

TESIS DE LA UNIVERSIDAD
DE ZARAGOZA

2024

470

Ester Idini

Alteración de la imagen corporal y su relación con las experiencias adversas vitales en los trastornos de la conducta alimentaria

Director/es

Navarro Gil, María Teresa
García Campayo, José Javier

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>

ISSN 2254-7606



Prensas de la Universidad
Universidad Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y SU RELACIÓN CON LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS VITALES EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Autor

Ester Idini

Director/es

Navarro Gil, María Teresa
García Campayo, José Javier

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Escuela de Doctorado

Programa de Doctorado en Medicina

2024

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA



**ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y SU RELACIÓN
CON LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS VITALES EN LOS
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

TESIS DOCTORAL

ESTER IDINI

TESIS DOCTORAL

**ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y SU RELACIÓN CON LAS
EXPERIENCIAS ADVERSAS VITALES EN LOS TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA**

Autora:

Ester Idini

Directores:

José Javier García Campayo. Catedrático de Psiquiatría.

María Teresa Navarro Gil. Profesora Contratada Doctora.

Departamento de medicina, psiquiatría y dermatología

Zaragoza, 2024

“Il corpo faccia quello che vuole.

Io non sono il corpo.

Sono la mente”

Rita Levi Montalcini

AGRADECIMIENTOS

Ser psiquiatra me ha permitido crecer como persona y aprender de mis pacientes. Ellos me obligan a mejorar como profesional y a ellos dedico mis primeros agradecimientos. No habría podido realizar este trabajo sin nuestras entrevistas.

Gracias a mis padres, Gian Giacomo y María Caterina. Pese a sus inseguridades, me ayudaron a salir del nido.

Gracias a mis hermanos Marco y Matteo por quererme con mis defectos.

Gracias a mi tía Massimiliana, referente para mí, y a mi tío Gian Piero que, aunque parezca enfadado, busca lo mejor para los suyos.

Gracias a mi segunda familia, los compañeros del H. U. Virgen de las Nieves, que me acogieron en Granada.

Gracias a mis nuevos amigos: María B., Inma, Esther, María R., Silvia, y los compañeros de la unidad de trastornos alimentarios del Hospital Santa María de Lleida.

Gracias a Marina y a Pamela, sin las cuales esta tesis no vería la luz.

Gracias a los de siempre: Antonio, Barbara, Bernardetta, Bruna, Giovanna, Sabrina, Sonia. Espero teneros hasta el final, pues me obligáis a confrontarme.

Quiero agradecer también al grupo de investigación en Salud Mental en Atención primaria-B76-Gob de Aragón por su apoyo durante la elaboración del trabajo.

Por último, y no menos importante, gracias a mi principal apoyo, Diego, sin el cual y sin cuya infinita paciencia, no hubiera podido acabar esta tesis.

ÍNDICE

MARCO TEÓRICO	23
1. Los trastornos de la conducta alimentaria.	23
1.1. Características clínicas y criterios diagnósticos.....	24
1.1.1. Anorexia nerviosa	26
1.1.2. Bulimia nerviosa	29
1.1.3. Trastorno por atracón	32
1.1.4. Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos “especificado” y “no especificado”	34
1.2. Diagnostico diferencial.	35
1.3. Epidemiología.....	38
1.4. Curso y pronóstico	40
1.5. Tratamiento	43
1.5.1. Intervención en anorexia nerviosa.....	44
1.5.2. Intervención en Bulimia Nerviosa.....	46
1.5.3. Intervención en trastorno de atracón	48
2. Factores relacionado al desarrollo y curso de los TCA.....	49
2.1. Experiencias adversas vitales.....	49
2.2. Estudios de experiencias adversas vitales y TCA.....	51
2.3. Imagen corporal	55
2.4. Estudios previos sobre experiencias adversas vitales e imagen corporal	58
JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS	68
3. Justificación	68
3.1. Objetivos e hipótesis	69
3.1.1. Objetivos	69
3.1.2. Hipótesis.....	69
4. Método.....	70
4.1. Diseño del estudio.....	70
4.2. Reclutamiento de la muestra y descripción de los centros del estudio.....	71
4.2.1. Reclutamiento de la muestra	71
4.2.2. Descripción de los centros del estudio	72
4.2.3. Cálculo del tamaño muestral	73
4.3. Variables e instrumentos de medida	74
4.4. Procedimiento	80

4.4.1. Análisis y categorización de las variables.....	83
4.5. Análisis estadístico	88
5. Resultados.....	91
5.1. Flujo de participantes.....	91
5.2. Descripción de la muestra.....	93
5.2.1. Estadística descriptiva de los subgrupos de estudio.....	96
5.2.2. Descripción de la muestra considerando la presencia de EAV	105
5.3. Relación entre las distintas variables	130
5.3.1 Diferencias intragrupo.....	130
5.3.2. Diferencias entre grupos.....	139
5.4. Relación entre EAV e imagen corporal en TCA	146
5.5. Resumen de los resultados más significativos	149
5.5.1. Diferencias entre grupos de estudio	149
5.5.2. Diferencias en subgrupos TCA con respecto a la imagen corporal según tipos de EAV	157
6. Discusión	160
6.1. Fortalezas, limitaciones y futuras líneas de investigación	185
6.1.1. Fortalezas del trabajo empírico	185
6.1.2. Limitaciones del trabajo empírico.....	185
6.1.3. Futuras líneas de investigación	186
7. Conclusiones.....	187
8. Bibliografía.....	188
9. Anexos.....	231

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Trastornos de la Conducta Alimentaria según la CIE-11 y el DSM-5.....	25
Tabla 2. Principales signos de desnutrición en AN.....	27
Tabla 3. Criterios diagnósticos para la AN, según el DSM-5.....	28
Tabla 4. Criterios diagnósticos para la AN, según la CIE-11.....	29
Tabla 5. Principales alteraciones en la BN.....	30
Tabla 6. Criterios diagnósticos para la BN, según el DSM-5.....	31
Tabla 7. Criterios para la BN, según la CIE-11.....	32
Tabla 8. Criterios diagnósticos para el TA, según el DSM-5.....	33
Tabla 9. Criterios para el TA, según la CIE-11.....	34
Tabla 10. Principales síntomas de la AN y la BN.....	36
Tabla 11. Diagnóstico diferencial de la AN y la BN con otras enfermedades médicas.....	37
Tabla 12. Estudios sobre experiencias adversas vitales y alteración de la imagen corporal en Trastornos Alimentarios.....	61
Tabla 13. Instrumentos y áreas de evaluación.....	80
Tabla 14. Estadística descriptiva de los grupos de estudio.....	94
Tabla 15. Experiencia traumática elegida como más perturbadora en TCA.....	107
Tabla 16. Puntuaciones medias de distintas variables psicopatológicas en TCA.....	110
Tabla 17. Experiencia traumática elegida como más perturbadora en TDMR.....	113
Tabla 18. Medias de las distintas variables psicopatológicas del grupo TDRM.....	116
Tabla 19. Experiencia traumática elegida como más perturbadora en CS.....	118
Tabla 20. Puntuaciones medias de distintas variables en los CS.....	121

Tabla 21. Diferencias en pacientes TCA según presencia de DIC visual.....	126
Tabla 22. Diferencias en TCA según EAV interpersonal.....	131
Tabla 23. Diferencias psicopatológicas en TCA según EAV interpersonal.....	132
Tabla 24. Diferencias en TCA según EAV interpersonal y previa a los 13 años.....	134
Tabla 25. Diferencias psicopatológicas medidas con EDI-2 en TCA según EAV interpersonal y previa a los 13 años.....	135
Tabla 26. Diferencias entre categorías EAV de los distintos grupos.....	140
Tabla 27. EAV interpersonales entre los distintos grupos.....	141
Tabla 28. Diferencias intergrupales según presencia de EAV interpersonales.....	142
Tabla 29. Diferencias intergrupales según presencia de EAV antes de los 13 años (sea impersonales que interpersonales).....	143
Tabla 30. Diferencias psicopatológicas intergrupales según presencia de EAV interpersonales y previas a los 13 años.....	144
Tabla 31. Diferencias psicopatológicas intergrupales según presencia de abuso sexual...	145
Tabla 32. EAV interpersonales y previas a los 13 años como predictores de DIC perceptiva visual en TCA.....	147
Tabla 33. EAV interpersonales y previas a los 13 años como predictores de DIC perceptiva no-visual en TCA.....	147
Tabla 34. EAV interpersonales y previas a los 13 años como predictores de impulsividad y perfeccionismo en TCA.....	148
Tabla 35. Diferencias en variables psicopatológicas entre los distintos grupos según presencia de las distintas EAV.....	154
Tabla 36. Diferencias en imagen corporal entre los distintos grupos según presencia de las distintas EAV.....	156

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Diagnóstico según criterios DSM-5 en TCA.....	97
Gráfica 2. Diagnóstico categorizado en TCA.....	98
Gráfica 3. Años de evolución de la enfermedad categorizados en TCA.....	99
Gráfica 4. IMC al debut de la enfermedad y momento de la evaluación en TCA.....	100
Gráfica 5. Años de evolución de la enfermedad categorizados en TDMR.....	102
Gráfica 6. IMC al debut de la enfermedad y momento de la evaluación en TDMR.....	103
Gráfica 7. IMC al momento de la evaluación en CS.....	104
Gráfica 8. Categorías de las EAV en TCA.....	108
Gráfica 9. Categorías de las EAV en TDMR.....	114
Gráfica 10. Categorías de las EAV en CS.....	119
Gráfica 11. DIC en pacientes TCA.....	125
Gráfica 12. DIC en pacientes TDMR.....	127
Gráfica 13. DIC en CS.....	128
Gráfica 14. Categorías EAV en los distintos grupos de estudio.....	150
Gráfica 15. Distorsión corporal en el espejo.....	151
Gráfica 16. Distorsión corporal sin en el espejo.....	152

GLOSARIO DE SIGLAS

AD: Antidepresivos

AE: Abuso emocional

AF: Abuso físico

AFDA: Asociación depresión de Aragón

AS: Abuso sexual

AN: Anorexia Nerviosa

AN-P: Anorexia nerviosa purgativa

AN-R: Anorexia nerviosa restrictiva

APA: Asociación de Psiquiatría Americana

BAT: Cuestionario actitudes hacia el cuerpo

BDI: Inventario depresión de Beck

BIS: Escala impulsividad

BIS-IC: Impulsividad cognitiva

BIS-IM: Impulsividad motora

BIS-INPL: Impulsividad no planificada

BITE-G: Inventario bulimia, escala gravedad

BITE-S: Inventario bulimia, escala síntomas

BN: Bulimia nerviosa

BNSC: Bulimia nerviosa subclínica

BSQ-IC: *Body shape questionnaire*, subescala insatisfacción corporal

BSQ-PP: *Body shape questionnaire*, subescala preocupación por el peso

BZD: Benzodiacepinas

CDS: *Contoure Drawing scale*

CS: Controles sanos

DES: Escala experiencias disociativas

D.E.: Desviación estándar

DIC: Distorsión de la imagen corporal

DN: Desastre natural

EAT-40= Cuestionarios de actitudes hacía la alimentación

EAV: Experiencias adversas vitales

EDI-A= *Eating disorder inventory*, subescala ascetismo

EDI-B= *Eating disorder inventory*, subescala bulimia

EDI-CI= *Eating disorder inventory*, subescala conciencia interoceptiva;

EDI-DI= *Eating disorder inventory*, subescala desconfianza interpersonal

EDI-I= *Eating disorder inventory*, subescala impulsividad;

EDI-IC= *Eating disorder inventory*, subescala insatisfacción corporal;

EDI-In= *Eating disorder inventory*, subescala ineficacia

EDI-IS= *Eating disorder inventory*, subescala inseguridad social

EDI-MM= *Eating disorder inventory*, subescala miedo a madurar

EDI-OD= *Eating disorder inventory*, subescala obsesión delgadez

EDI-P= *Eating disorder inventory*, subescala perfeccionismo

EU: Eutimizantes

FHS: Hormona folículo estimulante

FP: Formación profesional

GH= hormona del crecimiento

IC= Insatisfacción corporal

IMC: Índice de masa corporal

LH= Hormona luteinizante;

LDL=lipoproteínas de baja densidad;

M: Media

MT: Muestra total

N: Número de la muestra

NA: No aplicable

NE: Negligencia Emocional

NF: Negligencia Física

n.i.: No informado

NL: Neurolépticos

r: rango

SANE: Situación alimentaria no especificada

STAI-E: Inventario ansiedad estado;

STAI-R: Inventario ansiedad rasgo;

TA: Trastorno por atracón

TASC: Trastorno por atracón subclínico

TCA: Trastornos de la conducta alimentaria

TCA-Rec: Trastorno de la conducta alimentaria en remisión

TDMR: Trastorno depresivo mayor recurrente

TEPT: Trastorno por Estrés Postraumático

TRH: Hormona liberadora de tiotropina

TSH: horma estimulante del tiroides

USM: Unidades de salud Mental

UTCA: Unidad de trastornos de la conducta alimentaria

VD: violencia domestica

RESUMEN

Introducción: Las experiencias adversas vitales (EAV) en la infancia se han relacionado con mayor morbilidad en las enfermedades mentales. En trastornos de la conducta alimentaria (TCA) la presencia de EAV interpersonales se ha asociado a más insatisfacción corporal y más distorsión de la imagen corporal (DIC). En TCA la imagen corporal asume una dimensión compleja por como los/as pacientes representan, sienten y viven su cuerpo. Los hábitos alimentarios inadecuados podrían ser el modo en que los/as pacientes enfrentan las emociones asociadas a las diferentes EAV vividas. Este mecanismo podría estar también en la base de la insatisfacción asociada a la silueta de los/as pacientes TCA con EAV interpersonales. El objetivo general de este trabajo es evaluar la presencia de EAV, principalmente las interpersonales y previas a los 13 años, en pacientes con TCA, así como esclarecer su relación con la DIC. **Métodos:** Se realiza un estudio transversal observacional, retrospectivo, caso control, sobre EAV en pacientes con diagnóstico de TCA, para el cual se han reclutado tres grupos: el de estudio compuesto por TCA, y dos grupos controles de pacientes con trastorno depresivo y otro de personas sin patología mental. La medida principal es la presencia de EAV recogida mediante el Cuestionario de eventos traumáticos-TLEQ. Para la evaluación de la DIC se pidió a los/as candidatos/as que evaluaran su silueta mirándose al espejo (DIC visual) y al cerrar los ojos, “sintiendo el cuerpo” (DIC no visual). Los datos han sido recogidos y procesados utilizando el Software informático SPSS v28. Para analizar si las diferencias encontradas entre las distintas variables son significativas se ha utilizado la prueba de independencia de χ^2 en caso de variables categóricas y, en caso de variables cuantitativas la prueba T de student. Todos los test se han realizado a dos colas y con un nivel de significación interior a .05. **Resultados:** Muestra final de 140 dividida en 3 grupos, el de

TCA con 79 participantes y los 2 de afectivos y sin patología con 20 y 41 respectivamente. Los/as pacientes TCA tienden a tener mayor proporción de EAV interpersonales y EAV interpersonales anteriores a los 13 años. El grupo TCA con EAV interpersonales presenta significativamente más distorsión al espejo. En el caso de las EAV acaecidas antes de los 13 años la DIC no-visual también asume diferencias significativas con respecto a los otros 2 grupos. Los niveles de perfeccionismo son mayores en el grupo TCA con EAV interpersonales. En un modelo de regresión logística con la variable EAV interpersonal antes de los 13 años como variable independiente, los resultados resultan significativos para predecir el perfeccionismo y la impulsividad, y la DIC sea visual que no-visual en la edad adulta de los pacientes TCA. **Discusión:** Parece que, en la estimación de la figura corporal, las emociones negativas vividas son desplazadas hacia la propia figura. Creemos que cuando cerramos los ojos contactamos con las sensaciones derivadas de nuestro cuerpo, internas o externas que pueden ser placenteras o molestas. Se podría decir entonces que la insatisfacción corporal que viven los/as pacientes TCA deriva más de las emociones no resueltas de las personas que de la presión social vivida. Haber padecido una EAV interpersonal previa a los 13 años representa un posible factor de riesgo para desarrollar una imagen corporal alterada, así como impulsividad y perfeccionismo en la edad adulta. La imagen corporal no es un factor independiente, sino una dimensión que podemos modificar con estrategias de intervención precoz en la infancia para detectar situaciones de riesgo interpersonal. La atención a los/as pacientes TCA debería incluir tratamientos específicos en los que refieren experiencia traumática en la infancia.

MARCO TEÓRICO

1. Los trastornos de la conducta alimentaria

Lasegue en 1873 (1) describió por primera vez un cuadro compatible con el primer caso moderno de anorexia nerviosa (a partir de ahora, AN). Desde entonces, los trastornos de la conducta alimentaria (a partir de ahora, TCA) han ido cobrando protagonismo por el aumento de su incidencia, la aparición en edades más tempranas y su alta morbilidad y mortalidad (2,3). Además, hemos asistido a una variación y superposición en el espectro sintomatológico, incluyéndose cuadros nosográficos nuevos. La clasificación de la Asociación de Psiquiatría Americana (4) (a partir de ahora, APA) describe los TCA como unos trastornos que *“se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial”*. En su manual, el DSM-5, se recogen la Anorexia Nerviosa con sus variantes restrictiva, purgativa, mixta; la Bulimia nerviosa (a partir de ahora, BN); el Trastorno por atracón (a partir de ahora, TA); la Pica; el Trastorno de la rumiación, la AN atípica, la BN subclínica, el TA subclínico y el TCA no especificado (a partir de ahora, TCANE) (4).

Suelen ser más prevalentes en mujeres y, al debut de la enfermedad, se describen cambios en los hábitos alimentarios, que pueden ir desde la restricción de las ingestas hasta la presencia de atracones con vómitos posteriores asociados, como forma de reducir el peso (5). Se trata de pacientes con niveles altos de insatisfacción corporal, además de la presencia de alteración en el estado de ánimo, impulsividad en forma de conductas para suicidas, y comorbilidad psiquiátrica (5). Su evolución tórpida suele generar un alto coste

para los servicios sanitarios y una pérdida en calidad de vida sea en los/as pacientes que en sus familiares (4,6).

La ansiedad, la depresión, la presencia de rasgos obsesivos compulsivos, la baja autoestima, el aislamiento social, y la dificultad en la regulación emocional son aspectos habitualmente asociados al desarrollo y curso de la enfermedad (5,7). Es frecuente un retraso en el diagnóstico y posterior tratamiento, ya que los/as pacientes presentan escasa conciencia de enfermedad y resistencia para acudir a un centro especializado de tratamiento (8). La etiopatogenia de los TCA se explica desde un modelo biopsicosocial (9). Entre los factores biológicos se han señalado la presencia de alteración en los circuitos cortico-límbicos, y en la transmisión serotoninérgica, así como dopaminérgica (5); los psicológicos hacen referencia a la presencia de una baja autoestima y rasgos perfeccionistas de la personalidad (7). A nivel social hace años que los medios presentan un modelo de cuerpo esbelto asociado a conceptos de éxito y aceptación, pero casi inalcanzable por la mayoría de las personas: en este contexto la presión social y mediática es de gran importancia en el desarrollo y mantenimiento del cuadro (10, 11).

1.1. Características clínicas y criterios diagnósticos

Alguna de las características clínicas de los TCA se superpone entre las diferentes categorías diagnósticas. Actualmente se utiliza un modelo categorial para la clasificación de los distintos trastornos siguiendo la clasificación del DSM-5 (4) o de la CIE-11 (12) (Ver tabla 1). En la CIE-11 los TCA son incluidos dentro del apartado “Trastornos mentales del comportamiento y del neurodesarrollo” y, específicamente, en la categoría Trastornos de la conducta alimentaria; a parte de la AN y de la BN se incluyen, además el trastorno de atracón, el trastorno evitativo o restrictivo de la ingesta alimentaria, el

síndrome de pica, el trastorno por rumiación o regurgitación, y otros trastornos especificados del comportamiento alimentario (12). En el DSM-5 han adquirido la denominación de “Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos” con el objetivo de agrupar todos los trastornos alimentarios con independencia del ciclo evolutivo y presentándose el TA como nueva categoría diagnóstica (4).

Tabla 1. Trastornos de la Conducta Alimentaria según la CIE-11 y el DSM-5

CIE-11	DSM-5
6B80 Anorexia nerviosa	307.1 Anorexia nerviosa
6B80.00/01 AN con un peso significativamente bajo, tipo restrictivo/ o atracones-purga	307.51 Bulimia nerviosa
6B80.10/11 Anorexia nerviosa con un peso corporal peligrosamente bajo, tipo restrictivo/atracones-purga	307.51 Trastorno por atracón
6B80.2 Anorexia nerviosa en recuperación con peso normal	307.52 Pica en niños
6B81 Bulimia nerviosa	307.52 Pica en adultos
6B82 Trastorno de atracón	307.59 Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos
6B83 Trastorno evitativo o restrictivo de la ingesta alimentaria (TERIA)	307.59 Otro trastorno alimentario o del consumo de alimentos especificados
6B84 Síndrome de pica	307.50 Trastorno alimentarios o del consumo de alimentos no especificado
6B85 Trastorno por rumiación o regurgitación	
6B8Y Otros trastornos especificados del comportamiento alimentario	

Fuente: Elaboración propia

Paralelamente al enfoque categorial, en los últimos años, se ha desarrollado un enfoque dimensional que permite poner de relieve los aspectos cognitivos, conductuales y fisiológicos comunes a los diferentes trastornos (13). Esto facilita la creación de protocolos de tratamientos específicos con independencia del diagnóstico, aunque se abre

la necesidad de demostrar empíricamente que estos protocolos sean superiores a los aprobados (13). En el caso de los TCA es Fairburn (14) quien propone un nuevo modelo de tratamiento planteando que las diferentes categorías diagnósticas de los TCA comparten el mismo núcleo psicopatológico (autoestima ligada a la apariencia corporal y excesiva atención al cuerpo) y las diferencias entre ellos es representada por el grado de control que los pacientes tienen sobre la ayuna, los atracones y las conductas purgativas que son sus características clínicas principales. En los/as pacientes con AN predomina la ayuna y el bajo peso, en la BN el ciclo atracón purga se acompaña de peso normal, y en el TA la ausencia de conductas compensatorias lleva a índices de masa corporal (a partir de ahora, IMC) elevados (15). Si consideramos la evolución fenomenológica de la enfermedad en su curso longitudinal suele haber un debut en la adolescencia como AN restrictiva, pudiendo aparecer o no conductas purgativas asociadas y, en la adultez temprana se presenta la clínica de la BN o el TA (15). Existen síntomas comunes a todos los TCA, tales como la dismorfofobia, la insatisfacción asociada al propio cuerpo y la distorsión de la imagen corporal (a partir de ahora, DIC), que suelen mantener el trastorno o favorecer una recaída, aun cuando se ha alcanzado remisión en la psicopatología alimentaria (16).

1.1.1. Anorexia nerviosa

El cuadro empieza de forma insidiosa con una progresiva eliminación de alimentos por parte del/la paciente (normalmente los más calóricos) que, al principio, justifica a la familia con un deseo de “estar en forma”, en ocasiones incluso halagado. Presentan un aumento desproporcionado de la actividad física. Progresivamente habrá una pérdida de peso que determinará la aparición de síntomas psiquiátricos ansioso-depresivos (se vuelven más irritables, empiezan a aislarse o a dormir mal).

