia es el AN con un 19 % que presentaban problemas. Además, también hay significación ($p= 0,00$) al comparar los problemas de pareja, siendo el grupo BN en el que estos problemas se dan con mayor frecuencia, y también se apreció diferencia entre grupos en la variable que evalúa haber padecido problemas en relaciones sociales ($p=0,00$), pero en esta variable no se obtienen diferencias entre las dos poblaciones clínicas. (Figura 48).

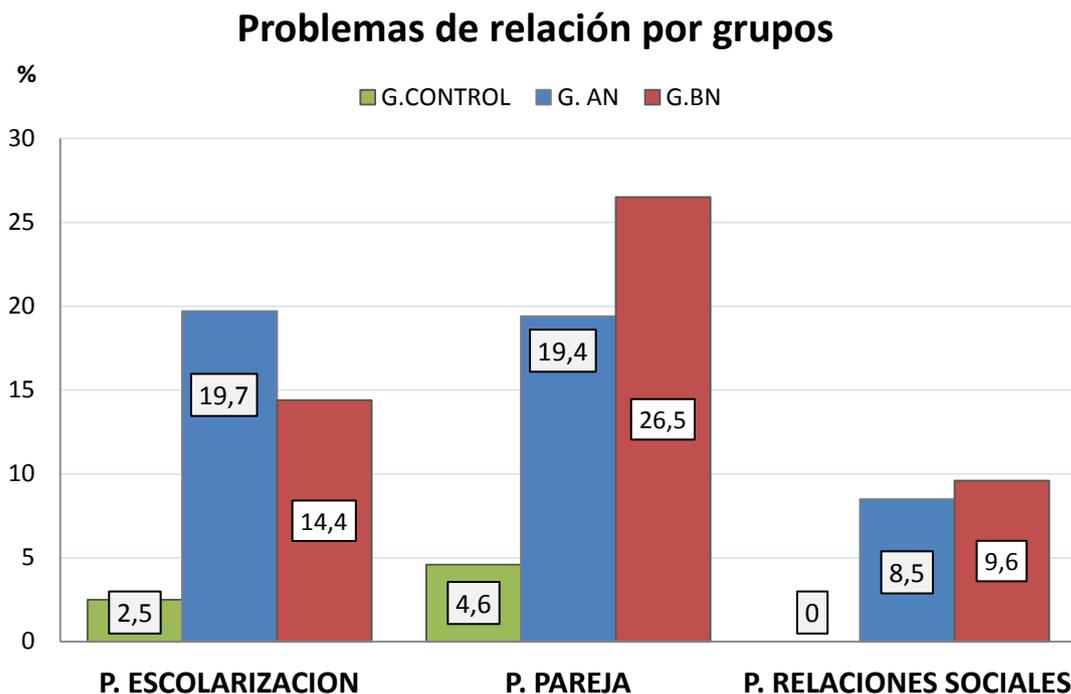


Figura 48. Representación gráfica de los problemas interpersonales.

h. Edad de las primeras relaciones de pareja.

En nuestro estudio no se observa diferencia entre tener o no una relación de pareja. Tenían una relación sentimental el 52,8 % de pacientes y 57,7% de controles. Ni tampoco entre grupos diagnósticos. La situación de pareja estable era de 50,1% en el grupo de perfil AN y de 53,6% en el de perfil BN.

Tampoco se demostró relación en la edad de la primera pareja que en los pacientes fue a $16,36 \pm 3,32$ años y en los controles a los $15,67 \pm 2,93$, ($p=0,51$), y en el análisis por grupos tampoco se obtuvieron diferencias. La edad del primer acto sexual consumado tampoco resultó diferente entre grupos siendo a los $18,07 \pm 3,57$ (años de media en los pacientes y a los $18,03 \pm 2,64$ en el grupo control ($p=0,92$), sin hallarse diferencias entre los grupos.

4.2.2 Análisis de factores de riesgo ambientales.

a. Grupo étnico.

No existen diferencias significativas en la distribución por raza, entre pacientes y controles, siendo en ambos grupos mayoritariamente de raza caucásica (99%).

b. Nivel socioeconómico.

Nivel socioeducativo de las familias utilizado para evaluar el estrato social de las familias, agrupado en cinco posibles categorías que son las siguientes: ALTA: Familia acomodada–Educación elevada–rango social elevado; MEDIA-ALTA: profesionales liberales–licenciados–puestos directivos; MEDIA: pequeños negocios–trabajadores cualificados–bachiller; MEDIA-BAJA: educación inferior a 2º grado–poca cualificación; BAJA: estudios básicos–trabajo sin cualificación o desconocido. Al realizar la comparación entre pacientes y controles no se objetivan diferencias estadísticamente significativas y la distribución entre grupos es similar (ver tabla 51).

Tabla 51. Descriptivos y estadísticos de contraste de la clase social.

| CLASE | FRECUENCIA | PACIENTES n (%) | CONTROLES n (%) | Test de significación. χ^2 / gl / p |
|------------|--|--------------------|--------------------|--|
| ALTA | familia acomodada-educación elevada-rango social elevado | 4 (2,0) | 4 (2,0) | |
| MEDIA-ALTA | profesionales liberales-licenciados-puestos directivos | 27 (13,8) | 23(11,7) | |
| MEDIA | pequeños negocios-trabajadores cualificados-bachiller | 41 (21) | 42 (21,4) | 3,54/4/0,47 |
| MEDIA-BAJA | educación inferior a segundo grado-poca cualificación | 73(37,4) | 89(45,4) | |
| BAJA | estudios básicos-trabajo no cualificado | 50 (25,6) | 38(19,4) | |

En la comparación posterior por grupos tampoco se encontró diferencia en el nivel socioeducativo de las familias, como se muestra en la figura 49 ($\chi^2=7,70$; $gl=8$; $p=0,46$).

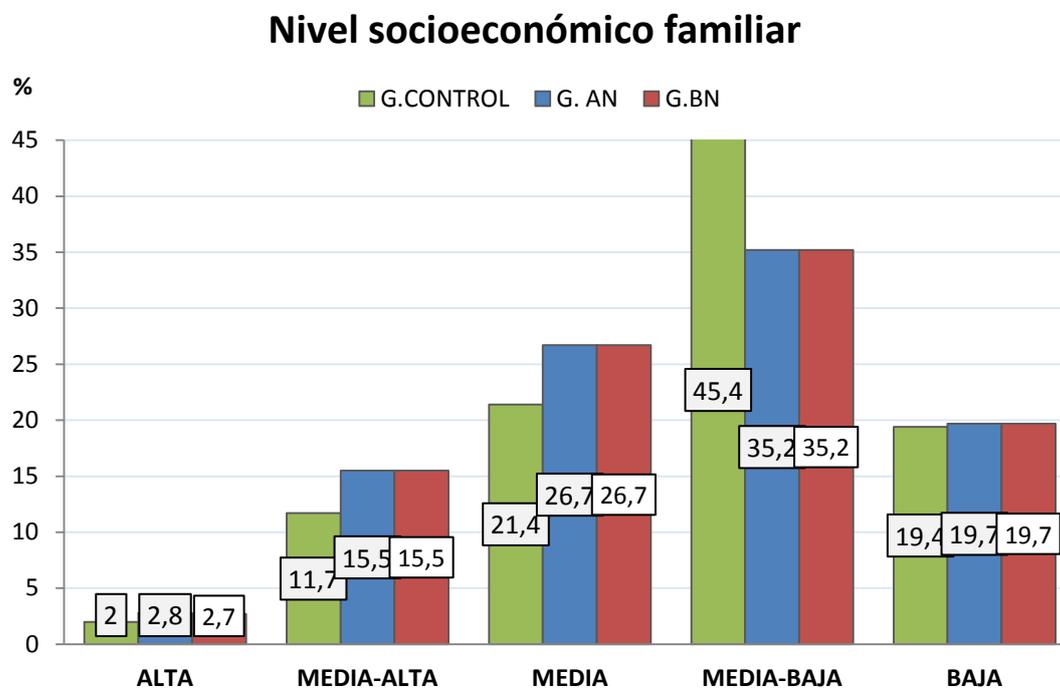


Figura 49. Representación grafica del nivel socioeconómico por grupos.

c. Lugar de residencia.

En cuanto al lugar de residencia tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y controles ($\chi^2 =4,82$; $gl=2$; $p<0,09$) ni en el estudio entre los tres grupos diagnósticos, ($\chi^2=8,82$; $gl=4$; $p<0,09$).

d. Presión para el cambio de peso percibida desde el entorno.

Los sujetos respondían al hecho de haber iniciado una dieta o deseado cambiar su peso o imagen debido a los comentarios de amigos o pareja o a la presión social recibida de forma premórbida al desarrollo de la enfermedad, como puede verse en la tabla 52. Esto sucede en mayor medida en el grupo de

los pacientes de forma estadísticamente significativa y esta presión la habían percibido por parte de personas de ambos sexos. Al categorizar estas respuestas de forma dicotómica (sí/no), obtenemos que existe un riesgo elevado de desarrollar un TCA en el caso de los sujetos que reciben más presión de su entorno especialmente por el sexo masculino.

Tabla 52. Descriptivos y estadísticos de contraste de presión social percibida.

| ORIGEN DE LA PRESIÓN PARA CAMBIAR | PACIENTES n (%) | CONTROLES n (%) | Sig.(p) | Comparación | | |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|---------|-------------|------------|------------|
| | | | | Odds ratio | L.inferior | L.superior |
| SEXO MASCULINO | 64 (32,7) | 11 (5,7) | 0,00 | 8,02 | 4,07 | 15,80 |
| SEXO FEMENINO | 37 (18,9) | 16 (8,3) | 0,00 | 2,57 | 1,37 | 4,80 |

Comparando los tres grupos, se observa mayor porcentaje presión por el cambio percibida por parte de ambos sexos en los sujetos del grupo de perfil bulimia, seguidos del AN y en menor medida del grupo control (ver figura 50). Ambos estadísticos de contraste resultan significativos, origen masculino $\chi^2=60,11$; $gl=2$; $p=0,00$ y origen femenino $\chi^2=14,74$; $gl=2$; $p=0,01$.

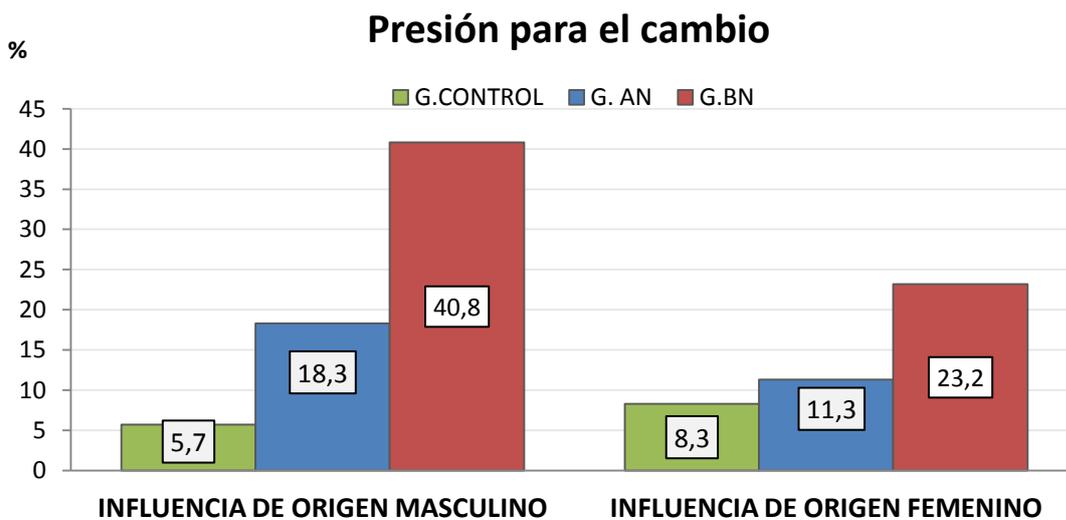


Figura 50. Representación gráfica el criticismo hacia la imagen en los progenitores.

e. Burlas y comentarios críticos.

Se evaluaron las burlas y comentarios recibidos en lo referente a la imagen corporal o al peso, por parte de profesores entrenadores o jefes en caso de empleados, familia, otras personas del sexo femenino u otras personas del sexo masculino. Se pregunta a los participantes la frecuencia con la que esto ha sucedido (nunca, un poco, a veces, mucho o todo el tiempo).

Se obtiene diferencias al comparar el grupo de pacientes y de controles en todas las variables encuestadas. La variable se categorizó en dos para realizar el análisis, por un lado no haber recibido nunca este tipo de presiones o haberlas sufrido. Se analizó utilizando la prueba de chi cuadrado que mostró un valor $<0,05$ en todas ellas (ver tabla 53).

Tabla 53. Descriptivos y estadísticos de contraste las variables que evalúan los comentarios recibidos en pacientes y controles.

| PROCEDENCIA DE LAS BURLAS | PACIENTES n (%) | CONTROLES n (%) | Sig. (p) | Comparación | | |
|----------------------------|--------------------|--------------------|-------------|-------------|------------|------------|
| | | | | Odds ratio | L.inferior | L.superior |
| Sexo femenino | 101(50,1) | 44(22,8) | 0.00 | 3,60 | 2,39 | 5,57 |
| Sexo masculino | 94 (49,5) | 35(18.2) | 0.00 | 4.42 | 2,73 | 7.285 |
| Entrenador profesor | 56 (28.2) | 17 (8,8) | 0.00 | 4.15 | 2,31 | 7,45 |
| Familiares | 105(53,6) | 51(26,4) | 0.00 | 3.28 | 2,09 | 4,96 |

Al realizar en análisis por grupos también se observa diferencia estadísticamente significativa entre ellos (siendo los valores de $p < 0,00$). El grupo con más prevalencia de comentarios o burlas relativas a su figura o peso es el BN. Esto sucede en todas las variables consultadas, pero en esta variable no se obtienen diferencias entre los grupos diagnósticos (AN y BN).

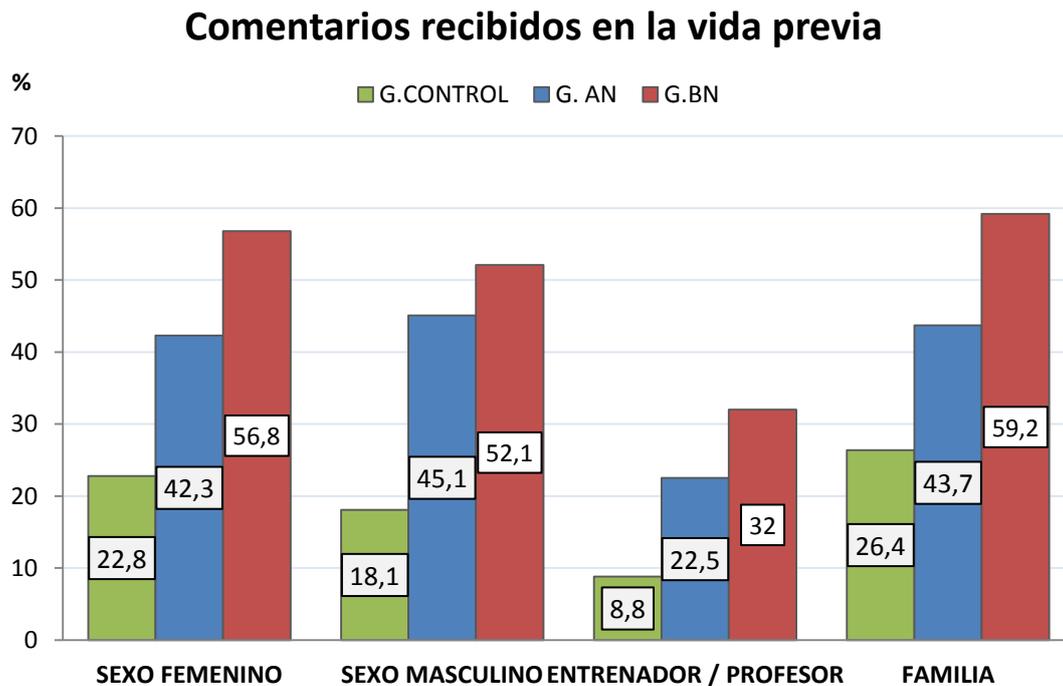


Figura 51. Representación gráfica del porcentaje de comentarios o burlas recibidos por grupos.

Por otro lado se preguntó a los sujetos, tanto pacientes como controles que habían sufrido burlas, en qué medida estas habían influido en ellos, las respuesta se categorizaron en dos, agrupando las posibilidades de respuesta de nada o poco, frente a las respuestas bastante, mucho o totalmente. Las puntuaciones se representan en la figura 52.

El resultado muestra que a los pacientes las burlas les afectaban en mayor medida que a los controles. Y existía diferencia estadísticamente significativa, tanto en las burlas percibidas por parte de las mujeres ($\chi^2 = 30,25$; $gl=1$; $p=0,00$), como en las que provenían de varones ($\chi^2 = 32,12$; $gl=1$; $p=0,00$).

Al realizar el análisis entre los grupos diagnósticos no se objetiva diferencia entre el grupo de perfil AN y el grupo de perfil bulimia, independientemente del origen de las burlas ($p > 0,05$).

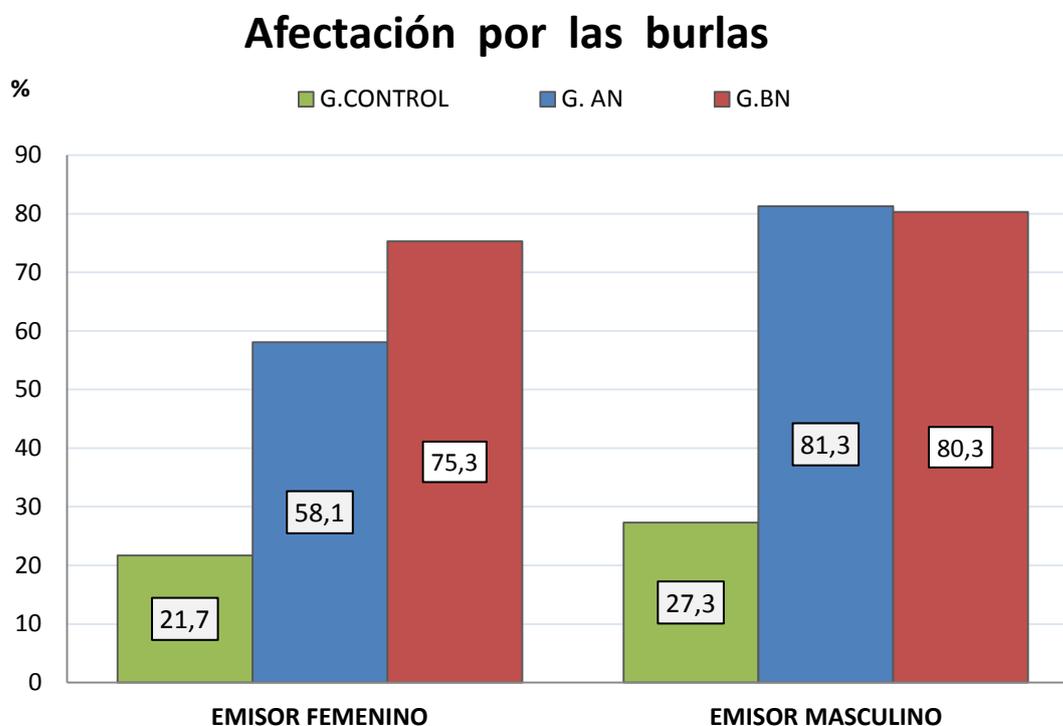


Figura 52. Representación gráfica del impacto de las burlas en los sujetos que las había padecido dependiendo del emisor.

4.2.3 Análisis de factores de riesgo familiares.

a. Estructura familiar.

En todos los grupos, más del 50 % de los sujetos del estudio convivían con su familia de origen, bien con ambos padres o con uno de los dos progenitores. Tampoco se observan diferencias entre grupos en cuanto a con quien residen los participantes ($\chi^2=0,57$; $gl=2$; $p=0,77$), predominando en ambos casos vivir con los padres frente a vivir solo o con pareja, como es esperable dada la medida de edad de nuestra muestra. No se encuentra tampoco diferencia entre grupos diagnósticos ($\chi^2=7,74$; $gl=4$; $p=0,10$). La figura 53 muestra la representación gráfica de los porcentajes.

La mayoría de los sujetos tanto en el grupo de pacientes (33,3%) como en el de controles (37,7%), conviven en el núcleo familiar acompañados de 2 personas de 18 años, sin objetivarse diferencias entre grupos. Forman parte de familias con uno o dos hijos, pero la mayoría en ambos grupos (64% en pacientes y 65,1% en controles) no conviven con menores en su entorno familiar.

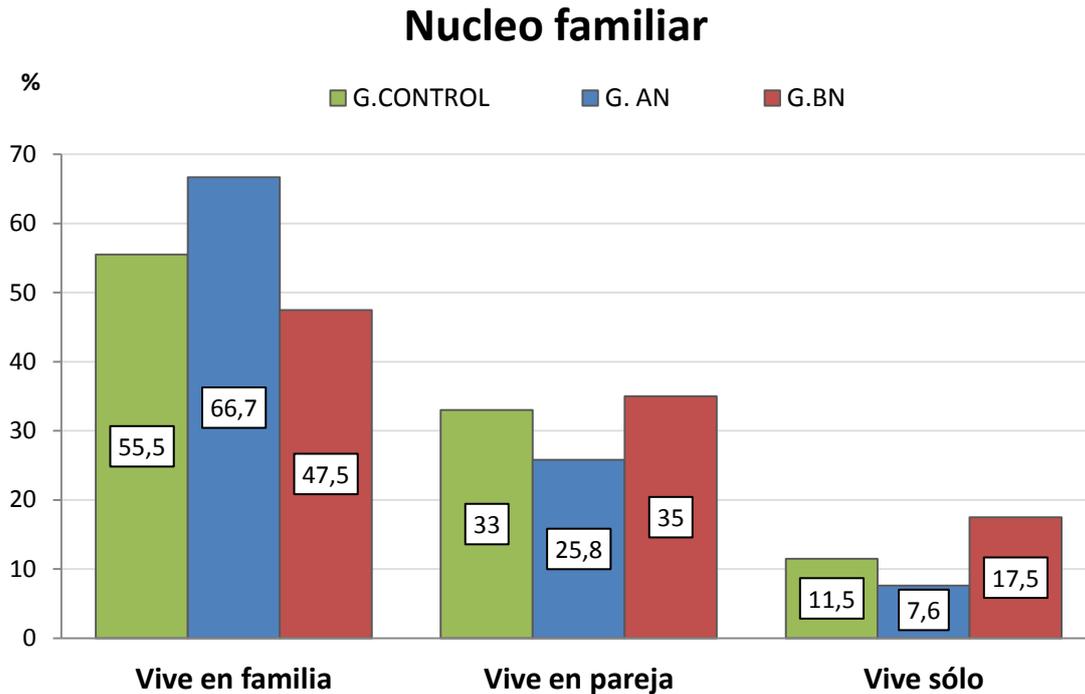


Figura 53. Representación gráfica de la composición del núcleo familiar.

No se observaron diferencias en cuanto a la gemelaridad ni en cuanto a la posición ocupada en la fratria, pero sí en cuanto a la ausencia de hermanos siendo más frecuente la condición de hijo único en los pacientes (17,8%) que en los controles (9,1%), mostrándose como un posible factor asociado. Los resultados se describen en la tabla 54.

Como se mostró en el apartado dedicado al análisis de los factores obstétricos (4.1.1.8), la menor edad de la madre en nuestra muestra se asocia al desarrollo de un TCA, mientras que no encontramos diferencia estadísticamente significativa en la edad de los padres en el momento del nacimiento.

El fallecimiento de la figura paterna presenta cifras similares sin observarse diferencias entre grupos, en cambio la muerte de la madre ha sido más frecuente en el grupo de las pacientes (9,3%) que en los controles (3,6%), mostrándose como un posible factor asociado y obtenemos una OR de 2,77 (IC 1,13-6,82).

Como vimos anteriormente la separación de los padres tanto en el año previo al diagnóstico como en la vida en general, también se presenta con mayor frecuencia en los pacientes (12,9%) que en los controles (6,7%) y se postula como una circunstancia adversa que puede contribuir al desarrollo de los TCA OR de 2,07 IC (1,02-3,94).

Tabla 54. Descriptivos y estadísticos de contraste de factores familiares en pacientes y controles.

| FACTORES FAMILIARES | PACIENTES n (%) | CONTROLES n (%) | Sig.(p) | Comparación | | |
|------------------------|--------------------|--------------------|-------------|-------------|------------|------------|
| | | | | Odds ratio | L.inferior | L.superior |
| FALLECIMIENTO DE PADRE | 27(14,3) | 26 (13,2) | 0,72 | 1.09 | 0.67 | 1.92 |
| FALLECIMIENTO DE MADRE | 18 (9,3) | 7 (3,6) | 0,02 | 2.77 | 1,13 | 6.82 |
| PADRES SEPARADOS | 25(12,9) | 13 (6.7) | 0,04 | 2,07 | 1,02 | 4.13 |
| HIJO ÚNICO | 35 (17,8) | 18 (9,1) | 0,01 | 2,14 | 1,17 | 3,94 |

Al realizar la comparación en los tres subgrupos diagnósticos, se obtiene que no existen diferencias entre el fallecimiento del padre, pero sí en el caso de defunción materna ($\chi^2=6,18$; $gl=2$; $p=0,04$), siendo este evento más frecuente en el G.BN.

También observamos que la separación de los padres es más frecuente en los pacientes tanto de G.BN como G.AN, sin observar diferencias entre ambos ($\chi^2=0,14$; $gl=1$; $p=0,82$).

Por último, en cuanto a ser hijo único, se observa que esta circunstancia es diferencial entre pacientes y controles ($\chi^2=7,37$; $gl=2$; $p=0,02$), siendo más habitual en el grupo AN, seguido de BN ($\chi^2=0,85$; $gl=1$; $p=0,43$).

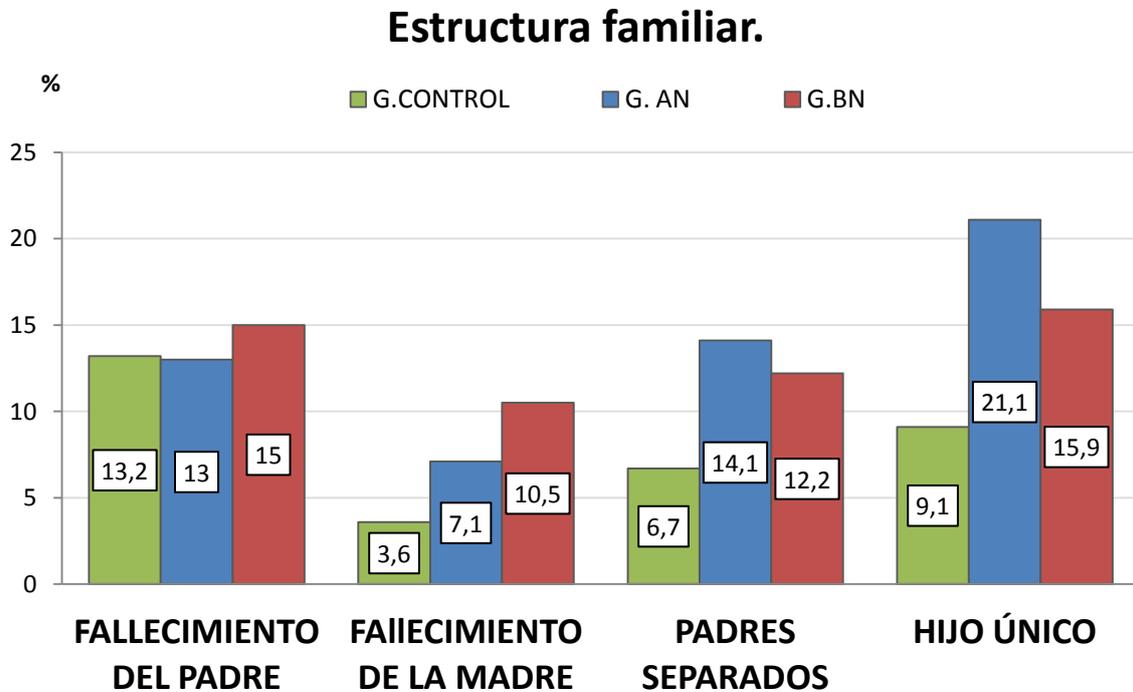


Figura 54. Representación gráfica de los acontecimientos familiares.

b. Nivel Académico de los padres.

La distribución del nivel académico tanto del padre como de la madre se muestra en la tabla 55. En ningún caso se detecta analfabetismo.

Se subdivide la muestra en tres, un nivel básico que corresponde a estudios primarios o menos, un nivel académico medio que corresponde a estudios secundarios, bachillerato o formación profesional y un nivel académico alto que corresponde a estudios superiores o universitarios. La población en ambos casos se reparte de forma homogénea entre los tres estratos en ambos grupos y no se encuentra diferencia estadísticamente significativa entre

pacientes y controles ni para madres ($\chi^2=3,22$; $gl=2$; $p=0,20$), ni para los padres, ($\chi^2=0,66$; $gl=2$; $p=0,73$).

Pero al realizar el estudio entre los tres grupos se observa que el nivel educativo de las madres en el grupo de perfil AN es inferior al grupo control y el mayor nivel educativo lo encontramos en el grupo BN ($\chi^2=19,81$; $gl=4$; $p=0,00$).

En lo concerniente a la educación de los padres no existen diferencias entre grupos, ($\chi^2=3,97$; $gl=4$; $p=0,41$).

Tabla 55. Descriptivos y estadísticos de contraste del nivel de estudio de los progenitores en pacientes y controles.

| NIVEL ACADÉMICO | ESTUDIOS | PACIENTES n (%) | CONTROLES n (%) | Test de signif. |
|-----------------|----------|--------------------|--------------------|-----------------|
| MADRE | Altos | 31(16,2) | 32(16,2) | 3,22/2/0,20 |
| | Medios | 39(20,4) | 27(13,7) | |
| | Básico | 121(63,4) | 138(70,1) | |
| PADRE | Altos | 30(16,0) | 26(13,2) | 0,66/2/0,73 |
| | Medios | 47(25,0) | 49(24,9) | |
| | Básico | 111(59,0) | 122(61,9) | |

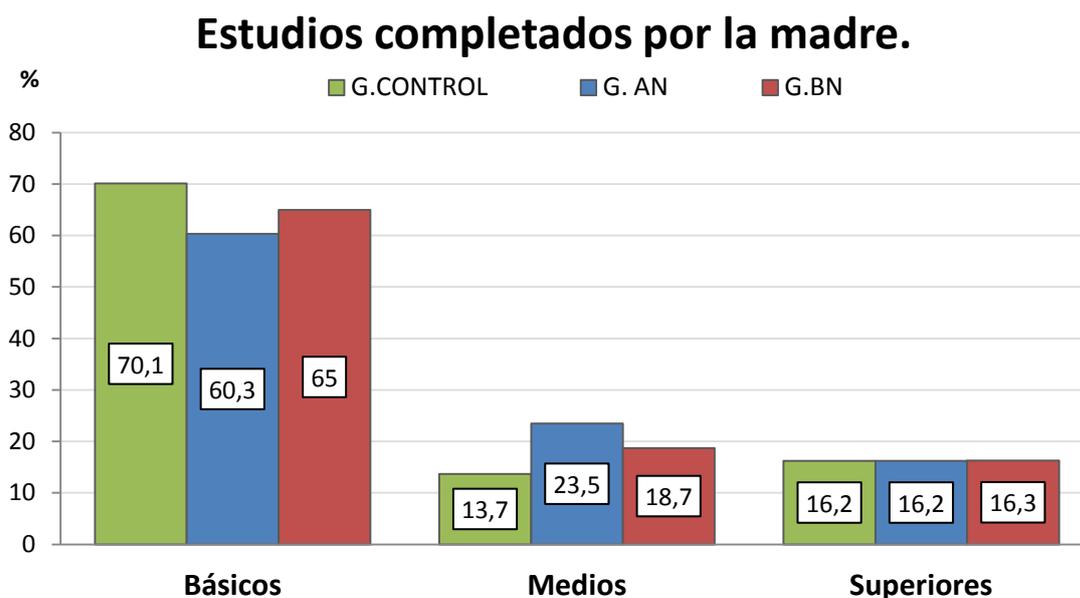


Figura 55. Representación gráfica de los estudios maternos por grupos.

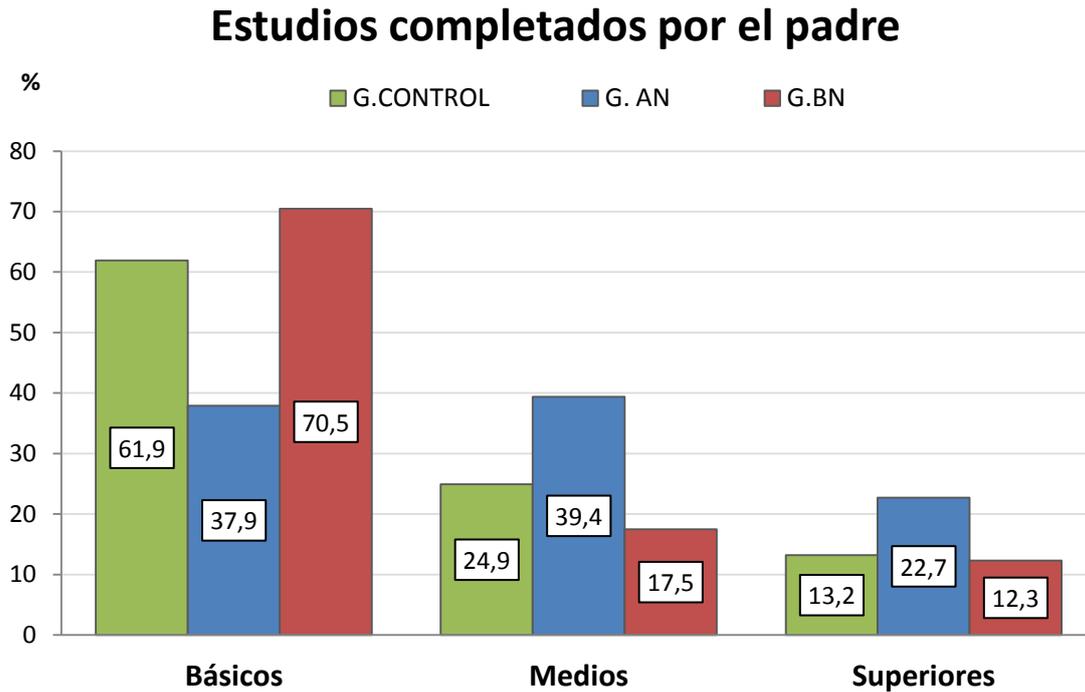


Figura 56. Representación gráfica de los estudios paternos por grupos.

c. Antecedentes psicopatológicos de los progenitores.

La historia de enfermedad mental por parte de los familiares ha sido ampliamente descrita anteriormente como exponemos en la parte teórica, los datos referentes a nuestra muestra se exponen en la tabla 56.

Se obtienen diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos sanos y los pacientes observándose mayor porcentaje de psicopatología en los padres, hermanos y otros familiares directos en el grupo de pacientes.

Además, entre los hallazgos significativos destaca que en el grupo de los pacientes, 40 de ellos (un 20,8 %) tenían un familiar con historia de trastorno de la conducta alimentaria frente a 9 casos (un 4.1 %) de los controles, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,00$).

La OR nos indica que el riesgo que esto representa es de 6,18 veces más alto para las personas con un familiar de TCA. Este riesgo también se incrementa por dos en el caso de ser la madre la que padece un TCA.

Tabla 56. Descriptivos y estadísticos de contraste de antecedentes familiares de psicopatología en pacientes y controles.

| ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS | PACIENTES (n= 197) n (%) | CONTROLES (n=197) n (%) | Comparación de medias | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------|---------------|----------------------------------|
| | | | Sig. (p) | Odds ratio | IC. al 95% (L.inf. – L.sup). |
| PADRE | 23 (12,6) | 10 (5,1) | 0.01 | 2,64 | 1,23 - 5,78 |
| MADRE | 52 (26,4) | 18 (9,2) | 0.00 | 3,54 | 1.98 - 6,32 |
| HERMANO | 28 (14,7) | 6 (3,1) | 0.00 | 5,47 | 2,21-13,54 |
| OTRO FAMILIAR DIRECTO | 29 (15,1) | 15 (7,7) | 0,02 | 2,14 | 1,11 - 4,14 |
| ANTECEDENTE DE TCA EN LA MADRE | 6 (3) | 0 (0) | 0,03 | 2,03 | 1,83-2,24 |
| ANTECEDENTE DE TCA EN LA FAMILIA | 40 (20.8) | 9 (4.1) | 0.00 | 6,18 | 2.87-13,63 |

Cuando analizamos estos resultados en función del grupo diagnóstico, como se puede ver en las figuras 57 y 58, es el grupo de perfil bulímico el que más antecedentes familiares tiene, esta diferencia solo resulta significativa al compararlo con el grupo AN en cuanto a mayor proporción de psicopatología paterna ($\chi^2=6,29$; $gl=1$; $p=0,01$), no alcanzando significación en otras variables.

Antecedentes psicopatológicos familiares

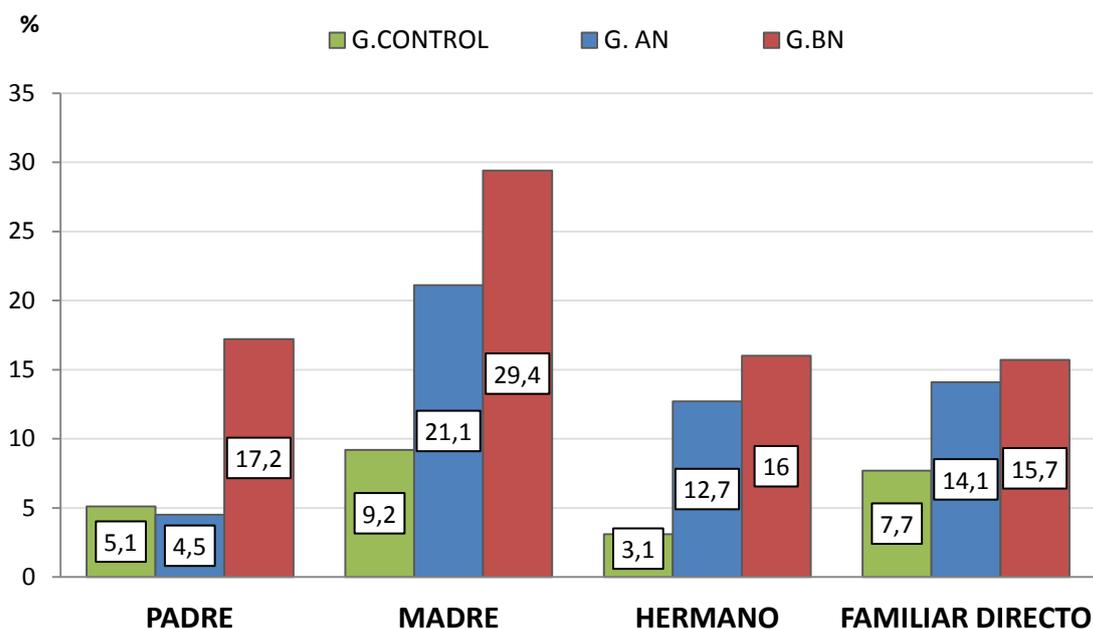


Figura 57. Antecedentes psicopatológicos familiares

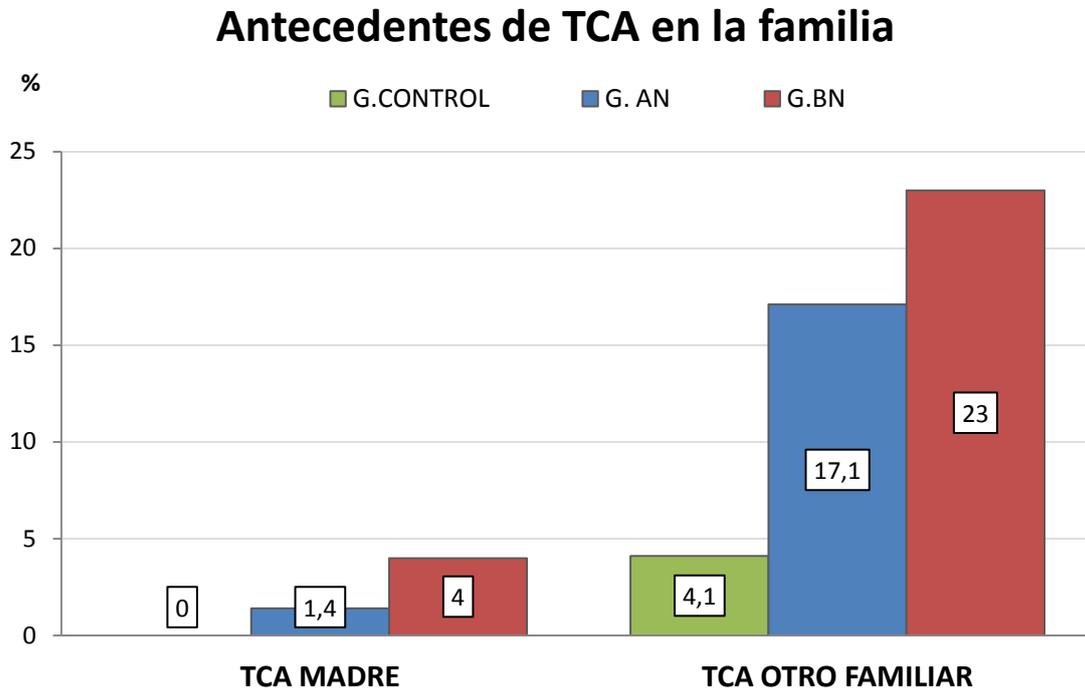


Figura 58. Antecedentes familiares de TCA.

d. Hábitos dietéticos y deportivos de los progenitores.

Las variables encuestadas hacen referencia a los hábitos dietéticos y de ejercicio de los progenitores. Las variables de respuesta son nunca, un poco, habitualmente o siempre. Para realizar el análisis se categoriza nunca o un poco frente a habitualmente o siempre.

Como se muestra en la tabla 59, la realización de dietas por parte de la madre no resultó diferente entre los pacientes y los controles. Esta situación se repite al analizar las costumbres dietéticas de los padres comparando ambas poblaciones clínicas entre sí ($\chi^2=2,33$; $gl=2$; $p=0,60$), por lo que tampoco se confirman diferencias. La pregunta acerca del consumo de productos light tampoco ofreció diferencias siendo las frecuencias similares entre pacientes y controles y entre grupos diagnósticos, ($\chi^2=28$; $gl=2$; $p=0,86$).

Tabla 57. Descriptivos y estadísticos de contraste de los hábitos dietéticos y deportivos de los padres.

| PROGENITOR | HÁBITOS | PACIENTES | CONTROLES | COMPARACIÓN | | |
|------------|--------------------|-------------------|------------------|-------------|---------------|----------------------------------|
| | | (n= 197) n (%) | (n=197) n (%) | Sig. (p) | Odds ratio | IC. al 95% (L.inf. – L.sup). |
| MADRE | DIETISMO | 29(16,8) | 28(14,5) | 0,56 | 1,18 | 0,67 – 2,08 |
| | PRODUCTOS LIGHT | 36 (20,8) | 39 (20,2) | 0.89 | 1,03 | 0,62 -1,75 |
| | EJERCICIO | 43 (25) | 51(26,4) | 0.81 | 0,92 | 0,58 - 1,42 |
| PADRE | DIETISMO | 16(9,2) | 17 (8,8) | 1 | 1,00 | 0,52 - 2,15 |
| | PRODUCTOS LIGHT | 20 (10,4) | 13 (7,5) | 0,36 | 0,70 | 0,33-1,45 |
| | EJERCICIO | 42(24,3) | 62(32,1) | 0,10 | 0,62 | 0,45-1,07 |

Resultados dispares obtenemos en el análisis de los hábitos dietéticos de los padres, que tampoco muestran diferencias entre el grupo de pacientes y el de controles, aunque encontramos un hecho destacable, ya que ninguna paciente del grupo AN reportó dietismo paterno, siendo esta estadísticamente diferente de los controles pero también del grupo BN. ($\chi^2=9,58$; $gl=2$; $p=0,01$).

En cuanto al consumo de productos light las proporciones de todos los grupos son superiores en las madres pero la distribución es homogénea, sin encontrarse diferencias significativas. Respecto a la variable referente a la realización de ejercicio físico por parte de la madre no se obtuvieron diferencias entre pacientes y controles, ni tampoco al comparar los grupos diagnósticos ($\chi^2=1,61$; $gl=2$; $p=0,44$). De nuevo el grupo de AN reportó menos consumo de productos light en el caso de los padres sin alcanzar significación estadística. La variable referente a la realización de ejercicio físico por parte del padre tampoco aportó diferencias entre pacientes y controles ni al comparar los grupos diagnósticos ($\chi^2=4,35$; $gl=2$; $p=0,11$).

Estos resultados fueron similares en la variable referente a la realización de ejercicio físico por parte del padre en la que tampoco se obtuvieron diferencias entre pacientes y controles ni al comparar los grupos diagnósticos ($\chi^2=0,32$; $gl=2$; $p=0,85$).

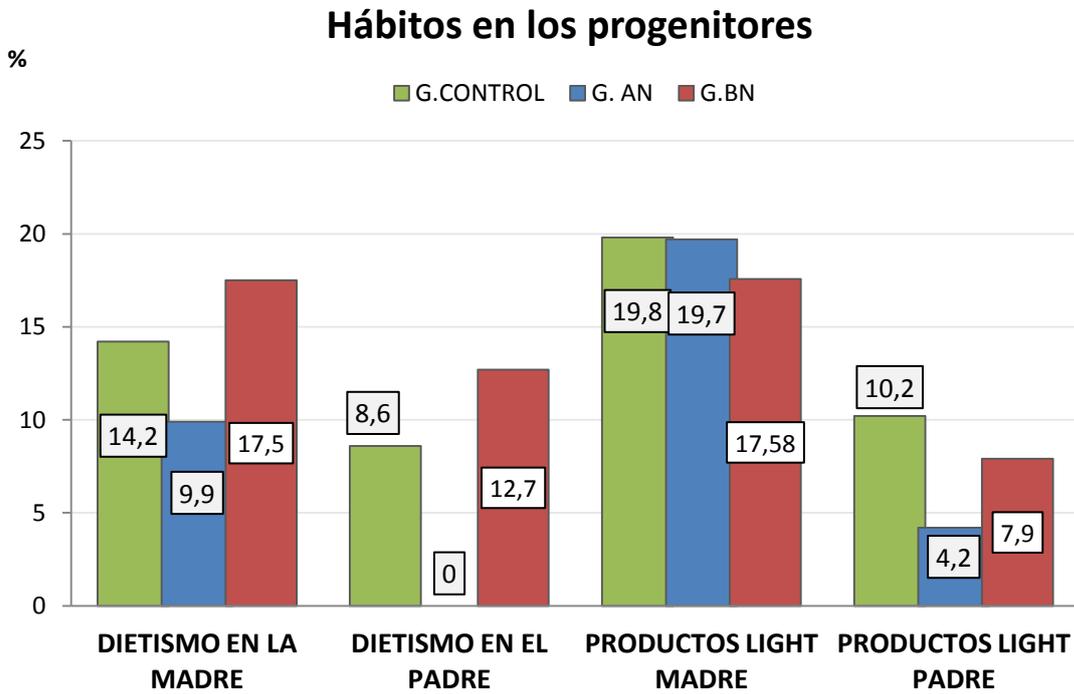


Figura 59. Representación gráfica del porcentaje de hábitos alimentario.

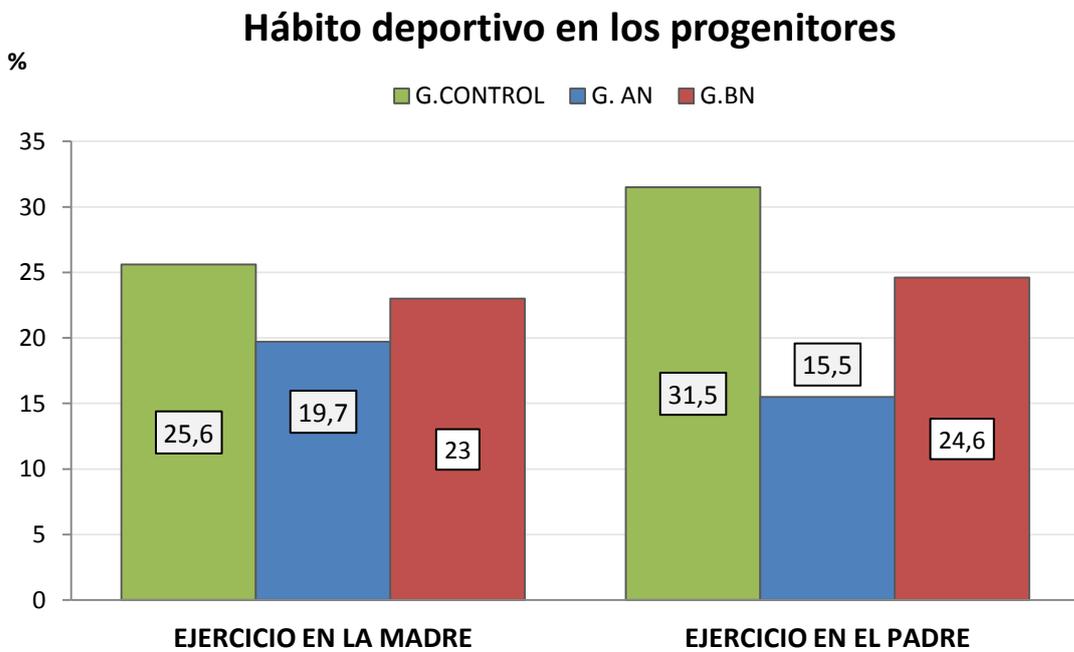


Figura 60. Representación gráfica del porcentaje de hábitos deportivos.

e. Criticismo y presión familiar.

El criticismo de los padres o la presión que los sujetos han recibido de parte de los progenitores referida al peso o a la figura se clasificó en tres categorías (bajo, medio o alto), como podemos ver en la tabla 58. En lo referente a ambos progenitores, los pacientes percibieron mayor nivel de crítica por parte de sus padres.

Tabla 58. Descriptivos y estadísticos de contraste de la variable criticismo por parte de los progenitores en pacientes y controles.

| CRITICISMO | Grado | PACIENTES n (%) | CONTROLES n (%) | Test de signif. |
|------------|-------|--------------------|--------------------|-----------------|
| MADRE | Bajo | 143 (73,3) | 167 (86,5) | 19,18/2/0,00 |
| | Medio | 10(5,1) | 14(7,3) | |
| | Alto | 42(21,5) | 12(6,2) | |
| PADRE | Bajo | 152 (79,6) | 184 (95,3) | 25,72/2/0,00 |
| | Medio | 9(4,7) | 6(3,1) | |
| | Alto | 30(15,7) | 3(1,6) | |

Después de categorizar estas variables de forma dicotómica (sí/no), obtenemos que existe un riesgo elevado de desarrollar un TCA en el caso de pertenecer a una familiar con mayor criticismo, siendo más alto el riesgo debido a la presión recibida por parte del padre, (criticismo materno OR 2,33; IC 1,37-3,94 y criticismo paterno OR de 5,24; IC, 2,46-11,17).

Comparando los tres grupos, se observa mayor porcentaje de padres de ambos sexos críticos en los sujetos del grupo de perfil bulimia, seguidos del grupo control y en menor medida del grupo de perfil anorexia (figura 61). Ambos estadísticos de contraste resultan significativos, (madre $\chi^2=21,52$; $gl=2$; $p=0,00$ y padre $\chi^2=38,26$; $gl=4$; $p=0,41$).

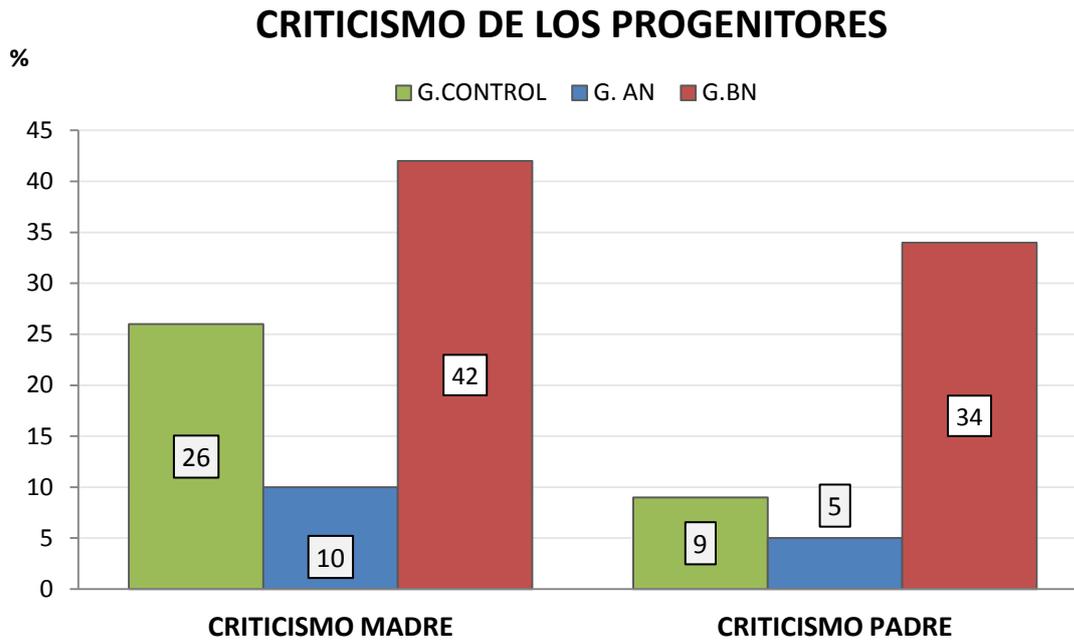


Figura 61. Representación gráfica el criticismo hacia la imagen en los progenitores.

f. **Estilos de crianza.**

Para evaluar las actitudes de los padres se utiliza el parental bonding instrument (PBI), basado en la Teoría del Vínculo que evalúa la percepción del sujeto sobre las conductas y actitudes de sus cuidadores, estableciendo el tipo de vínculo durante la infancia y la adolescencia.

Este instrumento mide dos escalas para cada uno de los progenitores. Se muestran primero las puntuaciones referidas a la madre y posteriormente al padre. Se obtienen dos categorías. Por un lado se cuantifica la percepción del cuidado y la afectuosidad, frente a la negligencia y la frialdad emotiva y por otro el factor sobreprotección frente a la facilitación de la conducta autónoma. Además de las puntuaciones directas que se comparan en las siguientes tablas, se han estimado unos puntos de corte para estos factores, para la variable de cuidado es de 27 puntos en el caso de la madre y de 24 puntos para el padre y en la dimensión de sobreprotección el punto de corte para la madre es de 13.5 puntos y para el padre de 12.5.

De modo que se combinan entre sí conformando los cuatro tipos posibles de Vínculo Parental: vínculo óptimo (altos cuidados y baja sobreprotección), control sin afecto (bajos cuidados y alta sobreprotección), afecto controlado o constricción cariñosa (altos cuidados y alta sobreprotección) y vínculo ausente o débil (bajos cuidados y baja sobreprotección).

Para realizar el análisis se analizaron las frecuencias mediante una tabla de contingencia utilizando la prueba de chi cuadrado. Estos resultados se muestran en la tabla 58 para la comparación de pacientes y controles y en la figura 60 se muestran los datos subdivididos por diagnósticos.

Al comparar las puntuaciones directas del PBI referentes la madre, se obtiene que la percepción de cuidado era mayor en el grupo control que en los pacientes ($t=-5,72$, $gl=392$, $p=0,00$). En cuanto a la sobreprotección materna esta fue percibida de forma más intensa en pacientes que en controles ($t=4,93$; $gl=392$, $p=0,00$).

Como podemos observar en la tabla 59 los datos referentes a la percepción de la relación con los padres también indican en los controles más percepción de cuidados ($t=-6,72$, $gl=392$, $p=0,00$) mientras que en los pacientes se observa una mayor percepción de sobreprotección ($t=-2,82$, $gl=392$, $p=0,00$).

Tabla 59. Descriptivos y estadísticos de contraste de las variables cuidado y sobreprotección medidas mediante el PBI referentes a ambos progenitores.

| PBI | PACIENTES | CONTROLES | Comparación de medias | |
|--|---------------|---------------|-----------------------|-----------------------------|
| | Media (DE) | Media (DE) | Sig. (p) | I.C.95% (L.inf.- L.sup). |
| PERCEPCIÓN REFERENTE A LA MADRE | | | | |
| PBI-CUIDADOS | 21,11(±8,43) | 28,25 (±5,63) | 0.000 | -5,66-2,96 |
| PBI-SOBREPROTECCIÓN | 18,13 (±6.49) | 15,25(±4,90) | 0.003 | 1,71-4,06 |
| PERCEPCIÓN REFERENTE AL PADRE | | | | |
| PBI-CUIDADOS | 19,66(±8,93) | 25,08 (±7,03) | 0.000 | -7,03-(-3,82) |
| PBI-SOBREPROTECCIÓN | 15,38 (±6.72) | 13,62(±5,30) | 0.004 | 0,55-2,96 |

En el segundo paso se analizan estas variables en los tres grupos diagnósticos y los resultados se muestran en la figura 60 .En lo concerniente a la madre, el perfil BN obtiene menores puntuaciones en la percepción de cuidados y se objetivan diferencias significativas entre los tres grupos ($F=17,47$; $gl=2$, $p=0,00$), pero al realizar el análisis post hoc la diferencia entre pacientes del grupo BN y el AN no alcanza significación ($p=0,35$).

En la escala de sobreprotección materna se identifican puntuaciones más altas en el grupo BN y también se observa diferencia entre categorías diagnósticas ($F=16,24$; $gl=2$, $p=0,00$). En esta variable se aprecia que los pacientes del grupo AN ofrecen puntuaciones similares al grupo control y ambos difieren de las del grupo BN que son significativamente mayores (ver tabla 61).

En cuanto a la relación paterna en los tres grupos también se obtienen diferencias en la percepción de cuidado y al igual que ocurría con las madres, se aprecia que es el perfil BN el que menores puntuaciones obtiene y se objetivan diferencias significativas entre los tres grupos ($F=22,97$; $gl=2$, $p=0,00$). En el análisis post hoc se comprueba que existe diferencia entre el grupo control y ambas poblaciones clínicas pero no entre el grupo AN y el BN.

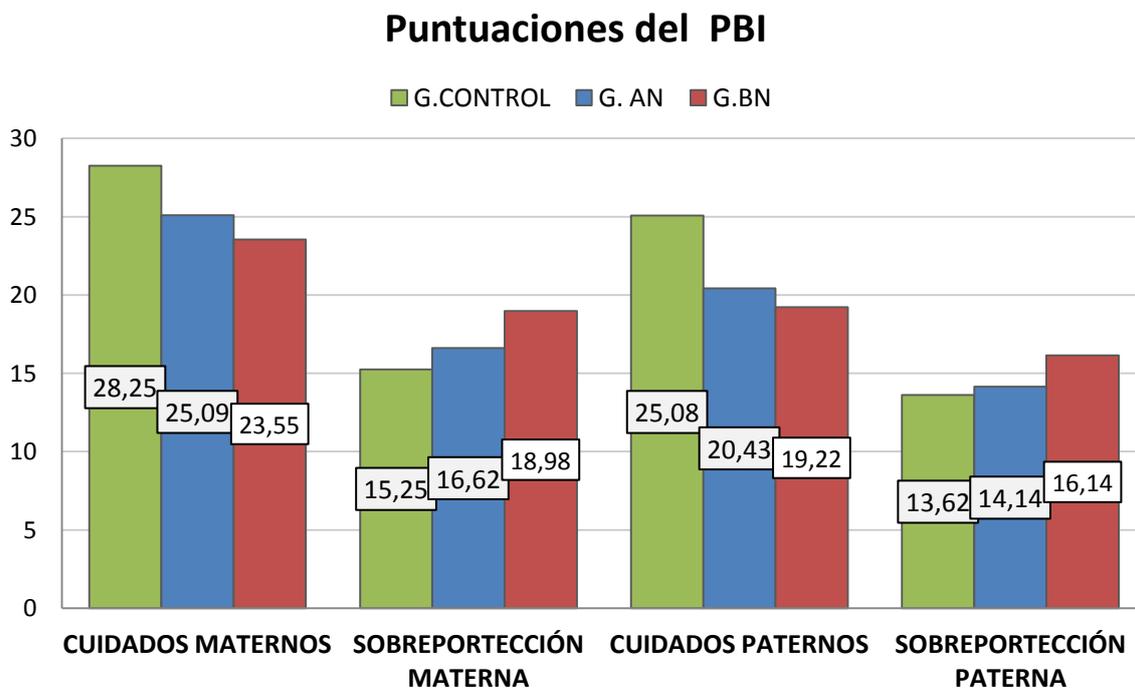


Figura 62. Representación gráfica de la puntuación del PBI.

En cuanto a la sobreprotección paterna analizada en los tres grupos, ésta fue percibida de forma más intensa en el grupo BN y de nuevo demuestra significación ($F=6,54$; $gl=2$, $p=0,00$) entre categorías diagnósticas. En esta ocasión la diferencia solo se objetiva entre el grupo de perfil AN y el grupo control. En la combinación de los estilos de vínculo que los sujetos establecieron con la madre también se observan diferencias. Mientras que en el grupo control el afecto controlado resultó el más frecuente (31,4%), en el grupo de los pacientes fue el vínculo de control sin afecto (29,4%).

Tabla 60. Descriptivos y estadísticos de contraste de las variables del PBI cuidado y sobreprotección referidas a ambos progenitores en los distintos grupos y comparados entre sí. (Comparaciones múltiples scheffé).

| GRUPO | Media | D.E. | I.C.95% (L.inf-L.sup). | ANOVA (F/ gl /p) | Comparaciones múltiples (Scheffé) |
|--|-------|-------|----------------------------|------------------|--------------------------------------|
| ESCALA DE CUIDADOS MATERNOS | | | | | |
| G. AN | 25,09 | 8,533 | 23,07-27,10 | | G.C-G.AN ($p=0,0001$) |
| G. BN | 23,55 | 8,374 | 22,08-25,03 | 17,41/ 2/0.00 | G.C-G.BN ($p=0,00$) |
| G. C | 28,25 | 5,645 | 27,46-29,04 | | G.AN-G.BN ($p=0,02$) |
| ESCALA DE SOBREPROTECCIÓN MATERNA | | | | | |
| G. AN | 16,62 | 6,348 | 15,11-18,12 | | G.C-G.AN ($p=2,25$) |
| G. BN | 18,98 | 6,400 | 17,86-20,11 | 22,91/ 2/0.00 | G.C-G.BN ($p=0,00$) |
| G. C | 15,25 | 4,965 | 14,55-15,95 | | G.AN-G.BN ($p=0,97$) |
| ESCALA DE CUIDADOS PATERNOS | | | | | |
| G. AN | 20,43 | 8,730 | 18,37-22,50 | | G.C-G.AN ($p=0,00$) |
| G. BN | 19,22 | 9,004 | 17,63-20,81 | 22,95/ 2/0.00 | G.C-G.BN ($p=0,00$) |
| G. C | 25,08 | 7,069 | 24,08-26,07 | | G.AN-G.BN ($p=0,59$) |
| ESCALA DE SOBREPROTECCIÓN PATERNA | | | | | |
| G. AN | 14,14 | 5,973 | 12,72-15,55 | | G.C-G.AN ($p=0,88$) |
| G. BN | 16,08 | 7,051 | 14,84-17,32 | 6,52/ 2/0.00 | G.C-G.BN ($p=0,00$) |
| G. C | 13,62 | 5,329 | 12,87-14,37 | | G.AN-G.BN ($p=0,09$) |

La diferencia de frecuencias entre grupos resultó significativa ($t=11,40$; $gl=3$, $p=0,01$). Al analizar el vínculo comparando las tres poblaciones clínicas también se objetivan diferencias ($t=20,85$; $gl=6$, $p=0,00$). El grupo de perfil BN presta mayor frecuencia de vínculo de tipo control sin afecto, mientras que los vínculos establecidos en el grupo AN son similares a los del grupo control.

Para analizar el vínculo con el padre también se observan diferencias. Mientras que en el grupo control el afecto controlado resultó el más frecuente (31,4%), en el grupo de los pacientes fue el vínculo de control sin afecto (29,4%). La diferencia de frecuencias entre grupos resultó significativa ($t=24,80$; $gl=3$, $p=0,00$). Presentar un vínculo caracterizado por control sin afecto se asocia estadísticamente con un riesgo de desarrollar un TCA en ambos progenitores.

La comparación entre casos y controles del vínculo materno caracterizado por control sin afecto supuso un OR de 2,18 IC (1,38-3,50) y para el padre de 3,21 OR de IC (1,52-6,64).

Al analizar el vínculo comparando las tres poblaciones clínicas también se objetivan diferencias ($t=31,86$; $gl=6$, $p=0,00$) como puede verse en la figura 64, existiendo mayor control sin afecto en el grupo BN y un vínculo más débil con la figura paterna en el grupo AN.

Tipo de vínculo materno

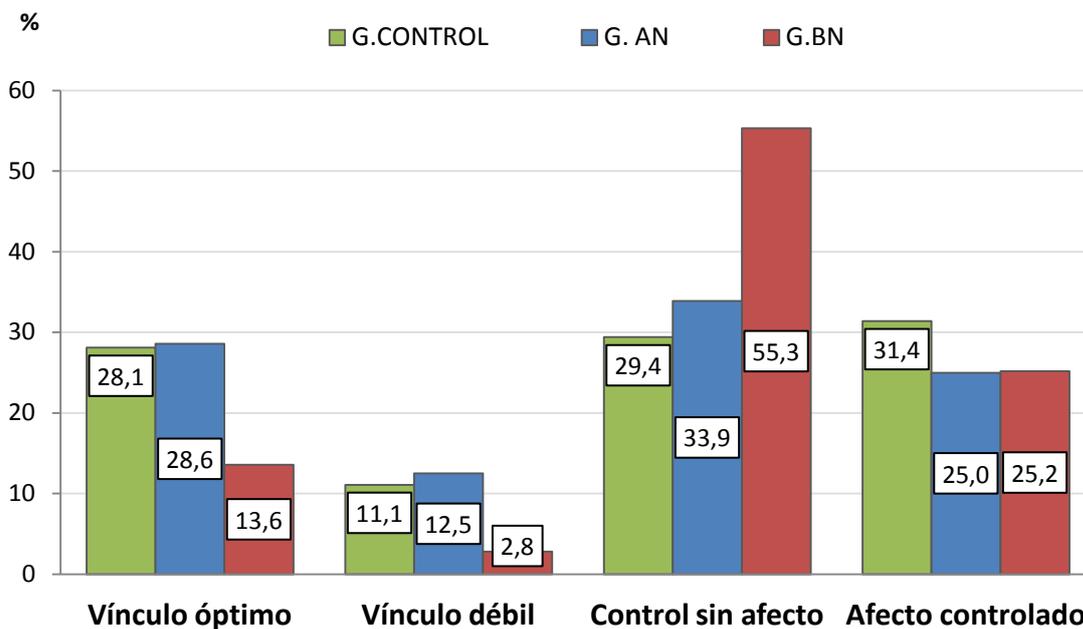


Figura 63. Representación gráfica del vínculo establecido con la madre.

Tipo de vínculo paterno

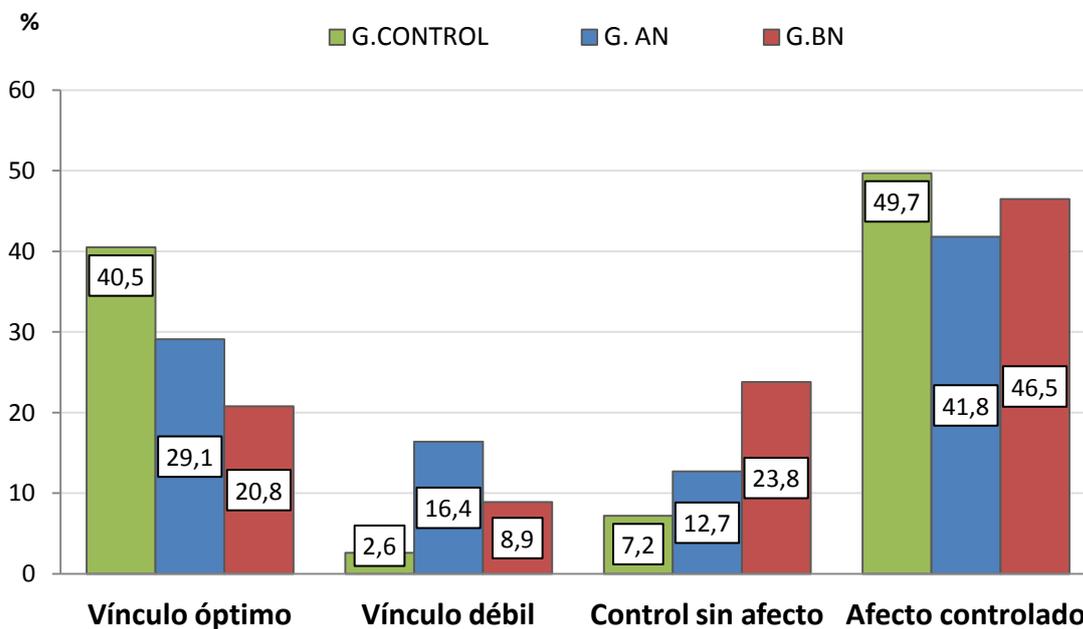


Figura 64. Representación gráfica del vínculo establecido con el padre.

5 DISCUSIÓN.

5.1. Sumario de los hallazgos más relevantes.

En la discusión vamos a tratar de dar respuesta a las preguntas de la investigación mediante el análisis de los hallazgos más importantes que se presentan en los dos bloques, en primer lugar el análisis de las características clínicas de la muestra y en segundo lugar el análisis de los factores de riesgo. En ambos todas las variables son comparadas inicialmente entre pacientes y controles. A continuación se muestran las diferencias entre los tres grupos diagnósticos. (G.AN, G.BN y G.Control).

Después discutiremos los resultados en función de los objetivos de este trabajo y de las particularidades de la población de nuestra región.

5.1.1. Análisis de características clínicas de la muestra.

Los pacientes que acudieron con un primer episodio no tratado anteriormente a la UTCA de Cantabria durante un período de dos años, presentaron características demográficas similares al resto de poblaciones descritas en la literatura (Beato-Fernández, Rodríguez-Cano et al. 2004) En cuanto a la edad y el género. La muestra de pacientes se compone de mujeres en una proporción de 9 a 1, esto puede deberse tanto a una predisposición genética como a la mayor presión sociocultural a la que el sexo femenino está expuesto.