En la exploración física de estos/as pacientes observamos un IMC inferior a 18, bradicardia, hipotensión arterial e hipotermia. En las fases más avanzadas se instaura un cuadro de desnutrición con los siguientes signos (17) indicados en la tabla 2:

Tabla 2. Principales signos de desnutrición en AN

Piel seca	Alteración del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal: Hipoestrogenismo Hipopotasemia hiponatremia Hiper cortisolismo Alcalosis metabólica Amenorrea Osteopenia Síndrome eutiroideo enfermo: T3 y T4 bajas con TSH normal.
Cabello frágil	
Uñas quebradizas	
Lanugo	
Hipertrofia de las glándulas salivares	
Acrocianosis	
Alteraciones electrocardiográficas:	
Depresión ST, aumento QT.	

Fuente: Elaboración propia

Se indican, a continuación, los criterios diagnósticos de la AN del DSM-5 (Tabla 3) y de la CIE-11 (Tabla 4).

Tabla 3. Criterios diagnósticos para la AN, según el DSM-5 (código: 307.1)

A Restricción de la ingesta energética necesaria que lleva a un peso significativamente bajo considerando la edad, el sexo, el desarrollo puberal y estado de salud física. El bajo peso se define como “peso inferior al considerado normal o inferior al esperable en niños y adolescentes.

B Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, o conducta persistente que interfiere con el aumento de peso, 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.*

Subtipo restrictivo: Durante el episodio de AN el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Subtipo purgativo: Durante el episodio de AN, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Fuente (4): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Nota. AN= Anorexia nerviosa.

Como se puede observar (en cursiva en el texto) tanto en el criterio C de la clasificación DSM-5 (4) como en la clasificación CIE-11 (12) se hace referencia a una alteración en la percepción corporal y a una autoevaluación que se basa en el peso que, aun siendo bajo, puede ser percibido como normal o excesivo.

Tabla 4. Criterios diagnósticos para la AN, según la CIE-11 (código: 6B80)

La anorexia nerviosa se caracteriza por un peso corporal significativamente bajo para la altura, la edad y la etapa de desarrollo del individuo que no se debe a otra afección de salud o a la falta de disponibilidad de alimentos. Un umbral comúnmente utilizado es el índice de masa corporal (IMC) inferior a 18,5 kg / m² en adultos y el IMC para la edad por debajo del percentil 5 en niños y adolescentes. La pérdida rápida de peso (por ejemplo, más del 20% del peso corporal total en 6 meses) puede reemplazar la pauta de bajo peso corporal siempre que se cumplan otros requisitos de diagnóstico. Los niños y adolescentes pueden exhibir una incapacidad para ganar peso como se esperaba en función de la trayectoria de desarrollo individual en lugar de la pérdida de peso. El peso corporal bajo se acompaña de un patrón persistente de comportamiento para evitar la restauración del peso normal, que puede incluir comportamientos destinados a reducir el consumo de energía (alimentación restringida), comportamientos purgativos (por ejemplo, vómito autoinducido, abuso de laxantes) y comportamientos destinados a incrementar el gasto energético (por ejemplo, ejercicio excesivo), típicamente asociados con miedo intenso a subir de peso. *El peso bajo o la figura corporal son elementos centrales para la autoevaluación de la persona, o se perciben inadecuadamente como normales o incluso excesivos.*

Fuente (12): Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. 11^a revisión. Nota. AN= Anorexia nerviosa.

1.1.2. Bulimia nerviosa

Suelen llegar tarde a la consulta por mantener al principio sus actividades habituales y esconder el ciclo de atracones y vómitos a la familia. Se trata con más frecuencia de mujeres jóvenes de un nivel socioeconómico medio alto y con interés en mantener una estética corporal, aunque el perfil está cambiando en los últimos años (4). Empiezan con la ingesta imperiosa, movida por la ansiedad, de grandes cantidades de comida. Esto provoca sensación de culpabilidad y angustia por si aumentan de peso, y desencadena la conducta eliminatoria del vómito o, en la variante no purgativa, de ayuno o hiperactividad. Progresivamente aparece una sintomatología depresiva inespecífica con irritabilidad, ideas de muerte, aislamiento al perder sus actividades habituales, y se

cronifica el patrón de atracones-vómitos. Suelen presentar conductas impulsivas como autolesiones, abuso de sustancias o conductas cleptómanas (18). Al contrario de lo que ocurre en la AN, hay conciencia de enfermedad desde el principio, pero se esconde el cuadro por vergüenza. En las primeras etapas, el examen físico puede mostrar cierta distensión abdominal por estreñimiento, hipertrofia de las glándulas salivales, pérdida del esmalte dental, signo de Russell (erosiones en el dorso de la mano inducidas por el vómito), y edemas en extremidades. Con el tiempo, estas pacientes presentarán una serie de complicaciones médicas (19) que se detallan en la tabla 5.

Tabla 5. Principales alteraciones en la BN

Digestivas: esofagitis, pancreatitis, hernia de hiato, megacolon, esteatorrea	Disminución FSH, LH, estradiol, progesterona
Hipopotasemia	Ausencia del patrón pulsátil de LH
Cardiológicas: Arritmias, miocardiopatía	Elevación del cortisol basal
Alcalosis metabólica hipoclorémica	Ausencia del ritmo circadiano de cortisol
Hipercolesterolemia con elevación de LDL	Ausencia de supresión del cortisol en la prueba con Dexametasona
Miopatía	T3 disminuida
Nefropatía	Respuesta disminuida de TSH a TRH
Osteopenia	Elevación del GH basal

Fuente: Propia y modificado de León-Espinosa y Castillo-Sánchez, 2005 (20). Nota. BN= Bulimia Nerviosa; FHS= Hormona folículo estimulante; LH= Hormona luteinizante; LDL=lipoproteínas de baja densidad; TRH= Hormona liberadora de tirotropina; TSH= horma estimulante del tiroides; GH= hormona del crecimiento.

En las tablas 6 y 7 se presentan los criterios diagnósticos de la BN según el DSM-5 y la CIE-11.

Tabla 6. Criterios diagnósticos para la BN, según el DSM-5 (código: 307.51)

A	Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias; y la sensación de pérdida de control sobre tal ingesta (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer)
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 una vez a la semana durante un período de tres meses.
D	<i>La autoevaluación esta exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.</i>
E	La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Fuente (4): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Nota. BN= bulimia Nerviosa⁴

Al igual que en la AN se hace referencia en los criterios diagnósticos de ambas clasificaciones a la preocupación excesiva en torno a la silueta.

Tabla 7. Criterios para la BN, según la CIE-11 (código: 6B81)

Se caracteriza por episodios frecuentes y recurrentes de atracones (por ejemplo, una vez a la semana o más durante un período de al menos un mes). Un episodio de atracones es un período de tiempo durante el cual el individuo experimenta una pérdida subjetiva de control sobre la alimentación, comiendo notablemente más o de manera diferente de lo habitual, y se siente incapaz de dejar de comer o limitar el tipo o la cantidad de alimentos que ingiere. Los atracones van acompañados de comportamientos compensatorios inapropiados destinados a prevenir el aumento de peso (vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes o enemas, ejercicio vigoroso). *El individuo está preocupado por la forma del cuerpo o el peso, lo que influye fuertemente en la autoevaluación.* Existe una marcada angustia por el patrón de atracones y comportamiento compensatorio inapropiado o deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. 11ª revisión (12). Nota. BN: Bulimia Nerviosa.

1.1.3. Trastorno por atracón

El TA se caracteriza por la presencia de ingestas compulsivas que suelen ser desencadenadas por emociones negativas derivadas de conflictos interpersonales; en otras ocasiones, los atracones se asocian a sentimientos de aburrimiento. A nivel adaptativo el TA genera placer en un momento inmediato, pero a largo plazo los/as pacientes refieren disforia, sentimientos de inutilidad y fracaso. A diferencia de la BN, no le siguen conductas compensatorias. La gravedad de la alteración (4) se establece en función de la frecuencia semanal de los atracones yendo de leve (1-3 atracones por semanas) a extrema (más de 14 atracones por semanas). El manual CIE-11 (12) también recoge el diagnóstico de TA como trastorno propio, habiendo entrado en la nueva clasificación de la APA tras el apoyo que proporcionaron diferentes estudios a que el TA representaba una entidad propia y diferenciada de la AN y la BN (4,21,22). Normalmente empieza al final de la

adolescencia o primera etapa de la vida adulta, aunque los/as pacientes acuden a consulta más tarde y suelen presentar peso normal o sobrepeso. No hay preponderancia en el sexo femenino, aunque es ligeramente más frecuente en las mujeres de forma no significativa (4). Se ha asociado a deterioro en la vida social, siendo su curso intermitente (22). En las tablas 8 y 9 se indican los criterios DSM-5 (4) y CIE-11 (12) respectivamente.

Tabla 8. Criterios diagnósticos para el TA, según el DSM-5 (código: 307.51)

A	Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1. La ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. 2. La sensación de pérdida de control sobre tal ingesta (sensación de no poder parar de comer).
B	Los atracones se asocian a mínimo 3 (o más) de los siguientes: 1. Comer mucho más rápido de lo normal 2. Comer hasta sentirse con malestar por la sensación de plenitud 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre 4. Sentirse disgustado, depresivo, culpable después del atracón 5. Comer solo por la vergüenza que ocasiona el ingerir dicha cantidad de comida.
C	Malestar importante asociado a la conducta de atracarse
D	Los atracones tienen lugar como promedio al menos una vez a la semana durante un período de tres meses.
E	Los atracones no se asocian a conductas compensatorias inapropiadas (por ej. Purgas) y no aparece exclusivamente en el transcurso de bulimia o anorexia nerviosas.

Fuente: (4) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Nota. TA=Trastorno por atracón

En este caso las clasificaciones no hacen referencia a la imagen corporal, pero se ha descrito alta insatisfacción corporal y preocupación en torno a la silueta en los/as pacientes con TA (23).

Tabla 9. Criterios para el TA, según la CIE-11 (código: 6B82)

El trastorno por atracón se caracteriza por episodios frecuentes y recurrentes de atracones de comida (por ejemplo, una vez o más a la semana durante un período de varios meses). Un episodio de atracones de comida es un período distintivo de tiempo durante el cual el individuo experimenta una pérdida subjetiva de control sobre la comida, come notablemente más o de modo distinto de lo habitual, y se siente incapaz de dejar de comer o de limitar el tipo o la cantidad de alimentos ingeridos. Los atracones de comida se experimentan como algo que produce un gran malestar y frecuentemente se acompañan de emociones negativas como la culpa o el disgusto. Sin embargo, a diferencia de la bulimia nerviosa, los atracones no son seguidos regularmente por comportamientos compensatorios inapropiados destinados a prevenir el aumento de peso (por ejemplo, vómito autoinducido, abuso de laxantes o enemas, ejercicio vigoroso). Hay una marcada angustia por el patrón de atracones o un deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educacional, ocupacional u otras áreas importantes.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. 11ª revisión (12). Nota. TA= Trastorno por atracón.

1.1.4. Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos “especificado” y “no especificado”

En un intento de reducir la preponderancia de los TCANE, la nueva edición del DSM-5 (4), respecto a la edición previa, ha eliminado algunos criterios y aclarado otros incluyéndose nuevos cuadros clínicos que se describen como:

1. *AN atípica*: Reúne todos los criterios de AN excepto que el peso está en rango normal.
2. *BN subclínica*: Reúne todos los criterios de la BN excepto por la frecuencia: el atracón y la conducta compensatoria se dan menos de una vez por semana en los últimos 3 meses.
3. *TA subclínico*: Reúne todos los criterios del TA excepto por la frecuencia: el atracón se da menos de una vez por semana en los últimos 3 meses.
4. *Trastorno purgativo*: Conducta purgativa recurrente para controlar el peso o la silueta, como vómitos, mal uso de laxantes, diuréticos, u otras medicaciones, en ausencia de atracones. La autoevaluación esta exageradamente influida por el peso y la silueta corporal. O existe un miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso.
5. *Síndrome de la ingesta nocturna*: Periodos recurrentes de excesiva ingesta de comida que se dan tras despertarse durante la noche o tras la cena habitual. Hay conciencia y recuerdo de las ingestas. Estas no se explican por otros factores como cambios en el ciclo del sueño habitual o en el entorno. Se acompaña de distrés importante o alteraciones del funcionamiento habitual.

Todas las categorías que no entran en ninguno de los diagnósticos mencionados se definen como Situaciones Alimentarias No Especificadas.

1.2. Diagnóstico diferencial.

El diagnóstico de un TCA suele basarse en el cuadro clínico referido, la exploración física y un estudio analítico completo de hormonas tiroideas y estrógenos, para un primer cribado (4). Algunas pistas para un diagnóstico precoz se recogen en la tabla 10. Un reconocimiento temprano de la enfermedad es crucial dada la alta

morbimortalidad asociada (3). Suelen ser adolescentes o adultos/as que empiezan a cambiar su estilo de alimentación, con la excusa de cuidarse, y antes de manifestar los signos derivados de la pérdida de peso o de que la conducta purgativa llame la atención, se pueden observar cambios en su afectividad o en el rendimiento académico (4).

Los motivos de consulta en atención primaria suelen ser, 1) la información sobre dietas y obesidad, 2) el retraso en el crecimiento, 3) dolor abdominal inespecífico, 4) astenia, palpitaciones, o alteraciones menstruales, 5) humor depresivo, 6) faringitis crónica, o dispepsia. Si durante la anamnesis se recoge alguno de los datos antes indicados y se sospecha un TCA, debe profundizarse en la entrevista.

Tabla 10. Principales síntomas de la AN y la BN

Anorexia nerviosa	Bulimia Nerviosa
Pérdida de peso de origen desconocido	Antecedentes de trastornos afectivos
Retraso curva crecimiento	Conductas impulsivas
Retraso menarquia	Historia de estreñimiento
Hiperactividad	Caries dentales
Hallazgo osteopenia en jóvenes	Alteraciones menstruales
Hirsutismo	Edemas periféricos
Interés por temas gastronómicos	Irritabilidad
Tendencias a comer sola	Desaparecer tras las comidas
Desmenuzar comida	Preocupación excesiva por el cuerpo
Evitación de alimentos	Aislamiento y animo depresivo
Retraso en las ingestas	
Preocupación ingesta ajena	
Desaparecer tras las comidas	
Uso de vestimentas anchas	
Preocupación excesiva por el cuerpo	
Aislamiento y animo depresivo	

Fuente: Modificado de Chinchilla, 2003 (24).

Hay otras enfermedades que pueden cursar con pérdida de peso o conductas bulímicas que es preciso descartar antes de realizar el diagnóstico de AN o BN. Las principales se indican en la tabla 11.

Tabla 11. Diagnóstico diferencial de la AN y la BN con otras enfermedades médicas

Anorexia nerviosa	Bulimia Nerviosa
Colitis ulcerosa	Causa tóxica (alcoholismo)
Tumor hipotalámico	Enfermedad de Addison
Pancreatitis crónica	Cirrosis hepática
Celiaquía	Neoplasia intracraneal
Hipertiroidismo	Gastroparesia
Diabetes mellitus	Hiperparatiroidismo primario
Feocromocitoma	Patología biliar
Insuficiencia renal crónica	
Hiperparatiroidismo primario	
Insuficiencia suprarrenal	

Fuente: Adaptado de Chinchilla, 2003 (24).

En el caso de la AN el diagnóstico diferencial es difícil ya que los/as pacientes suelen ocultar los pensamientos obsesivos sobre el cuerpo y la silueta. Además, la pérdida de peso y las conductas purgativas pueden aparecer en otras enfermedades mentales como la depresión, pero solo en la AN se declara un apetito normal y un interés por las recetas, y la hiperactividad de estas/os pacientes es ritualista al contrario de la inquietud que encontramos en el paciente depresivo, que no tiene objeto (25). En general, para distinguir la AN de otros trastornos psiquiátricos se buscarán los criterios concretos de cada uno (25). En el caso de patologías médicas no psiquiátricas que cursan con pérdida de peso, el diagnóstico suele derivar del resultado de las pruebas complementarias (24). Si se

sospecha de un tumor cerebral debe pedirse un escáner; si se sospecha en una colitis ulcerosa, se objetivarán las lesiones típicas en una colonoscopia (25).

Con la BN el principal diagnóstico diferencial ha de realizarse con las patologías del tracto digestivo que pueden generar vómitos como la cirrosis hepática, la patología biliar, y la gastroparesia. Los/as pacientes con estos trastornos no suelen referir atracones ni tener una autoestima ligada a su apariencia corporal, además de presentar la alteración correspondiente en las pruebas complementarias: el aumento de transaminasas y la esteatosis en la ecografía en el caso de la cirrosis hepática, por ejemplo, o la reducción de la motilidad intestinal en la radiografía de tránsito en el caso de la gastroparesia (25). También hay que descartar la presencia de patologías neurológicas como la epilepsia o el síndrome de Kluver-Bucy; este último, aparte de conducta de hiperfagia se suele asociar a agnosia visual (25).

El diagnóstico diferencial del TA es con la misma bulimia, siendo distintivo la ausencia de conductas compensatorias en el primero, y con otros trastornos psiquiátricos tales como la depresión atípica y el trastorno límite de la personalidad, ya que en todos se encuentran conductas bulímicas. En estos últimos solemos encontrar la clínica propia de cada uno y la ausencia de preocupación constante sobre la comida típica de la BN y del TA. Además, no suelen cumplir los criterios de los atracones (4).

1.3. Epidemiología

Los datos a disposición de estudios provienen de trabajos en los cuales se aplicaban los criterios diagnósticos del DSM-IV (26) más restrictivos que los del DSM-5 (4), por lo cual las cifras actuales podrían ser algo más elevadas, aunque todavía son

pocas las investigaciones que utilicen los nuevos criterios (27,28). A nivel europeo se reportan prevalencias del 1-4% para la AN, 1-2% para la BN y 1-4% para el TA (29,30).

En Estados Unidos se ha reportado prevalencia del 0,6% para la AN en población adulta con una ratio hombre mujer de 1 a 10 (31), y en adolescentes, de 13 a 18 años, del 0,3% (32) siendo igualmente representada en ambos géneros. Las incidencias de la AN son similares en América del Norte y en Europa, siendo en mujeres desde el 4,2 al 12,6 por 100.000 personas/año (27,30,33) y, en hombres, de 1 por 100.000 personas/año (33); dicha incidencia se refiere a población entre 13 y 60 años siendo más baja en población infantil (34) o en personas de más de 65 años (3). En general, la edad de inicio se sitúa entre los 13 y los 18 años, aunque se dan cada vez más casos pre púberes y en mujeres adultas (3,34). Se trata de mujeres solteras, exigentes, perfeccionistas y con rasgos obsesivos de la personalidad que pueden pertenecer a cualquier clase social (5).

En el caso de la BN se ha descrito una prevalencia para adultos/as a lo largo de la vida del 1% (31), siendo más frecuente en mujeres (hasta tres veces); la edad de inicio es ligeramente superior a la de AN debutando en jóvenes de 18 años (31). En adolescentes la prevalencia se sitúa en el 0,9% (31), y sigue siendo mayor en mujeres (3). Dichas prevalencias se han encontrado en estudios en Estados Unidos, pero se han descrito también en trabajos europeos, africanos, y latinos americanos (35-37). La incidencia de la BN ha ido creciendo en los últimos años desde un 1,2 a un 6,6 por 100.000 personas/año (33) y suele iniciar entre los 15 y los 24 años (38).

Desde que se ha considerado como un trastorno propio, los estudios de prevalencia en TA muestran valores superiores a la AN y la BN, indicándose, a lo largo de la vida, cifras de 1,9% en mujeres jóvenes y 0,3% en hombres (39). En personas mayores suele

ser más prevalente en hombres, y la edad media de debut se sitúa alrededor de los 23 años (39,40). En trabajos estadounidenses se han descrito prevalencias de 3,5% y 2% en mujeres y hombres respectivamente (31). Cuando se presenta en adolescentes suele ser más frecuente en mujeres (39).

En España se han publicado diferentes estudios de prevalencia de TCA, aunque no recientemente por lo cual se carece de datos que incluyan criterios diagnósticos DSM-5 y, por la heterogeneidad de la metodología en las diferentes muestras, los resultados deben ser interpretados de forma cautelosa (41). Se estima una prevalencia a lo largo de la vida para un TCA en general del 2,42% (37). Las prevalencias descritas son similares a otros países desarrollados siendo de 1-3% si se considera población adolescente y jóvenes de ambos sexos, subiendo al 4-5% en mujeres jóvenes entre 12 y 18 años. Al analizar los datos según diagnóstico se indica una prevalencia en población general para la AN del 1%, para la BN del 2-3%, y para el TA en población con obesidad del 3-30% (42).

1.4. Curso y pronóstico

Los trastornos alimentarios son enfermedades que representan un alto coste para los servicios sanitarios, al asociarse a un curso fluctuante, donde los/as pacientes presentan una mala calidad de vida y siendo incapaces de mantener un trabajo (43). En la literatura se ha descrito que hasta el 50% de pacientes con BN y el 47% de los con TA presentan un pobre funcionamiento social (44,45). Se añade que, a pesar de los esfuerzos terapéuticos, solo se recupera un 50%, y, del resto, el 30% mejora parcialmente y el 20% se cronifica (11). Dapelo et al. (46) definen como crónicos los/as pacientes TCA con más de 7 años de evolución de enfermedad o que no han mejorado tras haber recibido dos

intervenciones terapéuticas específicas. El tratamiento suele verse dificultado por la presencia de comorbilidad psiquiátrica, el bajo IMC con las complicaciones médicas asociadas, además de un retraso a la hora de realizar la diagnosis (8). La mortalidad es del 5% describiéndose el suicidio y las complicaciones cardiacas como las causas más frecuentes de muerte en la AN (8,17).

Entre las variables asociadas a la cronificación de la enfermedad destacan: 1) la ausencia de conciencia de enfermedad; 2) la dismorfofobia; 3) las oscilaciones de peso; 4) el aislamiento social; 5) la negación de la enfermedad del entorno; 6) las purgas; 7) las conductas autolesivas; y 8) el abuso comórbido de alcohol (11).

Por otra parte, en su evolución se han identificado factores que predisponen, factores que precipitan y factores mantenedores de la enfermedad.

Entre los factores precipitantes, las situaciones estresantes que puedan generarse a lo largo de la etapa adolescente, como situaciones de crítica o rechazo y eventos estresantes vitales estarían previos al inicio de la clínica alimentaria (47).

Entre los factores predisponentes y mantenedores se describen la baja autoestima, la conflictividad familiar, la presencia de psicopatología ansiosa o afectiva y la insatisfacción corporal, entre otros; mientras que la presencia de relaciones interpersonales cálidas, una baja emoción expresada dentro del estilo de comunicación en la familia y una mejor adaptación social, han sido descritas como variables favorecedoras (11).