Encontramos que la edad con mayor riesgo de padecer un TCA son los 16 años, se refleja en nuestra moda, lo que concuerda con otros trabajos españoles como el de Rojo y col.(Rojo, Livianos et al. 2003), o Turón y col. (Toro, Gomez-Peresmitre et al. 2006) que obtienen una media de edad de comienzo de 16 años, datos similares a los encontrados fuera de España (Hoek and Van Hoeken 2003).

Nuestro trabajo recoge a todos los pacientes que acudieron de forma consecutiva a la unidad incluyendo cualquier etapa de la vida, por lo tanto obtenemos que la edad media de aparición de estos trastornos es superior a

otras investigaciones consultados que trabajan con poblaciones específicas, en nuestra muestra la media de edad de inicio fue 22,22 años, con un rango de edad de 13 a 63 años. En cuanto a los subtipos se ajusta a lo que describe la literatura (Swanson, Crow et al. 2011; Stice, Marti et al. 2013), que revela una edad superior en el grupo BN con 23 años de media, mientras que el G. AN mostró un inicio más precoz de 20,86 años.

Nuestros datos confirman que estos trastornos a pesar de ser más frecuentes no son exclusivos del periodo adolescente, el diagnóstico que mayor porcentaje de inicio tardío registra es el trastorno por atracón seguido de la BN. (Mangweth-Matzek, Rupp et al. 2006; Luca, Luca et al. 2015).

En cuanto a las características psicológicas presentes en el momento del diagnóstico, como era de esperar, las pacientes con TCA presentaban mayor psicopatología que los sujetos sanos. En este punto no podemos confundir los síntomas comórbidos que se manifiestan o agravan junto a la clínica alimentaria con los que aparecen de forma previa, pudiendo incrementar el riesgo de desarrollar estas patologías.

En nuestro trabajo podemos hablar de síntomas comórbidos, que pese a no ser predictivos del desarrollo de la enfermedad sí son de suma importancia ya que incrementan la severidad y resistencia al tratamiento de estas pacientes (Bulik, 2002). Entre ellos encontramos que fue la depresión la patología comórbida más frecuente, presente en un 27,2 % del total de pacientes, seguida del trastornos ansiosos (10,3%) y de los trastornos de personalidad (7,7%). Otros trastornos reportados fueron el trastorno obsesivo compulsivo, el TDAH o los trastornos psicóticos. En cuanto al análisis de los distintos grupos por separado, encontramos que la población del grupo BN presentó mayor proporción de todas las patologías comórbidas, salvo en el TOC que fue presentado exclusivamente en el grupo AN (5,7 %).

Cabe señalar aquí que la psicopatología comórbida se recogió utilizando la entrevista neuropsiquiátrica internacional MINI, en la categoría ansiedad no hace referencia a sintomatología ansiosa sino a los diagnósticos de

trastorno de ansiedad generalizado F41.1 y el trastorno de angustia F.40.0. Tal vez por eso este diagnóstico aparezca menos representado que en otras muestras ya que distintos autores encuentran síntomas de ansiedad en la mayoría de los pacientes con un TCA (Bulik, Sullivan et al. 1997; Kaye, Bulik et al. 2004).

Dentro de la clínica ansiosa estudios previos revelan que la fobia social es el diagnóstico comórbido más frecuente a lo largo de la vida llegando a presentar en más de un 50 % de los pacientes (Godart, Berthoz et al. 2006). Incluso algunos autores describen que mayores niveles de ansiedad social están asociados a mayor severidad del trastorno (Ruscio, Stein et al. 2008), hecho que no replicamos en nuestra muestra encontrando cifras sensiblemente inferiores de diagnósticos relativos a la ansiedad en general y en particular de fobia social.

Si evaluamos la sintomatología ansiosa que presentan los pacientes mediante el STAI, esta se revela superior a la de los controles, tanto en el concepto de estado como en el rasgo, pero se aprecia que además los pacientes del grupo BN prestan un rasgo más ansioso que los del grupo AN, aunque en el momento de la evaluación y por tanto del diagnóstico, el estado de su ansiedad alcance cotas similares.

Respecto a la clínica obsesiva medida con el OCI-R, observamos mínimas diferencias entre poblaciones clínicas, al evaluar los rasgos obsesivos, si exceptuamos las ideas obsesivas que aparecen más ligadas al grupo AN, el resto de las características: comprobaciones, lavados, acumulación, orden o neutralización son similares entre ambos grupos de pacientes, aunque claramente superiores que en los controles.

Datos similares encontramos en cuanto a la baja autoestima, que ha sido descrita no sólo de forma comórbida, sino como un factor de riesgo para el desarrollo de un TCA (Vanderlinden, Kamphuis et al. 2009). De forma similar la sintomatología depresiva se observa especialmente y en mayor medida en los pacientes del grupo BN, no sólo con respecto a los controles sanos, sino que presentan una marcada diferencia respecto a los pacientes del grupo AN, hecho

que también señalan otros autores (Zaider, Johnson et al. 2000; Vanderlinden, Kamphuis et al. 2009).

La propia sintomatología alimentaria, medida mediante uno de los cuestionarios validados más habituales el EDI-II, revela diferencias en todas las áreas entre pacientes y controles a pesar de que otros estudios demuestran que subescalas como insatisfacción con la imagen corporal, motivación para adelgazar y realización de dietas, aparecen comúnmente altas tanto en pacientes con algún TCA como en la población general (Bennett y Stevens, 1997). Nuestra muestra también revela mayor gravedad en el grupo BN, siendo sus puntuaciones superiores no solo en la escala de impulsividad o de bulimia que son las más definitorias de esta patología, sino también en lo referente a la obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, ineficacia, conciencia interoceptiva e incluso en ascetismo.

En suma y coincidiendo con lo que diversos estudios internacionales han demostrado, observamos altos niveles de psicopatología general en pacientes que presentan un primer episodio de TCA (Fairburn, Welch et al. 1997; Swanson, Crow et al. 2011). Esta parece incrementarse en el grupo de sintomatología bulímica que además de reportar mayores indicadores en cuanto a la sintomatología alimentaria, padece más depresión, trastorno de personalidad, baja autoestima y síntomas ansiosos; mientras que el grupo de sintomatología anoréxica parece estar más asociado a los trastornos obsesivo-compulsivos. Dadas las características de nuestro estudio no podemos concluir si estos síntomas son concomitantes o si la psicopatología no alimentaria aparece previamente al trastorno constituyendo un factor de riesgo.

Por otro lado encontramos que ciertas características conductuales como el nivel educativo o el estado civil, encontramos en los pacientes no difieren en estos hábitos respecto a la muestra de sujetos sin patología. Concretamente en lo referente al estado civil en todos los grupos predomina la soltería sin que se encuentren diferencias, en el caso de los pacientes las cifras revelan que casi un 40 % de ellos están casados o tienen un relación de pareja estable, lo cual discrepa de otros estudios consultados que muestran valores

superiores (Turón 1997), pero no podemos olvidar que la mayoría de ellos se han realizado en población adolescente o mujeres jóvenes mientras que nuestra muestra como hemos visto recoge todos los casos incidentes de Cantabria independientemente de la edad. También se ha comprobado que las características de las personas que conviven con la pareja son diferentes a las pacientes que no tienen pareja (Bussolotti, Fernandez-Aranda et al. 2002).

Por otro lado comparamos si existían diferencias en el nivel académico alcanzado las calificaciones obtenidas. Esta condición ha sido postulada por distintos estudios como revisa el trabajo de López (Lopez, Stahl et al.). Como factor de riesgo asociado a padecer un TCA se identifica la existencia de un nivel promedio de inteligencia superior al de las jóvenes de este grupo de edad.

Esta hipótesis no puede comprobarse en nuestra muestra ya que los sujetos no realizan ninguna prueba que permita evaluar el coeficiente intelectual ni las funciones ejecutivas; para tratar de realizar una aproximación a esta hipótesis analizamos tanto el nivel académico alcanzado como las calificaciones obtenidas. El nivel académico fue ligeramente superior en el grupo bulímico y pensamos que esto puede estar condicionado por que la media de edad también era mayor en el grupo bulímico pudiendo llegar a cursas más estudios. En cuanto a los resultados académicos no difieren entre pacientes y controles pero sí se objetivan mejores resultados académicos en el grupo de perfil anorexia.

Los distintos trabajos no han conseguido elucidar esta hipótesis, que atribuyen un mejor rendimiento a estos pacientes, como también sugiere nuestra muestra a pesar de que estos resultados han de ser tomados con extrema cautela por ser meramente orientativos. En la literatura consultada a pesar de la controversia parece que tiende a identificar mayor inteligencia en el caso de la AN (Lopez, Stahl et al.).

5.1.2. Análisis de factores de riesgo individuales.

En este apartado se discuten los factores que los pacientes han presentado o experimentado de forma individual referentes a circunstancias biológicas, psicológicas y conductuales y que se asocian como factores predisponentes o precipitantes al desarrollo de un TCA. Los datos que presentaron diferencias significativas, conllevando un mayor riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria se resumen, en una tabla dentro de cada apartado.

a. En primer lugar discutimos los **factores individuales de tipo biológico**.

Tabla 61. Factores biológicos que resultaron significativos.

| FACTORES INDIVIDUALES BIOLÓGICOS | PACIENTES n (%) | CONTROLES n (%) | Odds ratio | Comparación I.C.al 95% | | Predominio diagnóstico |
|----------------------------------|-----------------|-----------------|------------|------------------------|------------|------------------------|
| | | | | L.inferior | L.superior | |
| Complicaciones obstétricas | 72 (49%) | 37 (25,5) | 2,87 | 1,75 | 4,72 | AN=BN |
| Ruptura prematura de membranas | 9 (6,1%) | 0 (0%) | 2,05 | 1,19 | 2,27 | AN=BN |
| Obesidad infantil | 87 (44,8) | 36 (18,4) | 3,61 | 2,28 | 5,71 | BN>AN |
| Menarquia precoz | 48 (24,4) | 26(15,2) | 2,17 | 1,25 | 3,74 | AN>BN |

El primero de los factores biológicas analizado hace referencia a la presencia de determinados **acontecimientos obstétricos o perinatales**. Nuestros datos revelan mayor presencia de estas complicaciones en relación con el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

Estudiamos varios posibles factores implicados, entre ellos no obtenemos diferencias en cuanto al peso del recién nacido, ni a la frecuencia de prematuridad, concordando con la revisión realizada por Krug (Krug, Taborelli et al. 2013). Tampoco con la presencia de la diabetes gestacional o la alimentación mediante lactancia materna.

Los datos referentes a la edad del padre en el momento del nacimiento tampoco muestran diferencias entre pacientes y sujetos sanos; en cambio nuestra muestra encuentra menor edad en la madre de las pacientes, especialmente en el caso de la BN, esto contradice los hallazgos encontrados en la literatura, ya que distintos estudios de cohortes concluían que la juventud de las madres podría ser un factor protector (Goodman, Heshmati et al. 2014).

En referencia a las complicaciones obstétricas, tanto del embarazo como del parto se obtiene un riesgo 2,8 veces mayor de desarrollar un TCA para los pacientes que han tenido algún tipo de complicación perinatal, frente a los que no tuvieron ninguna. En cuanto al subtipo diagnóstico se puede observar una mayor tendencia a padecer cualquier clase de complicación y al desarrollo de AN, dato que reproduce lo encontrado en los estudios previos (Raevuori, Linna et al. 2014), especialmente para la ruptura prematura de membranas que se asocia con un riesgo 2 veces superior de presentar un problemas alimentario frente a la población que no sufrió este evento perinatal. También encontramos que el prolapso de cordón o la cesárea complicada son significativamente más frecuentes en pacientes con patología del tipo AN que en el grupo de BN, está mayor tendencia en el grupo restrictivo ha sido reportada por todos la gran mayoría de los autores (Favaro, Tenconi et al. 2006).

A la luz de estos hallazgos el grupo liderado por Favaro afirma que en determinadas etapas de la vida, el neurodesarrollo y los factores implicados en él, deben tenerse en cuenta para explicar los efectos de la genética y los factores ambientales, incluidos los FP, sobre el riesgo de desarrollar un TCA.

Otros factores biológicos como las **enfermedades crónicas o del desarrollo** que también han sido identificadas por otros autores (Patton 1988; Hoffman 2001), no se asocian en nuestra muestra con el aumento del riesgo de TCA, ya que tanto la prevalencia como las características de las enfermedades sufridas son similares a de las de la población general, y a pesar de que la tendencia es superior en el grupo de pacientes con sintomatología bulímica, tampoco se objetivan datos de morbilidad orgánica diferenciales entre las dos poblaciones clínicas.

La siguiente variable biológica que nos indica mayor vulnerabilidad es el antecedente de **obesidad o sobrepeso en la infancia**, que revela 3,6 veces más riesgo para desarrollar un TCA. Encontramos que más del cuarenta por ciento (44.8 %) de los pacientes presentó sobrepeso en la infancia, mientras que entre los controles solo lo padeció el 18 %. Este hecho fue más habitual en pacientes con BN.

A pesar de que algún estudio previo rechaza el concepto de obesidad premórbida en la anorexia nerviosa (Turón 1997), considerando la obesidad en la infancia como hecho independiente de la enfermedad, en términos generales esta asociación ha sido ampliamente descrita por otras investigaciones (Fairburn, Doll et al. 1998; Striegel-Moore and Bulik 2007) siendo especialmente identificado en la BN. Esto se revela como un factor de vulnerabilidad que además se asocia con la insatisfacción y la mayor prevalencia de dietas en la adolescencia (Ackard and Peterson 2001).

El último de estos factores biológicos analizado es el **desarrollo puberal**, en la muestra encontramos que la media de edad de la menarquia se sitúa en torno a los 12 años, esto coincide con el promedio de presentación de la menarquia en nuestro medio, y en otros estudios (Abraham, Boyd et al. 2009).

Los resultados revelan que la aparición de la menarquia antes de los 12 años se asocia con un riesgo 2,17 veces mayor de desarrollar un TCA, esta relación entre pubertad y TCA ha sido señalada previamente por distintos autores (Stice, Presnell et al. 2001; Striegel-Moore, McMahon et al. 2001), que incluso encuentran que la sintomatología bulímica aparece con más frecuencia en las mujeres con menarquia precoz (Kaltiala-Heino, Rimpela et al. 2001). Otros trabajos no encuentran esta relación con los síntomas de la AN (Ruuska, Kaltiala-Heino et al. 2003).

La explicación a este fenómeno podríamos obtenerla en las mayores dificultades de aceptación del cuerpo, cuando se desarrolla de una forma prematura, marcando diferencias con pares (McNicholas, Dooley et al. 2012). Además este desarrollo se relaciona con mayor IMC y cambios en la silueta, lo

que también se relaciona con altos índices de insatisfacción, con la imagen corporal y baja autoestima cuando se trata de una menarquia precoz (McCabe and Ricciardelli 2004).

b. En segundo lugar pasamos a discutir los **factores psicológicos**.

Tabla 62. Factores psicológicos que resultaron significativos.

| FACTORES INDIVIDUALES PSICOLÓGICOS | PACIENTES n (%) | CONTROLES n (%) | Odds ratio | Comparación I.C.al 95% | | Predominio Diagnóstico |
|------------------------------------|-----------------|-----------------|------------|------------------------|------------|------------------------|
| | | | | L.inferior | L.superior | |
| A. Psicopatológicos | 112(78,3) | 31 (21,7) | 7,05 | 4,38 | 11,35 | BN>AN |
| Gestos autolíticos | 33 (17,4) | 3 (1,5) | 13,52 | 4,07 | 44,94 | BN>AN |
| Gestos autolesivo | 29 (14,8) | 1 (0,5) | 33,82 | 4,56 | 251,42 | BN>AN |
| Baja autoconfianza | 47 (24) | 8 (4,1) | 8,14 | 3,89 | 17,05 | BN>AN |
| Insatisfacción por peso | 146 (74,5) | 76(39,4) | 4,49 | 2,19 | 6,92 | BN>AN |
| Deseos de adelgazar | 161 (82,1) | 100 (51,8) | 4,29 | 2,69 | 6,78 | BN>AN |
| Insatisfacción personal | 112 (57,1) | 29 (15) | 7,54 | 4,63 | 12,25 | BN=AN |
| Importancia social del peso | 147 (75,5) | 60 (31,1) | 6,78 | 4,35 | 10,60 | BN>AN |
| CARÁCTER SUBESCALAS TCI-R | Media (DE) | Media (DE) | Sig. (p) | I.C.al 95% | | Predominio Diagnóstico |
| | | | | L.inferior | L.superior | |
| Evitación daño | 116,74 (18,52) | 92,57 (16,01) | 0,00 | 20,71 | 27,62 | BN=AN |
| Dependencia recompensa | 104,16 (17,48) | 111,73 (11,56) | 0,00 | -10,52 | -4,614 | BN=AN |
| Autodirección | 125,39 (19,18) | 151,39 (16,25) | 0,00 | -29,54 | -22,45 | BN=AN |
| Cooperación | 133,88 (17,43) | 142,63 (12,08) | 0,00 | -11,74 | -5,76 | BN=AN |

En lo referente a la presencia de **antecedentes psicopatológicos** personales, nuestra muestra revela mayor prevalencia de antecedentes psiquiátricos personales (78,3%) en el grupo de pacientes difiriendo netamente de la presentada en los voluntarios sanos (21,7%) lo que confiere un riesgo 7 veces mayor de padecer un trastorno alimentario en sujetos que previamente ya

han tenido otras patologías entre las más habituales la ansiedad o la depresión. Estos datos son consistentes con lo reportado por otros autores que identifican que hasta un 70 % de los pacientes han padecido ansiedad de forma previa (Godart, Flament et al. 2002), cifras del 40% en el caso de la depresión (Zaider, Johnson et al. 2000) o los trastornos de personalidad (Reas, Ro et al. 2013). Al realizar el análisis entre grupos se observa como es el grupo de sintomatología bulímica el que conlleva mayor psicopatología premórbida.

En el análisis de los **gestos autolíticos** realizados previamente al desarrollo de un TCA nuestros resultados reflejan que el 17,4 % de los pacientes habían llevado a cabo anteriormente algún gesto con finalidad autolítica, frente al 1,5 % de los voluntarios sanos. Lo que nos revela un riesgo más de 13 veces superior de padecer un TCA en pacientes que realizan gestos autolíticos, esto puede estar en relación con la mala gestión de las adversidades o de las emociones en este tipo de pacientes. Este porcentaje puede ser más alto de lo que se identifica en otras muestras, ya que sólo contempla los gestos con intencionalidad autolítica (no los pensamientos), aunque no hayan precisado atención médica. Creemos que puede existir un alto porcentaje que oculte actos suicidas o autolesivos.

Respecto al tipo de conducta alimentaria es a la que más se asocian estas conductas, se observa que el 75% del total de estos gestos fueron realizados por personas que posteriormente recibieron diagnóstico de TCA de tipo bulímico. Esto coincide con lo descrito en la literatura en la que se señala la presencia significativa de de conductas de tipo impulsivo entre ellas intentos de suicidio en la bulimia y el trastorno por atracón frente a la anorexia (Keel and Mitchell 1997; Keel and Klump 2003; Arcelus, Mitchell et al. 2011; Keshaviah, Edkins et al. 2014). Un reciente estudio llevado a cabo en Suecia identifica un riesgo cinco veces superior de cometer un intento de suicidio en la población que padece un TCA independientemente del sexo. Este riesgo se mantiene incluso cuando controlan variables de comorbilidad como los trastornos afectivos, también revela mayor probabilidad de llevar a cabo estas conductas en BN. Sin embargo conlleva mayor letalidad en AN (Haynos, Roberto et al. 2014; Yao, Kuja-Halkola et al. 2016).

Los resultados de nuestro trabajo muestran que la realización de **autolesiones sin finalidad autolítica**, previas al desarrollo de la enfermedad, tiene un elevado valor predictivo, representando un riesgo 33 veces mayor que en los sujetos que nunca han realizado estos gestos. Encontramos una proporción del 14% de los pacientes frente al 0,5% en el grupo control. Distintos estudios confirman que la presencia de autolesiones sin intención autolítica es una práctica habitual en los pacientes con TCA (Favaro and Santonastaso 2000; Claes, Nederkoorn et al. 2006; Fernandez-Aranda, Jimenez-Murcia et al. 2006; Svirko and Hawton 2007). En la revisión del 2007 se muestra una prevalencia en distintos estudios entre el 13.6% y el 75%, siendo más frecuente en las pacientes con sintomatología bulímica que en AN restrictiva (Svirko and Hawton 2007), también se encuentra relación con la severidad de los síntomas (Favaro and Santonastaso 2000). Los estudios han identificado mayor frecuencia de autolesiones en las semanas previas al diagnóstico de un TCA, especialmente cuando este sucede en pacientes más jóvenes, posiblemente asociado al incorrecto manejo de altos niveles de estrés (Svirko and Hawton 2007).

Los pacientes con estas conductas se caracterizan por déficits en la regulación de los impulsos, inestabilidad afectiva e interpersonal, baja tolerancia a la frustración y mayor riesgo de suicidio (Forcano, Fernandez-Aranda et al. 2009). Algunos autores sugieren que estas conductas autolesivas podrían funcionar como mecanismo regulador de emociones o auto-castigo (Claes, Klonsky et al. 2010). Además, las investigaciones previas demuestran que las conductas autolesivas comparten numerosos factores de riesgo con los TCA, como experiencias traumáticas previas, factores sociales o culturales, un entorno familiar negativo o situaciones de presión social que promueven los estereotipos corporales poco realistas (Yao, Kuja-Halkola et al. 2016) .

Sin duda una buena parte de los esfuerzos para determinar factores de riesgo en TCA se ha llevado a cabo estudiando los **rasgos de temperamento y carácter**, y existen datos consistentes que describen la personalidad del propio paciente que desarrolla el TCA como un factor de riesgo (Cassin and von Ranson 2005), ya que las características personales hereditarias o ambientales

parecen ser relativamente estables antes, durante y después del episodio de TCA.

Se han descrito rasgos como personalidades ansiosas, sensibilidad a la internalización del ideal de delgadez o con dificultades de flexibilidad cognitiva. Pero en nuestro estudio nos basamos en el modelo propuesto por Cloninger y en su instrumento de evaluación de temperamento y carácter (TCI-R).

Nuestro análisis revela asociación con el desarrollo de un TCA y la mayor evitación del daño; esta refleja una tendencia a responder excesivamente a estímulos ambientales aversivos, e implica preocupación anticipatoria sobre posibles problemas, también observamos menor autodirección o habilidad de un individuo para controlar, regular y adaptar su conducta en relación a la presentada por el grupo control. Estas asociaciones replican las descritas en otros estudios realizados en el ámbito de los TCA (Klump, Strober et al. 2004), puesto que identifican estos dos rasgos de personalidad como potenciales factores de vulnerabilidad (Lilenfeld, Wonderlich et al. 2006) contribuyendo a la etiopatogénesis del trastorno (Abbate-Daga, Gramaglia et al. 2010).

Por otro lado nuestros resultados revelan menor dependencia a la recompensa y cooperación en población clínica que en el grupo control. Este dato es más controvertido y menos replicado pero aparece descrito de forma consistente en estudios previos (Penas-Lledo, Jimenez-Murcia et al. 2010). En términos generales la literatura muestra mayor evitación del daño (Fassino, Amianto et al. 2004), junto con escasa autodirección y baja cooperación en todos los subtipos de TCA (Klump, Bulik et al. 2000). En el resto de las variables, los resultados fueron más heterogéneos en cuanto a búsqueda de sensaciones, persistencia o la trascendencia, comparando el perfil de personalidad de pacientes y controles.

Sin embargo si tenemos en cuenta la diferencia entre grupos clínicos, observamos que las dos muestras no difieren en evitación del daño, dependencia a la recompensa, autodirección, cooperación o trascendencia. En cambio encontramos mayor búsqueda de sensaciones en el grupo de perfil

bulímico, lo que concuerda con datos recogidos en la literatura, relacionándolo con mayor impulsividad, intolerancia a la rutina y excitabilidad en distintas muestras (Fassino, Amianto et al. 2004). Mientras que el grupo de perfil anorexia también presenta mayor persistencia, dato que también ha sido descrito previamente (Amianto, Ercole et al. 2011) y que se asocia a mayor perfeccionismo, tendencia obsesiva y rigidez.

De acuerdo con lo recogido en una revisión llevada a cabo por Cassin (Cassin and von Ranson 2005), nuestro trabajo también puede concluir que el hecho de presentar un perfil de personalidad con rasgos desadaptativos, especialmente una elevada evitación del daño y una baja autodirección, actúa como factor de vulnerabilidad y predispone para el desarrollo de un trastorno alimentario de forma inespecífica, sin embargo presentar mayor nivel de persistencia propiciará el desarrollo de un trastorno de tipo restrictivo mientras que destacar en la búsqueda de sensaciones confiere más riesgo de desarrollar un trastorno de tipo bulímico.

Por otro lado evaluábamos mediante distintas preguntas el grado de **insatisfacción** premórbida de forma general, o algunos aspectos específicos como el peso, o la confianza personal. A pesar de que la insatisfacción y el descontento con la imagen, especialmente en mujeres jóvenes es considerada “normal” debido a su alta frecuencia, nuestro estudio revela que en todas las preguntas analizadas existe una clara diferencia entre el nivel de confianza y satisfacción de los sujetos sin patología y el de los pacientes con un TCA. Para las distintas preguntas que se encuentran descritas en la tabla 62, se objetivan riesgos todos ellos entre 4 y 8 veces de padecer una de estas enfermedades.

Este dato también es consistente en la literatura previa que define la insatisfacción con la imagen corporal como un marcado predictor de los TCA (Beato-Fernández, Rodríguez-Cano et al. 2004). Y algunos autores como Gardner consideran la merma de la autoestima y la insatisfacción como uno de los factores claves en el desarrollo de los TCA (Gardner, Stark et al. 2000).

Como se ha comentado anteriormente, los aspectos socioculturales, tales como presión social a la esbeltez y estigmatización a la obesidad, son los

causantes de esta insatisfacción corporal. Esta presión está ejercida sobre toda la población y solo los individuos vulnerables acaban desarrollando un trastorno, lo que nos indica una vez más que la insatisfacción por sí sola no resulta suficiente, ya que la etiopatogenia puede considerarse multifactorial.

c. En tercer lugar, los **factores conductuales**.

En la tabla 63 se muestran los factores significativos en la comparación de pacientes y controles.

Comenzamos discutiendo los resultados obtenidos del análisis de la historia **alimentaria premórbida**. Las conductas alimentarias de riesgo realizadas de forma premórbida, es decir, antes de que comenzara el trastorno alimentario revelan diferencias entre pacientes y controles sanos. Entre ellas mayor frecuencia de dietas restrictivas, de evitación de comidas para perder peso y de ayunos voluntarios con este fin. En nuestra muestra llevar a cabo esta conducta implica un riesgo de desarrollar un TCA que en el caso de las dietas restrictivas es de 2,3 en el supuesto de saltarse comidas de 4,6 y se cifra en 6,12 para las personas que ayunan como manera de controlar el peso. Los datos también revelan que estas conductas alimentarias de riesgo eran más prevalentes de forma premórbida en pacientes del grupo BN.

Revisando los estudios encontramos datos que muestran que la práctica de una dieta para perder peso confiere entre 5 (Wlodarczyk-Bisaga and Dolan 1996) y 8 (Patton, Selzer et al. 1999) veces más riesgo de progresar a TCA para una persona que las realiza que para otra que no, con independencia del tipo de trastorno. Estudios más recientes llevados a cabo con pacientes, encuentran que prácticamente la mayoría de los sujetos con BN refieren haber iniciado dietas restrictivas previas a desarrollar el trastorno alimentario (Stice, Marti et al. 2011), de forma similar a lo descrito en estudios llevados a cabo en pacientes con AN, lo que sugiere que practicar dietas restrictivas puede ser un predictor de progresar hacia un TCA con independencia del subtipo (Fairburn, Cooper et al. 2005).

Tabla 63. Factores conductuales que resultaron significativos.

| FACTORES INDIVIDUALES CONDUCTA | PACIENTES n (%) | CONTROLES n (%) | Odds ratio | Comparación | | Predominio Diagnóstico |
|--------------------------------------|-----------------|-----------------|------------|-----------------------|------------|------------------------|
| | | | | I.C.al 95% L.inferior | L.superior | |
| Dietas previas | 155(79,1) | 120 (62,2) | 2,30 | 1,46 | 3,60 | BN>AN |
| Saltarse comidas | 130 (66,3) | 60(31,1) | 4,36 | 2,85 | 6,67 | BN>AN |
| Ayuno | 76(38,8) | 18 (9,4) | 6,12 | 3,48 | 10,7 | BN>AN |
| Cirugía estética | 13 (6,6) | 1(0,5) | 13,85 | 1,79 | 106,95 | BN>AN |
| Ejercicio habitual | 67 (34,4) | 107 (54,6) | 0,43* | 0,29 | 0,65 | GC |
| Ejercicio compulsivo | 45 (23,0) | 9 (4,6) | 6,19 | 2,93 | 13,07 | BN>AN |
| Robos impulsivos | 24 (12,2) | 5(2,6) | 5,33 | 1,99 | 14,27 | BN>AN |
| Compras compulsivas | 10 (5,2) | 2 (1) | 5,33 | 1,15 | 24,65 | BN>AN |
| Consumo de tabaco | 92 (46,9) | 55(28,1) | 2.64 | 1,48 | 3,49 | BN>AN |
| Fumar para controlar peso | 30 (34,5) | 6(9,2) | 5,17 | 2,00 | 5,17 | AN>BN |
| Consumo de cocaína | 27(12,2) | 7(3,6) | 3,74 | 1,54 | 8,91 | BN>AN |
| Sustancias adelgazantes | 70 (35,7) | 18(9,2) | 5,49 | 3,16 | 9.64 | BN>AN |
| Consumo de diuréticos | 70(35,7) | 18(9,2) | 5,42 | 3.12 | 9.64 | BN>AN |
| Consumo de laxantes | 53(27) | 9 (4,6) | 7,70 | 3,67 | 16,11 | BN>AN |
| Accidente o enfermedad | 29 (14.9) | 14 (7.2) | 2,27 | 1.16 | 4.24 | BN>AN |
| Sentir rechazo | 61 (31.1) | 24 (12.2) | 3.25 | 1.92 | 5.49 | BN>AN |
| Miedo colegio o trabajo | 47 (24.1) | 16 (8.2) | 3.56 | 1.94 | 6.55 | BN=AN |
| Miedo en la calle | 47 (24.0) | 22 (11.2) | 2.50 | 1.44 | 4.35 | BN=AN |
| Abuso sexual | 28 (14,4) | 15 (7,7) | 2,02 | 1,04 | 3,92 | BN>AN |
| Problemas de escolarización | 32 (16,3) | 5 (2,5) | 7,43 | 2,85 | 19,67 | AN>BN |
| Problemas de pareja | 43 (24) | 9 (4,6) | 6,54 | 3,08 | 13,8 | BN>AN |
| Problemas en las relaciones sociales | 18 (9,2) | 0 (0) | 2,17 | 1,89 | 2,34 | BN=AN |

Las CAR también se han estudiado en una población de ambos sexos no clínica en España, encontrando que un 11,2% de los adolescentes practicaban conductas como saltarse comidas o ayunar, de los cuales 7,79% eran chicas y 3,34% chicos, esto se asociaba con mayor IMC de los sujetos y mayor riesgo de desarrollo de TCA (Pamies Aubalat 2011).

Referente a las **intervenciones quirúrgicas con finalidad estética**, (mamoplastias, rinoplastias o liposucciones), encontramos que 13 pacientes (6,6%) se sometieron a este tipo de intervenciones, frente a una sola persona del grupo control. Cabe destacar que todas ellas fueron mujeres y que esta práctica se relacionó con el desarrollo de patología con sintomatología bulímica.

El estudio en este campo es escaso, no así en otras patologías que comparten los rasgos de insatisfacción corporal con los TCA como es la dismorfofobia, donde esta relación ha sido ampliamente demostrada. No obstante algunos autores han encontrado una asociación entre las intervenciones quirúrgicas y los TCA de forma inespecífica (Alejo 2013) o concretándolo en el subtipo BN (Russell 1979).

Nuestros resultados muestran además que someterse a intervenciones quirúrgicas para cambiar la imagen corporal, implica 13 veces más riesgo de desarrollo de un TCA en el futuro que para los pacientes que no las han realizado.

Otra de las conductas ampliamente relacionada con los trastornos alimentarios es **la práctica de actividad física**. Se trata además de un tema que suscita controversia en cuanto a su relación causal, mientras que para unos autores la práctica de deporte sería un síntoma, para otros juega un papel causal fundamental (Meyer, Taranis et al. 2008).

Los datos obtenidos en nuestro estudio revelan que los sujetos del grupo control realizaban más actividad física de forma habitual que los pacientes, especialmente que los del perfil bulimia, y por lo tanto realizar ejercicio habitual se postula débilmente como un factor protector. Tampoco encontramos diferencias entre pacientes y controles, ni entre las poblaciones

clínicas en la práctica de deporte de competición. Cabe mencionar aquí que no se trata de competiciones de alto nivel, la pregunta hace referencia a cualquier tipo de competición de forma federada, excluyendo las competiciones escolares, tal vez por eso nuestro datos discrepen de lo reportado por estudios previos, que de forma consistente identifican un mayor riesgo de TCA en personas expuestas a la presión de la competición deportiva, encontrando por ejemplo una incidencia de TCA de un 18% en mujeres atletas, cifras similares a las encontradas en deportistas de élite de ambos sexos (Sundgot-Borgen and Torstveit 2004; Toro, Galilea et al. 2005).

En este apartado recogíamos el tipo de competición que practicaron, en este sentido nuestros datos no se apartan de lo reflejado en la literatura, observando que los pacientes del grupo AN tenía más historia previa de deportes relacionados con la imagen como el baile o la gimnasia rítmica, que los reportados por los pacientes de perfil bulímico o el grupo control. Estudios realizados en poblaciones femeninas que compiten en deportes estéticos objetivan una prevalencia de estos trastornos que alcanza el 42%, considerándolo como una población de riesgo (Sundgot-Borgen and Torstveit 2004).

Se le ha asignado una escasa importancia al ejercicio físico como factor de riesgo para los trastornos alimentarios en comparación con la dieta. No obstante, no podemos olvidar que además de la práctica de ejercicio de forma saludable, muchas personas también lo realizan de forma excesiva, llegando a ser compulsiva. A este respecto nuestra muestra revela que la práctica de ejercicio compulsivo, reportado así por los sujetos como forma de controlar su peso, está presente de forma premórbida en el 23% de los pacientes frente al 4,6% de los controles. Con estos datos obtenemos que las personas que realizan ejercicio excesivo para controlar su peso, tienen un riesgo seis veces superior de desarrollar un TCA, estas conductas fueron descritas en mayor medida en pacientes que desarrollaron un TCA de perfil bulímico. Este dato se encuentra en relación con la mayor prevalencia de conductas de tipo impulsivo que presentan estos sujetos (Fernandez-Aranda, Pinheiro et al. 2008).

También fueron analizadas **otro tipo de consultas impulsivas**, como son los robos o hurtos y las compras compulsivas. En nuestra muestra encontramos mayor prevalencia de ambas en la historia previa de pacientes, que en la vida previa de los controles. En el caso de los robos o hurtos, un 12,2% de los pacientes confesaban haberlos realizado frente a un 2,6% de los controles, lo que nos revela un riesgo más de cinco veces superior de desarrollar un TCA en personas que tienen dificultades para reprimir este impulso. Podemos apreciar el predominio de sintomatología bulímica en la conducta alimentaria desarrollada a posteriori, concordando con lo publicado al respecto, donde algunos autores señalan porcentajes superiores (20%) (Claes, Muller et al. 2012), en ocasiones relacionados con otras conductas impulsivas como el consumo de sustancias (Fernandez-Aranda, Pinheiro et al. 2008).

Situación similar, aunque en menor medida, encontramos en las frecuencia de compras compulsivas que fue descrita por el 5,2% de los pacientes frente al 1% de los controles, predominando claramente en el subtipo de perfil bulímico, confiriendo un aumento por 5 del riesgo de evolucionar hacia un TCA.

Posiblemente de forma asociada con la impulsividad y la mayor búsqueda de sensaciones se encuentre la **precocidad en las relaciones de pareja**. Estudios previos identifican que las mujeres jóvenes con bulimia inician su vida sexual tempranamente, mientras que en la anorexia hay un rechazo y disgusto hacia la sexualidad (Kaltiala-Heino, Rimpela et al. 2001). Este hecho no se replicó en nuestro análisis, ya que la edad media de la primera relación de pareja y de la primera relación sexual fue similar entre pacientes y controles, tampoco se encontró diferencia entre las dos poblaciones clínicas.

Tal como apuntábamos en la introducción, la presencia de conductas impulsivas comórbidas en TCA agrava la clínica del trastorno e indica peor pronóstico, pero además, la presencia de estas conductas en sujetos que aun no han desarrollado la enfermedad representa un factor de riesgo para la aparición de estos trastornos. Estudios previos que analizan la comorbilidad de TCA con otras conductas impulsivas, como en el trastorno por control de los

impulsos, reflejan que las pacientes diagnosticadas de BN presentan un perfil de personalidad caracterizado por rasgos patológicos, como alta impulsividad y búsqueda de sensaciones (Fernandez-Aranda, Pinheiro et al. 2008).

Vinculado a las conductas impulsivas encontramos el **consumo de sustancias**. En nuestra muestra podemos apreciar mayor consumo de tabaco en las pacientes que en la muestra sin patología. Además de la diferencia en la frecuencia del hábito tabáquico, encontramos que dentro de los pacientes que fuman un 34% de ellos lo hacen con intención de controlar o reducir el apetito, esta circunstancia solo se observa en el 9,2% de los pacientes fumadores, por lo cual podemos deducir que recurrir al hábito de fumar como medida de control de peso conlleva cinco veces más riesgo de desarrollar un TCA, frente a los fumadores que no buscan este efecto.

No hallamos diferencias en el consumo de alcohol, ni en el de marihuana, o drogas de síntesis, observándose un uso similar de estas sustancias. En la muestra resulta anecdótico el caso de una paciente con consumo previo de heroína. Cabe señalar aquí que evaluábamos el uso de ellas sin especificar la cantidad o el abuso.

La sustancia ilícita que sí reporta diferencias es el consumo de cocaína, siendo más habitual el uso premórbido en pacientes (12,2%) que en el grupo de voluntarios sanos (3,6%). Esto nos reporta 3,7 veces mayor riesgo de desarrollar un TCA en consumidores de cocaína que en sujetos que no la consumen. Tal vez pudiera haber sido utilizado como medida de control del apetito o de aumento de actividad física.

En cuanto al consumo de bebidas estimulantes como el café, el té o las bebidas con cafeína como los refrescos de cola o las bebidas energéticas, tampoco hallamos diferencias entre estos hábitos en pacientes y controles.

Resultados diferentes obtenemos del análisis del consumo, previo al desarrollo de la enfermedad, de productos para controlar el peso como laxantes, diuréticos o productos adelgazantes. En todos ellos se objetivan diferencias entre pacientes y controles, y podemos identificar un aumento del riesgo de

desarrollo de un problema alimentario, en el caso de los laxantes es de 7,7 veces, 5,4 para los diuréticos y 5,5 en el caso de empleo de “productos adelgazantes”, comparado con los sujetos que no consumen estas sustancias.

En lo referente al análisis por grupo diagnóstico observamos que en todas las sustancias evaluadas fue el grupo de perfil bulímico el que mostró mayores frecuencias de consumo. Esta diferencia resultó significativa en el empleo de tabaco, cocaína, bebidas energéticas, y especialmente marcada en el consumo de laxantes, de diuréticos y productos adelgazantes.

Teniendo en cuenta los datos analizados, parece confirmarse que los pacientes del grupo de perfil bulímico presentaban de forma premórbida una mayor tendencia al consumo de cualquier sustancia. Esto concuerda con otras investigaciones previas en las que se aprecia una tendencia de los sujetos que presentan atracones a consumir más drogas (Fernandez-Aranda, Pinheiro et al. 2008) y medicamentos para controlar el peso antes de que se establezca la enfermedad (Calero-Elvira, Krug et al. 2009). (Unikel 2002) .

Un dato reseñable es que los pacientes de perfil AN, a pesar de fumar significativamente menos que el grupo BN, en el caso de hacerlo, reportaron mayor proporción de consumo de tabaco como medida del control del peso. Este dato coincide con otros estudios consultados (Killen, Fortmann et al. 1996), puede relacionarse probablemente a la propiedad que posee la nicotina con respecto al control del peso al aumentar el gasto de energía, además de que la acción de fumar puede actuar como distractor (Stice and Shaw 2003).

Los **acontecimientos vitales estresantes (AVE)** han sido consistentemente identificados como factores predisponentes o precipitantes de distintas enfermedades mentales (Kendler, Gardner et al. 2003), particularmente depresión o ansiedad, pero también se consideran en la actualidad como uno de los factores de riesgo más importantes en el desarrollo de los TCA (Jacobi, Hayward et al. 2004).

En nuestro trabajo las preguntas sobre la ocurrencia de estos estresores se dividieron en acontecimientos que habían sucedido durante la vida del

paciente o bien en el año previo al diagnóstico, pero la mayor parte de las diferencias fueron identificadas en la comparación de la vida previa. Se encontró que la prevalencia de AVE fue estadísticamente superior en pacientes que en controles, tanto de forma global como en la vida previa o en el año anterior al diagnóstico de la enfermedad.

Entre los sucesos más frecuentes en términos generales encontramos los relacionados con el contexto familiar (mudanzas, fallecimiento de un familiar cercano), acompañados de otros como la ruptura sentimental o el cambio de centro escolar. Esto concuerda con lo identificado por otros estudios (Oliva 2008), pero los hallazgos que resultaron ser significativamente diferentes entre pacientes y controles fueron: el padecimiento de un accidente o enfermedad grave a lo largo de la vida, la sensación de rechazo tanto en la vida previa como en el último año, haber experimentado situaciones que generaron miedo en cualquier ámbito (centro escolar/ laboral o en la calle), la separación de los padres o que estos se hayan vuelto a casar. Los datos revelan que la exposición a cada uno de estos sucesos conlleva un aumento del riesgo de desarrollar un TCA de entre dos a cuatro veces (las cifras concretas se muestran en la tabla resumen 63). Encontramos que el mayor riesgo se asocia a la separación previa de los padres, este evento aumenta por seis el riesgo de sufrir un TCA en los sujetos cuyos padres se han separado, frente a los que no lo han hecho.

En el análisis en función del grupo diagnóstico se aprecia una mayor tendencia de AVE en el grupo de perfil bulimia pero las comparaciones entre sí, no alcanzan significación estadística, presentando frecuencias similares entre el grupo AN y el BN, salvo en la percepción de rechazo que es significativamente más prevalente en aquellos pacientes que desarrollaron sintomatología bulímica.

Por otro lado haber sufrido **abusos sexuales** en algún momento de la vida también incrementa por dos el riesgo de desarrollar un TCA, especialmente significativo en el grupo BN. Estos resultados concuerdan con otras investigaciones que señalan que el abuso sexual infantil se considera un factor de riesgo inespecífico y se asocia la mayor psicopatología en general donde la

bulimia es solo una de las posibilidades (Wonderlich, Brewerton et al. 1997; Treuer, Koperdák et al. 2005), contribuyendo como factor de riesgo en su desarrollo (Welch and Fairburn 1996).

Dentro de los acontecimientos vitales estresantes podemos considerar también los **problemas interpersonales**. En nuestro trabajo hallamos diferencia entre sujetos sanos y pacientes en cuanto a padecer problemas escolares, o de relaciones sociales o problemas de pareja.

Nuestros resultados concuerdan con la literatura consultada (Jacobi, Wittchen et al. 2004) y demuestran que padecer problemas en la escolarización, bien por haber sufrido acoso escolar o por otras circunstancias que conlleven dificultades para adaptarse al centro escolar, es más frecuente en sujetos que posteriormente desarrollan un TCA, aumentando 7 veces el riesgo de que esto suceda. Resultados similares encontramos en cuanto a tener problemas sociales por ejemplo sentirse rechazado por el grupo de amigos o no conseguir una correcta integración con pares, en este caso obtuvimos que la vulnerabilidad para padecer un TCA se multiplica por dos. Y de nuevo tener problemas de pareja de tipo maltrato físico o psicológico confiere un riesgo mayor de seis veces para el desarrollo de uno de estos desórdenes alimentarios

En cuanto al diagnóstico, observamos que los problemas de pareja o de tipo social son más frecuentes en el grupo BN pero esta diferencia no es significativa, mientras que los problemas escolares sí son más habituales en el grupo de perfil AN.

Hechos similares ya habían sido descritos previamente en dos trabajos que encontraron que entre todos los AVE consultados los cambios de centro escolar o la presión académica fueron más prevalentes en pacientes que desarrollaron AN (Horesh, Apter et al. 1995).

En términos generales los estudios previos concuerdan con la presencia de acontecimientos vitales estresantes, pueden incrementar el riesgo de desarrollar una patología alimentaria de forma inespecífica (Rojo, Livianos et al. 2003; Jacobi, Wittchen et al. 2004), además el desarrollo de BN se ha

relacionado con pérdidas familiares o de apoyos sociales y con una mayor concurrencia de acontecimientos estresantes (Welch and Fairburn 1996; Fairburn, Welch et al. 1997).

Nuestros resultados se suman a los hallazgos previos, concluyendo que un soporte social deficitario junto con otros AVE son potentes factores de riesgo para el desarrollo de un TCA (Jacobi, Hayward et al. 2004), además muchos de estos acontecimientos están relacionados entre sí y tienen un efecto acumulativo (Masten and Coatsworth 1998).

El hecho de que no todas las personas sean igual de sensibles a estos estresores dependerá de la vulnerabilidad y de la resistencia a la adversidad o resiliencia para manejar estas dosis añadidas de estrés. La explicación a esta asociación puede deberse a que los TCA son utilizados como medida de reducción de tensión para intentar disminuir el malestar mediante distractores, por lo que también se ha relacionado con las autolesiones u otras conductas compulsivas (Briere 1992).

5.1.3. Análisis de factores de riesgo ambientales.

El lugar de residencia tampoco demostró ser una variable diferencial. Cabe señalar aquí que la comunidad de Cantabria continua teniendo una población mayoritariamente rural (<2000) o semiurbana (2000-10000), que no cuenta con ciudades de elevada población a excepción de la capital, por lo que el medio donde residen los pacientes se encuentra bastante homogeneizado, no resultando muy representativo de otras zonas de España. Teniendo en cuenta las características de nuestra área de investigación nuestros resultados van en la línea de otros autores que desmienten la hipótesis inicial, observando casos de TCA con independencia de la clase social, el lugar de residencia o la región geográfica (Gandarillas, Febrel et al. 2004; Keel and Forney 2013)

Tabla 64. Factores de riesgo ambientales significativos.

| FACTORES | PACIENTES n (%) | CONTROLES n (%) | Odds ratio | Comparación | | Diagnóstico de predominio |
|---|--------------------|--------------------|---------------|--------------------------|------------|---------------------------------|
| | | | | I.C.al 95% L.inferior | L.superior | |
| Factores ambientales | | | | | | |
| Presión para adelgazar proveniente de una varón | 64 (32,7) | 11 (5,7) | 8,02 | 4,07 | 15,80 | BN>AN |
| Presión para adelgazar proveniente de una mujer | 37 (18,9) | 16 (8,3) | 2,57 | 1,37 | 4,80 | BN>AN |
| Burlas desde el sexo femenino | 101(50,1) | 44(22,8) | 3,60 | 2,39 | 5,57 | BN>AN |
| Burlas desde el sexo masculino | 94 (49,5) | 35(18.2) | 4.42 | 2,73 | 7.285 | BN>AN |
| Burlas desde un entrenador o profesor | 56 (28.2) | 17 (8,8) | 4.15 | 2,31 | 7,45 | BN>AN |
| Burlas desde familiares | 105(53,6) | 51(26,4) | 3.28 | 2,09 | 4,96 | BN>AN |

La **presión hacia el cambio** de imagen es uno de los factores ambientales más relacionado con la sociedad en la que vivimos, puede considerarse en sí misma un marco de vulnerabilidad (Keel and Klump 2003), presionando al individuo para encajar en unos estereotipos de belleza que persiguen un ideal de delgadez que a menudo no se ajustan a la realidad.

Nuestro estudio detectó que haber percibido mayor presión social hacia el cambio de peso por parte de figuras masculinas o femeninas, constituye un factor de riesgo de presentar un TCA. Para ello, los sujetos respondían al hecho de haber iniciado una dieta, deseado cambiar su peso o imagen, debido a los comentarios de amigos, pareja o a la presión social recibida de forma premórbida al desarrollo de la enfermedad. Para explicarse estos resultados hay que tener en cuenta que la mayor parte de nuestra muestra se compone de mujeres, por lo que el riesgo aumenta por 8 en el caso de recibir esta presión desde un varón, mientras que encontramos un aumento por dos del riesgo, en el

caso de las presiones percibidas desde el sexo femenino (Keel and Klump 2003; Jacobi, Hayward et al. 2004; Gunnard, Krug et al. 2011). También encontramos que es el grupo de sintomatología bulímica el más vulnerable a este tipo de presiones. Distintos estudios mencionan que el entorno sociocultural genera insatisfacción hacia el peso y la figura, lo que propicia el desarrollo de los TCA (Fairburn, Doll et al. 1998; Jacobi, Hayward et al. 2004; Striegel-Moore and Bulik 2007)

Conjuntamente se evaluaron las **burlas y comentarios** recibidos en lo referente a la imagen corporal o al peso, por parte de otras personas del sexo femenino o del sexo masculino, o bien provenientes de profesores, entrenadores, o jefes y por parte de la familia.

De nuevo encontramos que los pacientes presentan más antecedentes de burlas o comentarios críticos referentes a su figura o al peso que los controles, esto ocurre indistintamente de la fuente de donde provengan y se relaciona con un incremento del riesgo de desarrollar TCA de tres a cuatro veces superior a los sujetos del grupo control. Una vez más observamos una tendencia a que sea el grupo de perfil BN el que más comentarios ha recibido, pero la diferencia entre grupos clínicos no alcanza la significación estadística independientemente de la proveniencia del comentario. Un hecho llamativo es la alta percepción de críticas respecto a su imagen con origen en la familia.

La importancia de las burlas es un hecho ampliamente recogido en estudios previos que, junto a otros acontecimientos estresantes y a la presión social percibida, conducen a modificaciones de las conducta alimentaria que pueden no ser saludables (Loth, van den Berg et al. 2008) y a un estrés crónico que incrementa la vulnerabilidad del individuo para presentar alteraciones psicopatológicas entre ellas los TCA (Grilo, Crosby et al. 2009).

Autores como Stice (Stice 2001) proponen como estos factores ambientales actúan de forma conjunta, en sus trabajos identifican además de la presión hacia la delgadez que el paciente percibe desde la familia, la sociedad y los pares, como este ideal de delgadez se internaliza produciendo insatisfacción

lo que puede conllevar conductas de riesgo tales como hábitos dietéticos no saludables y progresivamente conducir hacia la AN o la BN.

5.1.4. Análisis de factores de riesgo familiares.

Tabla 65. Factores de riesgo familiar significativos.

| FACTORES | PACIENTES n (%) | CONTROLES n (%) | Odds ratio | Comparación | | Diagnóstico de predominio |
|---|--------------------|--------------------|---------------|--------------------------|------------|---------------------------------|
| | | | | I.C.al 95% L.inferior | L.superior | |
| Factores familiares | | | | | | |
| Fallecimiento de madre | 18 (9,3) | 7 (3,6) | 2,77 | 1,13 | 6,82 | BN>AN |
| Padres separados | 25(12,9) | 13 (6,7) | 2,07 | 1,02 | 4,13 | AN=BN |
| Hijo único | 35 (17,8) | 18 (9,1) | 2,14 | 1,17 | 3,94 | AN>BN |
| Psicopatología en el padre | 23 (12,6) | 10 (5,1) | 2,64 | 1,23 | 5,78 | BN>AN |
| Psicopatología en la madre | 52 (26,4) | 18 (9,2) | 3,54 | 1,98 | 6,32 | BN=AN |
| Psicopatología en hermano | 28 (14,7) | 6 (3,1) | 5,47 | 2,21 | 13,54 | BN=AN |
| Psicopatología familiar directo | 29 (15,1) | 15 (7,7) | 2,14 | 1,11 | 4,14 | BN=AN |
| Antecedente TCA en madre | 6 (3) | 0 (0) | 2,03 | 1,83 | 2,24 | BN=AN |
| Antecedente TCA en familiar | 40 (20,8) | 9 (4,1) | 6,18 | 2,87 | 13,63 | BN=AN |
| Criticismo materno | 52 (26,7) | 26 (13,6) | 2,33 | 1,37 | 3,94 | BN>AN |
| Criticismo paterno | 39(20,4) | 9 (4,7) | 5,24 | 2,46 | 11,17 | BN>AN |
| Vínculo materno tipo control sin afecto | 76 (47,8) | 5 (29,4) | 2,18 | 1,38 | 3,50 | BN>AN |
| Vínculo paterno tipo control sin afecto | 31(19,9) | 11(7,2) | 3,20 | 1,54 | 6,63 | BN>AN |

Las características familiares son fundamentales en la etiopatogenia de estos trastornos. Son numerosos los factores que han sido estudiados y se considera que en conjunto la familia podría intervenir en la aparición de los TCA a través, tanto de su funcionamiento interno, como de la forma de comunicación

entre los miembros, o de la transmisión de conductas de riesgo para estos trastornos.(Casper and Troiani 2001)

En lo referente a la **estructura familiar**, los acontecimientos relacionados con pérdidas (fallecimientos, separación, pérdidas, cambio de domicilio), pueden identificarse como factores desencadenantes del trastorno alimentario, porque las familias suelen tener dificultades para reajustarse después de este tipo de situaciones (Fairburn, Cowen et al. 1999). Pero estas circunstancias parecen inespecíficas ya que también pueden encontrarse en otras enfermedades mentales.

En nuestra muestra, el fallecimiento paterno no se relaciona con el riesgo de padecer estos trastornos, contrariamente a los que refleja la literatura, pero sí encontramos el doble de riesgo en personas cuya madre ha fallecido o los padres se han separado. El fallecimiento de las madres es además significativamente mayor en los pacientes que presentaron sintomatología bulímica, este dato concuerda con lo descrito anteriormente (Welch, Doll et al. 1997). Tampoco encontramos diferencias respecto a la posición en la fratría o a la gemelaridad pero los datos revelan que ser hijo único implica el doble de riesgo de desarrollar uno de estos trastornos, un hallazgo llamativo es que esta circunstancia fue estadísticamente superior en el grupo AN, este hecho también está descrito en trabajos previos pero solo en relación a la obesidad y a la sintomatología bulímica (Welch, Doll et al. 1997). Tanto nuestros datos, como estudios previos, señalan que la disrupción familiar es un acontecimiento vital estresante que propicia el desarrollo de estas patologías.

Dentro de las variables familiares se ha relacionado ampliamente la mayor existencia de **psicopatología en los progenitores**, los datos más consistentes indican la presencia de trastornos de la alimentación y problemas afectivos como la depresión o la ansiedad en las madres y de trastornos por uso de alcohol, en los padres (Strober, Freeman et al. 2000).

En nuestro caso obtenemos que la presencia de psicopatología en un familiar (padre, madre u otro familiar directo), multiplica de dos a tres veces el

riesgo de desarrollar un TCA, este riesgo se eleva aun más, hasta 5,5 veces, cuando es un hermano el que padece algún trastorno mental.

Respecto a los antecedentes de trastorno alimentario, también se encuentra esta asociación. En el caso de ser la madre quien lo padece, multiplica por dos el riesgo, y por seis, si es algún otro miembro de la familia. A pesar de que los datos de todos los antecedentes marcan una tendencia que indica mayor riesgo de desarrollo de BN, cuando se compara entre las dos muestras clínicas, solo la psicopatología del padre se revela como diferencial entre pacientes y controles, siendo estadísticamente superior en los pacientes que desarrollaron una patología de perfil bulímico.

Otros estudios realizados en familias ofrecen cifras que identifican un aumento de riesgo de presentar TCA, entre 3 y 7 veces en los familiares de pacientes que padecían uno de estos trastornos (Mitchell KS and KS 2010). Por lo tanto concluimos concordando con otros autores que existiría una vulnerabilidad familiar que eleva considerablemente el riesgo de padecer un trastorno de este tipo (Strober, Freeman et al. 2000).

Además de la carga genética, los progenitores transmiten y comparten **hábitos alimentarios y deportivos**. En este sentido investigaciones previas, destacan la existencia sobrepeso o práctica de dietas restrictivas o conductas compulsivas en familiares de pacientes (Parker 1984; Bauer, Bucchianeri et al. 2013). De la misma manera ocurre con la práctica deportiva, la actitud de los padres activos físicamente influye en los hábitos de sus descendientes (Moore, Lombardi et al. 1991).

En nuestra muestra no encontramos ninguna diferencia en los hábitos maternos ni paternos entre los pacientes y los controles, en general tampoco se halló en análisis por grupos diagnósticos. Una excepción la encontramos en la inexistente práctica de dietas por parte de los padres de los pacientes del grupo AN que se diferencia de la encontrada en pacientes del grupo BN y en los controles. No hemos encontrado en la literatura ningún dato que nos ayude a explicar este hallazgo.

Por otro lado, tal y como vimos en apartados previos, la presión hacia el cambio de imagen se considera un factor de riesgo en el desarrollo de estos trastornos, el **criticismo familiar** (especialmente padres y madres) también puede ser un factor predisponente que provoque en el paciente la decisión de iniciar una dieta de adelgazamiento, de hecho los estudios revelan que los padres con altos niveles de insatisfacción corporal y obsesión por la imagen aumentan el riesgo de desarrollar un TCA en los hijos (Agras, Bryson et al. 2007).

En nuestro análisis observamos como existe una diferencia significativa entre el criticismo tanto materno como paterno entre controles y pacientes siendo mayor en este grupo, lo que confiere un aumento por dos del riesgo de padecer un TCA en el caso de madres hipercríticas, mientras que en el caso de padres críticos, este riesgo se multiplica por más de 5.

Además encontramos un hecho interesante, que indica una marcada diferencia entre grupos diagnósticos, siendo mucho más elevado el porcentaje de críticas familiares en el grupo de perfil BN seguido de los controles y por último en menor medida en grupo de la AN, esto se observa para ambos progenitores.

Los datos demuestran que la comunicación de estos estereotipos negativos y la presión para cambiar son transmitidas de padres a hijos, incrementando la insatisfacción corporal y constituyendo un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos alimentarios, específicamente de sintomatología bulímica (Rodríguez-Ruiz S 2013). Este hallazgo al igual que alguno de los anteriores puede tener un sesgo de interpretación. Por un lado un factor o varios pueden interactuar con otros y provocar que aparezca otro. Al ser un estudio donde los datos se recogen de manera retrospectiva existe un sesgo de memoria y una vez empezada la enfermedad aunque lleve poco tiempo influir en la manera de cómo vive las relaciones familiares. Por tanto, en ausencia de un análisis estadístico de tipo factorial los resultados deben tomarse con cautela.

El último de los factores familiares evaluados hace referencia a los estilos de crianza materno y paterno y al tipo de vínculo establecido. Para

evaluarlo hemos utilizado el instrumento PBI. Distintos autores han encontrado en los TCA niveles más altos en sobreprotección y más bajos en cuidados, lo que se denomina vínculo de tipo control sin afecto (Tetley, Moghaddam et al. 2014), esto se ha descrito con más consistencia en la relación entre madres y pacientes. Más heterogéneos son los datos en cuanto al vínculo con el padre que también revelan alta sobreprotección pero con altos cuidados. Esto se denomina vínculo de tipo afecto controlado. Frente a estos dos estilos de relación se describe el vínculo óptimo que se caracterizan por mayor afecto y empatía pero que a su vez favorece la independencia y la autonomía, este tipo de vínculo se encuentra con mayor frecuencia en sujetos sin patología.

En nuestro trabajo coincidimos con otros autores (Tetley, Moghaddam et al. 2014) que indican una mayor prevalencia de vínculo del tipo control sin afecto (cuidados bajos y sobreprotección) en las madres de los pacientes especialmente en grupo de perfil bulímico. Mientras que el grupo sin patología existe mayor variedad de estilos de crianza con mayor porcentaje de vínculo óptimo.

En cuanto a la relación paterna, el vínculo predominante fue el afecto controlado (altos cuidados y alta sobreprotección), aunque se aprecia cómo el vínculo caracterizado por control sin afecto, también es mayor en los pacientes con cifras superiores en el perfil BN.

Nuestros datos de nuevo reproducen lo encontrado en estudios previos, comprobando cómo una crianza caracterizada por escaso cariño y sobreprotección puede conllevar el desarrollo de patología alimentaria, de nuevo constatamos que estos factores por sí solos resultan insuficientes para desarrollar un TCA. De hecho la sobreprotección no se considera específica, de estas patologías encontrándose en otros problemas de salud, incluido el sobrepeso. El mismo Parker, creador de este instrumento, encontró que el estilo de crianza de tipo control sin afecto parecía ser un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos psicóticos, la fobia social, o la agorafobia (Parker 1984).

No obstante este estilo de crianza actúa como uno de los factores, que presentándose de forma combinada, contribuyen al desarrollo de los TCA.

5.2. Discusión según los objetivos:

A continuación exponemos los resultados de forma resumida, basándonos en los objetivos propuestos al inicio de este trabajo, para ello repasaremos cada objetivo y nombraremos los hallazgos derivados de él.

Objetivos específicos:

1. Conocer el número y las características clínicas diferenciales de tipo biológico, psicológico y conductual que presentan los sujetos que acude a la unidad especializada de la comunidad de Cantabria solicitando iniciar su primer tratamiento para afrontar un TCA.
 - Durante el periodo de dos años que duró el estudio, 197 pacientes, 71 con síntomas de anorexia y 126 con sintomatología bulímica fueron atendidos en la unidad, el 88,3 % fueron mujeres con una edad media de 28 años. Encontramos que el grupo de perfil bulímico presentaba más sintomatología alimentaria y mayor psicopatología comórbida, en cuanto a depresión, ansiedad y sintomatología obsesiva, junto con menor autoestima al inicio del tratamiento.
2. Comprobar si determinadas variables biológicas como los antecedentes de enfermedad física, las complicaciones perinatales, la edad de la pubertad, la obesidad infantil o los problemas físicos durante el desarrollo vital, pueden estar relacionados con la aparición de un TCA.
 - Nuestros datos confirman que determinadas variables biológicas aumentan el riesgo de desarrollar un TCA, encontrándose en los pacientes mayor número de complicaciones obstétricas, un

desarrollo puberal precoz, y más antecedentes de obesidad infantil, sin embargo los antecedentes de enfermedad física o los problemas en el desarrollo no reportaron mayor riesgo de enfermedad.

3. Analizar el impacto que tienen determinadas características de personalidad, como la insatisfacción, la merma de la autoestima o los rasgos de temperamento y carácter.
 - El estudio revela que la insatisfacción con la imagen corporal y con el peso, la baja confianza en uno mismo, y determinados rasgos de personalidad, como tener elevados niveles de evitación del daño y baja autodirección, incrementan considerablemente el riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria.

4. Analizar si la presencia de psicopatología previa, los gestos autolíticos o las conductas autolesivas llevadas a cabo antes de aparecer la enfermedad son más frecuentes en pacientes que en controles.
 - Podemos concluir que de forma premórbida al desarrollo de la enfermedad, los pacientes presentan mayor psicopatología, principalmente ansiedad o depresión, así como más gestos autolíticos o autolesivos, comparados con el grupo de voluntarios sanos.

5. Examinar la relación entre variables conductuales previas al desarrollo de la enfermedad como el consumo de sustancias, la práctica deportiva, las conductas alimentarias de riesgo o los problemas interpersonales en los pacientes.
 - Nuestros datos revelan que antes de desarrollar un TCA los pacientes llevaban a cabo mas conductas alimentarias de riesgo tales como dietas restrictivas o ayunos, además practicaban

menos deporte de forma habitual y cuando lo hacían, era de forma compulsiva y como método de control del peso. Los pacientes también presentaban más problemas interpersonales con peor ajuste social constatado en todas las áreas (escolar, social y sentimental).

- No objetivamos que el consumo de café, té, alcohol o marihuana se asocien a mayor riesgo de padecer estas enfermedades, en cambio otras sustancias como el tabaco, especialmente si este se consume con finalidad de controlar el apetito y la cocaína sí se asocian con un mayor riesgo de enfermar, hecho más evidente aun en relación al consumo de medicamentos como laxantes o diuréticos como medio para controlar el peso.

6. Examinar los patrones sociales en los pacientes como el nivel sociocultural, la presión social percibida o la historia de burlas previas a la enfermedad.

- Los datos no corroboran que no existen diferencias en cuanto al nivel sociocultural, la zona de residencia, los resultados académicos o el estado civil, comparándolos con sujetos que no desarrollaron la enfermedad. En cambio haber padecido burlas o ser más sensible a las críticas y a la presión social, conlleva una vulnerabilidad para la aparición de estas patologías.

7. Analizar la prevalencia de los acontecimientos vitales estresantes que los pacientes han padecido en su vida previa y en el año anterior al diagnóstico y la relación de estos eventos con la sintomatología alimentaria.

- Nuestros datos demuestran que los pacientes, previamente a desarrollar la enfermedad, han estado más expuestos a acontecimientos vitales potencialmente estresantes, tanto en la vida pasada como en el año previo al diagnóstico. Los

acontecimientos que se asocian con mayor riesgo de desarrollo de la enfermedad fueron las situaciones amenazantes, la separación de los padres y haber sufrido algún tipo de abuso sexual.

8. Evaluar del papel de la familia en el desarrollo de estas enfermedades analizando las características sociodemográficas, los hábitos y estructura familiar, los antecedentes psicopatológicos y los patrones de crianza e identificar si existen diferencias significativas en cuanto a la percepción de la crianza.

- Comprobamos que el desarrollo de los TCA se asocia con cambios en la estructura familiar, como la separación de los padres o el fallecimiento de la madre, también con la exposición a críticas o presión por parte de los padres. No encontramos que los hábitos deportivos o dietéticos de los padres modifiquen el riesgo de aparición de estas enfermedades. En cambio un estilo de crianza sobreprotector pero con escaso cariño, sí se asocia a mayor vulnerabilidad.

9. Determinar que ocurre en todas las premisas de objetivos anteriores comparando los pacientes que presentan un perfil de síntomas de tipo anoréxico con el grupo que presenta síntomas de tipo bulímico.

- En términos generales, nuestro estudio revela que una parte importante de las características evaluadas, se pueden considerar factores de riesgo comunes a la aparición de un TCA sin especificar su subtipo, pero también encontramos un nutrido número de factores que suponen un aumento más específico de la aparición de sintomatología de tipo bulímica. Por el contrario solo alguna condición como los problemas obstétricos o el perfil de personalidad más rígido elevan el riesgo de padecer un TCA de perfil anoréxico.

5.3. Limitaciones y puntos fuertes del estudio.

Los resultados del presente trabajo deben ser considerados en el contexto de las limitaciones que se exponen a continuación.

En primer lugar las limitaciones de selección propias del programa DETECTA, que implica una población de base hospitalaria que puede no representar fielmente a la población total, ya que un porcentaje minoritario de pacientes pueden acudir a consultas privadas o ser controlados de forma ambulatoria por médicos de atención primaria u otras especialidades, por lo tanto es necesario ser cautelosos al intentar extrapolar estos resultados a los individuos de la población general.

Otra de las dificultades que pueden surgir al realizar este tipo de estudios de pacientes que van presentándose de forma consecutiva es la negativa a participar, o los posibles cambios en cuanto a la percepción de la atención recibida que tengan los afectados por estar participando en un estudio de estas características, en nuestra muestra ninguno de los pacientes rehusó participar y tampoco consideraron esta evaluación como una interferencia en su tratamiento de modo que la muestra representa a todos los casos incidentes en nuestra unidad durante el periodo de dos años, eliminando este posible sesgo de selección.

El criterio temporal de dos años que enmarca este estudio conlleva en el limitado tamaño muestral, a pesar de ello se ajusta al tamaño necesario calculado inicialmente y necesario para establecer conclusiones que era de 200 pacientes y 200 voluntarios sanos.

Otra limitación se presenta el procedimiento de recogida de datos que ha sido principalmente retrospectivo, ya que muchas de las variables evaluadas hacen referencia a factores de la infancia, o son concernientes a situaciones pasadas, esto puede constituir un sesgo de información o de memoria.

Por otro lado se asume la existencia de un sesgo no sistemático propio del observador y de los instrumentos de medida, que consideramos mínimo por tratarse de un único entrevistador entrenado y utilizar en gran medida instrumentos validados, pero siempre está presente dado el margen de error humano y técnico. En este sentido una parte de los datos utilizados se recoge mediante el uso de test autoadministrados, estos instrumentos son más susceptibles a presentar sesgos de información condicionados por la deseabilidad social y del recuerdo de los sujetos.

En lo referente al procesamiento de los datos se asume la existencia de errores en el tecleado de los resultados, aunque se haya minimizado por la revisión de historias clínicas y la eliminación de registros inverosímiles. Por otro lado la existencia de valores perdidos especialmente en las pruebas autoadministradas disminuye la precisión de los datos, para tratar de controlarlo se utilizaron técnicas de imputación respetando las normas establecidas para el tratamiento de los valores perdidos.

Otra limitación a la hora de identificar factores de riesgo se deriva del diseño del estudio y consiste en la imposibilidad de investigar variables importantes para conocer la etiopatogenia de los TCA, como son las variables genéticas utilizando estudios de muestras biológicas, la neurocognición mediante pruebas psicométricas específicas, o los cambios anatómo fisiológicos mediante pruebas de imagen. Limitación

También consideramos relevante la gran cantidad de variables estudiadas, lo que conlleva limitaciones relacionadas con los factores de confusión o la interrelación entre variables que no analizadas en este trabajo, por otro lado se trata de una muestra heterogénea en cuanto a la edad y al sexo de los sujetos. En este sentido cabe señalar que de forma previa al análisis de los datos se realizó un estudio exploratorio controlando determinadas variables como la existencia de otra psicopatología, la edad de debut de la enfermedad, o la interacción entre las variables más significativas. Encontramos que en términos generales no supone una diferencia en cuanto a los principales

resultados del estudio pero que merece una investigación propia más pormenorizada.