Se pueden dividir los elementos pronósticos en tres grupos: los relacionados a la psicopatología, los asociados a las variables biológicas, y los que dependen de la clínica alimentaria propiamente dicha. La persistencia de bajo peso tras un ingreso, la presencia

de hipopotasemia, los bajos niveles de albumina y la elevación de transaminasas hepáticas, son algunos de los factores biológicos desfavorables asociados a la evolución de la AN, mientras que en la BN lo es solo la variación del peso a lo largo de la enfermedad (11,48). Si consideramos las variables psicopatológicas, en el caso de la AN una paciente con alta impulsividad, desconfianza interpersonal y funcionamiento orientado al logro presentará peor pronóstico (11). Para la BN, además de la presencia de conductas impulsivas, la evolución será influenciada por la presencia de alexitimia y sentimientos de ineficacia (11). Así mismo ensombrecerán el pronóstico la comorbilidad con un trastorno de personalidad o un trastorno afectivo, el consumo de sustancias o la tendencia a la somatización (11). En lo referente a la clínica alimentaria la presencia de sintomatología bulímica, las cogniciones negativas asociadas al cuerpo, así como un peso ideal bajo y una mayor duración de la enfermedad se han asociado a una cronificación de la enfermedad (49).

En general una paciente con bajo peso, largo tiempo de evolución, comorbilidad con trastorno de personalidad o abuso de tóxicos, presencia de conductas impulsivas, conductas purgativas, familia desestructurada y presencia de maltrato en la infancia presentará una mala evolución (11).

Otro de los factores implicados en la evolución de la enfermedad es la alta tasa de abandono del tratamiento, sobre todo con relación al tipo de abordaje terapéutico implicado, siendo mayor cuando no se utilizan protocolos validados, y también en caso de rasgos vulnerables de la personalidad como el psicoticismo o en presencia de baja motivación (11). Además, no obstante las intervenciones psicológicas se apliquen adecuadamente, en más del 50% de los/as pacientes no se consigue una remisión clínica,

siendo uno de los factores más resistentes a la intervención terapéutica, la presencia de rumiaciones sobre el cuerpo y la sobreestimación de la silueta (16).

Por lo expuesto, no es de extrañar que sea imprescindible una atención multidisciplinar con especialistas formados en la atención a estos/as pacientes para adecuar el tratamiento al momento evolutivo en el cual se encuentran.

1.5. Tratamiento

Los aspectos más controvertidos del tratamiento en los TCA se refieren al modelo terapéutico a seguir (psicoterapéutico, farmacológico) y al lugar donde debe aplicarse (hospitalario, ambulatorio, etcétera). La normalización biológica, la recuperación ponderal y la normalización cognitiva son sus tres pilares básicos (8):

- Normalización biológica: Un trastorno psíquico manifestado tan explícitamente con síntomas físicos que se agravan progresivamente, requiere en primer lugar acciones encaminadas a corregir estas alteraciones. Con relación al tratamiento farmacológico, los estudios efectuados hasta el momento no han identificado ningún medicamento específico para los TCA ni deben recomendarse como primer o único tratamiento (8,50).
- Recuperación ponderal: Es imprescindible iniciar el tratamiento con programas de recuperación ponderal para obtener éxito terapéutico. Los tratamientos farmacológicos, psicológicos y las medidas sociales pueden fracasar si no se alcanza un nivel mínimo de peso (8).
- Reestructuración cognitiva: Los/as pacientes tienen que cambiar creencias, pensamientos, actitudes y emociones por otros más normales y sanos. No existe un único modelo de intervención psicológica y la literatura recoge

intervenciones psicodinámicas, sistémicas, interpersonales, feministas y cognitivas, estas últimas las de mayor producción científica (51,52). Sin embargo, el abordaje de mayor soporte empírico es el modelo cognitivo-conductual, que suma los aspectos psicológicos a los conductuales de control y monitorización de dieta y peso. La intervención se aplica tanto de forma individual como grupal (8).

1.5.1. Intervención en anorexia nerviosa

Abordaje psicológico

Habitualmente, en Estados Unidos, la Psicología integraba los TCA en la "Clínica de las Adicciones" (52). Por ello, sus grupos de autoayuda se basan en el programa de Alcohólicos Anónimos cuyo objetivo principal es la abstinencia. Los participantes se comprometen a intentar evitar las conductas sintomáticas de la enfermedad cuales ayunos, atracones, pesarse varias veces al día, a las cuales son "adictos" (53, 54).

Para el abordaje de la AN en pacientes mayores de 18 años, la guía NICE recomienda en primera línea la aplicación del Modelo Maudsley para el tratamiento de la AN (MANTRA) que utiliza técnicas de la psicoterapia interpersonal cognitiva y motivacionales (55). Consta de 20 sesiones, las primeras 10 semanales, y tiene como objetivos trabajar la ambivalencia de los/as pacientes con relación al mantenimiento de la enfermedad, permitir que separen su identidad de la enfermedad y combatir el aislamiento social (55). Otra de las características es que incluye la colaboración de los familiares en el proceso, ofreciéndoles sesiones grupales para manejar la comunicación con los/as pacientes, además de psicoeducación nutricional (55).

Otra de las intervenciones recomendadas por la guía NICE (55) es la Terapia Cognitivo Conductual centrada en los TCA que se divide en tres módulos: uno para trabajar las dificultades interpersonales, otro para la autoestima y el tercero para el perfeccionismo; consta de 40 sesiones, bisemanales al principio para trabajar conciencia en relación a las secuelas físicas de la enfermedad, y favorecer hábitos nutricionales saludables, para centrarse en las posteriores en habilidades sociales, autoeficacia y cogniciones asociadas a la imagen corporal. También está indicada la intervención Manejo clínico de Apoyo Especializado; consta de 20 sesiones semanales centradas en ayudar a los/as pacientes a identificar la relación entre sus emociones y sus hábitos alimentarios aberrantes además de ayudarles/las a alcanzar un peso saludable con apoyo nutricional (55).

Finalmente se considera elegible también la psicoterapia dinámica focal para identificar el significado de los síntomas para el/la paciente y en cómo afectan sus relaciones interpersonales, para ayudarle a tener sentimientos de eficacia y valía personal (55).

Abordaje farmacológico

En la AN se utilizan benzodiazepinas de vida media corta (alprazolam, bromazepam, lorazepam y lormetazepam) y media larga (clorazepato dipotásico, diazepam, ketazolam) para controlar la ansiedad de enfrentarse a la comida, o el insomnio y la hiperactividad (56). En general los antidepresivos en AN, particularmente los inhibidores de la recaptación de serotonina (a partir de ahora, ISRS), por su mejor tolerabilidad, son eficaces para reducir síntomas depresivos y obsesivos-compulsivos una vez restablecido el peso (57). Cualquier ISRS que haya demostrado eficacia en estudios de control con placebo puede ser utilizado (57). La justificación del uso de antipsicóticos

en AN, reside en la alteración del contenido del pensamiento que presentan estos/as pacientes en relación con su cuerpo y la alimentación, y los neurolépticos típicos, tradicionalmente, se utilizaban por su efecto sedativo en un intento de controlar la hiperactividad, aunque los estudios realizados anteriormente evaluaban la eficacia a corto término (58). Los efectos secundarios de los neurolépticos han disminuido desde la incorporación de los denominados atípicos (olanzapina y aripiprazol los más estudiados) y, en ocasiones, pueden ser favorables, como en el caso del ligero aumento de peso que producen, pero disponemos de pocos estudios controlados en la actualidad, y no han demostrado eficacia sobre los aspectos cognitivos (58-61).

1.5.2. Intervención en Bulimia Nerviosa

Abordaje psicológico

A nivel psicoterapéutico hay evidencia de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual adaptada para los TCA. El protocolo de tratamiento fue elaborado por Fairburn (15); aborda distintos núcleos psicopatológicos de la enfermedad, como el manejo de los atracones, y prevé módulos para trabajar la autoestima, la regulación emocional y las habilidades interpersonales. Consta de 20 sesiones, al principio bisemanales, donde se inicia con educación de los hábitos alimentarios y, posteriormente, se centran en la clínica psicopatológica de los atracones, y las cogniciones negativas sobre el cuerpo. Las últimas sesiones exploran los posibles escenarios de las recaídas para poder dotar de estrategias de prevención a la paciente (16).

También se utilizan programas de autoayuda basados en la terapia cognitivo-conductual, que alternan material psicoeducativo que el/la paciente realiza en casa y

sesiones de apoyo presenciales de unos 20 minutos (62). Dichos programas han demostrado ser útiles si son administrados por profesionales que trabajan en unidades específicas de TCA, habiendo sido aplicándose tanto de forma presencial como en vía digital (51,62).

Las terapias de tercera generación, como la terapia de aceptación y compromiso, están obteniendo algún resultado prometedor, habiendo mostrado eficacia en la reducción de conductas de atracón o ayunas, así como en los pensamientos distorsionados hacia el cuerpo, pero todavía no están recomendadas en las guías clínicas (8, 63).

Las intervenciones suelen realizarse de forma individual, aunque el formato grupal suele ser eficaz para programas psicoeducativos (53).

Abordaje farmacológico

Respecto a la BN, la hipótesis de que la enfermedad se debe a un desequilibrio entre los sistemas facilitadores e inhibidores de la actividad del hipotálamo hizo suponer que los fármacos inhibidores del apetito o anorexígenos (anfetaminas y derivados) podían resultar eficaces en su tratamiento (64). Producen una reducción importante del apetito, de la ingesta y los atracones, euforia, reducción de la sensación de fatiga, ansiedad e insomnio que, junto al riesgo de tolerancia y dependencia, comporta graves riesgos; su utilización en la BN está actualmente descartada (65). Los ansiolíticos, como en la AN, se utilizan para controlar la ansiedad, pero valorando la mayor predisposición a las adicciones en estas pacientes (53). Entre los antidepresivos se utilizan frecuentemente los ISRS por la sensación de plenitud o saciedad que deriva de la mayor disponibilidad de la serotonina en el sistema nervioso central, controlando además la impulsividad a la base de los atracones (57, 66). La fluoxetina a dosis de 60-80 mg/día, muy superior a las

empleadas en los trastornos depresivos, es la más utilizada y, en la actualidad, la única aprobada para el tratamiento de la BN (8,67). Para el tratamiento de la impulsividad, síntoma nuclear de la BN, se están utilizando eutimizantes. El topiramato es el de mayor soporte empírico. Se utiliza a 200-450 mg/día para el control de los atracones (8, 57).

1.5.3. Intervención en trastorno de atracón

Abordaje psicológico

Los protocolos de intervención psicoterapéutica del TA derivan del modelo transdiagnóstico de Fairburn (15) siendo la psicoterapia cognitivo conductual la más eficaz hasta ahora (51). Los objetivos del tratamiento son el control de los atracones, la disminución de peso, la preocupación entorno a la imagen corporal y la mejoría de la clínica afectiva o ansiosa comórbida presente (68). Es la psicoterapia recomendada en primera línea pudiéndose realizar en distintos formatos (presencia o digital), además de individual o grupal (8, 69). Se alcanza hasta el 80% de remisión que se mantiene a los dos años de seguimiento (68).

También se ha evaluado la eficacia de la terapia interpersonal, que hipotetiza que la conducta de atracón representa una respuesta a un duelo no resuelto, un conflicto interpersonal o una situación estresante derivada de un periodo de transición vital (70). No tiene como objetivo la reducción de peso, y ha demostrado eficacia en la reducción de los atracones (70).

En el caso de comorbilidad del TA con conductas autolesivas, abuso de drogas y trastorno límite de la personalidad, se ha obtenido eficacia con la terapia dialéctica conductual (71). Se favorece la autoobservación y la regulación emocional en relación

con eventos estresantes asociados a la conducta de atracón. Se ha aplicado también a nivel individual, aparte de grupal, y en formato de autoayuda (72).

Abordaje farmacológico

Las recomendaciones de tratamiento para el TA derivan de los protocolos habitualmente empleados para la BN, habiéndose realizado intervenciones farmacológicas con ISRS como la fluoxetina, y anti impulsivos como el topiramato (62). Así mismo, siguiendo la hipótesis que implica alteración del circuito de recompensa en la etiopatogenia del trastorno (54), se han estudiado fármacos noradrenérgicos como el modafinilo y la atomoxetina que no han demostrado eficacia (73,74). En Europa no hay ningún fármaco aprobado y la guía NICE recomienda no incluir el tratamiento farmacológico en primera línea, favoreciendo el abordaje cognitivo-conductual junto a la educación nutricional, y señalando como uno de los objetivos del tratamiento en el TA no es la pérdida de peso, sino el control de los atracones mediante una mejor gestión emocional (8,70). La lisdexanfetamina es el único fármaco que ha demostrado eficacia para el control de atracones y reducción del IMC en estos/as pacientes estando aprobado en Estados Unidos (75).

2. Factores relacionado al desarrollo y curso de los TCA

2.1. Experiencias adversas vitales

El estrés es uno de los factores implicados en el desarrollo de los trastornos mentales (76). Cuando nos sentimos amenazados se generan una series de cambios en el sistema inmunológico y endocrino que percibimos como “estrés” (76). Se ha señalado como el estrés psicosocial, que se genera en el contexto de diferentes experiencias adversas vitales (a partir de ahora EAV) sobre todo en la infancia, se relaciona con mayor

morbimortalidad tanto de enfermedades mentales como de otras patologías médicas (77). No siempre las EAV se acompañan de morbilidad posterior, habiéndose encontrado como factores protectores la presencia de situaciones positivas en la infancia (78); así mismo, dichas EAV pueden representar un trauma cuando se asocian en el tiempo posterior próximo a su ocurrencia al desarrollo de clínica postraumática, aunque la ausencia de esta no las hace menos dignas de atención para programas de prevención a la hora de mejorar el bienestar del individuo (77,78). Según Fonseca-Rondón *et al.* (78), *“las adversidades y el trauma son configuraciones relacionales que se incluyen y se enlazan con el devenir humano y su esfuerzo adaptativo”*.

La taxonomía de las EAV que se asocian al desarrollo de psicopatología es heterogénea, habiéndose propuesto diferentes clasificaciones, y generándose a veces dificultad en la replicabilidad de los estudios (78). Siguiendo la clasificación de Kira (79) se podrían distinguir:

1. EAV impersonales como desastres naturales (incendios, terremotos, etc.), accidentes de tráfico, ahogamiento o enfermedades graves.
2. EAV que se generan en las relaciones interpersonales con extraños como las guerras, el abuso sexual, la violación, los hurtos o las agresiones.
3. EAV derivadas de las relaciones de apego, describiéndose el abuso emocional (implica la humillación), el abuso físico (cuando hay agresiones), la negligencia emocional (implica el rechazo y la no atención de necesidades emocionales), la negligencia física (no se atiende a las necesidades básicas de higiene o alimentación), la presencia de violencia familiar, y el abuso y/o la violencia sexual.

Las EAV que se han asociado a más morbimortalidad son las catástrofes naturales, las situaciones de violencia extrema con riesgo de muerte, y las padecidas durante la infancia sobre todo en las relaciones de apego (78-80). En estudios de primates se ha demostrado que la separación de la madre genera hiperactividad del sistema noradrenérgico mediado por el locus coeruleus, relacionado al eje hipotálamo-cortico-adrenal, y que se activa en situaciones estresantes (81).

La ausencia de relaciones de confianza, pérdidas y conflictos relacionales y, en general, cualquier evento vital que genere sentimientos de estar atrapado o humillación, en personas con baja autoestima, se ha asociado al desarrollo posterior de trastornos depresivos y ansiosos (82). Cada vez, más estudios están registrando en población con patología psiquiátrica mayor prevalencia de eventos estresantes respecto a la población sana (83-85). Devi *et al.* (83), reportan en el 54% de los/as pacientes con trastorno afectivo la presencia de abuso físico en la infancia. Así mismo, se ha encontrado peor funcionamiento social y más riesgo de suicidio en pacientes con ansiedad, esquizofrenia y trastornos afectivos que habían padecido eventos potencialmente traumáticos (84,85).

2.2. Estudios de experiencias adversas vitales y TCA

En el caso concreto de los TCA hay un creciente interés en la presencia de EAV como factores de inicio y mantenedores de estos, aunque los estudios realizados han aportados datos contradictorios (86-88). En los periodos vitales de la infancia, adolescencia y adultez se han identificados distintas EAV ligadas al inicio y curso de los TCA (89-90). Las EAV evaluadas con más frecuencia son las EAV impersonales como las muertes de seres queridos o desastres naturales, y las EAV interpersonales que se generan en las relaciones de apego como el abuso emocional, el abuso físico, la

negligencia emocional, la negligencia física y el abuso y/o la violencia sexual, siendo las más patógenas las EAV interpersonales vividas durante la infancia (86-90). El acoso escolar podría ser un factor de riesgo, sobre todo para el TA (91). Se han reportado prevalencias que van desde un 5% hasta un 66% (86,89,90-92). No siempre ha sido posible encontrar asociación significativa entre las EAV y un diagnóstico concreto, pero sí se registra más prevalencia de abuso sexual, físico y maltrato emocional en la población con TCA como grupo (90, 93-96). Todavía no hay datos suficientes para que las EAV sean consideradas factores mantenedoras de la enfermedad por la escasez de estudios longitudinales, pero se ha identificado la clínica postraumática como posible factor mediador entre las experiencias adversas y la clínica alimentaria (96,97).

Abuso y violencia sexual

La exposición a EAV en pacientes TCA se ha asociado habitualmente a más severidad de la patología, a la conducta purgativa y a un inicio más precoz de la enfermedad (88). La violencia sexual se ha encontrado de forma significativa más prevalentemente en TCA respecto a otras patologías o población general y, antes de los 13 años, podría ser un predictor de desarrollo posterior de la enfermedad habiéndose asociado a aparición de clínica bulímica de forma directa (88-93).

En otros estudios, se describe la asociación entre el abuso sexual y el desarrollo de psicopatología alimentaria a través de sintomatología depresiva como factor mediador (97). Así mismo, los pacientes con TCA y EAV presentan más comorbilidad y más riesgo de suicidio (98). Armour *et al.* (98), evalúan una muestra de 3845 mujeres dividiéndola en 5 clases según el IMC y la presencia de patrón alimentario inadecuado; tras el análisis reportan la presencia del abuso sexual más prevalentemente en el subgrupo de obesos con TA, y una asociación positiva significativa entre el abuso sexual, estrés postraumático y

suicidio. Afifi *et al.* (99) señalan que el abuso sexual representa un factor de riesgo para el desarrollo de BN y TA sea en hombres que, en mujeres (99). La mayoría de los trabajos describen la presencia del abuso sexual sobre todo en pacientes con TA y BN asociándose normalmente a más conductas autolesivas, más ansiedad y menos autoestima (100-102). En el caso de la AN, Longo *et al.* (103) señalan que, en pacientes con subtipo purgativo, se recoge significativamente más abuso sexual previamente al inicio de la enfermedad, mientras que en AN-R la EAV más frecuente es la pérdida de seres queridos es más frecuente en el subtipo restrictivo. Se ha sugerido que la violencia sexual padecida en la infancia podría ser un factor de riesgo específico para el inicio de un TCA en la edad adulta (93). La clínica postraumática se ha identificado como factor mediador principal entre el abuso sexual y la gravedad de la sintomatología alimentaria de los/as pacientes con TCA, habiéndose descrito en BN y AN-P (105-106). Así mismo, se ha señalado la presencia de niveles más altos de impulsividad, más desconfianza, más síntomas somatomorfos o disociativos en pacientes con TCA y abuso sexual en la infancia (104-106).

Abuso y violencia física

La negligencia física en la infancia se ha asociado a más riesgo de desarrollar TCA del espectro impulsivo, como TA y BN en hombres, y se ha asociado a la presencia de clínica disociativa en los/as pacientes (101,107). El abuso físico, como el sexual se describe en pacientes con más conductas autolesivas y altos niveles de depresión, habiéndose encontrado con más frecuencia en AN-P (93, 103, 106). Becker y Grilo (108) evalúan 137 pacientes ambulatorias con TA encontrando más EAV interpersonales en los/as pacientes respecto al grupo control. Los autores señalan que; el abuso físico se asoció a baja autoestima y riesgo de obesidad en la edad adulta (108). En pacientes con

estrés postraumático comórbido, el haber padecido abuso o violencia física identifica subgrupos con más impulsividad sobre todo en BN y AN-P (105). Tagay *et al.* (106) estudian la prevalencia de EAV en una muestra de 101 pacientes (AN: 30, BN: 71) encontrando abuso físico y violencia intrafamiliar en el 63% de AN y el 54% de BN, y describen más prevalencia de síntomas somatomorfos en los/as pacientes que presentaban clínica postraumática.

Abuso y negligencia emocional

Se ha hipotetizado que la exposición a abuso emocional en la infancia induciría una “ingesta emocional” y el trastorno alimentario sería una respuesta a una desregulación emocional por la presencia de ansiedad postraumática (109). Una asociación significativa entre el abuso emocional y el inicio de conductas restrictivas a una edad temprana ha sido descrita en pacientes con TA (110). En mujeres, la presencia de abuso emocional en la infancia aumenta el riesgo de desarrollar TCA a lo largo de la vida, y la negligencia emocional se ha reportado con más prevalencia tanto en hombres como en mujeres que padecen de un TA (101, 111). Smith *et al.* (102) en una muestra de pacientes con BN (*N*: 204) describen como el abuso emocional se asocia a un riesgo aumentado de conductas autolesivas a lo largo de la vida. Quilliot *et al.* (101) sugieren que el nivel de impacto emocional asociado al maltrato emocional en la infancia representa el factor de riesgo específico para el inicio del TA en la edad adulta, y parece estar asociado a la conciencia interoceptiva de los/as pacientes. Palmisano *et al.* (107) han descrito una asociación entre síntomas disociativos y abuso emocional en pacientes con TCA siendo esta EAV interpersonal un factor predictivo de la gravedad de la clínica bulímica. En general, los/as pacientes con TCA son incapaces de afrontar con estrategias satisfactorias las emociones negativas derivadas del abuso o la negligencia emocional que han vivido, adoptándose en

su lugar conductas patológicas como los atracones, la restricción alimentaria, o el aumento del ejercicio físico (101,107,109-114).

2.3. Imagen corporal

La persistencia de insatisfacción corporal y la DIC se ha descrito en pacientes con AN y BN recurrente (16,115,116). La preocupación en torno a la figura y como los/as pacientes con TCA viven su imagen corporal se ha implicado en las recaídas de la enfermedad, y es una de las facetas más difíciles de tratar con los abordajes actuales (117-119). Esto es probablemente porque, cuando se habla de imagen corporal, nos enfrentamos a un constructo complejo sobre el cual todavía no hay acuerdo ni hay una definición unitaria, y en el cual confluyen factores cognitivos, afectivos, neurológicos y sociales (120-123).

El neurólogo P. Schilder (124) fue el primero en señalar que la imagen corporal tiene que ver con el esquema que se organiza a nivel cerebral a partir de percepciones táctiles, visuales, espaciales y, también, con los deseos, necesidades, emociones, cogniciones y relaciones con otras personas. Se distingue por un lado el “esquema corporal” que se organiza a nivel cerebral a partir de dichas percepciones y que se encuentra alterado en patologías neurológicas y, por otro lado, la “imagen corporal”, constructo más complejo al confluir en él dos aspectos: 1) el de la representación en el espacio, o nuestro mapa visual y 2) el semántico que integra deseos, necesidades, emociones, cogniciones y relaciones interpersonales (125).

Según Raich (126) la imagen corporal engloba la percepción de todo nuestro cuerpo, así como cada una de sus partes, de sus movimientos y límites, junto a las experiencias subjetivas derivadas de cómo nos sentimos y pensamos acerca de él.