Una de las limitaciones más importantes del trabajo la encontramos en la decisión de agrupar las distintas categorías diagnósticas en dos, con el objetivo de no fraccionar la muestra y poder aumentar el número de pacientes por grupo y con ello la potencia del estudio. Como se exponen en las consideraciones metodológicas, se establecieron dos grupos principales en función de la sintomatología presente, de tipo restrictivo (grupo AN) o bulímico-purgativo (grupo BN), somos conscientes de la pérdida de precisión que esto implica.

Por último asumimos que en el análisis de factores de riesgo no utilizamos métodos estadísticos complejos de interacción de factores o comparaciones múltiples ni establecemos un modelo de causalidad como sería deseable en un estudio de evaluación de riesgo.

Considerando estas limitaciones reconocemos que los resultados deben de ser interpretados con cautela ya que no nos permiten determinar categóricamente la causalidad de las variables evaluadas, y nos animan a realizar futuras investigaciones que minimicen los posibles sesgos, aumenten el tamaño muestral y apliquen un análisis estadístico más elaborado.

Sin embargo, a pesar de las mencionadas limitaciones, estos estudios también presentan puntos fuertes que caben destacar.

En primer lugar se trata de un estudio naturalístico que, pese a ser de base hospitalaria, incluye de forma consecutiva a todos los casos que acuden a recibir un tratamiento con independencia de su edad y sexo lo que nos permite obtener una muestra compuesta por el total de los casos incidentes que acuden a la única unidad especializada para el tratamiento de los TCA que existe en Cantabria, sin limitarnos a un periodo de la vida o género concreto.

En segundo lugar dado que se incluyen en el estudio los pacientes que acuden para iniciar un tratamiento de lo que podíamos llamar su “primer

episodio” de TCA, la influencia derivada de la cronicidad, o de los tratamientos recibidos se minimiza obteniendo una muestra más homogénea y con un reciente inicio de los síntomas, lo que nos permite identificar mejor la existencia de factores premórbido que puedan resultar predisponentes o precipitantes de la enfermedad.

Y finalmente, hasta donde nosotros conocemos, el estudio presentado es el único a nivel nacional que evalúa de forma controlada factores de riesgo en una muestra de pacientes con un primer episodio de TCA que no ha sido tratado con anterioridad, y además analiza de forma conjunta distintos factores de riesgo lo que nos permite conocer desde una visión amplia las características individuales pero también ambientales o familiares de estos pacientes, además de identificar qué factores implican mayor riesgo y cuáles resultan protectores.

5.4. Implicaciones clínicas.

Las conclusiones de este estudio tienen implicaciones directas para diversos sectores:

En primer lugar conocer los factores de riesgo asociados al desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria nos permite diseñar posibles programas de prevención. Desde este el punto de vista encontramos factores en los que resulta difícil realizar alguna intervención entre ellos las variables genéticas o circunstancias familiares como la psicopatología de los padres, que no son fácilmente alterables; sin embargo otros factores son modificables como las relaciones sociales, la exposición a determinados estresores o la práctica de hábitos saludables. Estos resultados nos ayudan a identificar qué factores son susceptibles de incluir en estos programas y cuáles implican mayor riesgo de desarrollo de la enfermedad y por lo tanto pueden resultar más eficaces.

La importancia de estas intervenciones se basa en la premisa de que la detección e implementación en las fases tempranas de la enfermedad de un tratamiento intensivo individualizado, con apoyo y soporte familiar, evitará el

abandono prematuro del tratamiento y una mejoría en los resultados y del pronóstico de la enfermedad (Le Grange and Loeb 2007).

Fundamentadas en los resultados de investigaciones como la nuestra, consideramos que llevar a cabo acciones preventivas es de gran utilidad. Por lo tanto los esfuerzos deben destinarse a implementar estrategias eficaces para afrontar determinados problemas individuales, ambientales o familiares, que conllevan dificultades para la adaptación de los sujetos especialmente de los más vulnerables.

Podemos incluir entre estas intervenciones programas a nivel escolar con el fin de potenciar las habilidades sociales, mejorar la autoestima, trabajar la resolución de problemas o el manejo de conductas impulsivas. Por otro lado fomentar hábitos saludables como la actividad física o la adecuada alimentación.

En esta línea se recomienda al personal educativo que aumenten su atención ante posibles síntomas de alarma como las conductas de riesgo o consumo de sustancias, con especial atención a los problemas interpersonales, la disminución del rendimiento académico o situaciones que puedan producirse en el entorno escolar como acoso o dificultades de integración.

Por otro lado sugerimos a los pediatras y médicos de primaria que incrementen la vigilancia en aquellos sujetos que cuenten en su historial médico con antecedentes como problemas obstétricos, historia de psicopatología y sintomatología autolítica o autolesiva, o bien rasgos biológicos como la obesidad o la menarquia precoz y de este modo puedan realizar un diagnóstico y una derivación precoz a un especialista en salud mental. Nos permitimos sugerir el uso del cuestionario SCOFF (Morgan, Reid et al. 1999), validado al castellano (García-Campayo, Sanz-Carrillo et al. 2005), para el cribado de estos diagnósticos, de fácil interpretación, que en tan solo 5 preguntas ayuda al clínico en el despistaje precoz de estos trastornos.

Sin olvidarnos del papel que juega la familia, que por un lado debe prestar atención ante la aparición de posibles síntomas de riesgo como alteraciones en la alimentación o el inicio de consumo de tóxicos, pero además

se deben transmitir mensajes inviten a disminuir el impacto de estos factores de riesgo, entre ellos realizar hábitos de alimentación saludable, evitar bromas y desaprobaciones sobre el cuerpo, el peso o la forma de alimentarse o fomentar el autoestima y la autonomía de los hijos con un estilo de crianza cálido empático, que facilite la comunicación.

Desde el punto de vista de la clínica determinar cuáles son las características que presentan los pacientes en el momento de iniciarse la patología alimentaria, nos aporta información relevante sobre qué técnicas son las indicadas para iniciar tratamientos multidisciplinarios de una forma precoz y lo mas individualizada posible, con el objetivo de mejorar el pronóstico de estas enfermedades, disminuir las comorbilidades y minimizar la cronicidad. (Le Grange and Loeb 2007).

5.5. Líneas de investigación futuras.

Futuros estudios deberían intentar cubrir las limitaciones anteriormente descritas, incluyendo diseños longitudinales, con seguimiento a medio y largo plazo que nos permitan determinar el patrón de asociación temporal.

Sería recomendable que estas investigaciones puedan orientarse hacia un modelo más amplio donde, además de los factores recogidos en este trabajo y los destacados por la literatura, se integrasen otros factores de tipo neuropsicológicos y/o de neuroimagen que pueden identificar otras circunstancias asociadas a los TCA o comprobar las interacciones entre estos. Este enfoque integrador no tiene simplemente interés teórico, sino además repercusiones preventivas y terapéuticas

En cuanto al desarrollo del programa DETECTA parece clara la recomendación de continuidad de este programa , entre otros motivos con el fin de seguir incrementando el número muestral que nos permita aumentar la potencia estadística y realizar análisis sin necesidad de agrupar diagnósticos.

En este sentido cabe señalar que este programa sigue en marcha en la actualidad, como explicamos anteriormente, además de su función fundamental que es la asistencial, también nos permite seguir recogiendo y analizando gran cantidad de datos.

Esperamos por lo tanto que gran parte de las dudas y limitaciones de las que hemos hablado anteriormente puedan ser resueltas en próximos trabajos llevado a cabo por nuestro grupo.

En cuanto a la utilidad asistencial nuestro estudio ha permitido cambios en el funcionamiento de la unidad, ya que aumentar el conocimiento de las características de los pacientes, nos permite adecuar los tratamientos, por un lado de forma individualizada y por otros creando programas específicos. Como ejemplos de estas nuevas intervenciones terapéuticas podemos destacar la puesta en marcha del programa integral de asistencia al trastorno por atracón, o el trabajo intensivo y especializado con familias.

Con todo lo expuesto anteriormente esperamos que el programa DETECTA al que hace referencia este trabajo, continúe reportando beneficios para nuestros pacientes tanto desde el punto de vista asistencial en como a través de la investigación. Y con ello logremos mejorar una atención que ya es de por sí de gran calidad, para los pacientes que padecen un trastorno de la conducta alimentaria en la comunidad de Cantabria.

6 CONCLUSIONES.

Tras la presentación de los resultados junto a su discusión y con las limitaciones expuestas, es posible establecer las siguientes conclusiones:

- I. Este estudio ha permitido constatar cómo, cada año, en torno a 100 pacientes nuevos acuden a la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria de Cantabria para recibir atención en su primer episodio de TCA, en su mayoría son mujeres jóvenes. Con una edad de inicio ligeramente superior en el caso de la bulimia nerviosa, aunque no es excepcional la aparición de estas enfermedades en varones o en otras etapas de la vida.
- II. Hemos confirmado que determinadas variables biológicas pueden aumentar el riesgo de desarrollar un TCA, entre ellas la presencia de problemas obstétricos o del periparto, la precocidad del desarrollo puberal y la obesidad infantil.
- III. Nuestro trabajo detecta que los pacientes en el momento de iniciar el primer tratamiento para controlar su sintomatología alimentaria presentan además antecedentes psicopatológicos como ansiedad, baja autoestima, rasgos obsesivos o depresión, esto se asocia también a la realización de gesto autolíticos o autolesiones. Estas comorbilidades afectan de forma más significativa a los pacientes con sintomatología bulímica.
- IV. Encontramos también mayor psicopatología en las familias de nuestros pacientes en comparación con las que se objetivan en sujetos sanos y de nuevo es el grupo de perfil bulímico el que cuenta con más antecedentes familiares de este tipo. La historia de TCA en familiares y especialmente en las madres se postula como uno de los factores de mayor riesgo para el desarrollo de estas enfermedades.

- V. Además se ha encontrado una llamativa diferencia entre los rasgos de personalidad previos al diagnóstico que presentan los sujetos sanos frente a los rasgos más desajustados que observamos en los pacientes que han desarrollado un trastorno alimentario. Destacando la menor autoestima, la mayor insatisfacción corporal y rasgos de temperamento y carácter como alta evitación del daño, baja autodirección y baja cooperación. Nuestro trabajo identifica también como la mayor parte de estas características se presentan de forma inespecífica para cualquier diagnóstico de TCA , sin embargo determinados rasgos de la personalidad confieren mayor vulnerabilidad para el desarrollo de AN, como la persistencia, mientras que otras pueden asociarse a mayor riesgo de desarrollar sintomatología de tipo bulímica como es la búsqueda de sensaciones.
- VI. Este trabajo ha puesto de manifiesto que los pacientes con un trastorno alimentario presentan antes de desarrollar la enfermedad conductas desadaptadas como robos, autolesiones o compras compulsivas. También realizan más conductas alimentarias de riesgo como ayunos o dietas restrictivas, y además sufren más problemas interpersonales que los sujetos sin patología. Encontramos una vez más, que estas circunstancias son especialmente prevalentes en el grupo de perfil bulímico.
- VII. Mediante este trabajo se ha cuantificado la mayor exposición a acontecimientos vitales potencialmente estresantes de forma premórbida en los pacientes, tanto en la vida pasada como en el año previo al diagnóstico. Los acontecimientos que se asocian con mayor riesgo de desarrollo de la enfermedad fueron las situaciones amenazantes, la separación de los padres y haber sufrido algún tipo de abuso sexual. La mayor parte de estas situaciones son inespecíficas a la hora de desarrollar cualquier tipo de sintomatología alimentaria, sin embargo determinados circunstancias como los abusos sexuales o las burlas

pueden asociarse a la sintomatología bulímica, mientras que otros como los problema de tipo escolar pueden propiciar la aparición de AN en sujetos vulnerables.

- VIII. En nuestro trabajo no objetivamos que el consumo de café, té, alcohol o marihuana impliquen mayor riesgo de padecer estas enfermedades, en cambio el uso de otras sustancias como el tabaco o la cocaína si se asocian con un mayor riesgo de enfermar, hecho más evidente aún en relación al consumo de medicamentos como laxantes o diuréticos utilizados como medida de control de peso. Una vez más el consumo de estas sustancias se asocia a un mayor riesgo de aparición de sintomatología bulímica.
- IX. Nuestro trabajo revela que condiciones como el nivel sociocultural, la zona de residencia, los resultados académicos o el estado civil no predicen el desarrollo de estos trastornos sin embargo exposiciones a burlas o la presión social percibida, pueden implicar un aumento de la vulnerabilidad para la aparición de estas patologías.
- X. Nuestros datos revelan que los hábitos deportivos o dietéticos de las familias no se relacionan con la aparición de estos trastornos, por el contrario otros factores familiares resultan determinantes. Entre ellos los cambios en la estructura familiar, como la separación de los padres o el fallecimiento de la madre, también con la exposición a críticas o presión por parte de los progenitores junto con un estilo de crianza tendente al control y la sobreprotección pero poco afectuoso y carente de cuidados.
- XI. Concluyendo, este estudio muestra la importancia de determinadas características individuales, ambientales o familiares, que podrían actuar como factores de riesgo en la aparición de un TCA en términos generales, sin especificar el subtipo, pero también se ha identificado un

nutrido número de factores, entre los que destacan la vulnerabilidad social, o las características de personalidad más desajustadas, que suponen un aumento más específico del riesgo de desarrollar sintomatología de tipo bulímica. Mientras que otras condiciones, entre ellas los problemas obstétricos o el perfil de personalidad más rígido, pueden elevar el riesgo de padecer anorexia nerviosa.

- XII. Finalmente nuestro trabajo constituye un ejemplo más de que estamos frente a patologías multifactoriales, que involucran mecanismos etiopatogénicos complejos, tanto biológicos como ambientales o familiares, y por lo tanto su prevención, detección precoz y tratamiento debe de realizarse de forma multimodal y lo mas individualizada posible.

7 REFERENCIAS.

- Abbate-Daga, G., C. Gramaglia, et al. (2010). "Attachment insecurity, personality, and body dissatisfaction in eating disorders." *J Nerv Ment Dis* **198**(7): 520-4.
- Abraham, S., C. Boyd, et al. (2009). "Time since menarche, weight gain and body image awareness among adolescent girls: onset of eating disorders?" *J Psychosom Obstet Gynaecol* **30**(2): 89-94.
- Ackard, D. M. and C. B. Peterson (2001). "Association between puberty and disordered eating, body image, and other psychological variables." *Int J Eat Disord* **29**(2): 187-94.
- Agras, W. S., S. Bryson, et al. (2007). "Childhood risk factors for thin body preoccupation and social pressure to be thin." *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **46**(2): 171-8.
- Alejo (2013). "Anxiety, depression, coping and eating disorders as cosmetic plastic surgery predictors." *suma psicológica*.
- Alvarez-Moya, E. M., S. Jimenez-Murcia, et al. (2009). "Executive functioning among female pathological gambling and bulimia nervosa patients: preliminary findings." *J Int Neuropsychol Soc* **15**(2): 302-6.
- Allen, K. L., S. M. Byrne, et al. (2009). "Risk Factors for Full- and Partial-Syndrome Early Adolescent Eating Disorders: A Population-Based Pregnancy Cohort Study." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* **48**(8): 800-809.
- Amianto, F., R. Ercole, et al. (2011). "Exploring Parental Bonding in BED and Non-BED Obesity Compared with Healthy Controls: Clinical, Personality and Psychopathology Correlates." *Eur Eat Disord Rev*.
- APA (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed. Revised)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA, A. P. A. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*, masson.
- Arcelus, J., A. J. Mitchell, et al. (2011). "Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies." *Arch Gen Psychiatry* **68**(7): 724-31.
- Arrufat, F. J. (2006). "Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona." *Tesis doctoral. Universitat de Barcelona*.
- Attia, E. (2010). "Anorexia nervosa: current status and future directions." *Annu Rev Med* **61**: 425-35.
- Attia, E. and C. A. Roberto (2009). "Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa?" *Int J Eat Disord* **42**(7): 581-9.
- Baker, J. H., L. M. Thornton, et al. (2012). "Pubertal development predicts eating behaviors in adolescence." *Int J Eat Disord* **45**(7): 819-26.
- Ballús Creus, C. (1991). "Adaptació del parental Bonding Instrument. ." *Escola Profesional de Psicologia Clinica*.(Barcelona).
- Barbarich, N. C., W. H. Kaye, et al. (2003). "Neurotransmitter and imaging studies in anorexia nervosa: new targets for treatment." *Curr Drug Targets CNS Neurol Disord* **2**(1): 61-72.
- Bauer, K. W., M. M. Bucchianeri, et al. (2013). "Mother-reported parental weight talk and adolescent girls' emotional health, weight control attempts, and disordered eating behaviors." *J Eat Disord* **1**: 45.
- Beato-Fernández, L., T. Rodríguez-Cano, et al. (2004). "Risk factors for eating disorders in adolescents: A Spanish community-based longitudinal study." *European Child and Adolescent Psychiatry* **13**(5): 287-294.
- Beck, A. T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). "An inventory for measuring depression." *Archives of General Psychiatry*, **4**, 561-571.
- Becker, D. F., L. M. Anez, et al. (2009). "Factor structure and diagnostic efficiency of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, criteria for avoidant personality disorder in Hispanic men and women with substance use disorders." *Compr Psychiatry* **50**(5): 463-70.
- Biederman, J., S. W. Ball, et al. (2007). "Are girls with ADHD at risk for eating disorders? Results from a controlled, five-year prospective study." *J Dev Behav Pediatr* **28**(4): 302-7.
- Birch, L. L. and J. O. Fisher (1998). "Development of eating behaviors among children and adolescents." *Pediatrics* **101**(3 Pt 2): 539-49.

- Birmingham, C. L., S. Touyz, et al. (2009). "Are anorexia nervosa and bulimia nervosa separate disorders? Challenging the 'transdiagnostic' theory of eating disorders." Eur Eat Disord Rev **17**(1): 2-13.
- Blond, A. I., J. F. Feldman, et al. (2008). "Eating attitudes and weight concerns in female low birth weight adolescents." Int J Eat Disord **41**(6): 573-5.
- Briere, J. (1992). "Medical symptoms, health risk, and history of childhood sexual abuse." Mayo Clin Proc **67**(6): 603-4.
- Brown, A. S., A. Sourander, et al. (2014). "Elevated maternal C-reactive protein and autism in a national birth cohort." Mol Psychiatry **19**(2): 259-64.
- Brugha, T. S. and D. Cragg (1990). "The List of Threatening Experiences: the reliability and validity of a brief life events questionnaire." Acta Psychiatr Scand **82**(1): 77-81.
- Bulik, C. M., K. L. Klump, et al. (2004). "Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study." J Clin Psychiatry **65**(7): 1000-6.
- Bulik, C. M., P. F. Sullivan, et al. (1997). "Lifetime comorbidity of alcohol dependence in women with bulimia nervosa." Addict Behav **22**(4): 437-46.
- Bulik, C. M., P. F. Sullivan, et al. (2000). "Twin studies of eating disorders: a review." Int J Eat Disord **27**(1): 1-20.
- Bussolotti, D., F. Fernandez-Aranda, et al. (2002). "Marital status and eating disorders: an analysis of its relevance." J Psychosom Res **53**(6): 1139-45.
- Calado, M., M. Lameiras, et al. (2011). "The mass media exposure and disordered eating behaviours in Spanish secondary students." Eur Eat Disord Rev **18**(5): 417-27.
- Calero-Elvira, A., I. Krug, et al. (2009). "Meta-analysis on drugs in people with eating disorders." Eur Eat Disord Rev **17**(4): 243-59.
- Calvo-Medel, D. R. L., P. (2012). "Epidemiología de los trastornos de conducta alimentaria en el norte de España: Estudio en dos fases en población adolescente temprana escolarizada." Tesis universidad de Zaragoza.
- Cannon, T. D., I. M. Rosso, et al. (2000). "A prospective cohort study of genetic and perinatal influences in the etiology of schizophrenia." Schizophr Bull **26**(2): 351-66.
- Carracedo-Martínez E, F. A. (2006). "Tratamiento estadístico de la falta de respuesta en estudios epidemiológicos transversales. ." Salud Pública de México. **Aug;48(4):341-7** .
- Casper, R. C. and M. Troiani (2001). "Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype." Int J Eat Disord **30**(3): 338-42.
- Cassin, S. E. and K. M. von Ranson (2005). "Personality and eating disorders: a decade in review." Clin Psychol Rev **25**(7): 895-916.
- Castro J, T. J., Salamero M. y Guimerá E. (1991). "The Eating Attitudes Test: validation of the spanish version." Psychological Assessment **7**, **175-190**.
- Claes, L., E. D. Klonsky, et al. (2010). "The affect-regulation function of nonsuicidal self-injury in eating-disordered patients: which affect states are regulated?" Compr Psychiatry **51**(4): 386-92.
- Claes, L., A. Muller, et al. (2012). "The relationship among compulsive buying, compulsive internet use and temperament in a sample of female patients with eating disorders." Eur Eat Disord Rev **20**(2): 126-31.
- Claes, L., C. Nederkoorn, et al. (2006). "Impulsiveness and lack of inhibitory control in eating disorders." Eat Behav **7**(3): 196-203.
- Cloninger, C. R. (1999). "A new conceptual paradigm from genetics and psychobiology for the science of mental health." Aust N Z J Psychiatry **33**(2): 174-86.
- Cloninger, C. R. (1999). "The Temperament and Character Inventory-Revised." St Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, Washington University.
- Cnattingius, S., C. M. Hultman, et al. (1999). "Very preterm birth, birth trauma, and the risk of anorexia nervosa among girls." Arch Gen Psychiatry **56**(7): 634-8.
- Collier, D. A., M. J. Arranz, et al. (1997). "Association between 5-HT2A gene promoter polymorphism and anorexia nervosa." Lancet **350**(9075): 412.
- Connan, F., I. C. Campbell, et al. (2003). "A neurodevelopmental model for anorexia nervosa." Physiol Behav **79**(1): 13-24.

- Corral S, G. M., Pereña J, Seisdedos N. (1998). "Adaptación española del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. Manual. ." En: Garner D, editor. EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. (Madrid: TEA;).
- Crespo-Facorro, B., V. O. de la Foz, et al. (2013). "Prediction of acute clinical response following a first episode of non affective psychosis: results of a cohort of 375 patients from the Spanish PAFIP study." Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry **44**: 162-7.
- Crow, S. J., C. B. Peterson, et al. (2009). "Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders." Am J Psychiatry **166**(12): 1342-6.
- Crowther, J. H., J. C. Kichler, et al. (2002). "The role of familial factors in bulimia nervosa." Eat Disord **10**(2): 141-51.
- Chenoweth, M. R., C. E. Greene, et al. (2004). "Predominant outer membrane antigens of Bartonella henselae." Infect Immun **72**(6): 3097-105.
- Daniels, S. R., P. R. Khoury, et al. (1997). "The utility of body mass index as a measure of body fatness in children and adolescents: differences by race and gender." Pediatrics **99**(6): 804-7.
- Emanuelli, F., R. Ostuzzi, et al. (2003). "Family functioning in anorexia nervosa: British and Italian mothers' perceptions." Eat Behav **4**(1): 27-39.
- Enoch, M. A., W. H. Kaye, et al. (1998). "5-HT2A promoter polymorphism -1438G/A, anorexia nervosa, and obsessive-compulsive disorder." Lancet **351**(9118): 1785-6.
- Fairburn, C. G. and Z. Cooper (2007). "Thinking afresh about the classification of eating disorders." Int J Eat Disord **40** Suppl: S107-10.
- Fairburn, C. G., Z. Cooper, et al. (2005). "Identifying dieters who will develop an eating disorder: a prospective, population-based study." Am J Psychiatry **162**(12): 2249-55.
- Fairburn, C. G., Z. Cooper, et al. (1999). "Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons." Arch Gen Psychiatry **56**(5): 468-76.
- Fairburn, C. G., P. J. Cowen, et al. (1999). "Twin studies and the etiology of eating disorders." Int J Eat Disord **26**(4): 349-58.
- Fairburn, C. G., H. A. Doll, et al. (1998). "Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study." Arch Gen Psychiatry **55**(5): 425-32.
- Fairburn, C. G., H. A. Doll, et al. (1998). "Risk factors for binge eating disorder: A community-based, case-control study." Archives of General Psychiatry **55**(5): 425-432.
- Fairburn, C. G. and P. J. Harrison (2003). "Eating disorders." Lancet **361**(9355): 407-416.
- Fairburn, C. G. and P. J. Harrison (2003). "Eating disorders." Lancet **361**(9355): 407-16.
- Fairburn, C. G., S. L. Welch, et al. (1997). "Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study." Arch Gen Psychiatry **54**(6): 509-17.
- Falkner, N. H., D. Neumark-Sztainer, et al. (2001). "Social, educational, and psychological correlates of weight status in adolescents." Obes Res **9**(1): 32-42.
- Fassino, S., F. Amianto, et al. (2004). "Temperament and character in eating disorders: ten years of studies." Eat Weight Disord **9**(2): 81-90.
- Fassino, S., A. Piero, et al. (2009). "Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review." BMC Psychiatry **9**: 67.
- Favaro, A. and P. Santonastaso (2000). "Self-injurious behavior in anorexia nervosa." J Nerv Ment Dis **188**(8): 537-42.
- Favaro, A., E. Tenconi, et al. (2011). "In utero exposure to virus infections and the risk of developing anorexia nervosa." Psychol Med **41**(10): 2193-9.
- Favaro, A., E. Tenconi, et al. "The interaction between perinatal factors and childhood abuse in the risk of developing anorexia nervosa." Psychol Med **40**(4): 657-65.
- Favaro, A., E. Tenconi, et al. (2006). "The interaction between perinatal factors and childhood abuse in the risk of developing anorexia nervosa." Psychol Med **40**(4): 657-65.
- Feingold, E., G. Sheir-Neiss, et al. (2002). "Eating disorder symptomatology is not associated with pregnancy and perinatal complications in a cohort of adolescents who were born preterm." Int J Eat Disord **31**(2): 202-9.
- Fernandez-Aranda, F., Z. Aguera, et al. "ADHD symptomatology in eating disorders: a secondary psychopathological measure of severity?" BMC Psychiatry **13**: 166.

- Fernández-Aranda, F., Badia Casanovas, A., Bayón Pérez, C. y Aitken A. (s.f.). (2004). "Cuestionario de Temperamento y Carácter de Cloninger, versión revisada."
- Fernandez-Aranda, F., S. Jimenez-Murcia, et al. (2006). "Impulse control disorders in eating disorders: clinical and therapeutic implications." *Compr Psychiatry* **47**(6): 482-8.
- Fernandez-Aranda, F., I. Krug, et al. (2007). "Individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: an analysis of associated eating disorder factors." *Appetite* **49**(2): 476-85.
- Fernandez-Aranda, F., A. P. Pinheiro, et al. (2008). "Impulse control disorders in women with eating disorders." *Psychiatry Res* **157**(1-3): 147-57.
- Fernandez-Aranda, F., A. P. Pinheiro, et al. (2007). "Symptom profile of major depressive disorder in women with eating disorders." *Aust N Z J Psychiatry* **41**(1): 24-31.
- Ferrando, L. (2000). "Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): versión en español 5.0.0 DSM-IV." *University of South Florida*.(Madrid: Instituto IAP; Tampa:).
- Fichter, M. M. and N. Quadflieg (2007). "Long-term stability of eating disorder diagnoses." *Int J Eat Disord* **40** Suppl: S61-6.
- Field, D., M. Garland, et al. (2003). "Correlates of specific childhood feeding problems." *J Paediatr Child Health* **39**(4): 299-304.
- Foa, E. B., J. D. Huppert, et al. (2002). "The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version." *Psychol Assess* **14**(4): 485-96.
- Forcano, L., F. Fernandez-Aranda, et al. (2009). "Suicide attempts in bulimia nervosa: personality and psychopathological correlates." *Eur Psychiatry* **24**(2): 91-7.
- Franco-Paredes, K. (2013). "Variables predictoras de riesgo de trastorno del comportamiento alimentario en mujeres."
- Fullana, M. A., M. Tortella-Feliu, et al. (2005). "Psychometric properties of the Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory--revised in a non-clinical sample." *J Anxiety Disord* **19**(8): 893-903.
- Gandarillas, A., C. Febrel, et al. (2004). "Population at risk for eating disorders in a Spanish region." *Eat Weight Disord* **9**(3): 179-85.
- Gandarillas A, Z. B., Muñoz P, Sepúlveda AR, Galán I, León C, et al. (2002;). "Validez del Eating Attitudes test (EAT-26) para cribado de trastornos del comportamiento alimentario." *Gac Sanit. Gac Sanit.* **2002;1:40-2.**: 1:40-2.
- Garcia-Camba, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad.*, Masson.
- Garcia-Campayo, J., C. Sanz-Carrillo, et al. (2005). "Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care." *J Psychosom Res* **59**(2): 51-5.
- Gardner, R. M., K. Stark, et al. (2000). "Predictors of eating disorder scores in children ages 6 through 14. A longitudinal study." *Journal of Psychosomatic Research* **49**(3): 199-205.
- Garner, D. M. y G., P.E. . (1979). "The Eating Attitudes Test." *Psychological Medicine* **9**, 273-279.
- Gillberg, I. C., M. Rastam, et al. (1995). "Anorexia nervosa 6 years after onset: Part I. Personality disorders." *Compr Psychiatry* **36**(1): 61-9.
- Godart, N., S. Berthoz, et al. (2006). "Comorbidity of anxiety with eating disorders and OCD." *Am J Psychiatry* **163**(2): 326; author reply 327-9.
- Godart, N. T., M. F. Flament, et al. (2003). "Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: a DSM-IV controlled study." *Psychiatry Res* **117**(3): 245-58.
- Godart, N. T., M. F. Flament, et al. (2002). "Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review." *Int J Eat Disord* **32**(3): 253-70.
- Gomez del Barrio, A. (2012). *Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria el sobrepeso.*
- Gómez Peresmitré (1998). "Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la alimentación (EFRATA)."
- Goncalves, S., M. Silva, et al. (2012). "Disordered eating among preadolescent boys and girls: the relationship with child and maternal variables." *Nutrients* **4**(4): 273-85.

- Goodman, A., A. Heshmati, et al. (2014). "Associations between birth characteristics and eating disorders across the life course: findings from 2 million males and females born in Sweden, 1975-1998." Am J Epidemiol **179**(7): 852-63.
- Gorwood, P., A. Kipman, et al. (2003). "The human genetics of anorexia nervosa." Eur J Pharmacol **480**(1-3): 163-70.
- Goyal, S., Y. P. Balhara, et al. (2012). "Revisiting Classification of Eating Disorders-toward Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 and International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-11." Indian J Psychol Med **34**(3): 290-6.
- Grilo, C. M., R. D. Crosby, et al. (2009). "Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder, bulimia nervosa, and sub-threshold bulimia nervosa." Behav Res Ther **47**(8): 692-6.
- Gunnard, K., I. Krug, et al. (2011). "Relevance of Social and Self-standards in Eating Disorders." Eur Eat Disord Rev.
- Haines, J., K. P. Kleinman, et al. (2010). "Examination of shared risk and protective factors for overweight and disordered eating among adolescents." Arch Pediatr Adolesc Med **164**(4): 336-43.
- Haines, J. and D. Neumark-Sztainer (2006). "Prevention of obesity and eating disorders: A consideration of shared risk factors." Health Education Research **21**(6): 770-782.
- Halmi, K. A., S. R. Sunday, et al. (2000). "Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior." Am J Psychiatry **157**(11): 1799-805.
- Haynos, A. F., C. A. Roberto, et al. (2014). "Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa before and after inpatient weight restoration." Int J Eat Disord.
- Herpertz-Dahlmann, B., B. Muller, et al. (2001). "Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa--course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation." J Child Psychol Psychiatry **42**(5): 603-12.
- Hinney, A., S. Friedel, et al. (2004). "Genetic risk factors in eating disorders." American Journal of Pharmacogenomics **4**(4): 209-223.
- Hinney, A., S. Scherag, et al. (2010). "Genetic findings in anorexia and bulimia nervosa." Prog Mol Biol Transl Sci **94**: 241-70.
- Hoek, H. W. (2006). "Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders." Curr Opin Psychiatry **19**(4): 389-94.
- Hoek, H. W. and D. Van Hoeken (2003). "Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders." International Journal of Eating Disorders **34**(4): 383-396.
- Hoffman, R. P. (2001). "Eating disorders in adolescents with type 1 diabetes. A closer look at a complicated condition." Postgrad Med **109**(4): 67-9, 73-4.
- Horesh, N., A. Apter, et al. (1995). "Life events and severe anorexia nervosa in adolescence." Acta Psychiatr Scand **91**(1): 5-9.
- Hsu, L. K. G. (1996). "Epidemiology of the eating disorders." Psychiatric Clinics of North America **19**(4): 681-700.
- Hudson, J. I., E. Hiripi, et al. (2007). "The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication." Biol Psychiatry **61**(3): 348-58.
- Iancu, I., B. Spivak, et al. (1994). "The sociocultural theory in the development of anorexia nervosa." Psychopathology **27**(1-2): 29-36.
- INE (2011). "Censo municipal de 2008."
- Jacobi, C., C. Hayward, et al. (2004). "Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy." Psychol Bull **130**(1): 19-65.
- Jacobi, F., H. U. Wittchen, et al. (2004). "Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS)." Psychol Med **34**(4): 597-611.
- Javaras, K. N., N. M. Laird, et al. (2008). "Familiality and heritability of binge eating disorder: results of a case-control family study and a twin study." Int J Eat Disord **41**(2): 174-9.
- Johnson-Sabine, E., K. Wood, et al. (1988). "Abnormal eating attitudes in London schoolgirls--a prospective epidemiological study: factors associated with abnormal response on screening questionnaires." Psychol Med **18**(3): 615-22.