Rosen (120) la define como “*el modo en que nos percibimos, actuamos y nos sentimos con respecto a nuestro cuerpo*”.

Se identifican entonces distintos componentes, el perceptivo que define la estimación del tamaño y la forma de la silueta, el conductual que implica todas las acciones y conductas hacia el cuerpo de uno en base a la percepción de este, y el cognitivo afectivo que incluye las emociones y pensamientos que se asocian a la silueta (123).

La construcción de la imagen corporal se inicia en los primeros meses de vida cuando empezamos a distinguir los objetos del entorno, a caminar, a controlar nuestros esfínteres, a sentir el dolor con el hambre y el placer cuando nuestros progenitores nos acarician (127). Gois *et al.* (128), describen como la ausencia de experiencias infantiles positivas en el núcleo familiar se asocia al desarrollo de hábitos alimentarios inadecuados y emociones como la vergüenza en torno a la imagen corporal. El cuerpo entra en las fantasías de los niños de 5 años integrándose así las percepciones táctiles, sensoriales, y propioceptivas, mientras que en la adolescencia el cuerpo por la influencia de la sociedad se transforma en el lugar de la autoestima y del autoconcepto (122).

Los factores que se han implicado en la construcción de la imagen corporal son: 1) los sociales, 2) los interpersonales (del mismo grupo etario y familiares), 3) los individuales como tener un bajo autoconcepto, y 4) otras experiencias como enfermedades crónicas invalidantes y EAV interpersonales o impersonales tanto en la infancia como en la adultez (122-124,127-129). Todavía no se ha esclarecido como se relacionan entre si estos factores. Según Skrzypek *et al.* (130) “*el concepto de imagen corporal no ha sido definido todavía de forma concluyente, y la tarea de medir las alteraciones de la imagen corporal de una forma objetiva es todavía un desafío formidable*”.

En general, cuando hay una magnificación/sobreestimación o infraestimación de la silueta hablamos de DIC, mientras que las cogniciones y comportamientos hacia el nuestro cuerpo identifican la insatisfacción corporal (131). La sobreestimación de la silueta se suele describir tanto en pacientes TCA como en población no clínica con bajo peso, siendo el IMC de las personas uno de los factores a considerar en la evaluación de la imagen corporal (132).

La preocupación por el peso y la insatisfacción corporal no son patognomónicas de los TCA, encontrándose en la población sin clínica, sobre todo en nuestro entorno cultural que favorece un modelo corporal inalcanzable a seguir para la mayor parte de las personas (122,126). Se sugiere que cuando la insatisfacción corporal y la distorsión de la imagen están presentes, se asocian a un malestar significativo que interfiere en la calidad de vida de la persona pudiéndose hablar de trastorno de la imagen corporal (120-122).

En TCA el constructo de la imagen corporal es aún más complejo porque los/as pacientes viven su cuerpo como un enemigo portador de emociones negativas, y generalmente, se describe en los TCA más insatisfacción corporal y más distorsión respecto a la población sin patología (133-136). En BN se ha encontrado más sobreestimación de la silueta y más insatisfacción corporal, mientras que los/as pacientes con AN suelen tener menos insatisfacción corporal probablemente porque los/as pacientes se acercan más al modelo de una silueta delgada aceptado socialmente (137-139).

Mientras algunos autores atribuyen la DIC encontrada en AN y BN a una alteración perceptiva que según algún estudio en AN (140) depende de la alteración del córtex parietal derecho, otros creen que se debe más a un sesgo cognitivo debido a emociones negativas que se trasladan al cuerpo (137,141,142). Se ha señalado que la

distorsión perceptiva del cuerpo de los/as pacientes con TCA es debida a la presencia de malestar emocional asociado a uno/a mismo que se proyecta sobre la silueta, y la evaluación de la DIC debería entonces ser sustituida por la evaluación actitudinal al no considerarse que exista una alteración perceptiva corporal en los TCA sino una vivencia negativa de la misma persona (141).

2.4. Estudios previos sobre experiencias adversas vitales e imagen corporal

Los estudios que evalúan la relación entre EAV e imagen corporal, más que analizar la distorsión perceptiva de la silueta se centran en las asociaciones con la insatisfacción corporal, el IMC, y las cogniciones relacionadas al peso o a la figura siendo los resultados bastantes controvertidos (143-145).

Las EAV interpersonales padecidas en la infancia podrían generar emociones como vergüenza o baja autoestima y, junto a la presión social, contribuir al desarrollo de una imagen corporal alterada (128,146).

En población sin diagnóstico clínico la presencia de la vergüenza representa un factor predictivo de alteración en la conducta alimentaria (147). El abuso sexual infantil se ha asociado a más insatisfacción corporal en pacientes con TCA independientemente del diagnóstico, y la presencia de abuso físico se ha relacionado a la DIC en pacientes con AN purgativa (148-151). El abuso físico y el emocional se relacionan con IMC elevado al determinar el desarrollo de clínica bulímica, sobre todo si la EAV ha ocurrido antes de los 11 años, mientras que la violencia sexual mantiene una relación directa con la presencia de insatisfacción con el propio cuerpo (152,153).

Madowitz *et al.* (154), tras revisar 32 estudios concluyen que hay evidencia, aunque limitada, que apoya que una EAV de tipo sexual precede y favorece el desarrollo

de un trastorno alimentario y se asocia a alta insatisfacción corporal. Grilo *et al.* (155) señalan como la presencia de abuso emocional en la infancia se asocia a una mayor insatisfacción en pacientes con TA. El acoso escolar y la violencia intrafamiliar se ha encontrado en todos los TCA, aunque de forma más prevalente en pacientes con BN y TA asociándose a más riesgo de presentar un trastorno por estrés postraumático y a niveles de IMC elevados (145,156). Groff *et al.* (157), en un estudio con población universitaria (*N*: 6090) relatan como la violencia sexual se asocia a varias características nucleares de los TCA sobre todo con la sobreestimación de la silueta y las conductas purgativas. Guillaume *et al.* (158) describen un peor funcionamiento social en pacientes con TCA que han padecido diferentes EAV interpersonales siendo el maltrato emocional el que presenta una asociación más específica con la preocupación por la figura corporal y encontrándose más frecuentemente en BN, mientras que el abuso físico se asocia a la preocupación por el peso, y se describe más en pacientes con BN o TA con más tendencia autolesiva. Otros autores han descrito también peor funcionamiento psicosocial, más preocupación por su peso e imagen, y más comorbilidad con ansiedad y depresión en TCA con EAV interpersonales a lo largo de la vida (159-161).

El principal factor mediador identificado en los estudios sobre EAV e imagen corporal es la clínica postraumática (161). Roenholt *et al.* (162) describen una relación significativa entre abuso emocional y bajo peso, y entre violencia sexual y sobrepeso en pacientes con TCA que cumplen criterios de trastorno por estrés postraumático. Brooke *et al.* (163) describen una asociación positiva entre abuso sexual e insatisfacción corporal tanto en hombres como en mujeres, aunque en los primeros la relación es entre la negligencia física y el deseo de adelgazar, mientras que en las segundas el maltrato emocional y la negligencia física se asocian al deseo de musculación. Otras EAV

interpersonales evaluadas en su relación con la insatisfacción asociada al cuerpo son, el acoso escolar, el maltrato de pareja y el trauma militar (153,164,165). Kothari *et al.* (164) en un estudio de cohortes con 13867 mujeres, durante el embarazo y en el periodo perinatal, señalan como de éstas las que cumplen criterios de TCA presentan más violencia de género sobre todo a los 8-33 meses del parto, siendo el abuso emocional el que identifica a un subgrupo con más preocupación por el peso y la imagen corporal. Bakalar *et al.* (165) evalúan diferentes EAV en una muestra de 179 personas mayores de 18 años reclutadas entre personal militar. Para el análisis consideran dos grupos de EAV: 1) las interpersonales como el abuso físico, emocional o la violencia sexual y 2) las impersonales como una enfermedad grave, un accidente de tráfico o un desastre natural, encontrando una asociación positiva entre EAV interpersonales e IMC mediada por los niveles de clínica alimentaria, mientras que la asociación entre EAV impersonales e IMC depende del impacto subjetivo con el cual se vive la experiencia.

En la tabla 12 se resumen los estudios revisados entre los años 2010 y 2020 sobre TCA, EAV e imagen corporal.

Tabla 12. Estudios sobre experiencias adversas vitales y alteración de la imagen corporal en Trastornos Alimentarios

<i>Autor, año, País</i>	<i>Muestra (N, %mujeres, edad media, rango y desviación estándar)</i>	<i>Tipo de estudio</i>	<i>Población estudio (proveniencia, tipo de diagnóstico y %)</i>	<i>Tipos EAV (% total EAV en la muestra)</i>	<i>Resultados principales</i>
Dunkley <i>et al.</i> (143), 2010 Canadá	N = 170, 76%, M = 43.49 años (n.i, DE = 8.8)	Transversal	Pacientes ambulatorias con TA (100%)	AS, AF, AE, NF, NE (n.i.).	AS y AE asociación significativa con IC ($p < .05$); como posibles mediadores clínica depresiva y altos niveles de autocrítica.
Roeholt <i>et al.</i> (162), 2012 Dinamarca	N = 2981, 47%, M = 24 años (n.i, DE = 8.8)	Transversal	Comunitario: nacidos en 1984 sin diagnóstico	AS, AF, AE, NF, NE, testigo de suicidio, accidente de tráfico, ahogamiento, fuego, hurto, enfermedad potencialmente mortal (13%).	Asociación TEPT y sexo femenino con IMC $< 18,5$ ($p < .001$). Asociación AE con IMC $< 18,5$ ($p < .016$) y AS, AE+NE+NF con IMC > 30 ($p < .016$). Al aumentar número de EAV aumenta clínica TEPT ($p < .001$). Ayunas o atracones como forma de controlar las emociones negativas asociadas al EAV.
Villaruel <i>et al.</i> (144), 2012 España	N = 708, 100%, M = 22 años (18.3-30.9, DE = 2.7)	Transversal	Comunitario: Universitarias sin diagnóstico	AS, AF (18.1%).	Asociación positiva AS con preocupación sobre peso ($p < .04$). Asociación negativa AF con conducta restrictiva ($p < .01$) y preocupación por imagen corporal ($p < .02$).

<i>Autor, año, País</i>	<i>Muestra (N, %mujeres, edad media, rango y desviación estándar)</i>	<i>Tipo de estudio</i>	<i>Población estudio (proveniencia, tipo de diagnóstico y %)</i>	<i>Tipos EAV (% total EAV en la muestra)</i>	<i>Resultados principales</i>
Brooke y Mussap (163), 2012 Australia	N = 299, 52%, M = 24,68 años, (18-40, DE = 5.2)	Transversal	Comunitario: Universitarios y ciudadanos reclutados a través de anuncios en gimnasio sin diagnostico	AS, AF, AE, NE, NF (n.i.).	Asociación de IC con AS y de AF con deseo de adelgazar solo en hombres ($p < .05$). Las mujeres presentaban más IC y más deseo de adelgazar ($p < .01$). AE y NE se asoció a deseo de musculación en mujeres ($p < .05$). Posible presencia de clínica disociativa postraumática generadora de estrategia de control sobre el cuerpo como forma de regular afectos negativos.
Backholm <i>et al.</i> (159), 2013 Suecia	N = 4524, 96.9%, M = 25.8 años (18-67, DE = 7.85)	Transversal	Pacientes atendidas en unidades especializada de TCA AN (19.7%), BN (33.4%), TA (8.1%), TCANE (38.9%)	AF, AS, muerte o enfermedad grave en familiar querido, desastre natural, vivir zona de combate (18.6%).	AF y AS se asocian con más frecuencia a imagen corporal negativa sin alcanzar significación ($p = .46$). Las EAV (independientemente del tipo) generan más preocupación por el peso y la figura en el grupo con clínica alimentaria activa ($p < .001$). Las EAV ¹ en la edad adulta son más frecuentes en TA ³ ($p = .04$). Clínica postraumática como posible link entre el trauma y la gravedad de la clínica alimentaria.
Tagay <i>et al.</i> (160), 2014 Alemania	N = 101, 100% M = 29,11, años (18-68, DE=10.53)	Transversal	Pacientes hospitalizadas y ambulatorias: AN (49.2%), BN (50.8%)	AS, AF, violencia doméstica, accidente tráfico, desastre natural, acoso escolar, terrorismo (95%).	El número de EAV se asocia a TEPT y gravedad en puntuación de la IC ($p < .01$). La clínica TEPT como mediadora entre el trauma y la gravedad de la enfermedad.

<i>Autor, año, País</i>	<i>Muestra (N, %mujeres, edad media, rango y desviación estándar)</i>	<i>Tipo de estudio</i>	<i>Población estudio (proveniencia, tipo de diagnóstico y %)</i>	<i>Tipos EAV (% total EAV en la muestra)</i>	<i>Resultados principales</i>
Richardson <i>et al.</i> (153), 2014 Estados Unidos	<i>N</i> = 10774, 49% <i>M</i> = 15,4 años en 1994 (12-22, n.i.), <i>M</i> = 28,3 años en 2009 (24-34, n.i.)	Longitudinal	Comunitario: adolescentes de diferentes institutos sin diagnóstico.	AS, AF (25%).	La combinación AF+AS se asocia a riesgo de obesidad en edad adulta ($p < .05$).
Mason <i>et al.</i> (152), 2015 Estados Unidos	<i>N</i> = 4377, 100% <i>M</i> = 12,1 años en 1996 (9-14, n.i.), <i>M</i> = 25 años en 2010 (22-29, n.i.)	Longitudinal	Comunitario: hijas de enfermeras que participaban en estudio de cohortes, sin diagnóstico	AS, AF, AE (45%).	La suma de diferentes EAV es predictora de alto IMC en edad adulta ($p < .05$). Aumento del riesgo de desarrollar TA ³ ($p < .05$). Atracciones como estrategias de control de emociones negativas derivadas del trauma
Kothari <i>et al.</i> (164), 2015 Reino Unido	<i>N</i> = 13867, 100%, <i>M</i> = 28,5 años (n.i.)	Longitudinal	Comunitario: mujeres embarazadas de un barrio de Bristol con previsión de parto entre 1991-92. (3,2% antecedentes de TCA)	AS, violencia física y emocional en la pareja (n.i.)	Las mujeres con antecedentes de TCA más violencia física tras parto ($p = .002$) y más AS infantil ($p < .001$). La violencia emocional se asocia a preocupación por figura y peso ($p < .001$).
Groff Stephen y Wilke (157), 2016 Estados Unidos	<i>N</i> = 6090, 100%, <i>M</i> = 20,2 años (n.i., DE = 4.5)	Transversal, prospectivo	Comunitario: Universitarias diagnosticado sin	AS los 12 meses previos a la valoración (18%).	AS predice desarrollo de conductas purgativas ($p < .05$), la sobreestimación de la figura es variable independiente y predice bajo peso ($p < .05$). Las purgas y las ayunas como formas de manejar la presencia de vergüenza y culpa asociada al AS.

<i>Autor, año, País</i>	<i>Muestra (N, %mujeres, edad media, rango y desviación estándar)</i>	<i>Tipo de estudio</i>	<i>Población estudio (proveniencia, tipo de diagnóstico y %)</i>	<i>Tipos EAV (% total EAV en la muestra)</i>	<i>Resultados principales</i>
Guillaume <i>et al.</i> (158), 2016 Francia	N = 192, 100% M = 24,92 años (15.5-65.8, n.i.)	Transversal, prospectivo	Pacientes ambulatorias: AN (53.1%), BN (33.3%), TA (13.6%)	AS, AF, AE, NF, NE (58.3%)	AE predictor de ayunas ($p < .05$), preocupación por el peso y la figura ($p < .001$). AF y AS predictores de preocupación por la comida ($p < .05$). La presencia de TEPT, como mediador entre trauma y gravedad de TCA.
Vartanian <i>et al.</i> (146), 2018 Australia	N = 1023, 51% M = 26,33 años (18-30, n.i.)	Transversal	Comunitario: ciudadanos de estados unidos reclutados a través de plataforma digital	AS, AF, AE, NF, NE, accidente tráfico, muerte familiar, (n.i.).	EAV en general se asocia a IC, ayunas y atracones ($p < .05$). La presión social se asocia a preocupación por el peso y la figura ($p < .05$). La presencia de EAV genera bajo concepto del "self", tendencia a compararse, asunción del modelo social de figura con consecuente IC y desarrollo de conductas de riesgo para TCA.
Hicks <i>et al.</i> (156), 2018 Estados Unidos	N = 182, 91%, M = 15 años (12-22, DE = 1.7)	Transversal, prospectivo	Pacientes ambulatorios: AN (46.1%), BN (7.7%), TCANE (46.2%)	AS, AF, violencia doméstica, perdida ser querido, acoso escolar (33%).	La presencia de acoso escolar y violencia domestica se asocia a IMC alto ($p < .05$). Todas las EAV se asocian clínica TEPT ($p < .001$). TEPT podría influenciar clínica alimentaria (ayunas y atracones).
Bakalar <i>et al.</i> (165), 2018 Estados Unidos	N = 179, 46%, M = 32, 01 años (n.i., DE = 7.4)	Transversal	Comunitario: militares en servicio. Sin diagnostico	AS, AF, VD, accidente tráfico, DN, acoso escolar, terrorismo, trauma bélico (100%).	Las EAV interpersonales y el impacto subjetivo de los mismos se asocia a alto IMC, ayunas y atracones ($p < .001$).

<i>Autor, año, País</i>	<i>Muestra (N, %mujeres, edad media, rango y desviación estándar)</i>	<i>Tipo de estudio</i>	<i>Población estudio (proveniencia, tipo de diagnóstico y %)</i>	<i>Tipos EAV (% total EAV en la muestra)</i>	<i>Resultados principales</i>
Mitchison <i>et al.</i> (145), 2019 Australia	N = 3005, 51%, M = 46.7 años (15-100, DE= 19.2)	Transversal, prospectivo	Comunitario: mayores de 15 años de diferentes estratos sociales de sud de Australia. Sin diagnóstico	Acoso escolar, AS (n.i.).	Asociación acoso escolar con purgas y sobreestimación de la silueta ($p < .05$), y AS con bajo IMC y atracones ($p < .05$). Padecer ambos traumas se asocia a presencia de ayunas y atracones. El acoso escolar en mujeres aumenta riesgo de atracones.
Longo <i>et al.</i> (103), 2020 Italia	N = 64 (100% M) M = 20,2 años (n.i., DE = 2.3)	Transversal	Pacientes hospitalizadas: (100%) AN	AS, AF, violencia doméstica, accidente de tráfico, desastre natural, enfermedad grave acoso escolar, terrorismo (95%).	Los/as pacientes con TEPT presentan asociación positiva con IMC alto ($p < .01$), más preocupación por el peso ($p < .03$) y la figura ($p < .02$). Tras ajustar según niveles de disociación y depresión solo se mantiene la asociación con IMC

Fuente: Elaboración propia

Nota. EAV = Experiencias Adversas Vitales; n.i. = No informado; TA = Trastorno de Atracón; AS = Abuso Sexual; AF = Abuso Físico; AE = Abuso Emocional; NF = Negligencia Física; NE = Negligencia Emocional; IC = Insatisfacción Corporal; TEPT = Trastorno por Estrés Posttraumático; DN= Desastre natural; VD= Violencia domestica; IMC = Índice de Masa Corporal; AN = Anorexia Nerviosa; BN = Bulimia Nerviosa; TCANE = Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados; TCA = Trastornos de la Conducta Alimentaria.

En general, los estudios analizan sobre todo el impacto del abuso sexual y el físico; el abuso emocional se ha asociado a la presencia de experiencias disociativas y a desregulación emocional (166), así como a insatisfacción corporal en población con clínica y en TA (149,150,167). También el acoso escolar se ha asociado a la insatisfacción corporal y, además, a la presencia de bajar autoestima. Es probable que las vivencias derivadas de estas EAV interpersonales se “modifiquen” en una preocupación excesiva por el cuerpo en personas con poca autoestima y rasgos perfeccionistas, factores comunes a todos/as los TCA (5).

Con respecto al tipo de relación entre EAV e insatisfacción corporal de los trabajos revisados, se identifican factores mediadores entre la EAV y la insatisfacción corporal, representados por la excesiva autocrítica, el deseo de musculación, y un bajo concepto de uno mismo (103,143-146,152,153,156-160,162-165). Se podría pensar que haber padecido una EAV genera una sensación de vulnerabilidad que la persona intenta silenciar a través del control de su cuerpo y de la comida (103, 143-146,152,153,156-160,162-165).

De los mediadores identificados, la presencia de clínica postraumática se ha asociado a más preocupación por el cuerpo y a más conductas bulímicas; en el primer caso se asociaría a bajo IMC, en el segundo a alto (103, 143-146,152,153,156-160,162-165). La presencia de atracones se ha encontrado en pacientes TCA que intentan lidiar con la culpa y la vergüenza que se generan después de un abuso sexual, o el malestar derivado de la suma de diferentes EAV, y representaría el fenotipo de la presencia de desregulación emocional (168). De hecho, la desregulación emocional se ha encontrado en todos los TCA, estando más acentuada en los/as pacientes con más insatisfacción corporal, más impulsividad, y más clínica bulímica (169). Los rasgos perfeccionistas y la

dificultad en controlar los impulsos son factores trans diagnósticos de los TCA y representan los dos extremos de la dimensión psicopatológica obsesivo-compulsiva (5). Las ayunas y las ingestas compulsivas podrían ser las presentaciones psicopatológicas de estos dos aspectos. Estos fenotipos, en la literatura, se han descrito en pacientes TCA en los cuales los intentos de controlar el cuerpo serían la respuesta a una desregulación emocional identificada como posible factor mediador entre la insatisfacción corporal y el IMC. Se sugiere que dicha desregulación se asocia a la insatisfacción corporal y a la DIC a través del perfeccionismo y de la impulsividad (169,170).

JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3. Justificación

Actualmente existen pocos estudios científicos sobre EAV, TCA e imagen corporal. Se sugiere que las EAV interpersonales acaecidas en la infancia tales como abuso físico, emocional y sexual son las que generan más impacto sobre el trastorno. Sin embargo, no se ha clarificado si las posibles consecuencias sobre la enfermedad dependen simplemente del hecho de haber padecido la EAV o derivan del tipo de EAV (como las que se generan a nivel interpersonal), o de la edad a la cual ocurre, o del tiempo que ha durado la experiencia.

Parece que las EAV más perjudiciales son representadas por las interpersonales y acaecidas en la infancia (86-90). La presencia de desregulación emocional y clínica postraumática podría mediar la relación con la insatisfacción y la DIC. Los resultados descritos en la literatura hacen pensar que la sintomatología alimentaria nace por la dificultad en gestionar las vivencias asociadas a las diferentes EAV y que este mal manejo emocional podría explicar también la insatisfacción corporal de los/as pacientes (103, 143-146,152,153,156-160,162-165). Falta esclarecer su relación con DIC y profundizar en nuevas intervenciones que actúen sobre la desregulación emocional o la sintomatología postraumática.

Para ello, y considerando el aumento de incidencia de estos trastornos, además del interés del papel de las EAV en la evolución de la enfermedad, resulta pertinente profundizar en las relaciones entre dichos elementos. Se sugiere que identificar y tratar EAV en la atención de pacientes con TCA podrá permitir reducir la intensidad de los síntomas clínicos y mejorar el pronóstico de estos trastornos (171).

A pesar de este incremento de interés sobre el papel de las EAV en los TCA, no hemos encontrado muchos trabajos sobre EAV y DIC, considerándose pertinente cubrir este vacío que podría permitir sentar las bases para nuevos tipos de abordajes en unas patologías donde las intervenciones terapéuticas presentan escasa respuesta (117).

3.1. Objetivos e hipótesis

3.1.1. *Objetivos*

Objetivo general:

El objetivo general de este trabajo es describir la presencia de EAV, principalmente las interpersonales y previas a los 13 años, en pacientes con TCA, así como esclarecer su relación con la imagen corporal de los/as pacientes.

Objetivos específicos:

- a) Estudiar la asociación de las EAV con algunas variables pronósticas de la enfermedad (años de evolución, IMC, niveles de depresión y de ansiedad).
- b) Estudiar la asociación entre las EAV con las experiencias disociativas, el perfeccionismo, y la impulsividad.
- c) Estudiar la asociación entre las EAV con la insatisfacción corporal y la distorsión corporal de la silueta percibida frente al espejo y sin él (percepción visual y no-visual).

3.1.2. Hipótesis

Considerando los objetivos expuestos y lo referido en el marco teórico las hipótesis que se plantean son:

Hipótesis general:

Las EAV interpersonales antes de los 13 años determinan una distorsión significativa de la imagen corporal frente al espejo. La clínica disociativa, el perfeccionismo y la impulsividad son los factores mediadores entre la experiencia traumática y la distorsión de la imagen corporal.

Hipótesis específicas:

a) La exposición a EAV interpersonales en población TCA identifica pacientes con más años de evolución de la enfermedad, más IMC, más niveles de depresión y ansiedad.

b) Los pacientes con TCA que han padecido EAV interpersonales y previas a los 13 años presentan niveles más altos de clínica disociativa, impulsividad y perfeccionismo.

c) Los pacientes con TCA que han padecido EAV interpersonales y previas a los 13 años presentaran mayores niveles de insatisfacción corporal, y distorsión corporal tanto visual como no-visual.

4. Método

4.1. Diseño del estudio

Estudio transversal observacional, retrospectivo, caso control, sobre experiencias adversas vitales en pacientes con diagnóstico de TCA, para el cual se han considerado las siguientes condiciones:

a) Pacientes con diagnóstico de TCA: en esta condición los/as pacientes eran tratados/as habitualmente en la unidad específica de atención a los trastornos

alimentarios de adultos (a partir de ahora, UTCA) de Zaragoza. Durante la evaluación mantenían contacto con su terapeuta habitual.

- b) Pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor recurrente (a partir de ahora, TDMR): grupo control para limitar los sesgos debido al diagnóstico o la mediación de la clínica afectiva y ansiosa. Los/as pacientes realizaban su seguimiento en las consultas de salud mental del sector II de Zaragoza.
- c) Personas sin patología mental: en esta condición las personas no presentaban ningún diagnóstico y representan el grupo de controles sanos/as (a partir de ahora, CS) no seleccionados.

4.2. Reclutamiento de la muestra y descripción de los centros del estudio

4.2.1. Reclutamiento de la muestra

Los/as participantes se reclutaron en los sectores sanitarios I y II de Zaragoza (que cubren aproximadamente 533.284 habitantes. Eran atendidos por los/as médicos psiquiatras y psicólogos/as especialistas a los cuales acudían habitualmente en las consultas de tratamiento especializado de Salud mental.

Los/as participantes del grupo con TCA provenían de la UTCA del Hospital Royo Villanova perteneciente al Sector I. El grupo control de TDMR provenía de las unidades de Salud Mental de adultos del Sector II de Zaragoza (población de 328.297), y la asociación de depresión de Aragón. Para la muestra de CS la autora del presente trabajo preparó y distribuyó trípticos informativos explicando el estudio y la forma de contactar, en los tabloneros de anuncio del Hospital Miguel Servet. Las personas interesadas se pusieron en contacto y fueron citados presencialmente.

El reclutamiento se realizó entre el 10/09/2020 y el 28/2/2022 y se consideraron los siguientes criterios de inclusión y exclusión para participar en el estudio:

Criterios de inclusión

- a) Edad comprendida entre 18 y 65 años con diagnóstico de AN-P, AN-R, AN atípica, BN, BNSC, TA, TCANE según criterios DSM5 o con diagnóstico de TDMR según criterios DSM5.
- b) Entender perfectamente español hablado y escrito.
- c) Otorgar consentimiento informado por escrito.

Criterios de exclusión

Fueron controlados por el/la profesional que reclutaba la muestra en un primer momento, y ratificados por la investigadora principal el día de la entrevista. Fueron los siguientes:

- a) Presencia de sintomatología psicótica.
- b) IMC inferior a 15.
- c) Presencia de evento estresante traumático en el momento de la evaluación.
- d) Comorbilidad con retraso mental moderado.

4.2.2. Descripción de los centros del estudio

A continuación, se presenta una breve descripción de los centros donde se ha realizado la selección inicial de los/as candidatos/as del estudio.

Hospital Royo Villanova

Corresponde al Sector sanitario I de la comunidad de Aragón. Tiene adscrita la unidad de trastornos alimentarios que atiende a todos/as los/as pacientes mayores de 18

años que necesitan atención especializada (aproximadamente 823.345 personas entre 18 y los 65 años en la comunidad). La unidad atiende a unos/as 575 pacientes cuyos diagnósticos están representados en un 25% para la AN, 35% para la BN, 30% para el TA siendo el resto, TCANE.

Unidades de Salud mental de adultos de Sector Sanitario II de Zaragoza y asociación de depresión de Aragón

El Sector Sanitario II de Zaragoza dispone de 6 unidades de Salud mental de adultos de que atienden a la población mayor de 18 años con un trastorno mental. Están ubicadas en los centros sanitarios de San José Norte, Las Fuentes Norte, Torrero, Almozara, Valdespartera y Sagasta y cubre una población de 328.297 personas. La asociación de depresión de Aragón AFDA cuenta con psicólogos/as especialistas para el tratamiento de personas con depresión y ansiedad. Se contaba con una *N* inicial de 4000 si consideramos trastornos afectivos en general y que, si atendemos al criterio de inclusión en nuestro trabajo representado por el diagnóstico TDMR bajaba a 450.

Hospital Miguel Servet

Atiende a la población del Sector II de Zaragoza (367.883 habitantes). Dispone de una plantilla de más de 5000 trabajadores/as de los que 750 son facultativos/as, 2650 personal sanitario y 1600 no sanitario. Se dispone de tablones de anuncio en distintos puntos del hospital donde suele pasar habitualmente el personal.

4.2.3. Cálculo del tamaño muestral

La prevalencia de la AN es del 0'5-1% en población general y su incidencia aumenta progresivamente en un 1,1% mientras que para la BN se habla de una prevalencia y una incidencia de 1-2,5% y 1-1,5%, respectivamente (32). Con respecto al TA está

adquiriendo mayor relevancia sugiriendo datos internacionales una prevalencia entre el 2-3% que puede alcanzar el 30% en población con obesidad (8). La depresión es la tercera enfermedad crónica que se atiende en los centros de salud y tiene una prevalencia a lo largo de la vida que va del 8% hasta el 55% (172).

El tamaño de muestra se basó en la posibilidad de detectar asociaciones entre la presencia de EAV y alguna de las variables pronóstica de la enfermedad utilizando todos los test a dos colas y con una significación de 0.05. La población diana es representada por pacientes mayores de 18 años con un TCA siendo la variable principal de estudio las EAV y la dependiente la sobrestimación corporal. Considerando que nuestro trabajo está enfocado a población con TCA, dadas las características de las variables estudiadas, suponiendo la misma varianza entre los grupos, un poder del 80% y un nivel de significancia del 5%, se estimaron un mínimo de 30 sujetos en cada grupo. Este tamaño de efecto se ha obtenido de otros estudios. Las muestras recogidas varían dependiendo de si los estudios se han realizado en ámbito comunitario o en población clínica. Si consideramos esta última, las *N* encontradas van desde 42 hasta 245 (143-145, 148-151).

4.3. Variables e instrumentos de medida

A continuación, se describen los instrumentos que se utilizaron para la evaluación de las EAV, la psicopatología alimentaria, la imagen corporal, así como los niveles de ansiedad y depresión. Una síntesis de estos puede consultarse en la Tabla 13.

Variables de caracterización del paciente:

Sociodemográficas: Mediante un cuestionario de elaboración propia (Anexo I) se recabó información previa sobre la edad, el sexo, el estado civil, el nivel de estudios, con quien convivían, situación laboral, tipo de relaciones sociales y familiares.

Clínicas: Se consideraron como variables clínicas el diagnóstico, los años de evolución de la enfermedad, los años de tratamientos recibidos, el número de ingresos, el tratamiento farmacológico, el IMC, el abuso de tóxicos, la comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico, y los antecedentes psiquiátricos familiares (Anexo I). El resto de las variables estudiadas se han recogido mediante una batería de escalas validadas (Anexo II) en nuestro país, habitualmente utilizadas en investigación clínica y auto aplicadas. Se indican a continuación:

Variable principal:

De acuerdo con los objetivos del estudio, la medida principal es la presencia de EAV recogida mediante el Cuestionario de eventos traumáticos-TLEQ (173). Si bien es cuestionada la validez de recoger los datos de forma retrospectiva, sobre todo de experiencias traumáticas, también es cierto que el TLEQ se considera un cuestionario Gold-standard para la recogida de sucesos vitales de forma retrospectiva y además ha sido administrado de forma anónima, en ausencia del investigador principal (que podían consultar si querían). La selección inicial se realizó por el terapeuta de confianza, así que se espera que las respuestas hayan sido fiables (174-176). Las características y propiedades psicométricas de este cuestionario se presentan a continuación:

- *Cuestionario de eventos traumáticos (TLEQ):* Autoadministrado, consta de 23 ítems que exploran 21 EAV desde las impersonales como terremotos, hasta las interpersonales como agresiones físicas, humillaciones, acecho y violencia sexual, de respuesta SI/NO. El ítem 22 está en blanco para que la persona añada “otra” experiencia y en la última pregunta se elige el evento que más le ha perturbado y se indica la edad en qué ocurrió; además, se especifica si era

un evento único o continuo en el tiempo. Se ha utilizado en diferentes tipos de muestras y tiene una consistencia interna de 0,74-0,91 (173).

Variables secundarias:

Las variables secundarias son las variables nucleares psicopatológicas de TCA medidas por el inventario de trastornos alimentarios (a partir de ahora, EDI-2) (177), el cuestionario de actitudes hacia la alimentación (a partir de ahora, EAT-40) (178) y la clínica bulímica recogida con el test de bulimia de Edimburgo (a partir de ahora BITE) (179), los niveles de ansiedad y depresión medidos por el *Beck Depression Inventory* (a partir de ahora, BDI) (180), y el cuestionario de ansiedad rasgo/estado (a partir de ahora STAI) (181) respectivamente, los niveles de impulsividad medidos con la escala de Barrat (a partir de ahora, BIS) (182), los niveles de disociación medidos con la escala de experiencias disociativas (a partir de ahora DES) (183), los niveles de insatisfacción corporal medidos por el *Body Attitudes Test* (a partir de ahora, BAT) (184), el *Body Shape Questionnaire* (a partir de ahora, BSQ) (185), la DIC medida con el test de las siluetas (186) y el IMC. A continuación, se explican:

- *EDI-2*: Evalúa las áreas cognitivas y conductuales de AN y BN, distinguiendo las personas con patología respecto a la población sana. Consta de 91 preguntas de respuesta tipo Likert que van desde 0 a 5. Se identifican 11 subescalas que corresponden a áreas psicopatológicas de la enfermedad como: “obsesión per adelgazar”, “bulimia”, “insatisfacción corporal”, “ineficacia”, “desconfianza interpersonal”, “perfeccionismo”, “miedo a madurar”, “conciencia interoceptiva”, “ascetismo”, “impulsividad” e “inseguridad social”. Tiene puntuaciones directas que van de 0 a 30 y se transforman en percentiles. Su consistencia interna es entre 0,83 y 0,93 (177).

- **EAT-40:** Identifica rasgos y síntomas comunes a la AN y la BN. Consta de 40 ítems agrupados en 7 factores que evalúan: presión social ligada a la alimentación, abuso de laxantes, deseo de pérdida de peso, presencia de atracones, imagen corporal, purgas y tendencia al ayuno. Distingue la población clínica de la población normal, con un punto de corte en 30. Cada ítem se contesta en una escala Likert de 1 a 6. En la versión validada al castellano tiene una validez interna de 0,93 (178).
- **BITE:** Evalúa la presencia de conductas bulímicas y puntúa la gravedad de las mismas a través de dos subescalas de 30 (Alpha de Cronbach de 0,96) y 3 (Alpha de Cronbach de 0,62) ítems respectivamente. El punto de corte para sospechar de la presencia de clínica bulímica es de 10, más de 20 sugiere la presencia de probable BN, y se considera gravedad alta si hay puntuaciones superiores a 10 en la escala homónima. Cada pregunta se contesta con SI/NO (179).
- **BDI:** Se administró la versión de 21 ítems para evaluar pensamientos intrusivos en la depresión. Es el cuestionario auto aplicado utilizado habitualmente tanto en clínica como en investigación para cuantificar la sintomatología depresiva con una buena validez interna (Alpha de Cronbach de 0,83). Cada ítem se puntúa de 0 a 3, con una puntuación final que va de 0 a 63. Por encima de 30 se considera clínica depresiva de gravedad. El marco temporal son los 7 días previos a la evaluación (180).
- **STAI:** Inventario diseñado para evaluar la ansiedad como estado, una condición emocional transitoria y, como rasgo, propensión ansiosa estable en

el tiempo. Se utiliza tanto en población sana como con patología. Consta de dos subescalas de 20 ítems cada una, con respuestas tipo Likert de 0 a 3. La puntuación final (rango entre 0 y 60) no tiene corte, sino que a más puntuación más percentil. Presenta una alta consistencia interna siendo el Alpha de Cronbach de 0,87 para la subescala ansiedad rasgo y 0,92 para la de ansiedad estado (181).

- *BIS*: Mide la impulsividad de un individuo en 3 dimensiones: la impulsividad cognitiva (Alpha de Cronbach de 0,59), la motora (Alpha de Cronbach de 0,74) y la no planificada (Alpha de Cronbach de 0,72). Conta de 30 ítems que se contestan en escala tipo Likert: Raramente o nunca=0, Ocasionalmente=1, Casi siempre=2, A menudo=3, siempre o casi siempre=4. La puntuación total oscila entre 0 y 78 siendo significativa a partir de 65 (182).
- *DES*: Contiene 28 preguntas que exploran la presencia de síntomas disociativos comunes hasta clínica comúnmente asociada a sintomatología postraumática. La persona contesta con qué frecuencia le ocurre las experiencias en porcentajes de 0% a 100%. Utilizada en distintas muestras clínicas (Alpha de Cronbach de 0,59), se puntúa dividiendo por 28 la suma de los distintos ítems y se considera significativa a partir de 30 (183).
- *BAT*: Consta de 20 preguntas de respuesta en escala tipo Likert (0=nunca, 1=muy pocas veces, 2=algunas veces, 3=bastante veces, 4=muchas veces, 5=siempre). Evalúa las actitudes de los/as pacientes hacia su imagen corporal teniendo en cuenta cogniciones y emociones asociadas a la silueta. Su

puntuación total varía de 0 a 100 con corte en 36 para separar población sana de pacientes. Presenta una buena validez (Alpha de Cronbach de 0,92) (184).

- *BSQ*: En un test auto aplicado con 34 ítems para evaluar el miedo a engordar, la autoestima ligada a la apariencia, la insatisfacción corporal y las cogniciones asociadas al IMC. Se divide en dos subescalas: la de insatisfacción corporal y la de preocupación por el peso. Las preguntas tienen respuesta en formato ordinal que van desde “Nunca=1” a “Siempre=6” y la puntuación total va de 34 a 204 (punto de corte en 105). El marco temporal de evaluación es el último mes. Tiene una consistencia interna de 0,93-0,97 (185).

- *Contour Drawing Rating Scale o test de la silueta (CDS)*: Escala visual, hetero aplicada que consta de 9 figuras de IMC creciente. Cada figura se numera del 1, la más delgada, al 9. La silueta del medio representa la mediana aceptada para el peso. Los/as participantes señalan su figura ideal y cual consideran que representa su figura real. Mide el nivel de distorsión e insatisfacción corporal; el primero es la diferencia entre la imagen percibida y la real (definida por el IMC), y el segundo entre la imagen percibida y la ideal. En este estudio se pidió a los/as participantes que indicaran su silueta ideal, y cual creían que era su silueta real cuando se miraban al espejo (percepción visual) y como la percibían “sintiéndola” al cerrar los ojos (percepción no-visual). Se ha utilizado para distinguir población sana de población con TCA. Tiene una fiabilidad interna del 0,78 (186).

Tabla 13. Instrumentos y áreas de evaluación

Instrumento	Áreas de evaluación
Cuestionario de eventos traumáticos (TLEQ)	Experiencias adversas vitales
<i>Eating Disorder Inventory</i> (EDI-2)	Psicopatología alimentaria
Cuestionario de actitudes hacia la alimentación (EAT-40)	Psicopatología alimentaria
Test de bulimia de Edimburgo (BITE)	Presencia de clínica bulímica
<i>Beck Depression Inventory</i> (BDI)	Clínica afectiva
Cuestionario de ansiedad rasgo/estado (STAI)	Clínica de ansiedad
Escala de impulsividad de Barrat (BIS)	Niveles de impulsividad
Cuestionario de experiencias disociativas (DES)	Presencia de disociación
<i>Body attitude test</i> (BAT)	Aspectos emocionales de la insatisfacción corporal (IC)
Body shape questionnaire (BSQ)	Aspectos cognitivos de la IC
<i>Contour Drawing Rating Scale</i> (CDS)	Distorsión perceptiva de la imagen corporal e IC

Nota. Fuente propia. IC= Insatisfacción corporal

4.4. Procedimiento

El acceso de los/as participantes se obtuvo desde 4 vías, las consultas especializadas de tratamiento de TCA del Hospital Royo Villanova, las Unidades de Salud Mental de adultos del Sector II de Zaragoza, la asociación de depresión de Aragón y la población que acudía al Hospital Miguel Servet. Parte de la muestra provenía de la unidad de trastornos alimentarios del Hospital Santa María de Léida.

En el caso de los/as candidatos/as provenientes de las consultas de TCA, de las Unidades de Salud Mental y de la asociación de depresión, cuando el/la psiquiatra o psicólogo/a de referencia identificaba en una visita de control a pacientes que cumplían

criterios de inclusión y exclusión para el estudio, les daba una hoja informativa (Anexo III) donde figuraba el objetivo del presente trabajo y el contacto de la autora de éste. Para los CS se distribuyeron trípticos informativos en los tabloneros de anuncios del Hospital Miguel Servet para que, quien estuviese interesado se pusiese en contacto con la investigadora principal del presente trabajo.

Cuando el/la candidato/a se ponía en contacto vía mail, la investigadora de este estudio le citaba en el hospital Miguel Servet, explicaba el estudio en detalle y, si aceptaban participar, firmaban el consentimiento informado (Anexo III) y se realizaba la entrevista. Si rechazaba la participación se registraba el motivo, siempre que el/la participante aceptara proporcionarla. Los/as participantes se dividieron en tres grupos: el compuesto por TCA, el de TDMR y el de personas sin patología mental.

Todos los datos se obtuvieron mediante una entrevista directa y fueron recogidos mediante una serie de cuestionarios validados y un instrumento de elaboración propia (Anexo I y II). Se registraban los siguientes datos: Edad, sexo, estudios, antecedentes psiquiátricos y médicos, consumo de tóxicos, tipo de TCA diagnosticado o diagnóstico de trastorno afectivo, comorbilidad con otra patología mental, antecedentes familiares psiquiátricos, IMC, número de hospitalizaciones, años de evolución de la enfermedad, tratamiento farmacológico, antecedentes de obesidad en la familia, desvinculación de los/as pacientes y razón de esta.

El consentimiento informado, por confidencialidad, se separó de la batería de test y del cuestionario de recogida de datos que solo tenía un código numérico, procediéndose a la pseudonimización de los datos.

La muestra final se reunió en dos bases de datos que se guardaron en distintos archivos Excel custodiados por el investigador principal: una contenía el listado de pacientes con el código numérico, nombre y teléfono, y la otra las variables del estudio. Con el fin de mantener el anonimato de los/as pacientes, se estableció que los cuestionarios fueran codificados mediante un número identificativo y separados del consentimiento informado. Posteriormente, fueron corregidos por un colaborador del estudio para garantizar la confidencialidad, y la presenta autora guardó los resultados en la base SPSS para su análisis estadístico.

Consideraciones éticas

El estudio se aprobó por el comité de ética asistencial del Hospital Miguel Servet (PI120-400) el 9/09/2020. Se llevó a cabo siguiendo la normativa local y los principios establecidos internacionalmente en la declaración de Helsinki, aprobada en la 64ª Asamblea General Fortaleza, Brasil. Octubre de 2013 (187). El/la investigador/a obtenía el consentimiento informado por escrito tras explicar a los/as candidatos/as los objetivos y posibles molestias derivadas del estudio. Se garantizó la confidencialidad de los datos de los sujetos y se cumplió en todo momento con lo establecido por la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (188). Finalmente, el estudio no se inició hasta haber recibido la aprobación del Comité Ética de la Comunidad Autónoma de Aragón (CEICA C.I. PI20/400).

Protección de datos

La información recogida era siempre anónima y no se modificaba la historia clínica del centro, quedando solo disponible a efectos de la investigación. La base de datos se ubicó en el ordenador personal de la unidad de psiquiatría del investigador

principal. El acceso a la misma se encuentra limitado y codificado con un número de usuario y contraseña exclusivos de los/as facultativos participantes del estudio. A los/as participantes incluidos/as se les asignaba un código alfanumérico individual para su registro en la base que constó de un número secuencial, la letra Z y las siglas del TDMR o TCA o CS si pertenecían, respectivamente, al grupo con depresión, o con trastorno alimentario o al de CS. Las entrevistas realizadas y el consentimiento informado constaban de dicho código identificativo. El ordenador personal de la unidad se guardó en un armario situado en la consulta del centro bajo llave.

4.4.1. Análisis y categorización de las variables

Análisis de la variable principal

Para poder alcanzar los objetivos propuestos, siguiendo la metodología de otros estudios (152,165) y la taxonomía de Kira (79) se ha dividido la variable principal del estudio (EAV) en diferentes categorías.