- Kaltiala-Heino, R., M. Rimpela, et al. (2001). "Early puberty and early sexual activity are associated with bulimic-type eating pathology in middle adolescence." J Adolesc Health **28**(4): 346-52.
- Kaye, W. H., C. M. Bulik, et al. (2004). "Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa." Am J Psychiatry **161**(12): 2215-21.
- Kaye, W. H., C. G. Greeno, et al. (1998). "Alterations in serotonin activity and psychiatric symptoms after recovery from bulimia nervosa." Arch Gen Psychiatry **55**(10): 927-35.
- Keel, P. K. and K. J. Forney (2013). "Psychosocial risk factors for eating disorders." International Journal of Eating Disorders **46**(5): 433-439.
- Keel, P. K. and K. L. Klump (2003). "Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology." Psychol Bull **129**(5): 747-69.
- Keel, P. K. and J. E. Mitchell (1997). "Outcome in bulimia nervosa." Am J Psychiatry **154**(3): 313-21.
- Kendler, K. S., C. O. Gardner, et al. (2003). "Personality and the experience of environmental adversity." Psychol Med **33**(7): 1193-202.
- Keshaviah, A., K. Edkins, et al. (2014). "Re-examining premature mortality in anorexia nervosa: a meta-analysis redux." Compr Psychiatry **55**(8): 1773-84.
- Keski-Rahkonen, A., H. W. Hoek, et al. (2007). "Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community." Am J Psychiatry **164**(8): 1259-65.
- Killen, J. D., S. P. Fortmann, et al. (1996). "Interactive effects of depression symptoms, nicotine dependence, and weight change on late smoking relapse." J Consult Clin Psychol **64**(5): 1060-7.
- Klump, K. L., C. M. Bulik, et al. (2000). "Temperament and character in women with anorexia nervosa." J Nerv Ment Dis **188**(9): 559-67.
- Klump, K. L., M. Strober, et al. (2004). "Personality characteristics of women before and after recovery from an eating disorder." Psychol Med **34**(8): 1407-18.
- Klump, K. L., S. Wonderlich, et al. (2002). "Does environment matter? A review of nonshared environment and eating disorders." Int J Eat Disord **31**(2): 118-35.
- Kojima, S., N. Nagai, et al. (2005). "Comparison of regional cerebral blood flow in patients with anorexia nervosa before and after weight gain." Psychiatry Res **140**(3): 251-8.
- Kortegaard, L. S., K. Hoerder, et al. (2001). "A preliminary population-based twin study of self-reported eating disorder." Psychol Med **31**(2): 361-5.
- Kothari, R., J. Gafton, et al. (2014). "2D:4D ratio in children at familial high-risk for eating disorders: The role of prenatal testosterone exposure." Am J Hum Biol **26**(2): 176-82.
- Kraemer, H. C., E. Stice, et al. (2001). "How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors." Am J Psychiatry **158**(6): 848-56.
- Krug, I., A. P. Pinheiro, et al. (2009). "Lifetime substance abuse, family history of alcohol abuse/dependence and novelty seeking in eating disorders: comparison study of eating disorder subgroups." Psychiatry Clin Neurosci **63**(1): 82-7.
- Krug, I., E. Taborelli, et al. (2013). "A systematic review of obstetric complications as risk factors for eating disorder and a meta-analysis of delivery method and prematurity." Physiology and Behavior **109**(1): 51-62.
- Lahortiga-Ramos, F., J. De Irala-Estevez, et al. (2005). "Incidence of eating disorders in Navarra (Spain)." Eur Psychiatry **20**(2): 179-85.
- Lake, A. J., P. K. Staiger, et al. (2000). "Effect of Western culture on women's attitudes to eating and perceptions of body shape." Int J Eat Disord **27**(1): 83-9.
- Le Grange, D. and K. L. Loeb (2007). "Early identification and treatment of eating disorders: prodrome to syndrome." Early Interv Psychiatry **1**(1): 27-39.
- Lewis S, O. M., Murray R. En: Schulz S, and T. H. (1989). "Obstetric complications and schizophrenia: methodology and mechanisms. ." Schizophrenia. A scientific focus. New York: Oxford University Press ; .
- Lilenfeld, L. R., S. Wonderlich, et al. (2006). "Eating disorders and personality: a methodological and empirical review." Clin Psychol Rev **26**(3): 299-320.
- Linde, J. A., R. W. Jeffery, et al. (2004). "Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and depression in overweight men and women." Int J Obes Relat Metab Disord **28**(3): 418-25.

- Linna, M. S., A. Raevuori, et al. (2014). "Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders." *Am J Obstet Gynecol* **211**(4): 392 e1-8.
- Lopez, C., D. Stahl, et al. "Estimated intelligence quotient in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of the literature." *Ann Gen Psychiatry* **9**: 40.
- Loth, K., P. van den Berg, et al. (2008). "Stressful life events and disordered eating behaviors: findings from Project EAT." *J Adolesc Health* **43**(5): 514-6.
- Luca, A., M. Luca, et al. (2015). "Eating Disorders in Late-life." *Aging Dis* **6**(1): 48-55.
- Luka, L. P., W. S. Agras, et al. (1986). "Thirty month follow-up of cognitive-behavioural group therapy for bulimia." *Br J Psychiatry* **148**: 614-5.
- Machado, P. P., S. Goncalves, et al. "DSM-5 reduces the proportion of EDNOS cases: evidence from community samples." *Int J Eat Disord* **46**(1): 60-5.
- Machado, P. P., B. C. Machado, et al. (2007). "The prevalence of eating disorders not otherwise specified." *Int J Eat Disord* **40**(3): 212-7.
- Mangweth-Matzek, B., C. I. Rupp, et al. (2006). "Never too old for eating disorders or body dissatisfaction: a community study of elderly women." *Int J Eat Disord* **39**(7): 583-6.
- Marsh, R., T. V. Maia, et al. (2009). "Functional disturbances within frontostriatal circuits across multiple childhood psychopathologies." *Am J Psychiatry* **166**(6): 664-74.
- Martín-Albo, J., Núñez, J.L., Navarro, J.G., & Grijalvo, F. (2007). "The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. The Spanish." *Journal of Psychology*, **10** (2), **458-467**.
- Masten, A. S. and J. D. Coatsworth (1998). "The development of competence in favorable and unfavorable environments. Lessons from research on successful children." *Am Psychol* **53**(2): 205-20.
- McCabe, M. P. and L. A. Ricciardelli (2004). "A longitudinal study of pubertal timing and extreme body change behaviors among adolescent boys and girls." *Adolescence* **39**(153): 145-66.
- McGlashan, T. H. (2006). "Is active psychosis neurotoxic?" *Schizophr Bull* **32**(4): 609-13.
- McNicholas, F., B. Dooley, et al. (2012). "The impact of self-reported pubertal status and pubertal timing on disordered eating in Irish adolescents." *Eur Eat Disord Rev* **20**(5): 355-62.
- Measelle, J. R., E. Stice, et al. (2006). "Developmental trajectories of co-occurring depressive, eating, antisocial, and substance abuse problems in female adolescents." *J Abnorm Psychol* **115**(3): 524-38.
- Mendez-Castellano (1994). "Sociedad y Estratificación. Metodo Graffar-Mendez Castellano." (Caracas).
- Meyer, C., L. Taranis, et al. (2008). "Excessive exercise in the eating disorders: a need for less activity from patients and more from researchers." *Eur Eat Disord Rev* **16**(2): 81-3.
- Micali, N., J. Holliday, et al. (2007). "Childhood eating and weight in eating disorders: a multi-centre European study of affected women and their unaffected sisters." *Psychother Psychosom* **76**(4): 234-41.
- Micali, N. and J. Treasure (2009). "Biological effects of a maternal ED on pregnancy and foetal development: a review." *Eur Eat Disord Rev* **17**(6): 448-54.
- Miján, d. l. t. (2004). *Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona : . Glosa.
- Miller, J. D., B. J. Hoffman, et al. (2008). "An examination of the factor structure of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, narcissistic personality disorder criteria: one or two factors?" *Compr Psychiatry* **49**(2): 141-5.
- Mitchell, K. S., M. C. Neale, et al. "Binge eating disorder: a symptom-level investigation of genetic and environmental influences on liability." *Psychol Med* **40**(11): 1899-906.
- Mitchell KS, N. M., Bulik CM, Aggen SH, Kendler and M. S. KS (2010). "Binge eating disorder: a symptom-level investigation of genetic and environmental influences on liability." *Psychol Med*, **40**(11): **1907-8**.
- Mond, J., T. C. Myers, et al. (2008). "'Excessive exercise' and eating-disordered behaviour in young adult women: further evidence from a primary care sample." *Eur Eat Disord Rev* **16**(3): 215-21.
- Monteleone, P., M. Di Genio, et al. (2011). "Investigation of factors associated to crossover from anorexia nervosa restricting type (ANR) and anorexia nervosa binge-purging type (ANBP) to

- bulimia nervosa and comparison of bulimia nervosa patients with or without previous ANR or ANBP." Compr Psychiatry **52**(1): 56-62.
- Moore, L. L., D. A. Lombardi, et al. (1991). "Influence of parents' physical activity levels on activity levels of young children." J Pediatr **118**(2): 215-9.
- Moorhead, D. J., C. K. Stashwick, et al. (2003). "Child and adolescent predictors for eating disorders in a community population of young adult women." Int J Eat Disord **33**(1): 1-9.
- Morande, G., J. Celada, et al. (1999). "Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population." J Adolesc Health **24**(3): 212-9.
- Morande, L. G. (1998). "[Eating disorders in adolescents. An epidemic?]." An Esp Pediatr **48**(3): 229-32.
- Moreno, D., M. Moreno-Iniguez, et al. (2009). "Obstetric complications as a risk factor for first psychotic episodes in childhood and adolescence." Eur Child Adolesc Psychiatry **18**(3): 180-4.
- Morgan, J. F., F. Reid, et al. (1999). "The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders." Bmj **319**(7223): 1467-8.
- Neumark-Sztainer, D., M. Wall, et al. (2006). "Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: How do dieters fare 5 years later?" Journal of the American Dietetic Association **106**(4): 559-568.
- Nicholls, D. E. and R. M. Viner (2009). "Childhood risk factors for lifetime anorexia nervosa by age 30 years in a national birth cohort." J Am Acad Child Adolesc Psychiatry **48**(8): 791-9.
- North, C., S. Gowers, et al. (1995). "Family functioning in adolescent anorexia nervosa." Br J Psychiatry **167**(5): 673-8.
- Oliva, A. J., J (2008). "acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente." Revista de psicopatología y psicología clínica.
- OMS (2004). "El informe sobre la salud en el mundo 2004:Cambiando la historia." Organización Mundial de la Salud.(Ginebra).
- OMS, C.-. (1992). Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid, , Ed. Méditor.
- Pamies Aubalat, Q. M., Bernabé Castaño (2011). "Conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 2.142 adolescentes." **Vol. 136, Nº. 4**, : 139-143.
- Paniagua Repetto H, G. C. S. (2003). "Signos de alerta de trastornos alimentarios, depresivos, del aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes de Cantabria. ." Rev Esp Salud Publica.: 77: 411-22.
- Park, R. J., R. Senior, et al. (2003). "The offspring of mothers with eating disorders." Eur Child Adolesc Psychiatry **12 Suppl 1**: I110-19.
- Parker, G. (1984). "The measurement of pathogenic parental style and its relevance to psychiatric disorder." Soc Psychiatry **19**(2): 75-81.
- Parker, G., Tupling,H. y Brown, L.B. (1979). "A parental Bonding Instrument. ." British Journal of Medical Psychology ,52,1-10.
- Patton, G. C. (1988). "The spectrum of eating disorder in adolescence." J Psychosom Res **32**(6): 579-84.
- Patton, G. C., R. Selzer, et al. (1999). "Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years." Bmj **318**(7186): 765-8.
- Pelaez Fernandez, M. A., F. J. Labrador, et al. (2007). "Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain)." J Psychosom Res **62**(6): 681-90.
- Penas-Lledo, E., C. M. Bulik, et al. (2010). "Risk for self-reported anorexia or bulimia nervosa based on drive for thinness and negative affect clusters/dimensions during adolescence: A three-year prospective study of the TChAD cohort." Int J Eat Disord **48**(6): 692-9.
- Penas-Lledo, E., S. Jimenez-Murcia, et al. (2010). "Specific eating disorder clusters based on social anxiety and novelty seeking." J Anxiety Disord **24**(7): 767-73.
- Podfigurna-Stopa, A., A. Czyzyk, et al. (2015). "Eating disorders in older women." Maturitas **82**(2): 146-52.

- Raeuori, A., H. W. Hoek, et al. (2009). "Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins." *PLoS One* **4**(2): e4402.
- Raeuori, A., M. S. Linna, et al. (2014). "Prenatal and perinatal factors in eating disorders: a descriptive review." *Int J Eat Disord* **47**(7): 676-85.
- Reas, D. L., O. Ro, et al. (2013). "Eating disorders in a large clinical sample of men and women with personality disorders." *Int J Eat Disord* **46**(8): 801-9.
- Ribases, M., M. Gratacos, et al. (2003). "Met66 in the brain-derived neurotrophic factor (BDNF) precursor is associated with anorexia nervosa restrictive type." *Mol Psychiatry* **8**(8): 745-51.
- Rodriguez-Ruiz S, D. S., Ortega-Roldan B, Mata JL, Delgado R, Fernandez-Santaella (2013). "La insatisfacción corporal y la presión de la familia y del grupo de iguales como factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria." *Annals of Clinical and Health Psychology*. **9**: 21-23.
- Rojo, L., L. Livianos, et al. (2003). "Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years." *Int J Eat Disord* **34**(3): 281-91.
- Rojo, L., L. Livianos, et al. (2003). "Epidemiology and risk factors of eating disorders: A two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years." *International Journal of Eating Disorders* **34**(3): 281-291.
- Root, T. L., A. P. Pinheiro, et al. (2012). "Substance use disorders in women with anorexia nervosa." *Int J Eat Disord* **43**(1): 14-21.
- Root, T. L., E. M. Pisetsky, et al. (2012). "Patterns of co-morbidity of eating disorders and substance use in Swedish females." *Psychol Med* **40**(1): 105-15.
- Rosenberg, M. M., C.T.: Wesleyan (1989). "Society and the adolescent Self-image (Revised Edition)." *University Press*.
- Ruiz-Lazaro, P. M. (1998). "[Prevalence of eating disorders in Spain]." *An Esp Pediatr* **49**(4): 435-6.
- Ruiz-Lazaro, P. M. (2003). "[Epidemiology of eating behavior disorders in Spain]." *Actas Esp Psiquiatr* **31**(2): 85-94.
- Ruiz-Lazaro, P. M., M. P. Comet, et al. (2010). "[Prevalence of eating disorders in early adolescent students]." *Actas Esp Psiquiatr* **38**(4): 204-11.
- Ruiz-Lazaro. (1999). *Guía práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Bulimia y anorexia. Zaragoza: Grupo ZARIMA -Prevención de la unidad mixta de investigación del hospital clínico de Zaragoza. Consejo de la juventud de Aragón. Universidad de Zaragoza, facultad de medicina.*
- Ruscio, A. M., D. J. Stein, et al. (2008). "The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication." *Mol Psychiatry* **15**(1): 53-63.
- Russell, G. (1979). "Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa." *Psychol Med* **9**(3): 429-48.
- Ruuska, J., R. Kaltiala-Heino, et al. (2003). "Puberty, sexual development and eating disorders in adolescent outpatients." *Eur Child Adolesc Psychiatry* **12**(5): 214-20.
- Sands, E. R. and J. Wardle (2003). "Internalization of ideal body shapes in 9-12-year-old girls." *Int J Eat Disord* **33**(2): 193-204.
- Sanz, J. P. A., Vazquez, C ; (2003). "Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general." *Clínica y Salud*, **14** (3).
- Schoemaker, C. (1997). "Does early intervention improve the prognosis in anorexia nervosa? A systematic review of the treatment-outcome literature." *Int J Eat Disord* **21**(1): 1-15.
- Sexton, M. C., S. R. Sunday, et al. (1998). "The relationship between alexithymia, depression, and axis II psychopathology in eating disorder inpatients." *Int J Eat Disord* **23**(3): 277-86.
- Shaw, H. E., E. Stice, et al. (2004). "Perfectionism, body dissatisfaction, and self-esteem in predicting bulimic symptomatology: lack of replication." *Int J Eat Disord* **36**(1): 41-7.
- Sheehan, D. V., Y. Lecrubier, et al. (1998). "The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10." *J Clin Psychiatry* **59 Suppl 20**: 22-33;quiz 34-57.
- Shisslak, C. M., R. Renger, et al. (1999). "Development and evaluation of the McKnight Risk Factor Survey for assessing potential risk and protective factors for disordered eating in preadolescent and adolescent girls." *Int J Eat Disord* **25**(2): 195-214.

- Smink, F. R., D. van Hoeken, et al. (2012). "Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates." *Curr Psychiatry Rep* **14**(4): 406-14.
- Smolak, L., M. P. Levine, et al. (1998). "A controlled evaluation of an elementary school primary prevention program for eating problems." *J Psychosom Res* **44**(3-4): 339-53.
- Smolak, L., S. K. Murnen, et al. (2000). "Female athletes and eating problems: a meta-analysis." *Int J Eat Disord* **27**(4): 371-80.
- Spielberger C.D., G., R.L., & Lushene, R.E. (1982). "Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo."
- Spielberger C.D., G., R.L., & Lushene, R.E. (1970). "Manual for the State/Trait Anxiety Inventory. ." Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Stein, D., S. Megeed, et al. (1997). "Partial eating disorders in a community sample of female adolescents." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* **36**(8): 1116-1123.
- Stice, E. (2001). *Risk factors for eating pathology: Recent advances and future directions*. Washington, DC, American Psychological Association.
- Stice, E., W. S. Agras, et al. (2001). "Subtyping binge eating-disordered women along dieting and negative affect dimensions." *Int J Eat Disord* **30**(1): 11-27.
- Stice, E., C. N. Marti, et al. (2011). "Risk factors for onset of eating disorders: evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study." *Behav Res Ther* **49**(10): 622-7.
- Stice, E., C. N. Marti, et al. (2011). "Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study." *Behaviour Research and Therapy* **49**(10): 622-627.
- Stice, E., C. N. Marti, et al. (2013). "Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women." *J Abnorm Psychol* **122**(2): 445-57.
- Stice, E., K. Presnell, et al. (2001). "Relation of early menarche to depression, eating disorders, substance abuse, and comorbid psychopathology among adolescent girls." *Dev Psychol* **37**(5): 608-19.
- Stice, E. and H. Shaw (2003). "Prospective relations of body image, eating, and affective disturbances to smoking onset in adolescent girls: how Virginia slims." *J Consult Clin Psychol* **71**(1): 129-35.
- Stice, E. and K. Whitenton (2002). "Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation." *Dev Psychol* **38**(5): 669-78.
- Strauss, R. S. and W. H. Dietz (1997). "Effects of intrauterine growth retardation in premature infants on early childhood growth." *J Pediatr* **130**(1): 95-102.
- Striegel-Moore, R. H. and C. M. Bulik (2007). "Risk Factors for Eating Disorders." *American Psychologist* **62**(3): 181-198.
- Striegel-Moore, R. H. and C. M. Bulik (2007). "Risk factors for eating disorders." *Am Psychol* **62**(3): 181-98.
- Striegel-Moore, R. H., R. P. McMahon, et al. (2001). "Exploring the relationship between timing of menarche and eating disorder symptoms in Black and White adolescent girls." *Int J Eat Disord* **30**(4): 421-33.
- Strober, M., R. Freeman, et al. (2000). "Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes." *Am J Psychiatry* **157**(3): 393-401.
- Sundgot-Borgen, J. and M. K. Torstveit (2004). "Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population." *Clin J Sport Med* **14**(1): 25-32.
- Surman, C. B., E. T. Randall, et al. (2006). "Association between attention-deficit/hyperactivity disorder and bulimia nervosa: analysis of 4 case-control studies." *J Clin Psychiatry* **67**(3): 351-4.
- Svirko, E. and K. Hawton (2007). "Self-injurious behavior and eating disorders: the extent and nature of the association." *Suicide Life Threat Behav* **37**(4): 409-21.
- Swanson, S. A., S. J. Crow, et al. (2011). "Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement." *Arch Gen Psychiatry* **68**(7): 714-23.

- Taylor (2003). "Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight longitudinal risk factor study." *American Journal of Psychiatry* **160**(2): 248-254.
- Taylor, C. B., S. Bryson, et al. (2006). "The adverse effect of negative comments about weight and shape from family and siblings on women at high risk for eating disorders." *Pediatrics* **118**(2): 731-8.
- Tchanturia, K., M. B. Anderluh, et al. (2004). "Cognitive flexibility in anorexia nervosa and bulimia nervosa." *J Int Neuropsychol Soc* **10**(4): 513-20.
- Tetley, A., N. G. Moghaddam, et al. (2014). "Parental bonding and eating disorders: a systematic review." *Eat Behav* **15**(1): 49-59.
- Thiel, A., A. Broocks, et al. (1995). "Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa." *Am J Psychiatry* **152**(1): 72-5.
- Thornton, L. M., S. E. Mazzeo, et al. (2011). "The heritability of eating disorders: methods and current findings." *Curr Top Behav Neurosci* **6**: 141-56.
- Toro, J., B. Galilea, et al. (2005). "Eating disorders in Spanish female athletes." *International Journal of Sports Medicine* **26**(8): 693-700.
- Toro, J., A. Gila, et al. (2005). "Body image, risk factors for eating disorders and sociocultural influences in Spanish adolescents." *Eating and Weight Disorders* **10**(2): 91-97.
- Toro, J., G. Gomez-Peresmitre, et al. (2006). "Eating disorders and body image in Spanish and Mexican female adolescents." *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **41**(7): 556-65.
- Tozzi, F., L. M. Thornton, et al. (2005). "Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover." *Am J Psychiatry* **162**(4): 732-40.
- Treuer, T., M. Koperdák, et al. (2005). "The impact of physical and sexual abuse on body image in eating disorders." *European Eating Disorders Review* **13**(2): 106-111.
- Tripp, J. C., M. (1998). "Parents, parenting, and family breakdown." *Arch Dis Child*
- Turnbull, S. (1996). "«The demand for eating disorders care: an epidemiological study using the general practice Research Database»." *British Journal of Psychiatry*: 169, pp. 705-712.
- Turón, V. J. (1997). *Trastornos de la alimentación: Anorexia, Bulimia y Obesidad*, .
- Unikel, C. (2002). "Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años " *Salud Menta*.
- van den Bos, R. and D. de Ridder (2006). "Evolved to satisfy our immediate needs: self-control and the rewarding properties of food." *Appetite* **47**(1): 24-9.
- Vanderlinden, J., J. H. Kamphuis, et al. (2009). "Be kind to your eating disorder patients: the impact of positive and negative feedback on the explicit and implicit self-esteem of female patients with eating disorders." *Eat Weight Disord* **14**(4): e237-42.
- Wehkalampi, K., P. Hovi, et al. (2010). "Reduced body size and shape-related symptoms in young adults born preterm with very low birth weight: Helsinki study of very low birth weight adults." *J Pediatr* **157**(3): 421-7, 427 e1.
- Weiselberg, E. C., M. Gonzalez, et al. (2011). "Eating disorders in the twenty-first century." *Minerva Ginecol* **63**(6): 531-45.
- Welch, S. L., H. A. Doll, et al. (1997). "Life events and the onset of bulimia nervosa: a controlled study." *Psychol Med* **27**(3): 515-22.
- Welch, S. L. and C. G. Fairburn (1996). "Childhood sexual and physical abuse as risk factors for the development of bulimia nervosa: a community-based case control study." *Child Abuse Negl* **20**(7): 633-42.
- Włodarczyk-Bisaga, K. and B. Dolan (1996). "A two-stage epidemiological study of abnormal eating attitudes and their prospective risk factors in Polish schoolgirls." *Psychol Med* **26**(5): 1021-32.
- Wonderlich, S. A., T. D. Brewerton, et al. (1997). "Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders." *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **36**(8): 1107-15.
- Wonderlich, S. A., K. M. Connolly, et al. (2004). "Impulsivity as a risk factor for eating disorder behavior: Assessment implications with adolescents." *International Journal of Eating Disorders* **36**(2): 172-182.
- Wonderlich, S. A., D. Fullerton, et al. (1994). "Five-year outcome from eating disorders: relevance of personality disorders." *Int J Eat Disord* **15**(3): 233-43.

- Woodside, D. B., C. M. Bulik, et al. (2002). "Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders." Int J Eat Disord **31**(3): 290-9.
- Yao, S., R. Kuja-Halkola, et al. "Familial Liability for Eating Disorders and Suicide Attempts: Evidence From a Population Registry in Sweden." JAMA Psychiatry.
- Yao, S., R. Kuja-Halkola, et al. (2016). "Familial Liability for Eating Disorders and Suicide Attempts: Evidence From a Population Registry in Sweden." JAMA Psychiatry.
- Young, E. A., J. R. Clopton, et al. (2004). "Perfectionism, low self-esteem, and family factors as predictors of bulimic behavior." Eat Behav **5**(4): 273-83.
- Zaider, T. I., J. G. Johnson, et al. (2000). "Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community." Int J Eat Disord **28**(1): 58-67.

8 ANEXOS.

8.1 Anexo A. Formularios entrevista y pruebas autoadministradas.

**Programa de detección temprana en Cantabria de
trastornos de la conducta alimentaria**

DETECTA

Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria
Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla"

ENTREVISTA PACIENTE

Código:.....

Etiqueta

Fecha de la consulta

BASAL ENFERMERIA

1. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

| | | | |
|------|-------------------------------------|--|--|
| 1.1 | Sexo | 1 Varón 2 Mujer | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 | Raza | 1 Caucásica 2 Etnia gitana 3 Otros (hispana, árabe, africana...) | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 | Edad | | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 1.4 | Fecha de nacimiento | | <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> d d / m m / a a |
| 1.5 | Lugar de nacimiento | _____ | CP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 1.6 | Tipo de zona de nacimiento | 1 Zona urbana (> 10.000 habitantes) 2 Zona intermedia (2.001-10.000) 3 Zona rural (< 2.000) | <input type="checkbox"/> |
| 1.7 | Estado civil | 1 Soltero 2 Casado o pareja estable 3 Separado o divorciado 4 Viudo | <input type="checkbox"/> |
| 1.8 | Máximo nivel académico alcanzado | 1 Analfabetos (no sabe leer ni escribir en ningún idioma) 2 Sin estudios (sabe leer y escribir pero fue menos de 5 años a la escuela) 3 Primer grado (fue a la escuela 5 años o más pero sin completar EGB, ESO o Bachiller elemental) 4 ESO, EGB o Bachillerato elemental 5 Bachiller superior, BUP, Bachiller LOGSE, COU, PREU 6 FP grado medio, FP I, Oficialía industrial o equivalente 7 FP grado superior, FP II, Maestría industrial o equivalente 8 Diplomatura, Arquitectura o Ingeniería Técnicas; 3 cursos aprobados de Licenciatura, Ingeniería o Arquitectura. 9 Licenciatura, Arquitectura, Ingeniería o equivalente 10 Doctorado | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 1.9 | Calificación media | 1 Alto (sobresaliente / notable) 2 Medio 3 Bajo | <input type="checkbox"/> |
| 1.10 | ¿Tuvo apoyo especial en el colegio? | 1 Si 2 No 3 No disponible este recurso | <input type="checkbox"/> |
| 1.11 | ¿Está estudiando en la actualidad? | 1 Si 2 No | <input type="checkbox"/> |

1.12 **Estudiantes:** ¿Qué estudios está realizando actualmente? *(Se pueden señalar hasta 3 casillas)*

- 0-No estudia
- 1- Enseñanzas iniciales para adultos (alfabetización, educ. básica)
- 2- Programas de garantía social
- 3- ESO ó Educación secundaria para adultos
- 4- Bachillerato, BUP y COU
- 5- Escuela oficial de idiomas
- 6- Enseñanzas artísticas de grado elemental o medio
- 7- Formación profesional de grado medio o estudios equivalentes
- 8- Formación profesional de grado superior, FP II o equivalente
- 9- Diplomatura universitaria, Arquitectura o Ingeniería técnica o equivalente
- 10- Licenciatura universitaria, Arquitectura o Ingeniería o equivalente
- 11- Estudios de postgrado, máster, MIR o análogo
- 12-Doctorado
- Otros cursos de formación:
 - 13- Curso del INEM, Escuela Taller u otro curso para desempleados
 - 14- Curso de formación promovido por la empresa (sólo para ocupados)
 - 15- Otros cursos no mencionados antes (de informática, preparación de oposiciones, idiomas en academias, cursos culturales o recreativos)

PADRE

1.13 Edad del padre

- 1.14 Estudios del padre
- 1 Analfabetos (no sabe leer ni escribir en ningún idioma)
 - 2 Sin estudios (sabe leer y escribir pero fue menos de 5 años a la escuela)
 - 3 Primer grado (fue a la escuela 5 años o más pero sin completar EGB, ESO o Bachiller elemental)
 - 4 ESO, EGB o Bachillerato elemental
 - 5 Bachiller superior, BUP, Bachiller LOGSE, COU, PREU
 - 6 FP grado medio, FP I, Oficialia industrial o equivalente
 - 7 FP grado superior, FP II, Maestría industrial o equivalente
 - 8 Diplomatura, Arquitectura o Ingeniería Técnicas; 3 cursos aprobados de Licenciatura, Ingeniería o Arquitectura.
 - 9 Licenciatura, Arquitectura, Ingeniería o equivalente
 - 10 Doctorado

- 1.15 ¿Cuál es la actividad que está realizando actualmente?:
- 1 Estudiante
 - 2 Ocupado
 - 3 Ocupado: Temporalmente ausente del trabajo (ILT)
 - 4 Parado buscando el primer empleo
 - 5 Parado que ha trabajado antes
 - 6 Cobrando una pensión de incapacidad permanente o invalidez
 - 7 Cobrando una pensión de viudedad u orfandad
 - 8 Cobrando una pensión de jubilación o prejubilado
 - 9 Realizando tareas de voluntariado social
 - 10 Realizando las tareas del hogar
 - 11 Otra situación
 - 12 Fallecido
-

1.16 Profesión/Ocupación del padre: _____
(aunque esté ya retirado)

- 1.17 Señale su ocupación:
Ver anexo
- 0 Fuerzas armadas
 - 1 Dirección de las empresas y de las administraciones públicas
 - 2 Técnicos y profesionales científicos e intelectuales
 - 3 Técnicos y profesionales de apoyo
 - 4 Empleados de tipo administrativo
 - 5 Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios
 - 6 Trabajadores cualificados en la agricultura y en la pesca
 - 7 Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción, y la minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinaria
 - 8 Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores
 - 9 Trabajadores no cualificados, cuidado de la casa.
-

MADRE

1.18 Edad de la madre

- 1.19 Estudios de la madre
- 1 Analfabetos (no sabe leer ni escribir en ningún idioma)
 - 2 Sin estudios (sabe leer y escribir pero fue menos de 5 años a la escuela)
 - 3 Primer grado (fue a la escuela 5 años o más pero sin completar EGB, ESO o Bachiller elemental)
 - 4 ESO, EGB o Bachillerato elemental
 - 5 Bachiller superior, BUP, Bachiller LOGSE, COU, PREU
 - 6 FP grado medio, FP I, Oficialía industrial o equivalente
 - 7 FP grado superior, FP II, Maestría industrial o equivalente
 - 8 Diplomatura, Arquitectura o Ingeniería Técnicas; 3 cursos aprobados de Licenciatura, Ingeniería o Arquitectura.
 - 9 Licenciatura, Arquitectura, Ingeniería o equivalente
 - 10 Doctorado
-

| | | | | |
|-----------------------|---|---|--------------------------|--------------------------|
| 1.20 | ¿Cuál es la actividad que está realizando actualmente?: | 1 Estudiante 2 Ocupada 3 Ocupada: Temporalmente ausente del trabajo (ILT) 4 Parada buscando el primer empleo 5 Parada que ha trabajado antes 6 Cobrando una pensión de incapacidad permanente o invalidez 7 Cobrando una pensión de viudedad u orfandad 8 Cobrando una pensión de jubilación o prejubilado 9 Realizando tareas de voluntariado social 10 Realizando las tareas del hogar 11 Otra situación. 12 Fallecida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.21 | Profesión/Ocupación de la madre (aunque ya esté retirada) | _____ | | |
| 1.22 | Señale su ocupación: Ver anexo | 0 Fuerzas armadas 1 Dirección de las empresas y de las administraciones públicas 2 Técnicos y profesionales científicos e intelectuales 3 Técnicos y profesionales de apoyo 4 Empleados de tipo administrativo 5 Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios 6 Trabajadores cualificados en la agricultura y en la pesca 7 Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción, y la minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinaria 8 Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores 9 Trabajadores no cualificados. Ama de casa. | <input type="checkbox"/> | |
| 1.23 | Nivel socioeducativo de los padres | 1 Familia acomodada – Educación elevada – Rango social elevado 2 Profesionales liberales – Licenciados – Puestos directivos 3 Pequeños negocios – Trabajadores cualificados - Bachiller 4 Educación inferior a 2º grado – Poca cualificación 5 Estudios básicos – Trabajo sin cualificación 6 Desconocido | <input type="checkbox"/> | |
| 2. ALOJAMIENTO | | | | |
| 2.1 | ¿Dónde vive habitualmente? | _____ | CP: | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 | Tipo de zona | 1 Zona urbana (> 10.000 habitantes) 2 Zona semiurbana (2.001-10.000) 3 Zona rural (< 2.000) 4 Itinerante | <input type="checkbox"/> | |
| 2.3 | ¿Desde hace cuántos años vive en este lugar? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.4 | ¿Dónde residió la mayor parte de su infancia-juventud? | _____ | CP: | <input type="checkbox"/> |
| 2.5 | Tipo de zona | 1 Zona urbana (> 10.000 habitantes) 2 Zona semiurbana (2.001-10.000) 3 Zona rural (< 2.000) | <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 2.6 | ¿Con quién vive habitualmente? | 1 Vive solo (+/- hijos) 2 Con la esposa/o (+/- hijos) 3 Vive en pareja 4 Vive con los padres 5 Vive con otros familiares 6 Vive con otros | <input type="checkbox"/> |
| 2.7 | Si vive con su familia: (pregunta 2.4 = 2,3,4,5) ¿Cuántos adultos viven ahí, excluyendo al paciente? (mayores de 18 años) ¿Y cuántos niños, excluyendo al paciente? (menores de 18 años) | Número de adultos Número de niños | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

3. ACTIVIDAD LABORAL E INGRESOS DEL PACIENTE

| | | | |
|-----|---|--|---|
| 3.1 | ¿Cuál es la actividad que está realizando actualmente el paciente? | 0 Estudia y trabaja. 1 Estudiante 2 Ocupado 3 Ocupado: Temporalmente ausente del trabajo (ILT) 4 Parado buscando el primer empleo 5 Parado que ha trabajado antes 6 Cobrando una pensión de incapacidad permanente o invalidez 7 Cobrando una pensión de viudedad u orfandad 8 Cobrando una pensión de jubilación o prejubilado 9 Realizando tareas de voluntariado social 10 Realizando las tareas del hogar 11 Otra situación | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3.2 | <u>Pacientes ocupados y parados</u> (pregunta 3.1: del 2 al 5) En los últimos 12 meses: | Número de semanas empleado- activo Número de semanas empleado- de baja laboral Número de semanas desempleado | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

Total:

| | | | |
|-----|---|--|--------------------------|
| 3.3 | Profesión del paciente | _____ | |
| 3.4 | Si está ocupado: (pregunta 3.1 = 2 ó 3) señale su ocupación: Ver anexo | 0 Fuerzas armadas 1 Dirección de las empresas y de las administraciones públicas 2 Técnicos y profesionales científicos e intelectuales 3 Técnicos y profesionales de apoyo 4 Empleados de tipo administrativo 5 Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios 6 Trabajadores cualificados en la agricultura y en la pesca 7 Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción, y la minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinaria 8 Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores 9 Trabajadores no cualificados 10 Estudiante | <input type="checkbox"/> |

| INGRESOS DEL PACIENTE | | | |
|-----------------------|---|---|--|
| 3.5 | ¿Recibe algún tipo de pensión o ayuda económica? | 1 Sí 2 No | <input type="checkbox"/> |
| 3.6 | <u>Si la respuesta es afirmativa:</u> ¿qué tipo de ayuda recibe?: | 0 Ninguno 1 Subsidio-Desempleo 2 Incapacidad transitoria 3 Invalidez 4 Jubilación 5 Ingresos mínimos de inserción 6 No contributiva 7 Hijo a cargo 8 Orfandad 9 Viudedad | <input type="checkbox"/> |
| 3.7 | ¿Cuál es su principal fuente de ingresos? | 1 Salario-ILT 2 Desempleo 3 Pensión 4 Dependencia familiar 5 Otros _____ | <input type="checkbox"/> |
| 3.8 | Si 3.7 = 1, 2,3 (salario, desempleo, pensión) ¿Cuáles son sus ingresos mensuales? | 0 Ninguno 1 < 300 € 2 300 - 600 € 3 601 - 1500 € 4 1.501 - 2.000€ 5 > 2.000 € | <input type="checkbox"/> Ingresos netos |

4. ANTECEDENTES PERSONALES:

Numero de hermanos incluido el paciente:

Posición que ocupa:

Paciente: Antecedentes orgánicos : _____

Antecedentes psicopatológicos: _____

Medicación : _____

Padre: Antecedentes orgánicos : _____

Antecedentes psicopatológicos: _____

Medicación : _____

Madre: Antecedentes orgánicos : _____

Antecedentes psicopatológicos: _____

Medicación : _____

Hermano: Antecedentes orgánicos : _____

Antecedentes psicopatológicos: _____

Medicación : _____

Otro familiar: Antecedentes orgánicos : _____

Antecedentes psicopatológicos: _____

Medicación : _____

¿Algún familiar con un trastorno de la alimentación? Sí No

Especificar _____

5. GENOGRAMA

6. DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

- 6.1 Peso: Kg.
- 6.2 Altura: metros
- 6.3 IMC: kg/m²
- 6.4 Frecuencia Cardiaca: lpm
- 6.5 Tensión arterial: / MmHg
- 6.6 Temperatura: grados °C
- 6.7 Pliegue tricipital: mm
- 6.8 Pliegue subescapular: mm
- 6.9 Circunferencia media del brazo: cm
- 6.10 Circunferencia perimetro abdominal cm

8. ESCALA DE COMPLICACIONES OBSTETRICAS: (Lewis et al. 1989)7.1 Peso del recién nacido: gramos7.2 Diabetes Gestacional Si No 7.3 Tipo de lactancia Materna Si No Tiempo de lactancia meses7.4 Edad de los progenitores al nacimiento Madre: años. Padre años7.5 Ingreso en los primeros 6 meses de vida Si No Motivo.....