El TLEQ (ver anexo I) consta de 23 preguntas relacionadas con haber padecido distintas EAV. Las preguntas nº 1) desastre natural; 2) accidente de tráfico; 3) otros accidentes; 5) muerte repentina de un ser querido; 6) enfermedad que ha amenazado la vida de un ser querido; 7) enfermedad que ha amenazado la propia vida; 21) haber padecido un aborto espontáneo; y 22) haber realizado un aborto voluntariamente, se han unificado como *EAV impersonales*. Las preguntas 4) vivir en zona bélica; 8) ser víctima de asalto sin agresión; 9) agresión física por desconocido; 10) observar agresión física a otros; 11) agresión física por conocido; 12) abuso físico en la infancia; 13) observar violencia intrafamiliar; 14) agresión por parte de la pareja; 15) ser tocado en modo sexual antes de los 13 años; 16) tocamiento en zonas genitales antes de los 13 años; 17)

tocamientos sexuales en contra de la voluntad de uno entre los 13 y los 18 años; 18) tocamientos sexuales después de los 18 en contra de la voluntad de uno; 19) ser objeto de atención sexual diferente a las situaciones referidas en las preguntas 15-18; y 20) ser acechado se han unificado como *EAV interpersonales*. La pregunta 23) otras EAV se categorizaba como impersonal o interpersonal según la refiriesen dentro de una relación o no. Además, como cada ítem permite señalar la edad a la cual al EAV ha ocurrido y la perturbación asociada, se generaron las categorías de *EAV* previa a los 13 años independientemente de que la experiencia fuese impersonal o interpersonal, y perturbación de la EAV. Otras categorías fueron presencia de abuso sexual independientemente de que fuese la EAV elegida por el/la participante y se derivó de los ítems 15-19, y EAV interpersonal previa a los 13 años, y el nivel de perturbación asociado a la EAV.

Dichas categorías se han identificado en cada grupo de estudio procediéndose después a analizar las diferencias intergrupales respecto a la presencia de las EAV interpersonales, las EAV (impersonales + interpersonales) acaecidas antes de los 13 años, las EAV interpersonales y previas a los 13 años, la presencia de abuso sexual a lo largo de la vida (utilizando las pruebas t de student para muestras superiores a 30 y la de U-Mann Whitney en caso de N inferior a 30) de las variables secundarias representadas por: 1) niveles de insatisfacción corporal (medidos con EDI-2, BSQ, BAT, CDS); 2) distorsión visual de la imagen (medida con CDS); 3) distorsión no-visual de la imagen (medida con CDS); 3) niveles de disociación (medidos con DES); 4) niveles de perfeccionismo (medidos con EDI-2); niveles de impulsividad (medidos con EDI-2 y BIS).

Además, se ha realizado un análisis intragrupo en el caso de la muestra TCA utilizando las pruebas t de student o ANOVA de un factor para muestras superiores a 30

y la de U-Mann Whitney en caso de N inferior, para estudiar las diferencias psicopatológicas con respecto a todas las categorías de EAV generadas.

Categorización de las variables

Los datos serán reflejo de la entrevista realizada con los/as participantes del estudio e incluirán las variables reflejadas en la tabla 13 más arriba.

A continuación, se detalla cómo se han tratado las variables de interés de este estudio para alcanzar los objetivos propuestos, siguiendo la metodología de otros estudios (88,89,97,144, 152,156).

Para poder estudiar la relación entre las EAV y las variables psicopatológicas de la enfermedad se han creado las diferentes categorías de EAV (como explicado más arriba) para identificar clústeres de pacientes realizándose una descripción descriptiva de las variables cuantitativas del estudio.

Las variables son:

- *Edad*: Escala numérica. Considerada como factor pronostico negativo de forma directamente proporcional (192).
- *Subtipo diagnóstico*: variable cualitativa. Se han utilizado los criterios recogidos por el APA, con códigos DMS-5, para los TCA, además de considerar dos categorías (88), 1= la de pacientes impulsivas (AN-P, BN, BNSC, TA, y TASC), y 2=la de pacientes perfeccionistas (AN-R y ANA).
- *Años de tratamientos previos*: Variable cuantitativa. Presupone a mayor tiempo de tratamiento más gravedad. Se ha definido de la siguiente forma: 0= ausencia de tratamiento previo; 1= menos de 1 año; 2= entre 1 y 5 años; 3= entre 5 y 10 años; 4= entre 10 y 20 años y 5= más de 20 años.

- *Años de evolución de enfermedad*: Variable cuantitativa, a mayor evolución más gravedad. Se ha definido de la siguiente forma: 0= menos de 1 año; 1= entre 1 y 5 años; 2= entre 5 y 10 años; 3= entre 10 y 20 años; 4= más de 20 años.
- *Hospitalizaciones previas*: Se ha tratado como variable cuantitativa indicado a más ingresos más gravedad y como variable cualitativa ordinal que hemos definido en 0=NO, 1= SI.
- *EAV*: La presencia de EAV se ha considerado en distintas categorías, considerando el tipo específico elegido por el sujeto, y generándose después las distintas categorías como explicado en el apartado 4.4.1. del presente trabajo. Se han elaborado las distintas categorías a partir la taxonomía de Kira (79), además de considerar otros estudios que tienen en cuenta el factor edad el tiempo en el cual ocurrió y el tipo de EAV (89, 148,152, 156). Es una variable cualitativa nominal que dividimos en las 1= presencia de EAV; 2= EAV impersonales; 3= EAV interpersonales; 4= EAV previas a los 13 años (sea impersonales que interpersonales), 5= EAV interpersonales y previas a los 13 años, y 6= presencia de abuso sexual. La categoría de abuso sexual que entraría dentro de las EAV interpersonales se ha recogido a parte ya que se considera como experiencia muy traumática y podrá representar un factor de confusión a la hora de interpretar los resultados (79, 88, 89, 93).
- *DIC*: Variable cualitativa que se recoge clínica través de la CDS y hemos dividido en dos grupos; 1) la distorsión de la silueta que se presenta al mirarse al espejo (distorsión perceptiva visual) y 2) la distorsión que se presenta cuando, al cerrar los ojos, “sentimos nuestro cuerpo” (distorsión perceptiva no-visual). Cada grupo ha sido dividido en 3 categorías que son 0= percepción correcta; 1=

sobreestimación visual o sobrestimación no-visual y 2= infraestimación visual o infraestimación no-visual. La escala CDS también permite recoger dicha variable como cuantitativa habiéndose tratado como tal en el análisis de diferencias de media con respecto a las diferentes categorías de EAV.

- *IMC*: Variable cuantitativa continua, se considera como factor de sesgo ya que la insatisfacción corporal se ha asociado a IMC elevado y sobrestimación de la silueta a IMC bajos (132).
- *Resultados BSQ*: Variable cuantitativa continua. Explora aspectos cognitivos y emocionales asociados a la insatisfacción corporal, y a la cual se correlaciona de forma directamente proporcional.
- *Resultado BAT*: Variable cuantitativa continua. Explora aspectos actitudinales y emocionales asociados a la insatisfacción corporal, y a la cual se correlaciona de forma directamente proporcional.
- *Resultados DES*: Variable cuantitativa continua. Explora presencia de experiencias disociativas que en TCA se han asociado a presencia de síntomas postraumáticos. Se asocia a peor evolución de la enfermedad.
- *Resultados EDI-P*: Variable cuantitativa continua. Dimensión psicopatológica de la enfermedad TCA. Se ha asociado a resistencia a terapia y a más insatisfacción corporal (170).
- *Resultados EDI-I*: Variable cuantitativa continua. Dimensión psicopatológica de la enfermedad TCA. Se ha asociado más clínica bulímica y peor evolución de la enfermedad.
- *Resultados BIS*: Variable cuantitativa continua. Se exploran niveles de impulsividad independiente de la presencia de clínica bulímica.

- *Resultado BDI*: Variable cuantitativa continua, se correlaciona con peor evolución de la enfermedad en TCA. Posible factor de confusión.
- *Resultados STAI A/E*: Variable cuantitativa continua, se correlaciona con peor evolución de la enfermedad en TCA. Posible factor de confusión.

4.5. Análisis estadístico

Nuestros datos han sido recogidos y procesados utilizando el Software informático SPSS v28 (189). Se ha realizado una estadística descriptiva de las variables cuantitativas continuas, verificando la distribución normal de las variables cuantitativas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para analizar si las diferencias encontradas entre las distintas variables son significativas se ha utilizado la prueba de independencia de χ^2 en caso de variables categóricas y, en caso de variables cuantitativas la prueba T de student, si tenían N mayores a 30 y de Mann-Whitney U con muestras inferiores a 30.

El objetivo general del presente trabajo es estudiar la presencia de EAV, principalmente las interpersonales y previas a los 13 años, en pacientes con TCA, así como esclarecer su relación con la alteración de la imagen corporal de los/as pacientes.

De forma específica queremos:

- a) Estudiar la asociación de las EAV con algunas variables pronósticas de la enfermedad (años de evolución, IMC, niveles de depresión y de ansiedad).
- b) Estudiar la asociación entre las EAV con las experiencias disociativas, el perfeccionismo, y la impulsividad.
- c) Estudiar la asociación entre las EAV con la insatisfacción corporal, y la distorsión corporal de la silueta percibida sea al espejo que sin él (percepción visual y no-visual).

Para el objetivo general se han utilizado la prueba T de student para muestras independientes, identificando 2 subgrupos de pacientes TCA, los que habían padecido EAV antes de los 13 años, versus los que no lo habían padecido (variable nominal dicotomizada), y evaluando las diferencias entre los niveles de DIC, insatisfacción corporal medidos con CDS, BAT, EDI-2, BSQ todas ellas variables cuantitativas discretas. Así mismo, para valorar el efecto de las EAV interpersonales y previas a los 13 años sobre las DIC y las variables de perfeccionismo, impulsividad y experiencias disociativas, se han realizado diferentes modelos de regresión lineal, empleando el método "hacia adelante", para analizar el valor predictivo de haber experimentado un EAV interpersonal antes de los 13 años (variable dicotomizada), el IMC al inicio de la enfermedad y el número de ingresos hospitalarios (ambas variables cuantitativas) sobre la distorsión de la imagen corporal, el perfeccionismo y la impulsividad (todas ellas variables cuantitativas). Se han estudiado diferencias intragrupo en pacientes TCA, de las variables cuantitativas de psicopatología alimentaria medidas con el cuestionario EDI-2 con respecto a la presencia de DIC (variable categórica dicotomizada) utilizando la prueba T de student, con N mayores a 30 y de Mann-Whitney U con muestras inferiores a 30.

Para estudiar las diferencias intragrupo en pacientes TCA con respecto a la presencia de EAV interpersonales, y EAV interpersonales previas a los 13 años (variable categórica dicotomizada) y las variables IMC, años de evolución de la enfermedad, niveles de depresión u de ansiedad (variables cuantitativas) se ha utilizado la prueba T de student, con N mayores a 30 y de Mann-Whitney U con muestras inferiores a 30.

Para estudiar las diferencias entre grupos (TCA, TDMR, y CS) de las variables cuantitativas de perfeccionismo, impulsividad y experiencias disociativas con respecto a las EAV interpersonales, EAV previa a los 13 años, y EAV interpersonales y previas a

los 13 años (todas variables ordinales) se ha utilizado la prueba paramétrica de ANOVA de un factor y la de Kruskal-Wallis para la revisión de pares posterior.

Para estudiar las diferencias entre grupos (TCA, TDMR, y CS) de las variables cuantitativas de DIC e insatisfacción corporal con respecto a las EAV interpersonales, EAV previa a los 13 años, y EAV interpersonales y previas a los 13 años (todas variables ordinales) se ha utilizado la prueba paramétrica de ANOVA de un factor y la de Kruskal-Wallis para la revisión de pares posterior.

5. Resultados

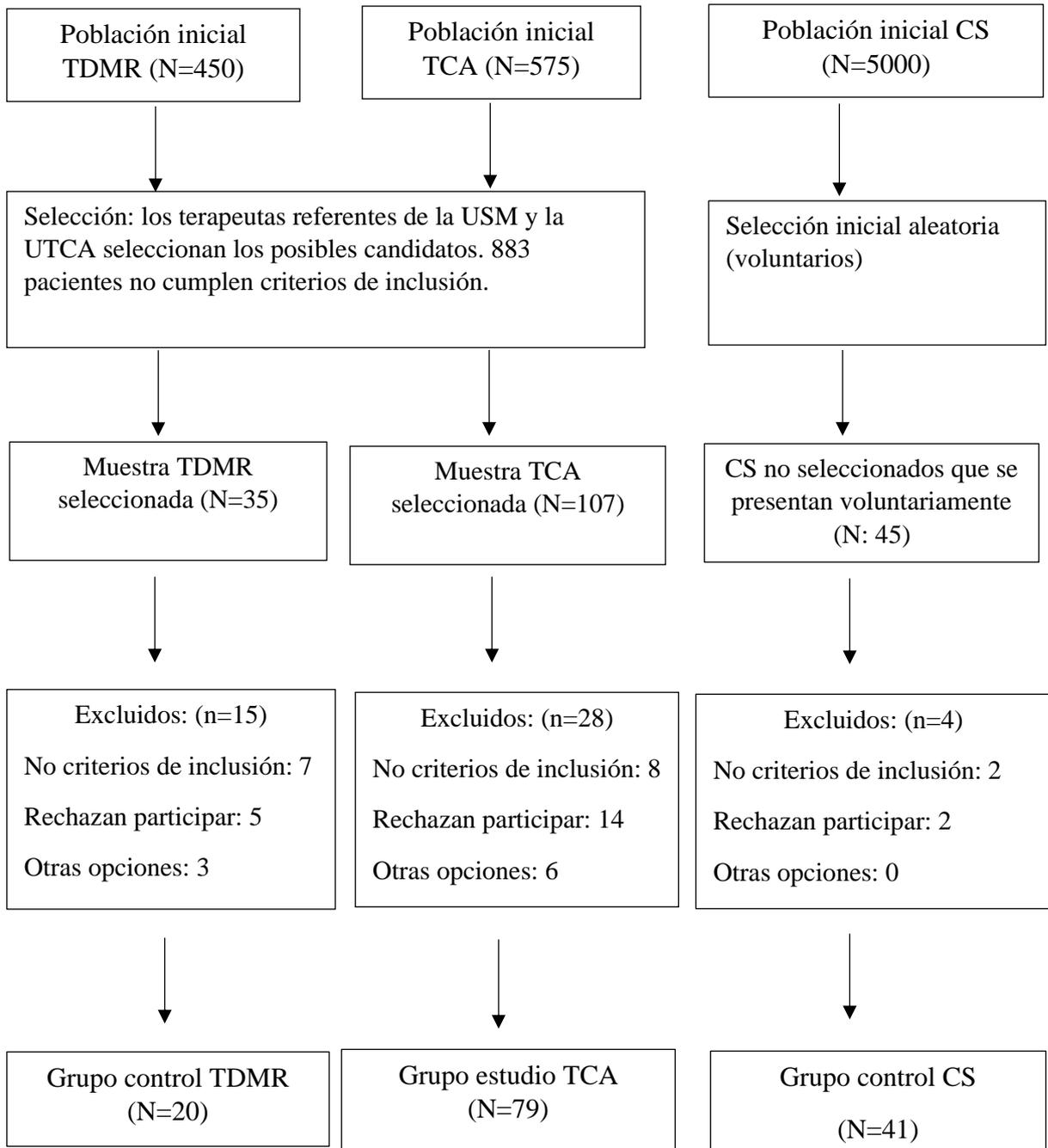
5.1. Flujo de participantes

Tal y como se ha mencionado anteriormente este estudio estuvo compuesto por 3 grupos de comparación: el de los/as pacientes con TCA y dos grupos control, uno con pacientes que padecían de un trastorno afectivo, y el otro compuesto por personas sin patología mental. Se contaba con una población inicial de 1025 si consideramos los grupos de TCA y TDMR, y de 5000 para el grupo de personas sin patología. La selección inicial se realizó por los/as psiquiatras y psicólogos/as referentes de las UTCA y de la USM que explicaban y ofrecían la participación en el estudio a los/as pacientes con TCA o trastorno depresivo que acudían a las visitas concertadas en los respectivos centros y cumplían los criterios de inclusión del estudio llegando a una N inicial de 142. Los CS no fueron seleccionados y se presentaron a la primera evaluación (tras concertar cita mediante correo electrónico) 45 personas. Se evaluaron un total de 187 participantes, para comprobar los criterios de inclusión y exclusión y la firma del consentimiento informado.

Del total de los/as 187 participantes entrevistados personalmente se excluyeron 47: 17 por no cumplir los criterios de exclusión e inclusión, 21 por rechazar participar en el estudio y 9 por otras razones (negarse a firmar el consentimiento informado). La muestra final se dividió en tres grupos con 79 pacientes con diagnóstico de TCA, 20 pacientes con TDMR y 41 participantes sin patología mental.

A continuación, se representa el flujo de las personas incluidas en el estudio:

Figura 1. Flujograma de los sujetos de estudio



Nota. USM: Unidad de Salud Mental; UTCA: Unidad de trastorno de la conducta alimentaria; TCA= Trastornos de la conducta alimentaria; TDMR= Trastorno depresivo mayor recurrente; CS= Controles Sanos.

Presentación de los resultados

Los resultados de la tesis se presentan en el siguiente orden: En la tabla 14 se describen los datos sociodemográficos de la muestra total y posteriormente la estadística descriptiva relativa a las variables sociodemográficas, psicopatológicas, EAV, e imagen corporal, de los tres grupos (gráficas 1 a 7).

A continuación, se indican las medias y frecuencias de las EAV, así como las diferencias psicopatológicas alimentarias, de ansiedad y depresión con respecto a la presencia de EAV y sus diferentes categorías, y con respecto a la presencia de DIC en los tres grupos (tablas 15 a 21 y graficas 8 a 13).

Finalmente, se presentan los resultados relativos a la relación entre las distintas variables intragrupo según categorías EAV y las diferencias intergrupales (tablas 22 a 34), añadiéndose un resumen de los resultados más relevantes al final (tablas 36 y 37 y gráficas 14 a 16).

5.2. Descripción de la muestra

La muestra total está compuesta por 140 participantes con una edad media de 38,5 años (¹r=18-60 años; DE= 12,3). El grupo TCA representa el 56,4% de ésta, los grupos TDMR y CS el 14,3% y el 29,3% respectivamente. Como puede observarse en la tabla 14 el 90% de la muestra total son mujeres, el 68,6% tiene estudios superiores y el 70% mantiene actividad laboral. Se recoge la presencia de EAV en el 89,3% de los/as participantes. La DIC visual se recoge en el 62,9% de la muestra mientras que la distorsión no-visual en el 65,7%.

¹ Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

Tabla 14. Estadística descriptiva de los grupos de estudio

	TCA (N=79)	TDMR (N= 20)	CS (N= 41)	MT (N=140)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Sexo:				
Masculino	3 (3,8%)	6 (30%)	4 (9,8%)	13 (9,3%)
Femenino	76 (96,2%)	14 (70%)	37 (90,2%)	127 (90,7%)
Estado civil:				
Solteras/os	19 (24,1%)	2 (10%)	16 (39%)	37 (26,4%)
Separadas/os	14 (17,7%)	4 (20%)	4 (9,8%)	22 (15,7%)
Casadas/os y/o en pareja	45 (56,9%)	13 (65%)	20 (48,8%)	78 (55,8%)
Viudos/as	1 (1,3%)	1 (5%)	1 (2,4%)	3 (2,1%)
Estudios:				
Primarios	4 (5,1%)	0 (0%)	2 (4,9%)	6 (4,2%)
Secundarios	5 (6,3%)	1 (5%)	1 (2,4%)	7 (5%)
FP	16 (20,3%)	9 (45%)	6 (14,6%)	31 (22,1%)
Superiores	54 (68,4%)	10 (50%)	32 (78%)	96 (68,5%)
Situación laboral:				
Activo/estudiante	52 (65,8%)	8 (40%)	38 (92,5%)	98 (70%)
Paro con subsidio	5 (6,3%)	5 (25%)	1 (2,5%)	11 (7,8%)
Paro sin subsidio	4 (5,1%)	4 (20%)	0 (0%)	8 (5,7%)
Incapacidad laboral temporal	7 (8,9%)	3 (15%)	0 (0%)	10 (7,1%)
Incapacidad laboral permanente	4 (5,1%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (2,8%)
Jubilado	7 (8,9%)	0 (0%)	2 (5%)	9 (6,4%)
Comorbilidad eje I:				
Ausentes	7 (8,9%)	16 (80%)	NA	NA
Afectivos	64 (81%)	0 (0%)	NA	NA
Ansiosos	8 (10,1%)	4 (20%)	NA	NA
Consumo de tóxicos:				
No	74 (93,7%)	19 (95%)	37 (90,2%)	130 (92,8%)
Si	5 (6,3%)	1 (5%)	4 (9,8%)	10 (7,2%)

	TCA (N:79)	TDMR (N: 20)	CS (N: 41)	MT (140)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Relaciones familiares:				
Buenas	49 (62%)	13 (65%)	37 (90,2%)	99 (70,7%)
Malas	4 (5,1%)	1 (5%)	0 (0%)	5 (3,5%)
Regulares	26 (32,9%)	3 (15%)	4 (9,8%)	33 (23,5%)
Ausentes	0 (0%)	3 (15%)	0 (0%)	3 (2,1%)
Relaciones sociales:				
Buenas	53 (67,1%)	13 (65%)	37 (90,2%)	103 (73,5%)
Malas	3 (3,8%)	3 (15%)	0 (0%)	6 (4,2%)
Regulares	14 (17,7%)	4 (20%)	4 (9,8%)	22 (15,7%)
Ausentes	9 (11,4%)	0 (10%)	0 (0%)	9 (6,4%)
IMC en la evaluación:				
Infra peso	11 (13,9%)	2 (10%)	3 (7,3%)	16 (11,4%)
Normo peso	33 (41,7%)	13 (65%)	24 (58,53%)	70 (50%)
Sobre peso	35 (44,3%)	5 (25%)	14 (34,14%)	54 (38,5%)
Presencia de EAV:				
No	7 (8,9%)	0 (0%)	8 (19,5%)	15 (10,7%)
Si	72 (91,1%)	20 (100%)	33 (80,5%)	125 (89,3%)
DIC visual:				
No	28 (35%)	8 (40%)	16 (39%)	52 (37,1%)
Si	51 (65%)	12 (60%)	25 (61%)	88 (62,9%)
DIC no-visual:				
No	24 (30,4%)	8 (40%)	16 (39%)	48 (34,3%)
Si	55 (69,6%)	12 (60%)	25 (61%)	92 (65,7%)

Nota. N= Numero de la muestra; %= porcentaje; TCA= Trastornos de la conducta alimentaria; TDMR= Trastorno depresivo mayor recurrente; CS: Controles sanos; MT= Muestra total; FP= Formación profesional; NA= No aplicable; EAV=Experiencias adversas vitales; DIC= Distorsión imagen corporal.

5.2.1. Estadística descriptiva de los subgrupos de estudio

Se describe la muestra en función del sexo, la edad, los niveles de estudios, la actividad laboral, el diagnóstico, el consumo de tóxicos, el tratamiento farmacológico, el tipo de relaciones familiares y sociales, la edad de inicio del trastorno, los años de evolución de la enfermedad, los años de tratamiento, la presencia y tipo de EAV, la comorbilidad psiquiátrica, la distorsión de la imagen visual y no-visual y el IMC.

Grupo estudio TCA

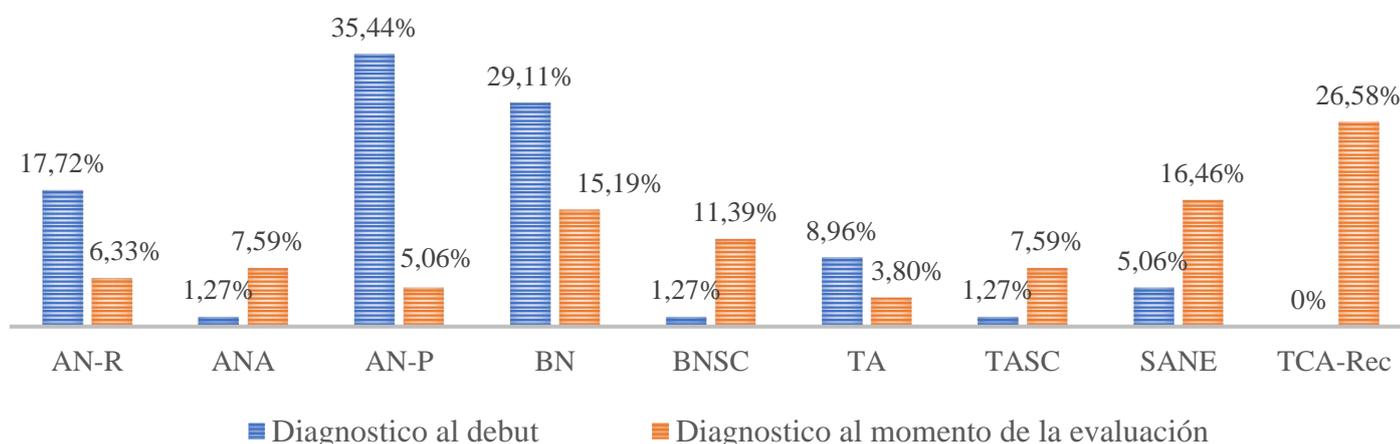
De los 79 participantes con diagnóstico de TCA, el 96,2% es representado por mujeres y el resto (3,8%) por hombres. La edad media es de 37,6 años ($r = 18-59$; $*DE=12,03$) con estudios superiores en el 68,4% de la muestra. El 56,9% mantenía relación de pareja, y el 59,5% estaba activos/as laboralmente. Las relaciones sociales y familiares eran consideradas buenas en el 67,1% y 62% de los/as pacientes respectivamente.

En el 91,1% de la muestra se refería la presencia de EAV a lo largo de la vida y el 65% y 69,6%, respectivamente, presentaba alteración de la imagen corporal tanto frente al espejo como sin él. Se trata de pacientes crónicos/as con el 65% de la muestra con una duración de la enfermedad superior a 10 años; el 44,3% de la muestra había necesitado al menos una hospitalización a lo largo del tratamiento ($M= 0,81$; $r=0-5$; $*DE=1,1$). El 82,3% mantenía tratamiento farmacológico.

² Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

Diagnósticos según DSM-5(4): En la gráfica 1 se representan las diferentes categorías diagnósticas al debut de la enfermedad y en el momento de la evaluación. Al debut de la enfermedad el diagnóstico más frecuente es representado por el subtipo purgativo de la anorexia nerviosa. El 26,6% de los/as pacientes estaba en remisión en el momento de la evaluación.

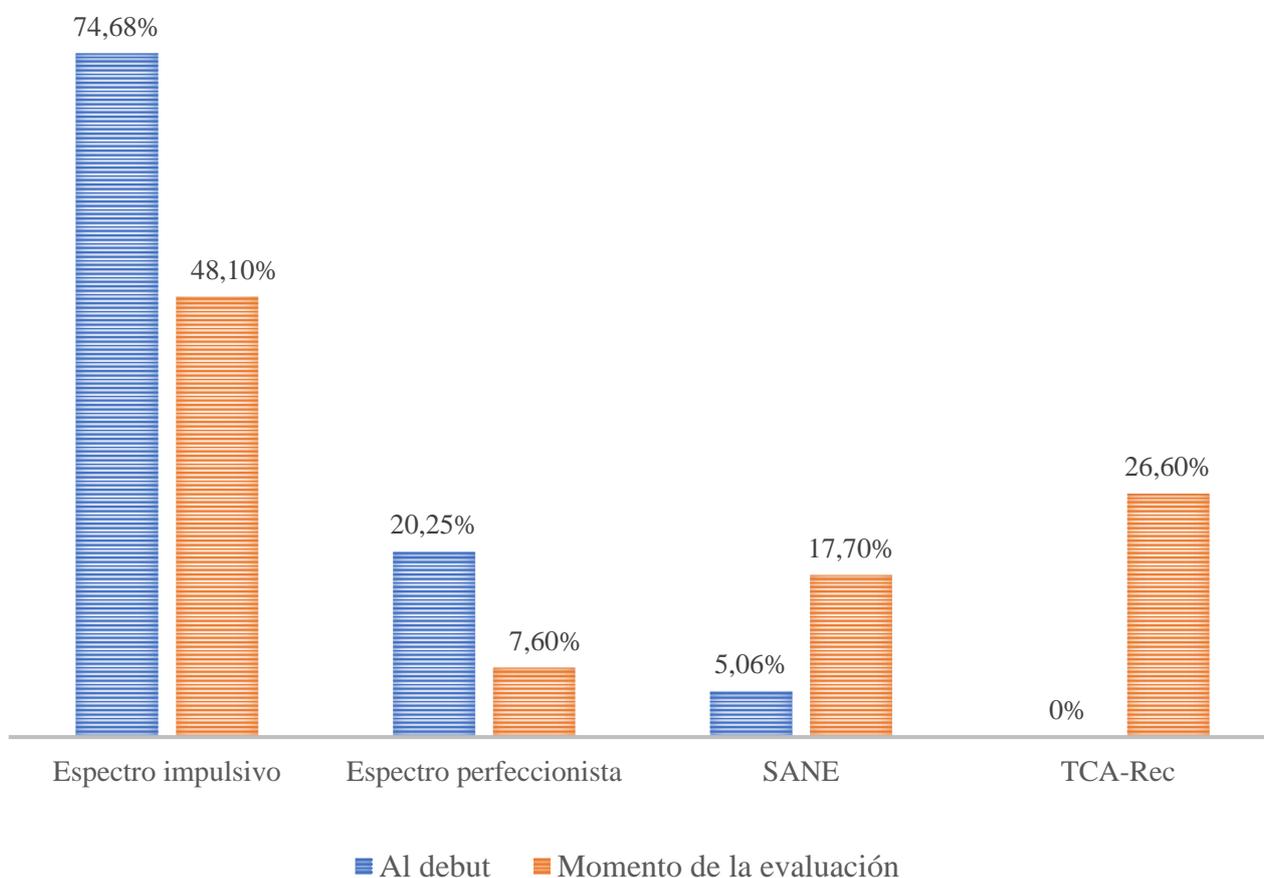
Gráfica 1. Diagnóstico según criterios DSM-5 en TCA



Nota. AN-R= Anorexia nerviosa restrictiva; ANA= Anorexia nerviosa atípica; AN-P= Anorexia nerviosa purgativa; BN= Bulimia nerviosa; BNSC= Bulimia nerviosa subclínica; TA= Trastorno por atracón; TASC= Trastorno por atracón subclínico; SANE= Situación alimentaria no especificada; TCA-Rec= Trastornos de la conducta alimentaria en remisión.

Siguiendo la metodología realizada en el estudio de Steiger *et al.* (88). se ha realizado un análisis agrupando las categorías diagnósticas según prevaleciese la dimensión de impulsividad (AN-P, BN, BNSC, TA y TASC) o perfeccionismo (AN-R, ANA) como representado en la gráfica 2, donde podemos ver una preponderancia de TCA de tipo impulsivo.

Gráfica 2. Diagnóstico categorizado en TCA



Nota. SANE=Situación alimentaria no especificada; TCA-Rec= Trastornos de la conducta alimentaria en remisión.

Edad de inicio del trastorno: El 57% de la muestra refería el debut de la enfermedad entre los 8 y los 18 años, y del resto (43%) el 22% inició entre los 19 y los 25 años y el 21% refería un inicio más tardío entre los 26 y los 50 años. La edad media del debut fue de 19,8 años ($r= 8-46$; $DE=7,07$).

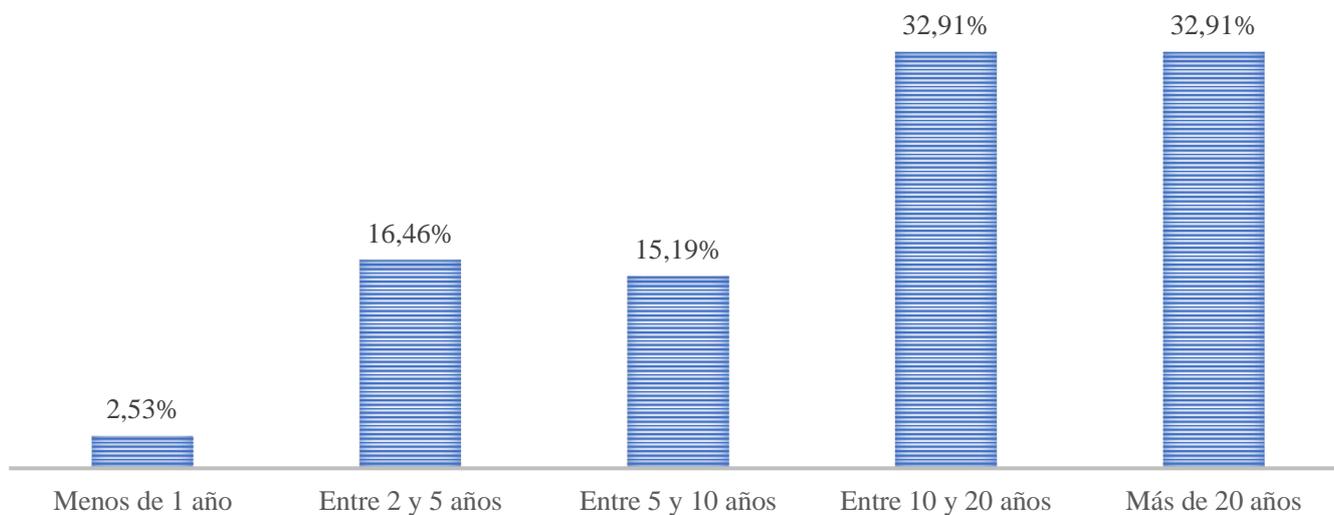
³ Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

Consumo de tóxicos: No había comorbilidad de consumo de tóxicos en el 93.7% de los/as pacientes, presentando sólo 5 abuso de cannabis.

Comorbilidad psiquiátrica: El 81% presentaba asociación con un trastorno afectivo, el 10,2% con un trastorno de ansiedad y el 8,9% no presentaba comorbilidad.

Tiempo evolución enfermedad: La duración de la enfermedad (como variable cuantitativa) presentaba una media de 17,1 años (⁴r: 1-47; DE: 2,9). Al categorizar la variable vemos que en el 65,82% de la muestra había una duración de la enfermedad superior a los 10 años, siendo las categorías representadas en la gráfica 3:

Gráfica 3. Años de evolución de la enfermedad categorizados en TCA



Nota. TCA= Trastornos de la conducta alimentaria.

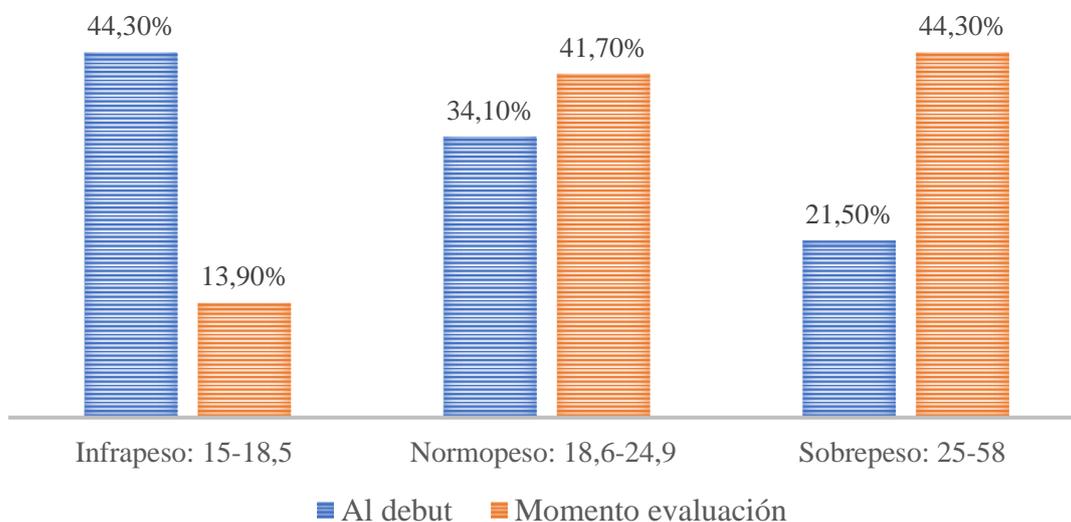
Años de tratamientos previos: El tiempo medio de evolución del tratamiento de la muestra total es de 8,1 años (⁴r= 0,1-30; DE= 6,6). El 7,6% de los/as pacientes se había

⁴ Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

tratado por un tiempo inferior al año, y el 30,4% entre 1 y 5 años. Solo el 5% de los/as pacientes presentaban tiempo largo de tratamiento previo, más de 20 años.

IMC: Se realizó el pesado de los/as participantes al momento de la evaluación y se recogió el que referían al inicio de la enfermedad representándose los rangos de infra peso, normo peso y sobre peso en la gráfica 4. El 44,3% estaba en infra peso al debut de la enfermedad ($\bar{M}=21,17$; $DE=6,37$), situación que se invierte al momento de la evaluación ($\bar{M}= 25, 97$; $DE= 8,16$) cuando encontramos además que el 26,6% de los/as pacientes están en fase de remisión. Los IMC inferiores se encontraron asociados a los diagnósticos de AN sea restrictiva que purgativa.

Gráfica 4. IMC al debut de la enfermedad y momento de la evaluación en TCA



Nota. IMC. Índice de masa corporal; TCA= Trastornos de la conducta alimentaria.

⁵ Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

Grupo control TDMR

De las 20 personas con diagnóstico de TDMR, el 70% es representado por mujeres y el resto (30%) por hombres. La edad media es de 49,6 años ($r=27-60$; $DE=9,3$), con estudios superiores en el 50% de la muestra. El 65% mantenía relación de pareja, y el 40% estaba activa laboralmente. Las relaciones sociales y familiares eran consideradas buenas por el 65% de los los/as pacientes.

El 100% de la muestra refería haber padecido EAV; el 60% presentaba DIC al espejo y sin él. El 60% refería una duración de la enfermedad superior a los 20 años, y el 30% había necesitado al menos una hospitalización a lo largo del tratamiento ($M: 0,65$; $r=0-5$; $DE=1,08$). El 85% en tratamiento farmacológico reportaron tres distintas combinaciones: a) antidepresivo con BZD (35%), b) antidepresivos, BZD y estabilizadores del humor (45%) y c) antidepresivos, BZD y neurolépticos (5%).

Diagnósticos según DSM-5 (4): El 35% de los/as pacientes estaba en remisión al momento de la evaluación, manteniendo el resto (65%) el diagnóstico de TDMR.

Comorbilidad psiquiátrica: El 80% de la muestra no presentaba otra patología psiquiátrica asociada. El resto (20%) refería asociación con un trastorno de ansiedad.

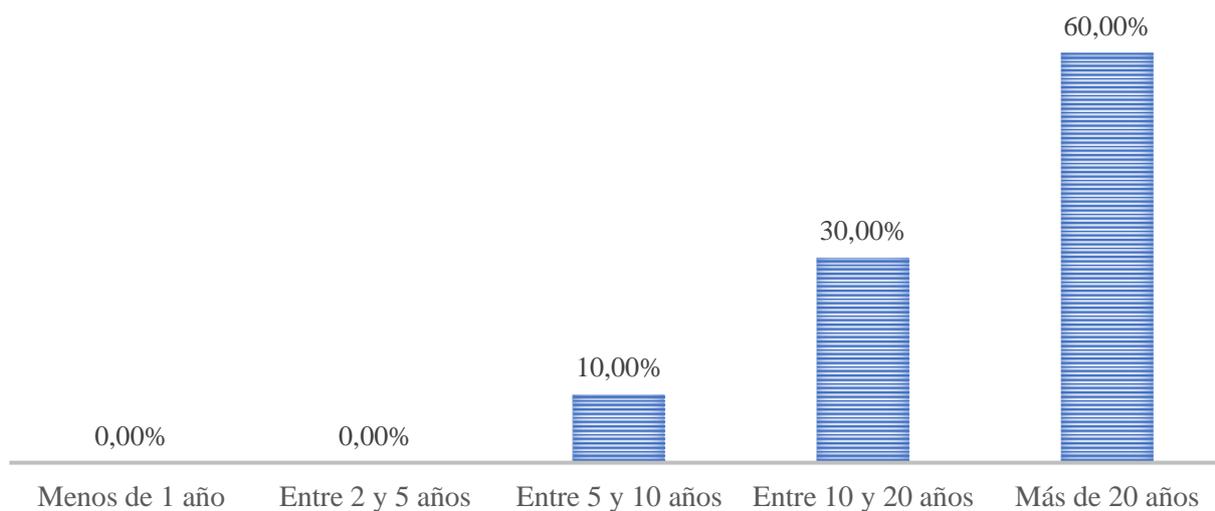
Edad de inicio del trastorno: La edad media del debut fue de 28,3 años ($r=11-47$; $DE=12,04$). Categorizando la variable encontramos que el 30% de la muestra refería el debut de la enfermedad entre los 8 y los 18 años, el 15% entre los 19 y los 25 años, y el 55% entre los 26 y los 50 años.

⁶ Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

Consumo de tóxicos: No había comorbilidad de consumo de tóxicos en el 95% de los/as pacientes, presentando el resto abuso de alcohol asociado.

Tiempo evolución enfermedad: El grupo TDMR presenta una media de evolución de la enfermedad superior respecto a los/as pacientes TCA siendo de 21,3 años (⁷N= 20; DE= 8,9; r= 8-41). Tras categorizar la variable vemos (representada en la gráfica 5 a continuación) que en el 90% de la muestra había una duración de la enfermedad superior a los 10 años.

Gráfica 5. Años de evolución de la enfermedad categorizados en TDMR



Nota. TDMR= Trastorno depresivo mayor recurrente

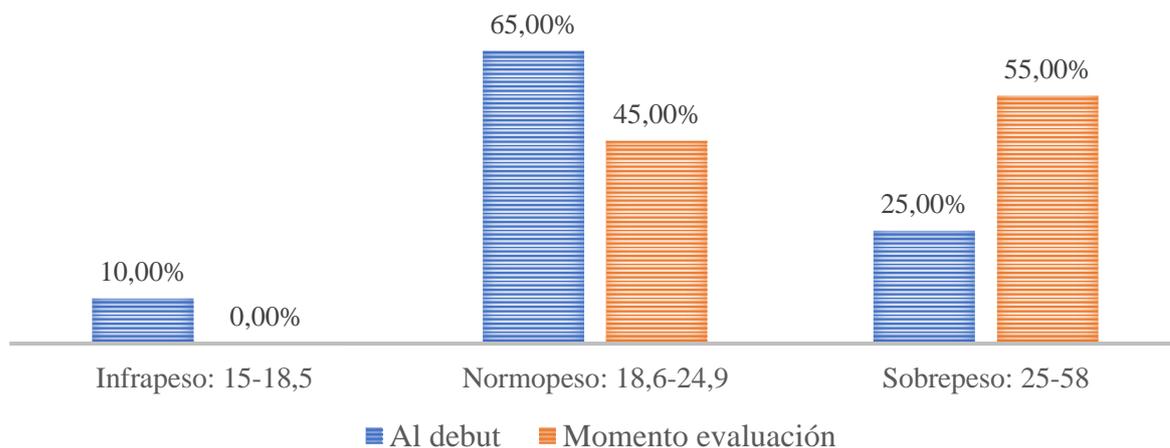
Años de tratamientos previos: El tiempo medio de evolución del tratamiento de la muestra total es de 17,2 años (⁷r= 4-41; DE= 9,5). La mayoría (75%) de los/as pacientes se habían tratado por un tiempo superior a los 10 y 20 años.

IMC: Como se puede observar en la gráfica 6 no había pacientes en infra peso al debut de la enfermedad, estando el 65% en normo peso (⁷M= 22,40; DE= 3,69; r= 18-30).

⁷ Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

Al momento de la evaluación (⁸M= 26, 55; DE=6,81; r=19-45) el 55% de la muestra estaba sobrepeso.

Gráfica 6. IMC al debut de la enfermedad y momento de la evaluación en TDMR



Nota. IMC= Índice de masa corporal; TDMR= Trastorno depresivo mayor recurrente.

Grupo control CS

El 90,2% de CS es representado por mujeres. La edad media es de 35,1 años (⁸r =19-60; DE=11,3), con estudios superiores en el 78% de la muestra total. El 48,8% mantenía relación de pareja, y el 90,2% estaba activa laboralmente. Las relaciones sociales y familiares eran consideradas buenas en el 90,2% de los casos. Ningún participante presentaba patología psiquiátrica activa ni seguía tratamiento psicofarmacológico. En el 80% de los participantes se refería presencia de EAV, y el 61% presentan DIC sea visual que no visual.

Diagnóstico según DSM-5: No aplicable.

⁸ Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

Edad de inicio del trastorno: No aplicable.

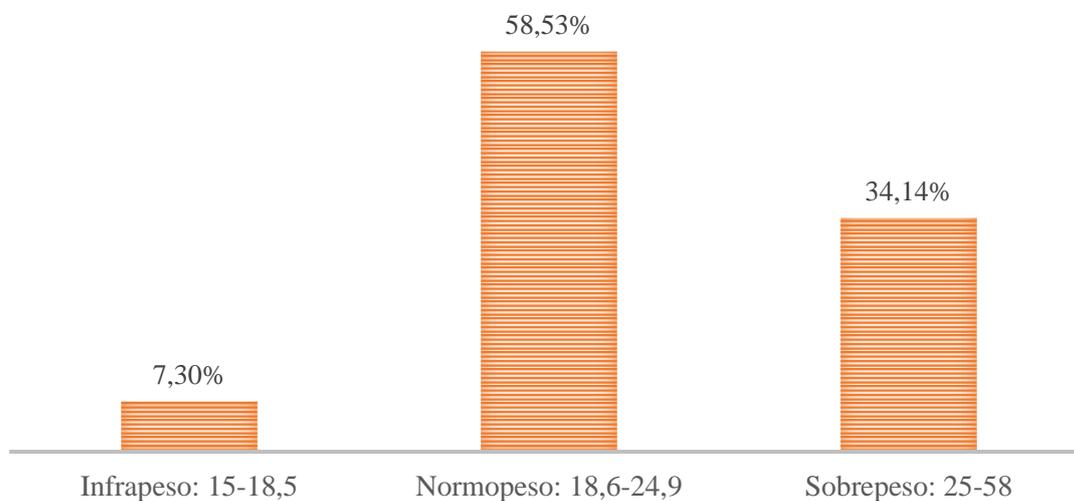
Consumo de tóxicos: No había comorbilidad de consumo de tóxicos en el 90,2% de los/as participantes, presentando el resto (9,8%) consumo esporádico de cannabis.

Tiempo de evolución de la enfermedad: No aplicable.

Tiempo de tratamiento recibido: No aplicable.

IMC: En este caso no se dispone de un IMC al debut de la enfermedad al tratarse del grupo sano. Se recogen las categorías IMC en la gráfica 7. Al momento de la evaluación los CS tenían IMC medio de 23,32 (⁹N= 41; DE= 3,12; r= 17,6-31,2).