Marcar con un círculo:

| PREPARTO | | Puntuación | | | |
|---|--|------------|--------|---------|--------------|
| Definitivo (si presentó) | presentó de forma dudosa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Rubéola o Sífilis | | Definitivo | | Ausente | No evaluable |
| 2. Incompatibilidad Rhesus | | Definitivo | | Ausente | No evaluable |
| 3. Pre-eclampsia severa o que ocasiona una temprana hospitalización o inducción | Pre-eclampsia no especificada | Definitivo | Dudoso | Ausente | No evaluable |
| 4. Hemorragias antes del parto o amenaza de aborto | | Definitivo | | Ausente | No evaluable |
| PARTO | | | | | |
| Definitivo | Dudoso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Ruptura prematura de membrana > 24 horas | | Definitivo | | Ausente | No evaluable |
| 6. Duración del parto >36 horas ó < 3 horas | Parto > 24 horas o "largo" o "difícil" o "precipitado" no especificado | Definitivo | Dudoso | Ausente | No evaluable |
| 7. Nacimiento gemelar y complicado | Nacimiento gemelar no especificado | Definitivo | Dudoso | Ausente | No evaluable |
| 8. Prolapso de cordón | Cordón enredado o alrededor del cuello | Definitivo | Dudoso | Ausente | No evaluable |
| 9. Edad gestacional < 37 ó > 42 semanas | Prematuro o hipermaduro no especificado | Definitivo | Dudoso | Ausente | No evaluable |
| 10. Cesárea complicada o de emergencia | Cesárea no especificada | Definitivo | Dudoso | Ausente | No evaluable |
| 11. Presentación de nalgas o anormal | | Definitivo | | Ausente | No evaluable |
| 12. Fórceps dificultoso o de alto riesgo | Fórceps u otro instrumental no especificado | Definitivo | Dudoso | Ausente | No evaluable |
| 13. Peso al nacimiento < 2000 gr. | Peso < 2.500 gr o pequeño, no especificado | Definitivo | Dudoso | Ausente | No evaluable |
| 14. Incubadora > 4 semanas | Incubadora o reanimación o "azul" no especificado | Definitivo | Dudoso | Ausente | No evaluable |
| 15. | Importante anomalía física | | Dudoso | Ausente | No evaluable |

DETECTA

1. **Diagnóstico:**

Edad de inicio del problema: años Tiempo sin tratamiento: meses
 Peso premórbido: Kg. Peso más bajo Kg.
 Peso más alto Kg. Peso ideal: Kg.
 Autoevaluación peso: (1) normal (2) alto (3) bajo

1. Criterios Diagnósticos para Anorexia Nerviosa (AN) F.50.0

- Rechazo a mantener el peso corporal normal considerando la edad y talla. (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
- Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso.
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea. (Ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos)

Subtipos Restictivo: Compulsivo / Purgativo:

Criterios diagnósticos para Bulimia Nerviosa (BN)

- Presencia de atracones recurrentes. (1. Ingesta de alimento en un corto en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar. 2. Sensación de pérdida de control)
- Conductas (vómito, laxantes, diuréticos, ayuno y ejercicio excesivo.)
- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.
- La auto evaluación esta exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Subtipos Purgativo: No purgativo:

Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE)

- De perfil anoréxico. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, sin amenorrea o se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa sin bajo peso.
- De perfil bulímico. Se cumplen todos los criterios para la BN con la excepción que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses. O empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por Ej. Provocación del vómito después de haber comido dos galletas o masticar y expulsar, pero no tragar cantidades importantes de comida
- Trastornos de compulsión alimentaria (BED) se caracteriza por atracones recurrentes con ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

2. Antecedentes personales:

PERINATALES (nombre de la madre y permiso para mirar su historia obstétrica)

- VER escala de complicaciones obstétricas (ECO)

DESARROLLO

PROBLEMAS EN DESARROLLO PSICOMOTOR Preguntar por hitos evolutivos (1) Sí (2) No

Especificar:

MENARQUIA (Edad): años

DESARROLLO SEXUAL (1) Precoz (2) normal

ESCOLARIZACIÓN (1) Normal (2) Con problemas

Problemas ESCOLARES (especificar):

Cómo te ha ido en los estudios? Suspensos /Aprobados total de asignaturas

Cual es o era tu rendimiento 1.Suspensos 2.aprobados 3.notables 4.sobresalientes

RELACIONES DE PAREJA (1) Conflictivas (2) Sin Problemas Especificar:

RELACIONES DE SOCIALES (1) Conflictivas (2) Sin Problemas

Especificar:

ENFERMEDADES MÉDICO-QUIRÚRGICAS:

¿Has tenido dolores de cabeza? (1) Sí (2) No

¿Tomas algún tratamiento farmacológico en este momento? (1) Sí (2) No

Especificar fármaco y dosis

¿Has necesitado tomar algún medicamento para ayudarte concentrarte y mejorar en colegio o instituto?

¿Has necesitado tomar insulina para ayudarte a controlar la diabetes?

¿Has precisado alguna intervención quirúrgica?

¿Frecuencia de infecciones en el último año?

¿Ha tenido fiebre en esos procesos?

Historia de fracturas óseas

Ingesta de raciones de calcio al día

Ha recibido o recibe tratamiento con estrógenos

Horas de exposición al sol diarias

3. Factores de riesgo:

FACTORES RELACIONADOS CON LA DIETA Y LA IMAGEN CORPORAL (ver EAT-26)

1. ¿Has estado alguna vez a dieta PARA PERDER PESO?

| | Nunca | Un poco | A veces | Mucho | Todo el tiempo |
|------------------|-------|---------|---------|-------|----------------|
| En tu vida | | | | | |
| En el último año | | | | | |

Si es sí, especificar cuándo

2. ¿Has dejado de comer **durante un día o más** PARA PERDER PESO?

| | Nunca | Un poco | A veces | Mucho | Todo el tiempo |
|------------------|-------|---------|---------|-------|----------------|
| En tu vida | | | | | |
| En el último año | | | | | |

Si es sí, especificar cuándo

3. ¿Has dejado de comer una **comida completa** (desayuno, comida o cena) PARA PERDER PESO?

| | Nunca | Un poco | A veces | Mucho | Todo el tiempo |
|------------------|-------|---------|---------|-------|----------------|
| En tu vida | | | | | |
| En el último año | | | | | |

Si es sí, especificar cuándo.....

4. ¿Has comido **más de lo habitual** para sentirte mejor contigo misma?

| | Nunca | Un poco | A veces | Mucho | Todo el tiempo |
|------------------|-------|---------|---------|-------|----------------|
| En tu vida | | | | | |
| En el último año | | | | | |

Si es sí, especificar cuándo.....

5. ¿Has comido **menos de lo habitual** para sentirte mejor contigo misma?

| | Nunca | Un poco | A veces | Mucho | Todo el tiempo |
|------------------|-------|---------|---------|-------|----------------|
| En tu vida | | | | | |
| En el último año | | | | | |

Si es sí, especificar cuándo.....

¿Has comido **más de lo habitual** cuando estabas disgustada?

| | Nunca | Un poco | A veces | Mucho | Todo el tiempo |
|------------------|-------|---------|---------|-------|----------------|
| En tu vida | | | | | |
| En el último año | | | | | |

Si es sí, especificar cuándo.....

6. ¿Has tomado alguna clase de **pastilla** para poder PERDER PESO?

| | Nunca | Un poco | A veces | Mucho | Todo el tiempo |
|------------------|-------|---------|---------|-------|----------------|
| En tu vida | | | | | |
| En el último año | | | | | |

Si es sí, especificar cuándo.....

7. ¿Te has sentido **gorda o con sobre peso alguna vez?**

| | Nunca | Un poco | A veces | Mucho | Todo el tiempo |
|------------------|-------|---------|---------|-------|----------------|
| En tu vida | | | | | |
| En el último año | | | | | |

Si es sí, especificar cuándo.....

8. ¿Has estado satisfecha con la apariencia de tu cuerpo?

| | Nunca | Un poco | A veces | Mucho | Todo el tiempo |
|------------------|-------|---------|---------|-------|----------------|
| En tu vida | | | | | |
| En el último año | | | | | |

Si es sí, especificar cuándo.....

9. ¿Has tenido deseos de estar más delgada?

| | Nunca | Un poco | A veces | Mucho | Todo el tiempo |
|------------------|-------|---------|---------|-------|----------------|
| En tu vida | | | | | |
| En el último año | | | | | |

Si es sí, especificar cuándo.....

10. ¿Te ha afectado tu peso en cómo te ves a ti misma?

| | Nunca | Un poco | A veces | Mucho | Todo el tiempo |
|------------------|-------|---------|---------|-------|----------------|
| En tu vida | | | | | |
| En el último año | | | | | |

Si es sí, especificar cuándo.....

COMENTARIOS CRÍTICOS:

1. ¿Se han burlado/metido contigo otras chicas (incluyendo hermanas) por tu peso?

| | Nunca | Un poco | A veces | Mucho | Todo el tiempo |
|------------------|-------|---------|---------|-------|----------------|
| En tu vida | | | | | |
| En el último año | | | | | |

Si es sí, especificar cuándo.....

2. Si alguna chica (incluyendo hermanas) se burló de ti por tu peso, ¿Cuánto te ha afectado en cómo te ves a ti misma?

| | Para nada | Un poco | Bastante | Mucho | Totalmente |
|--|-----------|---------|----------|-------|------------|
| | | | | | |

3. ¿Se ha burlado metido contigo algún chico (incluyendo hermanos) por tu peso?

| | Nunca | Un poco | A veces | Mucho | Todo el tiempo |
|------------------|-------|---------|---------|-------|----------------|
| En tu vida | | | | | |
| En el último año | | | | | |

Si es sí, especificar cuándo.....

4. Si algún chico se burló de tí por tu peso, ¿Cuánto te ha afectado en cómo te ves a ti misma?

| | Para nada | Un poco | Bastante | Mucho | Totalmente |
|--|-----------|---------|----------|-------|------------|
| | | | | | |

5. ¿Algún profesor/entrenador/compañero de trabajo te ha hecho algún comentario acerca de tu peso que te ha hecho sentir mal?

| | Nunca | Un poco | A veces | Mucho | Todo el tiempo |
|------------------|-------|---------|---------|-------|----------------|
| En tu vida | | | | | |
| En el último año | | | | | |

Si es sí, especificar cuándo.....

6. ¿Te ha comentado algo tu padre/madre/familiares con quien convivas acerca de tu peso o tus costumbres de alimentación que te hizo sentir mal?

| | Nunca | Un poco | A veces | Mucho | Todo el tiempo |
|------------------|-------|---------|---------|-------|----------------|
| En tu vida | | | | | |
| En el último año | | | | | |

Si es sí, especificar cuándo.....

7. ¿Crees que tu peso o tu imagen física puede influir en la aceptación por parte de los demás? ¿En cómo te relacionas con los demás?

| | Nunca | Un poco | A veces | Mucho | Todo el tiempo |
|------------------|-------|---------|---------|-------|----------------|
| En tu vida | | | | | |
| En el último año | | | | | |

Si es sí, especificar cuándo.....

PRESIÓN POR HACER DIETA Y ADELGAZAR:

1. ¿Has cambiado tus hábitos de alimentación influida por tus amigos o con otros chicos?

| | Nunca | Un poco | A veces | Mucho | Todo el tiempo |
|------------------|-------|---------|---------|-------|----------------|
| En tu vida | | | | | |
| En el último año | | | | | |

Si es sí, especificar cuándo.....

2. ¿Has cambiado tus hábitos de alimentación influida por tus amigas o con otras chicas?

| | Nunca | Un poco | A veces | Mucho | Todo el tiempo |
|------------------|-------|---------|---------|-------|----------------|
| En tu vida | | | | | |
| En el último año | | | | | |

Si es sí, especificar cuándo.....

3. ¿Ha sido importante para tu madre que estés delgada?

| | Nunca | Un poco | A veces | Mucho | Todo el tiempo |
|------------------|-------|---------|---------|-------|----------------|
| En tu vida | | | | | |
| En el último año | | | | | |

Si es sí, especificar cuándo.....

7. Trastornos psicológicos específicos/problemas premórbidos/antecedentes psicopatológicos.

Especificar si ha recibido diagnóstico profesional y cuál 1. Sí 0.No
 Cuál.....

Profesional que realizó el diagnóstico... Psicólogo Psiquiatra Otro

(1) Tr. Ansiedad (2) Fobias (3) Depresión (4) Hiperactividad (5) Tr. De conducta (6) Otros.....

OBESIDAD o sobrepeso infantil (1) Sí (0) No

1. ¿Te has sentido cansada, agotada o sin ganas de hacer cosas?

| | Nunca | Un poco | A veces | Mucho | Todo el tiempo |
|------------|-------|---------|---------|-------|----------------|
| En tu vida | | | | | |

2. ¿Te has sentido con la moral "por los suelos" o "deprimida"?

| | Nunca | Un poco | A veces | Mucho | Todo el tiempo |
|------------|-------|---------|---------|-------|----------------|
| En tu vida | | | | | |

3. ¿Has tenido dolores de estómago?

| | Nunca | Un poco | A veces | Mucho | Todo el tiempo |
|------------|-------|---------|---------|-------|----------------|
| En tu vida | | | | | |

4. ¿Has tenido dificultades para concentrarte (por ejemplo, escuchar en clase, leer un libro o hacer los deberes)?

| | Nunca | Un poco | A veces | Mucho | Todo el tiempo |
|------------------|-------|---------|---------|-------|----------------|
| En tu vida | | | | | |
| En el último año | | | | | |

5. ¿Has tenido dificultades para divertirte?

| | Nunca | Un poco | A veces | Mucho | Todo el tiempo |
|------------------|-------|---------|---------|-------|----------------|
| En tu vida | | | | | |
| En el último año | | | | | |

6. ¿Te has sentido contenta por las cosas que haces o que te rodean?

| | Nunca | Un poco | A veces | Mucho | Todo el tiempo |
|------------------|-------|---------|---------|-------|----------------|
| En tu vida | | | | | |
| En el último año | | | | | |

8. Consumo de tóxicos: ¿Fumas con intención de perder peso?.....

| Sustancia: | Consumo actual | cantidad | consumo pasado | cantidad |
|------------------------|---|----------|---|----------|
| Tabaco | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Alcohol | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Cocaína | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Marihuana/Cannabis | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Drogas de síntesis | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Heroína | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Café | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Té o infusiones | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Bebidas estimulantes | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Chicles | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Productos saciantes | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Pastillas adelgazantes | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Diuréticos | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Laxantes | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Otras | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |

| Conductas: | | |
|---------------------------|---|---|
| Conductas: | Actuales | En el pasado |
| Autolesiones | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Robos o hurtos | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Promiscuidad | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Ejercicio físico excesivo | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

9. Exploración del trastorno alimentario (síntomas último mes)

| Síntoma | Sí | No | Pródromo (numerar cronológicamente según su aparición hasta 5) |
|---|----|----|--|
| 1. Restricción calórica selectiva | | | |
| 2. Restricción alimentaria amplia | | | |
| 3. Esconde o tira comida | | | |
| 4. Refiere vómitos espontáneos | | | |
| 5. Refiere vómitos provocados | | | |
| 6. La familia sospecha que vomita | | | |
| 7. Oculta vómitos; confirmado | | | |
| 8. Se esconde para comer | | | |
| 9. Cocina para si mismo | | | |
| 10. Cocina para todos | | | |
| 11. Restricción general de líquidos | | | |
| 12. Mastica chicles de continuo | | | |
| 13. Manipulación de alimentos | | | |
| 14. "Picotea entre comidas" | | | |
| 15. "Atracones" | | | |
| 16. Crisis bulímicas | | | |
| 17. Molestias digestivas con plenitud desagradable | | | |
| 18. Abandono actividades habituales | | | |
| 19. Cambio de forma de vestir | | | |
| 20. Tristeza | | | |
| 21. Ansiedad | | | |
| 22. Insomnio | | | |
| 23. Sensación de vacío en el estómago | | | |
| 24. Insatisfacción con su imagen | | | |
| 25. Insatisfacción consigo mismo (pobre autoconcepto) | | | |
| 26. Deseo de ser mejor | | | |
| 27. Deseo de llamar la atención | | | |
| 28. Consumo excesivo de agua | | | |
| 29. Disminución de libido | | | |
| | | | |

Pródromos:

¿Ha realizado algún intento autolítico previo? 1. Sí 0.No

Especificar cómo y cuando.....

10. Acontecimientos vitales estresantes (Vida previa y último año)

¿Sales con alguien? Si No

¿Qué edad tenías cuando empezaste a salir en pareja?

| Acontecimientos | En la vida | | En el último año | |
|--|------------|----|------------------|----|
| | Si | No | Si | No |
| ¿Has tenido alguna ruptura sentimental? | | | | |
| ¿Has sufrido una herida o enfermedad grave? | | | | |
| ¿Te has cambiado de casa, de ciudad? | | | | |
| ¿Has perdido una amistad? (enfado/mudanza...) | | | | |
| ¿Cambiaste de colegio/trabajo? | | | | |
| ¿Se ha muerto alguna mascota tuya? | | | | |
| ¿Has sentido que alguien que tú quieres te ha rechazado? | | | | |
| ¿Te has sentido amenazada (o con miedo que alguien te puede hacer daño) <u>en el colegio o instituto/trabajo?</u> | | | | |
| ¿Alguien que tú quieres se ha muerto? | | | | |
| ¿Tu padre/madre se han separado o divorciado? | | | | |
| ¿O tu madre o tu padre se han vuelto a casar? | | | | |
| ¿Te has sentido amenazada (o con miedo de que alguien te puede hacer daño) <u>fuera del colegio o instituto/trabajo?</u> | | | | |
| ¿Has sentido alguna presión para tener relaciones sexuales? | | | | |

11. Historia dietética familiar:

| | Nunca (1) | Ocasionalmente (2) | Habitualmente(3) | Siempre(4) |
|-------------------------------|-----------|--------------------|------------------|------------|
| Madre | | | | |
| Realiza dietas | | | | |
| Hace ejercicio físico | | | | |
| consume productos "light" | | | | |
| Padre | | | | |
| Realiza dietas | | | | |
| Hace ejercicio físico | | | | |
| Consumo productos "light" | | | | |
| ¿Son tus padres vegetarianos? | | | | |

12. Historia dietética personal:

¿COME EL MISMO TIPO DE ALIMENTOS QUE EL RESTO DE LA CASA?

- 1. Nunca come lo mismo
- 2. Come en general lo mismo excepto algunos alimentos que sustituyo por otros
- 3. Siempre come lo mismo que los demás

¿EXISTE ALGÚN TIPO DE ALIMENTO QUE NUNCA TOME?

- | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|---|----------------|--------------------------|---|
| Come cualquier tipo de alimento | <input type="checkbox"/> | 1 | No come carne | <input type="checkbox"/> | 5 |
| No toma dulce | <input type="checkbox"/> | 2 | No come fritos | <input type="checkbox"/> | 6 |
| No toma hidratos de carbono | <input type="checkbox"/> | 3 | No toma guisos | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Otros..... | <input type="checkbox"/> | 4 | | | |

HORARIO DE COMIDAS

- | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|---|----------------------------|--------------------------|---|
| Mismo ritmo que el resto de la casa | <input type="checkbox"/> | 1 | No merienda | <input type="checkbox"/> | 5 |
| No desayuna | <input type="checkbox"/> | 2 | No cena | <input type="checkbox"/> | 6 |
| No comida | <input type="checkbox"/> | 3 | No dos comidas principales | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Ningún orden | <input type="checkbox"/> | 4 | | | |

¿TIENE RITUALES (MANÍAS) ALREDEDOR DE LA COMIDA?

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| 1.No | <input type="checkbox"/> | 7.Trocea mucho la comida | <input type="checkbox"/> |
| 2.Siempre tiene que usar los mismos platos o cubiertos | <input type="checkbox"/> | 8.Hace mezclas inusuales de alimento | <input type="checkbox"/> |
| 3.Toma alimentos Light | <input type="checkbox"/> | 9.Come siempre en el mismo orden | <input type="checkbox"/> |
| 4.Siempre come a la misma hora | <input type="checkbox"/> | 10.Usa cubiertos inapropiados | <input type="checkbox"/> |
| 5.Evita siempre algunos alimentos | <input type="checkbox"/> | 11.Añade agua a algunos alimentos | <input type="checkbox"/> |
| 6.Mastica la comida sin tragarla | <input type="checkbox"/> | 12.Escurre la comida | <input type="checkbox"/> |

ALIMENTOS QUE DESENCADENAN ATRACONES.....

Quando se producen los atracones: 1.Mañana 2.Tarde 3. Noche 4.Sin patrón fijo 5.Fin de semana

Te despiertas durante la noche a comer 1. Si 2. No

Con que frecuencia días por semana

PRACTICA O PRACTICÓ DEPORTE...1.Sí 2.No ¿Cuál?

¿Has entrenado para competir en algún deporte? 1.Sí 2.No

ESPECIFICAR (cuándo y cuál):

Comorbilidades psiquiátricas

| <u>Comorbilidad:</u> (especificar tipo) | Evaluación en el momento actual. Mediante entrevista psiquiátrica | Diagnostico en el Pasado |
|---|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trastornos relacionados con el consumo de sustancias | | |
| <input type="checkbox"/> Trastornos psicóticos. | | |
| <input type="checkbox"/> Trastornos del estado del ánimo Trastornos depresivos | | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | | |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de ansiedad | | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo compulsivo | | |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de sueño. | | |
| <input type="checkbox"/> Trastornos en el control de impulsos | | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno adaptativo | | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de personalidad | | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno disociativo ,facticio o somatomorfo | | |
| <input type="checkbox"/> Otras | | |

Evaluación según escala MINI

ICG- Impresión Clínica Global

1- Escala CGI de GRAVEDAD.....

Basándose en su experiencia clínica ¿cuál es en su opinión la gravedad de la enfermedad del paciente en este momento?:

0. no evaluado
1. normal, no enfermo
2. dudosamente enfermo
3. levemente enfermo
4. moderadamente enfermo
5. marcadamente enfermo
6. gravemente enfermo
7. entre los pacientes más extremadamente enfermos

8.2 Anexo B. Formularios de pruebas autoadministradas.

DETECTA

CUESTIONARIO AUTOAPLICADO

PACIENTES BASAL

Código:.....

Etiqueta

Fecha de hoy:

Los cuestionarios que vas a ver a continuación NO forman parte de un examen. NO hay respuestas buenas ni malas. Se trata de preguntas acerca de lo que piensas, sientes y sobre algunos de tus comportamientos. Si en alguna pregunta no encuentras la respuesta que se ajuste exactamente a lo que piensas o haces, marca lo que más se aproxime. Todas las preguntas tienen diversas opciones de respuesta. Deberás elegir SÓLO UNA, es importante que trates de no dejar ninguna respuesta en blanco. Puedes realizar los cuestionarios en varias veces pero cuando comiences uno de ellos es preciso que lo termines y si tienes cualquier problema no dudes en consultarnos.

La información que nos des es completamente CONFIDENCIAL y será utilizada exclusivamente con fines docentes y de investigación, en ningún caso se utilizarán tus datos personales.

i Muchas gracias por tu tiempo!

EAT-26

Señale la opción que mejor refleje su caso en cada una de las siguientes afirmaciones. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta.

| | Siempre | Casi siempre | A menudo | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---------|--------------|----------|---------|-------------|-------|
| 1. Me gusta comer con otras personas | | | | | | |
| 2. Procuero no comer aunque tenga hambre. | | | | | | |
| 3. Me preocupo mucho por la comida. | | | | | | |
| 4. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer. | | | | | | |
| 5. Corto mis alimentos en trozos pequeños. | | | | | | |
| 6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como. | | | | | | |
| 7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: pan, arroz, patatas, etc.). | | | | | | |
| 8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más. | | | | | | |
| 9. Vomito después de haber comido. | | | | | | |
| 10. Me siento muy culpable después de comer. | | | | | | |
| 11. Me preocupa el deseo de estar más delgada. | | | | | | |
| 12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio. | | | | | | |
| 13. Los demás piensan que estoy demasiado delgada. | | | | | | |
| 14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo. | | | | | | |
| 15. Tardo en comer más que las otras personas. | | | | | | |
| 16. Procuero no comer alimentos con azúcar. | | | | | | |
| 17. Como alimentos de régimen. | | | | | | |
| 18. Siento que los alimentos controlan mi vida. | | | | | | |
| 19. Me controlo en las comidas. | | | | | | |
| 20. Noto que los demás me presionan para que coma. | | | | | | |
| 21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida. | | | | | | |
| 22. Me siento incómodo después de comer dulces. | | | | | | |
| 23. Me comprometo a hacer régimen. | | | | | | |
| 24. Me gusta sentir el estómago vacío. | | | | | | |
| 25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas. | | | | | | |
| 26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas. | | | | | | |

STAI

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor ***cómo se siente usted ahora mismo***, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa la situación presente.

| | Nada | Algo | Bastante | Mucho |
|--|------|------|----------|-------|
| 1. Me siento calmado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Me siento seguro. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Estoy tenso. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Estoy contrariado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Me siento cómodo (estoy a gusto). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Me siento alterado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Me siento descansado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Me siento angustiado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Me siento confortable. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Tengo confianza en mí mismo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Me siento nervioso. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Estoy desasosegado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Me siento muy "atado" (como oprimido). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Estoy relajado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Me siento satisfecho. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Estoy preocupado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Me siento aturdido y sobreexcitado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Me siento alegre. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. En este momento me siento bien. | 0 | 1 | 2 | 3 |

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor **cómo se siente usted en general**, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

| | Nada | Algo | Bastante | Mucho |
|--|------|------|----------|-------|
| 21.Me siento bien. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22.Me canso rápidamente. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23.Siento ganas de llorar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24.Me gustaría ser tan feliz como otros. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25.Pierdo oportunidades por no decidirme pronto. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26.Me siento descansado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27.Soy una persona tranquila, serena y sosegada. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28.Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29.Me preocupo demasiado por cosas sin importancia. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30.Soy feliz. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31.Suelo tomar las cosas demasiado seriamente. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32.Me falta confianza en mí mismo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33.Me siento seguro. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34.No suelo afrontar las crisis o dificultades. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35.Me siento triste (melancólico). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36.Estoy satisfecho. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37.Me rondan y molestan pensamientos sin importancia. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38.Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39.Soy una persona estable. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40.Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado. | 0 | 1 | 2 | 3 |

STAI (State-Trait anxiety Inventory, Spielberger et al, 1970). Adaptación TEA 1982.

OCI-R

Las siguientes afirmaciones se refieren a experiencias que muchas personas tienen en su vida cotidiana. Ponga un círculo en el número que mejor describa CUANTO malestar o molestia le ha producido esta experiencia durante el último mes. Las cifras se refieren a las siguientes categorías:

- 0= En absoluto/Ninguno/Nada
- 1= Un poco
- 2= Bastante
- 3= Mucho
- 4= Muchísimo

Malestar

| | Malestar | | | | |
|---|----------|---------|----------|-------|-----------|
| | Nada | Un poco | Bastante | Mucho | Muchísimo |
| 1. Acumular cosas hasta el punto que le estorban. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Comprobar las cosas más a menudo de lo necesario. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Que las cosas no estén bien ordenadas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Sentir la necesidad de contar mientras está haciendo cosas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Tocar un objeto cuando sabe que lo han tocado desconocidos o ciertas personas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. No poder controlar sus propios pensamientos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Acumular cosas que no necesita. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Comprobar repetidamente puertas, ventanas, cajones, etc. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Que los demás cambien la manera en que ha ordenado las cosas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Tener necesidad de repetir ciertos números. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Tener a veces que asearse o lavarse por el mero hecho de sentirse contaminado/a. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Tener pensamientos desagradables en contra de su voluntad. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Sentirse incapaz de tirar cosas por temor a necesitarlas después. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Comprobar repetidamente el gas, el agua y la luz después de haberlos cerrado/apagado. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Tener la necesidad que las cosas estén ordenadas de una determinada manera. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Sentir que existen números buenos y malos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Lavarse las manos más a menudo y durante más tiempo de lo necesario. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Tener con frecuencia pensamientos repugnantes y que le cueste librarse de ellos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

ESCALA DE ROSENBERG

En el siguiente cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale con una X cuál de las afirmaciones describe mejor sus sentimientos durante la última semana, incluyendo el día de hoy.

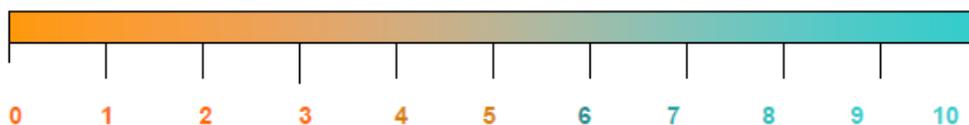
| | Muy de acuerdo | De acuerdo | No de acuerdo | Muy en desacuerdo |
|---|----------------|------------|---------------|-------------------|
| 1. En general estoy satisfecha conmigo misma | | | | |
| 2. A veces pienso que no sirvo para nada | | | | |
| 3. Creo tener varias cualidades buenas | | | | |
| 4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente | | | | |
| 5. Creo que no tengo muchos motivos para enorgullecerme | | | | |
| 6. A veces me siento realmente inútil | | | | |
| 7. Siento que soy una persona digna de estima, al menos igual que los demás | | | | |
| 8. Desearía sentir más respeto por mí misma | | | | |
| 9. Me inclino a pensar que, en conjunto soy una fracaso | | | | |
| 10. Asumo una actitud positiva hacia mí misma | | | | |

1. Importancia del cambio.

Pregúntate lo siguiente:

¿Cómo de importante es para ti el cambio? ¿Qué razones, deseos y necesidad tienes de cambiar?

¿Qué puntuación te darías en esta escala?



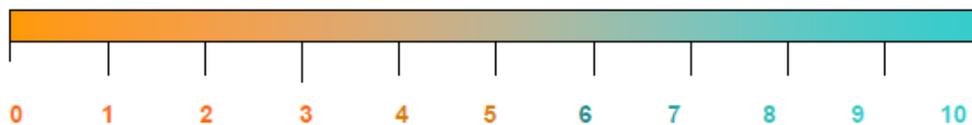
Nada en absoluto

Mucho

2. Confianza en el cambio.

Pregúntate lo siguiente:

¿Cuánta confianza tienes en tus posibilidades de cambiar? ¿Qué puntuación te darías en esta escala?



Nada en absoluto

Mucho

BDI-II Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

| | |
|----|---|
| 1. | <p>0 No me siento triste habitualmente.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Me siento triste continuamente.</p> <p>3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p> |
| 2. | <p>0 No estoy desanimado sobre mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.</p> <p>2 No espero que las cosas mejoren.</p> <p>3. Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.</p> |
| | <p>0 No me siento fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que debería.</p> <p>2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.</p> <p>3 Me siento una persona totalmente fracasada.</p> |
| | <p>0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.</p> <p>1 No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> |
| | <p>0 No me siento especialmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable constantemente.</p> |
| | <p>0 No siento que esté siendo castigado.</p> <p>1 Siento que puedo ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p> |
| | <p>0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.</p> <p>1 He perdido confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> |

| | |
|--|---|
| | 3 No me gusto. |
| | 0 No me critico o me culpo más que antes. 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser. 2 Critico todos mis defectos. 3 Me culpo por todo lo malo que sucede. |
| | 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo. 2 Me gustaría suicidarme. 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad. |
| | 0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo. 2 Lloro por cualquier cosa. 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo. |
| | 0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre. 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre. 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto. 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo. |
| | 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades. 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades. 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas. 3 Me resulta difícil interesarme en algo. |
| | 0 Tomo decisiones más o menos como siempre. 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre. 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión. |
| | 0 No me siento inútil. 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser. 2 Me siento inútil en comparación con otras personas. 3 Me siento completamente inútil. |
| | 0 Tengo tanta energía como siempre. 1 Tengo menos energía de la que solía tener. 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas. |

| | |
|--|---|
| | 3 No tengo suficiente energía para hacer nada. |
| | 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño. 1 a Duermo algo más de lo habitual. 1 b Duermo algo menos de lo habitual. 2 a Duermo mucho más de lo habitual. 2 b Duermo mucho menos de lo habitual. 3 a Duermo la mayor parte del día. 3 b Me despierto una o dos horas más temprano y no puedo volver a dormirme. |
| | 0 No estoy más irritable de lo habitual. 1 Estoy más irritable de lo habitual. 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual. 3 Estoy irritable continuamente. |
| | 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1 a Mi apetito es algo menor de lo habitual. 1 b Mi apetito es algo mayor de lo habitual. 2 a Mi apetito es mucho menor que antes. 2 b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual. 3 a He perdido completamente el apetito. 3 b Tengo ganas de comer continuamente. |
| | 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente. 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo. 3 No puedo concentrarme en nada. |
| | 0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre. 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre. 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer. 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer. |
| | 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar. 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora. 3 He perdido completamente el interés por el sexo. |

PARENTAL BONDING INSTRUMENT

Por favor, marque la respuesta adecuada para cada pregunta:
 Cuando era pequeño/a, mi **MADRE**:

| | | | | |
|--|---------|----------|------------|-------|
| 1.Me hablaba con voz cálida y suave. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 2.Me ayudaba tanto como necesitaba. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 3.Me dejaba hacer las cosas que me gustaban. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 4.Se mostraba fría conmigo. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 5.Parecía entender mis preocupaciones. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 6.Era cariñosa conmigo. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 7.Le gustaba que yo tomara mis propias decisiones. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 8.No quería que yo creciera. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 9.Intentaba controlar todo lo que hacía. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 10.No respetaba mi intimidad. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 11.Le gustaba comentar las cosas conmigo. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 12.Me sonreía con frecuencia. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 13.Solía tratarme como un niño/a. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 14.Parecía entender todo lo que yo necesitaba. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 15.Me dejaba decidir las cosas por mí mismo/a. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 16.Me hacía sentir como si no fuese querido/a. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 17.Me animaba cuando estaba decaído/a. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 18.Hablaba mucho conmigo. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 19.Intentaba hacerme dependiente de ella. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 21.Me daba tanta libertad como quería. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 21.Me dejaba salir tanto como yo quería. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 22.Me sobreprotegía demasiado. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 23.Me elogiaba cuando lo merecía. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 24.Me dejaba vestir como quería. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 25.Creía que yo no podría cuidar de mí mismo/a a menos que ella estuviese cerca. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |

Por favor, marque la respuesta adecuada para cada pregunta:
 Cuando era pequeño/a, mi PADRE:

| | | | | |
|--|---------|----------|------------|-------|
| 1.Me hablaba con voz cálida y suave. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 2.Me ayudaba tanto como necesitaba. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 3.Me dejaba hacer las cosas que me gustaban. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 4.Se mostraba frío conmigo. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 5.Parecía entender mis preocupaciones. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 6.Era cariñoso conmigo. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 7.Le gustaba que yo tomara mis propias decisiones. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 8.No quería que yo creciera. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 9.Intentaba controlar todo lo que hacía. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 10.No respetaba mi intimidad. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 11.Le gustaba comentar las cosas conmigo. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 12.Me sonreía con frecuencia. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 13.Solía tratarme como un niño/a. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 14.Parecía entender todo lo que yo necesitaba. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 15.Me dejaba decidir las cosas por mí mismo/a. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 16.Me hacía sentir como si no fuese querido/a. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 17.Me animaba cuando estaba decaído/a. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 18.Hablaba mucho conmigo. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 19.Intentaba hacerme dependiente de él. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 21.Me daba tanta libertad como quería. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 21.Me dejaba salir tanto como yo quería. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 22.Me sobreprotegía demasiado. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 23.Me elogiaba cuando lo merecía. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 24.Me dejaba vestir como quería. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |
| 25.Creía que yo no podría cuidar de mí mismo/a a menos que él estuviese cerca. | Siempre | A menudo | Alguna vez | Nunca |

PBI (Parental Bonding Instrument, Parker, Tupling & Brown, 1979). Adaptación de Gómez- Beneyto M, *et al.*, 1993

EDI-2

| | nunca | pocas veces | a veces | a menudo | casi siempre | siempre |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 01. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme. | <input type="checkbox"/> |
| 02. Creo que mi estómago es demasiado grande. | <input type="checkbox"/> |
| 03. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro. | <input type="checkbox"/> |
| 04. Suelo comer cuando estoy disgustado. | <input type="checkbox"/> |
| 05. Suelo hartarme de comida. | <input type="checkbox"/> |
| 06. Me gustaría ser más joven. | <input type="checkbox"/> |
| 07. Pienso en ponerme a dieta. | <input type="checkbox"/> |
| 08. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes. | <input type="checkbox"/> |
| 09. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos. | <input type="checkbox"/> |
| 10. Me considero una persona poco eficaz. | <input type="checkbox"/> |
| 11. Me siento muy culpable cuando como en exceso. | <input type="checkbox"/> |
| 12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado. | <input type="checkbox"/> |
| 13. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes. | <input type="checkbox"/> |
| 14. La infancia es la época más feliz de la vida. | <input type="checkbox"/> |
| 15. Soy capaz de expresar mis sentimientos. | <input type="checkbox"/> |
| 16. Me aterroriza la idea de engordar. | <input type="checkbox"/> |
| 17. Confío en los demás. | <input type="checkbox"/> |
| 18. Me siento solo en el mundo. | <input type="checkbox"/> |
| 19. Me siento satisfecho con mi figura. | <input type="checkbox"/> |
| 20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida. | <input type="checkbox"/> |
| 21. Suelo estar confuso sobre mis emociones. | <input type="checkbox"/> |
| 22. Preferiría ser adulto a ser niño. | <input type="checkbox"/> |
| 23. Me resulta fácil comunicarme con los demás. | <input type="checkbox"/> |
| 24. Me gustaría ser otra persona. | <input type="checkbox"/> |
| 25. Exagero o doy demasiada importancia al peso. | <input type="checkbox"/> |
| 26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento. | <input type="checkbox"/> |
| 27. Me siento incapaz. | <input type="checkbox"/> |

13.345.91 / gener 2004

| | nunca | pocas veces | a veces | a menudo | casi siempre | siempre |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía comer. | <input type="checkbox"/> |
| 29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores. | <input type="checkbox"/> |
| 30. Tengo amigos íntimos. | <input type="checkbox"/> |
| 31. Me gusta la forma de mi trasero. | <input type="checkbox"/> |
| 32. Estoy preocupada porque querría ser una persona más delgada. | <input type="checkbox"/> |
| 33. No sé qué es lo que ocurre en mi interior. | <input type="checkbox"/> |
| 34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás. | <input type="checkbox"/> |
| 35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas. | <input type="checkbox"/> |
| 36. Me fastidia no ser el mejor en todo. | <input type="checkbox"/> |
| 37. Me siento seguro de mi mismo. | <input type="checkbox"/> |
| 38. Suelo pensar en darme un atracón. | <input type="checkbox"/> |
| 39. Me alegra haber dejado de ser un niño. | <input type="checkbox"/> |
| 40. No sé muy bien cuándo tengo hambre o no. | <input type="checkbox"/> |
| 41. Tengo mala opinión de mí. | <input type="checkbox"/> |
| 42. Creo que puedo conseguir mis objetivos. | <input type="checkbox"/> |
| 43. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes. | <input type="checkbox"/> |
| 44. Temo no poder controlar mis sentimientos. | <input type="checkbox"/> |
| 45. Creo que mis caderas son demasiado anchas. | <input type="checkbox"/> |
| 46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van. | <input type="checkbox"/> |
| 47. Me siento hinchado después de una comida normal. | <input type="checkbox"/> |
| 48. Creo que las personas son más felices cuando son niños. | <input type="checkbox"/> |
| 49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso. | <input type="checkbox"/> |
| 50. Me considero una persona valiosa. | <input type="checkbox"/> |
| 51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado. | <input type="checkbox"/> |
| 52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas. | <input type="checkbox"/> |
| 53. Pienso en vomitar para perder peso. | <input type="checkbox"/> |
| 54. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado. | <input type="checkbox"/> |
| 55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado. | <input type="checkbox"/> |
| 56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior. | <input type="checkbox"/> |
| 57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos. | <input type="checkbox"/> |
| 58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto. | <input type="checkbox"/> |

| | nunca | pocas veces | a veces | a menudo | casi siempre | siempre |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 59. Creo que mi trasero es demasiado grande. | <input type="checkbox"/> |
| 60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo. | <input type="checkbox"/> |
| 61. Como o bebo a escondidas. | <input type="checkbox"/> |
| 62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado. | <input type="checkbox"/> |
| 63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos. | <input type="checkbox"/> |
| 64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer. | <input type="checkbox"/> |
| 65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome. | <input type="checkbox"/> |
| 66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas. | <input type="checkbox"/> |
| 67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable. | <input type="checkbox"/> |
| 68. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales. | <input type="checkbox"/> |
| 69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo. | <input type="checkbox"/> |
| 70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento. | <input type="checkbox"/> |
| 71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer. | <input type="checkbox"/> |
| 72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas. | <input type="checkbox"/> |
| 73. Soy comunicativo con la mayoría de la gente. | <input type="checkbox"/> |
| 74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado. | <input type="checkbox"/> |
| 75. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente. | <input type="checkbox"/> |
| 76. La gente comprende mis verdaderos problemas. | <input type="checkbox"/> |
| 77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza. | <input type="checkbox"/> |
| 78. Comer por placer es signo de debilidad moral. | <input type="checkbox"/> |
| 79. Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira. | <input type="checkbox"/> |
| 80. Creo que la gente confía en mi tanto como merezco. | <input type="checkbox"/> |
| 81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol. | <input type="checkbox"/> |
| 82. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo. | <input type="checkbox"/> |
| 83. Los demás dicen que me irrito con facilidad. | <input type="checkbox"/> |
| 84. Tengo la sensación de que todo me sale mal. | <input type="checkbox"/> |
| 85. Tengo cambios de humor bruscos. | <input type="checkbox"/> |
| 86. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo. | <input type="checkbox"/> |
| 87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás. | <input type="checkbox"/> |
| 88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor. | <input type="checkbox"/> |
| 89. Sé que la gente me aprecia. | <input type="checkbox"/> |
| 90. Siento necesidad de hacer daño a los demás. | <input type="checkbox"/> |
| 91. Creo que realmente sé quién soy. | <input type="checkbox"/> |

TCI-R

Copyright 1987 1992 1996 1999 by CR. Cloninger (Traducción española a cargo de Fernández-Aranda, F., Bayón, C., Badía, A. y Aitken, A.)

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------|-----------------------------------|--|---------------------------------------|-------------------------|
| Completamente falso | Casi seguro o probablemente falso | Ni cierto, ni falso, o igual de cierto que falso | Casi seguro o probablemente verdadero | Completamente verdadero |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 1 | A menudo hago cosas nuevas simplemente por diversión o emoción, aunque la mayoría de la gente piense que es una pérdida de tiempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Suelo confiar en que todo irá bien, incluso en situaciones que preocupan a la mayoría de la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Siento con frecuencia que soy una víctima de las circunstancias. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Suelo aceptar a los demás tal y como son, aunque sean muy diferentes a mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Me gustan más los retos que los trabajos fáciles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Con frecuencia pienso que mi vida tiene poco sentido o propósito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Me gusta ayudar a encontrar soluciones a los problemas para que todo el mundo salga beneficiado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Generalmente, soy muy impaciente a la hora de empezar cualquier trabajo que tenga que hacer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | A menudo me siento tenso y preocupado en situaciones poco familiares, aún cuando otros piensen que no hay motivos para preocuparse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Con frecuencia, hago cosas en función de cómo me siento en ese momento, sin pensar en cómo se han hecho en el pasado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Suelo hacer las cosas a mi manera sin ceder a los deseos de los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | A menudo siento una poderosa sensación de unión con todas las cosas que me rodean. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Haría cualquier cosa, dentro de la legalidad, para llegar a ser rico y famoso, aunque con ello perdiese la confianza de algunos buenos amigos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Soy más reservado y me controlo más que la mayoría de la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Me gusta hablar abiertamente de mis experiencias y sentimientos, con mis amigos, en vez de guardármelos para mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | Tengo menos energía y me canso antes que la mayoría de la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Casi nunca me siento libre para elegir lo que quiero hacer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Me parece que no comprendo muy bien a la mayoría de la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Con frecuencia evito conocer a extraños, porque no me siento seguro con gente que desconozco. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Me gusta agradar a la gente todo lo que puedo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | A menudo, deseo ser más inteligente que el resto de la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Ningún trabajo es lo suficientemente duro como para impedir que dé lo mejor de mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | A menudo espero que otro me solucione mis problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Con frecuencia, me gasto el dinero hasta quedarme sin nada, o me endeudo por pedir demasiados créditos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Con frecuencia, cuando estoy relajado, tengo inesperados destellos de intuición o comprensión de las cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 | No me preocupa mucho si yo, o mi manera de hacer las cosas, les gusta a la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27 | Suelo intentar conseguir lo que quiero para mí; ya que, de cualquier forma, es imposible satisfacer a todos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|-------------------------|
| Completamente falso | Casi seguro o probablemente falso | Ni cierto, ni falso, o igual de cierto que de falso | Casi seguro o probablemente verdadero | Completamente verdadero |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 28 | No tengo paciencia con la gente que no acepta mis puntos de vista. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29 | Algunas veces, me siento tan en contacto con la naturaleza que todo parece formar parte de un único ser vivo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30 | Cuando tengo que conocer a gente nueva, soy más tímido que la mayoría de las personas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31 | Soy más sentimental que la mayoría de la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32 | Pienso que la mayoría de las cosas llamadas milagros son mera casualidad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33 | Cuando alguien de alguna forma me hace daño suelo intentar vengarme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34 | Mis acciones están determinadas mayoritariamente por influencias que están fuera de mi control. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35 | Cada día intento dar un paso más hacia mis metas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36 | Por favor, haz un círculo en el número cuatro, este es un ítem de validez. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37 | Soy una persona muy ambiciosa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38 | Suelo estar tranquilo y seguro en situaciones que la mayoría de la gente encontraría físicamente peligrosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39 | Pienso que no es inteligente ayudar a la gente débil que no puede ayudarse a sí misma. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40 | No me siento tranquilo si trato a otra gente de forma injusta, aunque ellos hayan sido injustos conmigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41 | Por lo general la gente me dice cómo se siente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42 | Algunas veces, he sentido que formo parte de algo que no tiene límites ni fronteras en el espacio o tiempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43 | Algunas veces, siento una especie de contacto espiritual con otra gente que no puedo explicar con palabras. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44 | Me gusta que la gente pueda hacer lo que quiera, sin reglas estrictas ni normas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45 | Cuando fracaso en algo, todavía me esfuerzo más en hacerlo mejor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46 | Generalmente, me preocupo más que la mayoría de la gente de que algo pueda ir mal en un futuro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47 | Suelo pensar en todos los detalles antes de tomar una decisión. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48 | Tengo varios malos hábitos que me gustaría poder dejar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49 | Los demás me controlan demasiado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50 | Me gusta ser útil a los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51 | Por lo general, consigo que la gente me crea, incluso cuando sé que estoy exagerando o diciendo cosas que no son ciertas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52 | Algunas veces, he sentido que mi vida era dirigida por una fuerza espiritual superior a cualquier ser vivo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53 | Tengo reputación de ser una persona muy práctica, que no se deja llevar por las emociones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54 | Me conmueven profundamente las peticiones de caridad (por ej. cuando alguien me pide ayuda para los niños minusválidos). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 55 | Suelo poner tanto empeño en las cosas, que continuo trabajando incluso después de que otras personas se han dado por vencidas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 56 | He tenido momentos de gran felicidad, en los cuales repentinamente he tenido una clara y profunda sensación de unidad con todo lo que existe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------|-----------------------------------|--|---------------------------------------|-------------------------|
| Completamente falso | Casi seguro o probablemente falso | Ni cierto, ni falso, o igual de cierto que falso | Casi seguro o probablemente verdadero | Completamente verdadero |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 57 | Sé lo que quiero hacer en mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 58 | A menudo, no me enfrento a los problemas porque no sé lo que hay que hacer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 59 | Prefiero gastar dinero que ahorrarlo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 60 | A menudo, me han llamado «adicto al trabajo» debido a mi entusiasmo por trabajar mucho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 61 | Cuando me avergüenzan o me humillan, me recupero rápidamente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 62 | Me gusta luchar por conseguir más y mejores cosas cada vez. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 63 | Por lo general, necesito muy buenas razones para cambiar mi manera habitual de hacer las cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 64 | Suelo estar relajado y despreocupado, incluso en situaciones en que casi todo el mundo tiene miedo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 65 | Las películas y las canciones tristes me parecen bastante aburridas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 66 | A menudo, las circunstancias me obligan a hacer cosas en contra de mi voluntad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 67 | Generalmente, disfruto siendo mezquino con gente que lo ha sido conmigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 68 | A menudo, me fascina tanto lo que estoy haciendo que pierdo la noción de todo, como si me desconectara en tiempo y lugar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 69 | Pienso que no tengo un propósito claro en mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 70 | A menudo, me siento tenso y preocupado en situaciones poco familiares, aun cuando otros piensen que no existe peligro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 71 | Suelo guiarme por mi intuición, corazonadas o instintos, sin considerar bien todos los detalles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 72 | Me gusta destacar en todo aquello que hago. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 73 | A menudo, siento una fuerte conexión espiritual o emocional con la gente que me rodea. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 74 | Generalmente, intento ponerme en el lugar de los otros para poder comprenderles realmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 75 | Principios como la honestidad y la justicia tienen poca importancia en algunos aspectos de mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 76 | Soy más trabajador que la mayoría de la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 77 | Por lo general, insisto en que las cosas se hagan de una forma ordenada y meticulosa, aun cuando los demás piensen que no es importante. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 78 | Me siento seguro y confiado en la mayoría de las situaciones sociales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 79 | A mis amigos, les resulta difícil conocer mis sentimientos porque raramente les comento lo que pienso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 80 | Sé comunicar con facilidad mis sentimientos a los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 81 | Tengo más energía y me canso menos que la mayoría de la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 82 | Con frecuencia, interrumpo lo que estoy haciendo debido a preocupaciones, aunque mis amigos me digan que todo saldrá bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 83 | A menudo deseo ser más poderoso que los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 84 | A los miembros de un equipo raramente les toca lo que les corresponde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 85 | No cambio mi manera de actuar por complacer a los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 86 | No soy nada tímido con personas desconocidas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|-------------------------|
| Completamente falso | Casi seguro o probablemente falso | Ni cierto, ni falso, o igual de cierto que de falso | Casi seguro o probablemente verdadero | Completamente verdadero |

| | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 87 | Paso la mayor parte de mi tiempo haciendo cosas que parecen ser necesarias, pero que no tienen realmente importancia para mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 88 | No creo que, en las decisiones de negocios, deban influir principios religiosos o éticos sobre lo que está bien o mal hecho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 89 | A menudo, intento dejar a un lado mis propios valores y opiniones, para que pueda entender mejor las experiencias de los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 90 | Muchos de mis hábitos, me hacen difícil lograr metas que merezcan la pena. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 91 | He hecho verdaderos sacrificios personales para hacer de este mundo un lugar mejor donde vivir, tales como tratar de prevenir la guerra, pobreza e injusticia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 92 | Tardo tiempo en abrirme a los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 93 | Siento placer viendo a mis enemigos sufrir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 94 | Me gusta empezar los trabajos enseguida, independientemente de que sean muy duros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 95 | A menudo, la gente piensa que estoy en la luna porque soy poco consciente de lo que ocurre a mi alrededor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 96 | Normalmente, me gusta ser frío y distante con los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 97 | Lloro con más facilidad que la mayoría de la gente cuando veo una película triste. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 98 | Me recupero con más rapidez que la mayoría de la gente de enfermedades leves y/o situaciones de estrés. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 99 | Con frecuencia, pienso que soy parte de una fuerza espiritual de la que depende toda la vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 100 | Antes de ser capaz de confiar en mí mismo ante situaciones difíciles, necesito más práctica para desarrollar hábitos adecuados. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 101 | Por favor, redondea el número uno, es un ítem de validez. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 102 | Me gusta tomar decisiones rápidas, para ponerme cuanto antes a realizar lo que haya que hacer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 103 | Normalmente, me siento confiado haciendo cosas que los demás considerarían peligrosas (como conducir un coche a mucha velocidad por una carretera mojada o helada). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 104 | Me gusta explorar nuevas maneras de hacer las cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 105 | Disfruto más ahorrando que gastándome el dinero en ocio o diversión. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 106 | He tenido experiencias personales en las que me sentí como si estuviera en contacto con un poder divino y espiritual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 107 | Tengo tantos defectos que hacen que no me guste mucho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 108 | La mayoría de la gente parece tener más recursos que yo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 109 | Cuando creo que no me van a pillar, suelo desobedecer reglas y leyes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 110 | Incluso con amigos, prefiero no abrirme mucho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 111 | Cuanto más duro sea un trabajo más me gusta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 112 | A menudo, al mirar cosas cotidianas, me sucede algo maravilloso: tengo la sensación de que las estoy viendo por primera vez. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 113 | Me suelo sentir tenso y preocupado cuando tengo que hacer algo nuevo que me es poco familiar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 114 | Estoy impaciente por empezar cualquier tarea que me asignen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|-------------------------|
| Completamente falso | Casi seguro o probablemente falso | Ni cierto, ni falso, o igual de cierto que de falso | Casi seguro o probablemente verdadero | Completamente verdadero |

| | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 115 | Tengo poca fuerza de voluntad para resistir tentaciones fuertes, aunque sepa que voy a sufrir las consecuencias. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 116 | Si me siento molesto o alterado, suelo sentirme mejor con amigos que estando solo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 117 | Suelo llevar a cabo más cosas de las que la gente espera de mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 118 | Experiencias religiosas me han ayudado a entender el verdadero propósito de mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 119 | Generalmente, me esfuerzo más que el resto de la gente, porque quiero hacer las cosas lo mejor que puedo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 120 | Por favor, redondea el número cinco, es un ítem de validez. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 121 | Me suelo sentir con más energía y confianza que la mayoría de la gente, incluso después de situaciones de estrés y/o enfermedades leves. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 122 | Cuando no sucede nada nuevo, suelo buscar algo que me resulte excitante o novedoso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 123 | Me gusta pensar las cosas durante mucho tiempo antes de tomar una decisión. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 124 | La gente que se relaciona conmigo tiene que aprender a hacer las cosas a mi manera. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 125 | Suelo establecer contactos afectuosos con la mayoría de la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 126 | Suelen describirme como una persona ambiciosa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 127 | Prefiero leer un libro que hablar acerca de mis sentimientos con otra persona. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 128 | Disfruto vengándome de la gente que me ha hecho daño. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 129 | Si algo no sale como tengo previsto, tiendo más a abandonarlo que a seguir intentándolo durante mucho tiempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 130 | Es fácil para la gente acercarse a mí emocionalmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 131 | Probablemente, me encontraría relajado y a gusto quedando con gente desconocida, aunque me hubieran dicho que es gente poco amigable. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 132 | Por favor, redondea el número dos, es un ítem de validez. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 133 | En general, no me gusta la gente que tiene ideas distintas a las mías. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 134 | Con frecuencia, me cuesta iniciar cualquier proyecto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 135 | Por lo general, soy hábil deformando o exagerando la realidad a la hora de contar una historia divertida o gastar una broma a alguien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 136 | Me es muy difícil adaptarme a cambios en mi forma habitual de hacer las cosas, porque me pongo nervioso, me canso o me preocupo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 137 | Soy más perfeccionista que la mayoría de la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 138 | Con frecuencia, la gente piensa que soy demasiado independiente porque no hago lo que ellos quieren. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 139 | Se me da mejor ahorrar que a la mayoría de la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 140 | A menudo, dejo una actividad si requiere más tiempo del que yo pensaba. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 141 | El que algo esté bien o mal es tan sólo una cuestión de opinión. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 142 | A menudo, aprendo mucho de otra gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 143 | Creo que la vida depende de un orden o poder espiritual que no puede ser explicado del todo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 144 | Si no soy muy cuidadoso, a menudo las cosas me suelen ir mal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|-------------------------|
| Completamente falso | Casi seguro o probablemente falso | Ni cierto, ni falso, o igual de cierto que de falso | Casi seguro o probablemente verdadero | Completamente verdadero |

| | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 145 | Soy más lento que la mayoría de la gente a la hora de entusiasarme por ideas y actividades nuevas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 146 | Probablemente, podría conseguir más cosas de las que logro, pero no veo la necesidad de exigirme más allá de lo estrictamente necesario. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 147 | Suelo permanecer alejado de situaciones sociales en las que tengo que conocer a gente nueva, incluso si se me asegura que serán amistosos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 148 | A menudo, me siento tan en conexión con la gente que tengo a mi alrededor, que es como si no hubiera separación entre nosotros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 149 | En la mayoría de las situaciones, mi forma natural de responder se basa en las buenas costumbres que he desarrollado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 150 | Con frecuencia, tengo que dejar lo que estoy haciendo porque comienza a preocuparme que algo salga mal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 151 | Con frecuencia, me dicen que soy distraído porque me meto tanto en lo que estoy haciendo que pierdo la noción de todo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 152 | Generalmente, tengo en cuenta los sentimientos de otras personas tanto como los míos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 153 | Con frecuencia, soy descrito como muy poco ambicioso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 154 | La mayor parte del tiempo, prefiero hacer cosas algo arriesgadas (como conducir en una zona montañosa con curvas escarpadas) que estar quieto o inactivo durante horas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 155 | Alguna gente, piensa que soy demasiado tacaño o mirado con el dinero. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 156 | Prefiero las viejas formas de hacer las cosas, «ensayadas y correctas», que intentar formas «nuevas y mejores». | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 157 | Con frecuencia, hago cosas para ayudar a evitar la extinción de animales y plantas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 158 | A menudo, me esfuerzo hasta el agotamiento y/o intento hacer más de lo que realmente puedo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 159 | Cuando me pillan haciendo algo mal, no soy muy bueno para salir del atolladero. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 160 | La práctica continuada de las cosas me ha permitido adquirir buenos hábitos, que son más fuertes que la mayoría de los impulsos que me aparecen temporalmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 161 | Pienso que tendré suerte en el futuro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 162 | Me abro fácilmente con las demás personas, aún cuando no las conozca demasiado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 163 | Cuando fracaso en conseguir alguna cosa al principio, el poder conseguirla se convierte en mi reto personal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 164 | No es necesario ser deshonesto para tener éxito en los negocios. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 165 | En las conversaciones, suelo ser mejor escuchando que hablando. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 166 | No sería feliz en un trabajo donde no pudiese comunicarme con otras personas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 167 | Mis actitudes están determinadas mayoritariamente por influencias que están fuera de mi control. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 168 | A menudo, desearía ser el más fuerte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 169 | Suelo necesitar siestas o periodos de descanso extra, porque me canso con facilidad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 170 | Me cuesta mucho mentir, aunque lo tenga que hacer para no herir los sentimientos de otros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 171 | Siempre pienso que las cosas saldrán bien, sea cual sea el problema a superar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|-------------------------|
| Completamente falso | Casi seguro o probablemente falso | Ni cierto, ni falso, o igual de cierto que de falso | Casi seguro o probablemente verdadero | Completamente verdadero |

| | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 172 | Me cuesta disfrutar gastándome el dinero en mí mismo, aunque tenga mucho ahorrado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 173 | A menudo, hago mi mejor trabajo bajo circunstancias difíciles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 174 | Me gusta guardarme los problemas para mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 175 | Tengo una imaginación muy viva y desarrollada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 176 | Me gusta más estar en casa que viajar o explorar nuevos lugares. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 177 | Las relaciones de amistad intensas con las demás personas son muy importantes para mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 178 | A menudo, tengo el deseo de seguir siendo siempre joven. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 179 | Me gusta leer antes todo lo que tengo que firmar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 180 | Pienso que me sentiría confiado y relajado con desconocidos, aunque me dijeran que están enfadados conmigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 181 | Siento que es más importante ser afectivo y comprensivo con la gente que ser práctico e inflexible. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 182 | Con frecuencia, desearía tener poderes especiales como Superman. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 183 | Me gusta compartir con los demás lo que he aprendido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 184 | Suelo considerar las situaciones difíciles como desafíos u oportunidades. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 185 | La mayoría de la gente que conozco sólo piensan en ellos mismos, sin importarles quien salga perjudicado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 186 | Para recuperarme de enfermedades leves o situaciones de estrés, necesito mucho apoyo, descanso y tranquilidad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 187 | Sé que existen principios en la vida que nadie puede violar, sin sufrir consecuencias a largo plazo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 188 | No quiero ser más rico que los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 189 | Cuando empiezo un trabajo, me gusta ir lentamente, aunque sea fácil de hacer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 190 | Arriesgaría mi vida para hacer del mundo un lugar mejor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 191 | Cuando la gente pasa mi trabajo por alto, me obstino aún más en lograr el éxito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 192 | Con frecuencia, desearía detener el paso del tiempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 193 | Odio tomar decisiones solamente basadas en mi primera impresión. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 194 | Prefiero estar sola/o que tener que cargar con los problemas de otras personas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 195 | No quiero ser más admirado que el resto de la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 196 | Necesito mucha ayuda de los demás para que me enseñen a tener buenas costumbres. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 197 | Me gusta hacer los trabajos rápidamente y después ofrecerme para hacer más. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 198 | Me cuesta tolerar gente que sea diferente a mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 199 | Cuando alguien me hace daño, prefiero ser amable que intentar vengarme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 200 | Realmente, me gusta estar ocupada/o. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 201 | Intento cooperar lo máximo posible con los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 202 | Gracias a mi ambición y a mi trabajo duro, suelo tener éxito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 203 | Por lo general, es fácil que me caiga bien la gente que tiene valores distintos a los míos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|-------------------------|
| Completamente falso | Casi seguro o probablemente falso | Ni cierto, ni falso, o igual de cierto que de falso | Casi seguro o probablemente verdadero | Completamente verdadero |

| | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|
| 204 | Las buenas costumbres se han convertido en parte de mí, y me salen de forma natural y espontánea casi todo el tiempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 205 | Odio cambiar mi manera de hacer las cosas, aunque me digan que hay formas nuevas y mejores de hacerlas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 206 | Pienso que no es sabio creer en cosas que no pueden ser explicadas científicamente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 207 | Estoy dispuesto a sacrificarme mucho para tener éxito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 208 | Me gusta imaginarme a mis enemigos sufriendo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 209 | Por favor, redondea el número tres, es un ítem de validez. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 210 | Me gusta prestar atención a los detalles, en todo aquello que hago. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 211 | Por lo general, me siento libre para elegir lo que quiero hacer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 212 | A menudo, me involucro tanto en lo que estoy haciendo, que llego a olvidar dónde estoy durante un instante. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 213 | Me gusta que los demás sepan que me preocupo por ellos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 214 | La mayor parte del tiempo, preferiría hacer algo arriesgado (como lanzarme en paracaídas o ala delta), antes que tener que quedarme quieto e inactivo durante unas horas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 215 | Debido a que suelo gastar de forma impulsiva mucho dinero, me cuesta ahorrar, incluso para cosas especiales como unas vacaciones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 216 | A menudo, cedo a los deseos de mis amigos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 217 | Nunca me preocupo de las cosas terribles que puedan ocurrir en un futuro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 218 | A la gente, le resulta fácil acudir a mí en busca de ayuda, simpatía y comprensión. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 219 | La mayoría de las veces, perdono con rapidez a quien me ha hecho daño. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 220 | Pienso que mi forma espontánea de actuar es consistente con mis metas y mis principios a largo plazo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 221 | Al hacer cosas, prefiero esperar a que sea otro quien tome el mando. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 222 | Me divierte comprarme cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 223 | He tenido experiencias que me han aclarado tanto mi papel en la vida, que me han hecho sentir muy feliz y emocionada/o. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 224 | Suelo respetar las opiniones de las/los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 225 | Mi conducta se encuentra fuertemente guiada por determinadas metas que he establecido en mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 226 | Suele ser tonto favorecer el éxito de otra gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 227 | A menudo, desearía poder vivir siempre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 228 | Cuando alguien me señala mis fallos, suelo trabajar más duro para corregirlos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 229 | No dejaría de hacer lo que estoy haciendo, sólo por haber tenido varios fracasos seguidos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 230 | Generalmente, tengo buena suerte en todo lo que intento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 231 | Desearía ser más guapa/o que las/los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 232 | Probablemente, las experiencias místicas son sólo deseos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 233 | Los derechos individuales son más importantes que las necesidades de cualquier grupo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 234 | La falta de honestidad causa problemas, sólo si te descubren. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 235 | Los buenos hábitos me facilitan hacer las cosas en la forma en que quiero. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | |
|---------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|-------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Completamente falso | Casi seguro o probablemente falso | Ni cierto, ni falso, o igual de cierto que de falso | Casi seguro o probablemente verdadero | Completamente verdadero |

| | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|
| 236 | Los demás y las circunstancias suelen ser los responsables de mis problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 237 | Suelo poder rendir «a tope», todo el día, sin tener que esforzarme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 238 | Quiero ser la/el mejor en todo lo que hago. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 239 | Aunque los demás me pidan que tome una decisión rápida, casi siempre pienso en todos los hechos detenidamente antes de tomarla. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 240 | Cuando hay algo que debe hacerse, suelo prestarme rápidamente como voluntario. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| NS1 | HA1 | RD1 | PS1 | SD1 | C1 | ST1 |
| NS2 | HA2 | RD2 | PS2 | SD2 | C2 | ST2 |
| NS3 | HA3 | RD3 | PS3 | SD3 | C3 | ST3 |
| NS4 | HA4 | RD4 | PS4 | SD4 | C4 | STTOT |
| NSTOT | HATOT | RDTOT | PSTOT | SD5 | C5 | |
| | | | | SDTOT | CTOT | |

VALIDITY
(SCORE OUT OF 5)

8.3 Anexo C. Consentimientos y aprobación del comité de ética.



“Estudio controlado y prospectivo de los primeros episodios de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.”

INFORMACIÓN PARA LOS PACIENTES:

La Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla estamos interesados estudiar en profundidad los trastornos de la conducta alimentaria para poder ofrecer la mejor asistencia y tratamientos eficaces a las personas que padecen estos problemas. Para poder evaluar los factores que influyen en el desarrollo y evolución de la enfermedad nos interesa contrastarlos de modo científico.

Sabemos que son muchas las circunstancias que pueden estar relacionadas con el desarrollo y mantenimiento de un trastorno de la conducta alimentaria por lo que estamos investigando acerca de existencia de predictores de riesgo, marcadores biológicos y factores pronósticos de la enfermedad.

Para realizar este estudio necesitaríamos de vuestra colaboración en forma de:

- Cumplimentación de cuestionarios y de una ficha de datos personales. Debes saber que la información que nos des es completamente CONFIDENCIAL que únicamente será utilizada, siempre de forma anónima, con fines de investigación.
- Asistencia a una entrevista psiquiátrica inicial en la que se hará una evaluación física y psicológica con una extracción de sangre para realizar análisis.
- Asistencia a citas informativas y de seguimiento los a los cuatro y a lo ocho meses de la evaluación inicial, independientemente de las consultas que necesites para el tratamiento.
- Asistencia a una sesión de evaluación neuropsicológica en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de aproximadamente una hora y media de duración



CONSENTIMIENTO INFORMADO (PARTICIPANTES)

Título del PROYECTO: ***"Estudio controlado y prospectivo de los primeros episodios de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria."***

Yo,..... (Nombre y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria y he sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de Diciembre.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio. Y doy mi conformidad para que mis datos sean utilizados para los fines del estudio. Soy consciente de que este consentimiento es revocable en cualquier momento.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma

padre/madre/tutor:

Fecha:

Firma del participante:

Fecha:

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al participante mencionado.

Firma del Investigador:

Fecha:

CONSENTIMIENTO INFORMADO (PACIENTES)

Título del PROYECTO: **“Estudio controlado y prospectivo de los primeros episodios de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.”**

Yo,..... (Nombre y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria y he sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de Diciembre.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en la atención clínica que reciba

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi conformidad para que mis datos sean utilizados para los fines del estudio. Soy consciente de que este consentimiento es revocable en cualquier momento.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma

padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al participante mencionado.

Firma del Investigador: _____

Fecha: _____

BFR 01/10



FUNDACIÓN MARQUÉS DE VALDECILLA
IFIMAV



M^a Blanca Sánchez Santiago, Secretaria del COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE CANTABRIA

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del Investigador Principal del estudio:

TÍTULO: **Estudio controlado y prospectivo de los primeros episodios de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.**

Beca Fin de Residencia

y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, teniendo en cuenta los beneficios esperados.
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado
- La capacidad del investigador y sus colaboradores, y las instalaciones y medios disponibles, tal y como ha sido informado, son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Fundación Marqués de Valdecilla - C.I.F.: Q 3900760 D

Blanca Sánchez



Escuela Universitaria de Enfermería, 5ª Planta · Avda. Valdecilla, s/n · 39008 SANTANDER (Cantabria)
Tfno.: 942 331 077 · Fax: 942 344 000 · e-mail: fmdv@fmdv.org · <http://www.fmdv.org>



FUNDACIÓN MARQUÉS DE VALDECILLA
IFIMAV



Este CEIC, resuelve **AUTORIZAR** que dicho estudio sea realizado en el HUMV, actuando como investigador principal la Dra. Jana González Gómez

Lo que firmo en Santander, a 9 de Julio de 2010

M^a Blanca Sánchez Santiago
Secretaría del CEIC



Fundación Marqués de Valdecilla - C.I.F.: Q 3900760 D