Gráfica 7. IMC al momento de la evaluación en CS.



⁹ Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

En resumen:

- El 56,4% de la muestra global es representando por el grupo TCA: este presenta más distorsión corporal sea visual que no-visual. Además, hay una diferencia entre la imagen corporal visual y no visual presentando los/as pacientes más distorsión no-visual.
- El grupo control TDMR presenta más años de evolución de la enfermedad y con un debut más tardío (edad adulta).
- El grupo de CS presenta en mayor proporción niveles de estudios superiores, además de estar activa laboralmente en el 92% de la muestra. Se presenta más déficit laboral en los grupos TCA y TDMR. Así mismo, los CS perciben más apoyo social y familiar con respecto a los otros dos grupos.
- No hay diferencias significativas en cuanto a sexo, niveles de estudios, presencia de alteración de la imagen corporal, IMC o presencia de EAV entre los tres grupos.

5.2.2. Descripción de la muestra considerando la presencia de EAV

Se describen las EAV de la muestra considerando: 1) EAV elegida por el/la participante, 2) EAV categorizada según descrito en metodología (Pg. 83), 3) la edad a la que ocurrió, 4) el nivel de perturbación asociado y su duración, 5) la presencia de abuso sexual independientemente de que sea la EAV elegida por el/la participante y, 6) el número de experiencias registradas.

Así mismo, se reportarán las diferencias significativas entre subgrupos tanto de los/as pacientes TCA cómo de los CS, con presencia de EAV (en sus distintas categorías) y sin presencia de EAV, con respecto a las siguientes variables: años de tratamiento previo, presencia de hospitalizaciones, años de evolución del trastorno, IMC, puntuación en el STAI, BDI, EAT-40, EDI-2, BSQ, BAT, y DES. El en grupo TDMR dicho análisis no se realiza al reportar el 100% de la muestra presencia de EAV

Grupo estudio TCA

El 91,1% de la muestra describió haber padecido diferentes EAV en el momento de la evaluación.

Tipo de EAV: El cuestionario utilizado permite al participante elegir la experiencia más traumática vivida indicando la edad a la cual la padeció. En la tabla 15 se refleja la categoría EAV elegida por el/la participante. Las EAV más perturbadoras son representadas por la muerte repentina de un ser querido (26,6%), la presencia de acoso sexual (24,1%), y haber presenciado violencia familiar en la infancia (12,7%).

Para realizar el análisis y alcanzar los objetivos propuestos en nuestro trabajo, hemos categorizado dichas EAV siguiendo la metodología de otros estudios (80,153,154,169), distinguiéndolas en: 1) EAV impersonal, 2) EAV interpersonal, 3) EAV (sea impersonal que interpersonal) previa a los 13 años, 4) EAV interpersonal y previa a los 13 años, y 5) presencia de abuso sexual.

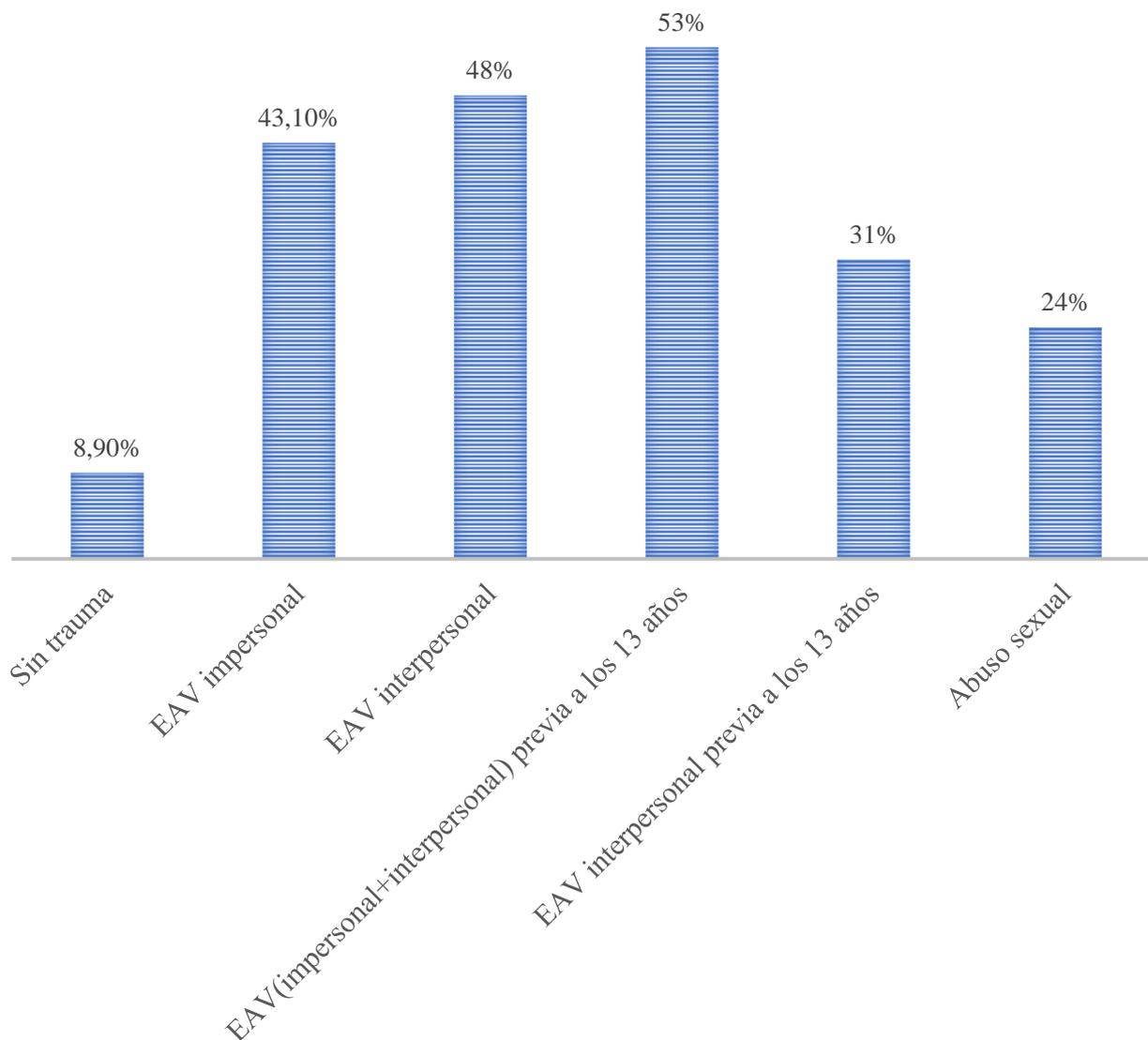
Tabla 15. Experiencia traumática elegida como más perturbadora en TCA

	Frecuencia	Porcentaje
Ningún trauma	7	8,9
Accidente de trafico	3	3,8
Muerte repentina ser querido	21	26,6
Evento que ha amenazado la vida de un ser querido	3	3,8
Enfermedad que ha amenazado propia vida	1	1,3
Presenciar agresión física	1	1,3
Agresión física extraño	3	3,8
Presenciar violencia familiar menor	10	12,7
Maltrato de la pareja	2	2,5
Contacto sexual indeseado	1	1,3
Acoso sexual	19	24,1
Acecho	2	2,5
Aborto espontaneo	3	3,8
Aborto voluntario	1	1,3
Otros	2	2,5
Total	79	100,0

Nota. TCA= Trastornos de la conducta alimentaria.

Presentamos las categorías de EAV en la gráfica 8. Se encuentran en más proporción las EAV acaecidas antes de los 13 años (53%).

Gráfica 8. Categorías de las EAV en TCA



Nota. TCA= Trastornos de la conducta alimentaria; EAV= Experiencia adversa vital.

Edad de la EAV elegida y relación con el diagnóstico: En el 53% de la muestra la EAV más traumática ocurrió en la adolescencia, y en el 72% fue anterior al diagnóstico (¹⁰M=15,7; DE=9,5; N= 72). En el 17,8% de los casos la clínica empieza en los dos años posteriores a la EAV (¹⁰M=7,9; DE= 7,1; N= 60).

¹⁰ Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

Nivel de perturbación y duración de la EAV: El 68,4% de la muestra consideró que su experiencia fue de una perturbación considerable o extrema. La duración media de las EAV continuas en el tiempo fue de 1,7 años (¹¹N= 72; DE= 3,2).

Presencia de abuso sexual y numero de EAV registradas: Al evaluar la experiencia traumática, en general, independientemente de la que eligieron los/as participantes vemos que el 49% de la muestra refiere más de 4 EAV. La presencia de abuso sexual se recogió aparte considerándose sea el acoso, que el acecho o la violencia sexual en general siendo reportado en el 50% de la muestra.

Dado que el objetivo general del presente trabajo es describir las características de los/as pacientes TCA con EAV en la tabla 16 se refieren las diferencias en las puntuaciones medias (prueba t de student), y las desviaciones estándar de las variables cuantitativas relativas a la imagen corporal (CDS, BAT, BSQ), a la psicopatología alimentaria (EAT-40, EDI-2, BITE), a los niveles de experiencias disociativas (DES), impulsividad (BIS), depresión (BDI), y ansiedad (STAI) de los dos subgrupos de TCA con y sin EAV.

Se encuentran diferencias significativas en cuanto a los años de tratamiento y las puntuaciones DES siendo superiores en los/as pacientes que habían padecido EAV.

¹¹ Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

Tabla 16. Puntuaciones medias de distintas variables psicopatológicas en TCA

Variable	Presencia de EAV	N	M	DE
Edad	No	7	33,28	9,23
	Si	72	38,09	12,24
Años evolución enfermedad	No	7	14,57	6,21
	Si	72	17,19	11,33
Nº. Hospitalizaciones	No	7	,57	1,133
	Si	72	,83	1,162
Edad debut enfermedad	No	7	18,57	7,69
	Si	72	19,95	7,05
Años de tratamiento*	No	7	4,42	3,35
	Si	72	8,47	6,76
IC CDS	No	7	2,42	1,71
	Si	72	2,97	2,22
DIC espejo CDS	No	7	,42	1,71
	Si	72	,63	1,55
DIC sin espejo CDS	No	7	,42	1,71
	Si	72	,46	1,84
Diferencia entre imagen al espejo y sin espejo	No	7	,00	,00
	Si	72	,02	,92
DES*	No	7	5,00	4,12
	Si	72	14,50	14,28
BITE-S	No	7	12,7	8,86
	Si	72	16,4	8,58
BITE-G	No	7	7,42	6,50
	Si	72	7,80	7,33
BAT	No	7	51,00	24,97
	Si	72	62,98	27,08
BIS total	No	7	40,71	16,59
	Si	72	49,61	15,19

Variable	Presencia de EAV	N	M	DE
BIS-IC	No	7	13,71	6,39
	Si	72	15,66	5,01
BIS-IM	No	7	13,71	6,31
	Si	72	17,72	7,87
BIS-INP	No	7	13,28	5,31
	Si	72	16,36	6,79
BSQ-PP	No	7	59,00	20,00
	Si	72	59,08	22,11
BSQ-IC	No	7	62,42	26,99
	Si	72	67,47	27,53
BSQ total	No	7	121,42	46,04
	Si	72	126,59	49,02
EAT40	No	7	38,57	19,11
	Si	72	37,25	22,86
EDI-OD	No	7	11,71	7,06
	Si	72	13,48	18,48
EDI-B	No	7	3,00	4,24
	Si	72	3,18	4,17
EDI-IC	No	7	16,14	11,17
	Si	72	17,29	10,89
EDI-In	No	7	6,71	5,58
	Si	72	8,43	6,27
EDI-P	No	7	5,71	3,19
	Si	72	7,08	4,23
EDI-DI	No	7	3,28	2,81
	Si	72	5,40	3,89
EDI-CI	No	7	9,85	9,92
	Si	72	10,86	8,74
EDI-MM	No	7	6,14	4,18
	Si	72	5,79	4,69

Variable	Presencia de EAV	N	M	DE
EDI-A	No	7	6,42	3,90
	Si	72	5,83	4,19
EDI-I	No	7	4,42	4,03
	Si	72	4,69	5,48
EDI-IS	No	7	5,28	4,02
	Si	72	6,84	4,88
STAI-E	No	7	36,57	10,62
	Si	72	36,61	9,61
STAI-R	No	7	39,42	8,96
	Si	72	42,62	8,11
BDI	No	7	14,00	12,49
	Si	72	20,33	11,99
IMC a la evaluación	No	7	24,38	5,64
	Si	72	25,92	8,38
IMC al debut enfermedad	No	7	19,37	3,049
	Si	72	21,34	6,59

Nota. M=Media; DE=Desviación estándar; IC=Insatisfacción corporal; CDS: *Contoure Drawing scale*; DIC=Distorsión imagen corporal; DES= Escala experiencias disociativas; BITE-S= Inventario bulimia, escala síntomas; BITE-G= Inventario bulimia, escala gravedad; BAT= Cuestionario actitudes hacia el cuerpo; BIS=Escala impulsividad; BIS-IC= Impulsividad cognitiva; BIS-IM= Impulsividad motora; BIS-INPL= Impulsividad no planificada; BSQ-PP=*Body shape questionnaire*, subescala preocupación por el peso; BSQ-IC= *Body shape questionnaire*, subescala insatisfacción corporal; EAT-40= Cuestionarios de actitudes hacia la alimentación; EDI-OD=*Eating disorder inventory*, subescala obsesión delgadez; EDI-B= *Eating disorder inventory*, subescala bulimia; EDI-IC= *Eating disorder inventory*, subescala insatisfacción corporal; EDI-In= *Eating disorder inventory*, subescala ineficacia; EDI-P= *Eating disorder inventory*, subescala perfeccionismo; EDI-DI= *Eating disorder inventory*, subescala desconfianza interpersonal; EDI-CI= *Eating disorder inventory*, subescala conciencia interoceptiva; EDI-MM= *Eating disorder inventory*, subescala miedo a madurar; EDI-A= *Eating disorder inventory*, subescala ascetismo; EDI-I= *Eating disorder inventory*, subescala impulsividad; EDI-IS= *Eating disorder inventory*, subescala inseguridad social; STAI-E= Inventario ansiedad estado; STAI-R= Inventario ansiedad rasgo; BDI= Inventario depresión de Beck; TCA: Trastornos de la conducta alimentaria; IMC= Índice de masa corporal; * p significativa <.05 (t de student para muestras independientes, no fiable por descompensación de los grupos).

Grupo control TDMR

El 100% de los participantes había padecido diferentes EAV en el momento de la evaluación.

Tipo de EAV: En la tabla 17 y la gráfica 9, se señalan EAV elegidas por las personas como más traumáticas. En la tabla se señala el tipo específico de EAV, y en la gráfica se indican las categorías.

Tabla 17 Experiencia traumática elegida como más perturbadora en TDMR

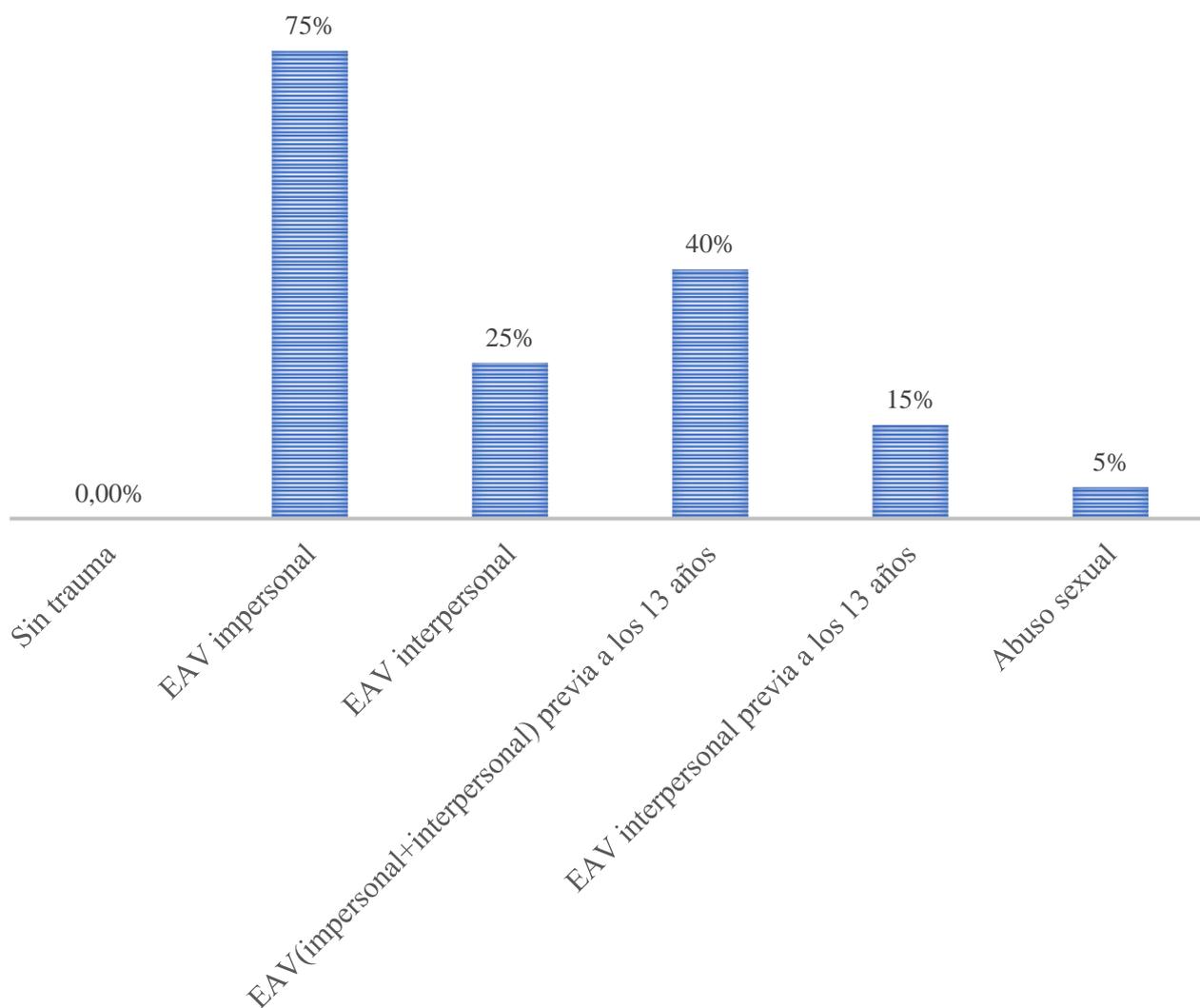
	Frecuencia	Porcentaje
Accidente de tráfico	2	10,0
Desastre natural	1	5,0
Muerte repentina ser querido	7	35,0
Evento que ha amenazado la vida de un ser querido	1	5,0
Enfermedad que ha amenazado propia vida	1	5,0
Abuso físico infancia	2	10,0
Presenciar violencia familiar menor	1	5,0
Contacto sexual indeseado	1	5,0
Acoso sexual	1	5,0
Otros	3	15,0
Total	20	100,0

Nota. TDMR= Trastorno depresivo mayor recurrente

En el grupo TDMR las EAV más perturbadoras son representadas por la muerte repentina de un ser querido (35%), y las experiencias catalogadas como “otras” (15%).

En la gráfica 9 se puede ver cómo, a diferencia del grupo TCA, las más frecuentes son las impersonales.

Gráfica 9. Categorías de las EAV en TDMR



Nota. TDMR= Trastorno depresivo mayor recurrente; EAV= Experiencia adversa vital.

Edad de la EAV elegida y relación con el diagnóstico: La edad media a la cual ocurrió la EAV en el grupo TDMR es de 26,5 años (¹²DE= 16,53; N=20). En el 60% de la muestra la EAV señalada fue previa al diagnóstico y en estos casos, la clínica afectiva, se desarrolla con una media de 6,2 años siguientes a la EAV.

¹² Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

Nivel de perturbación y duración de la experiencia traumática: En el 75% de la muestra la EAV había sido única. El tiempo medio de las EAV continuas fue de 2,7 años (¹³N= 5; r= 0-21; DE= 5,7). El 45% de la muestra refiere una perturbación extrema.

Presencia de abuso sexual y numero de EAV registradas: Considerando la presencia de EAV en general independientemente de la elegida se describen en el 65% de los participantes más de 4 experiencias traumáticas cuando utilizamos la variable categorizada. Como variable cuantitativa el número medio de EAV fue de 6,2 * (¹³r= 2-11; DE= 3,1). La presencia de abuso sexual se recogió a parte considerándose sea el acoso, que el acecho o la violencia sexual en general siendo reportado en el 45% de la muestra.

Como todos/as los/as participantes de este grupo refieren presencia de EAV no se pueden realizar análisis de diferencias de media de las distintas variables de estudio como en TCA, pero se presenta en la tabla 18, la estadística descriptiva de las variables cuantitativas relativas a la imagen corporal, a la psicopatología alimentaria, a los niveles de experiencias disociativas, impulsividad, depresión, y ansiedad de la muestra.

¹³ Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

Tabla 18. Medias de las distintas variables psicopatológicas del grupo TDRM

Variable	Presencia de EAV	N	M	DE
Años evolución enfermedad	Si	20	21,35	8,98
Nº. hospitalizaciones	Si	20	,65	1,08
Edad debut enfermedad	Si	20	28,30	12,49
Años de tratamiento	Si	20	17,25	9,58
IC CDS	Si	20	1,30	1,56
DIC espejo CDS	Si	20	-1,02	1,01
DIC sin espejo CDS	Si	20	-,80	1,60
Diferencia entre imagen al espejo y sin espejo	Si	20	,22	1,25
DES	Si	20	15,76	14,27
BITE-S	Si	20	9,20	7,59
BITE-G	Si	20	2,25	2,55
BAT	Si	20	41,05	24,63
BIS total	Si	20	48,95	15,75
BIS-IC	Si	20	16,55	4,55
BIS-IM	Si	20	14,45	6,93
BIS-INP	Si	20	17,95	8,15
BSQ-PP	Si	20	37,50	18,30
BSQ-IC	Si	20	42,35	20,24
BSQ total	Si	20	79,85	38,25
EAT40	Si	20	18,20	11,29
EDI-OD	Si	20	5,95	5,46
EDI-B	Si	20	1,50	3,20
EDI-IC	Si	20	7,40	8,68
EDI-In	Si	20	6,40	5,58
EDI-P	Si	20	4,55	4,08
EDI-DI	Si	20	4,95	3,45
EDI-CI	Si	20	8,60	7,13
EDI-MM	Si	20	6,40	4,69

Variable	Presencia de EAV	N	M	DE
EDI-A	Si	20	4,35	3,15
EDI-I	Si	20	5,50	4,86
EDI-IS	Si	20	5,25	3,93
STAI-E	Si	20	34,55	10,41
STAI-R	Si	20	41,65	9,29
BDI	Si	20	17,35	12,67
IMC a la evaluación	Si	20	26,55	6,81
IMC al debut enfermedad	Si	20	22,40	3,69

Nota. M=Media; DE=Desviación estándar; TDMR= Trastorno depresivo mayor recurrente; EAV= experiencias adversas vitales; DE= Desviación estándar; IC=Insatisfacción corporal; CDS: *Contour Drawing scale*; DIC=Distorsión imagen corporal; DES= Escala experiencias disociativas; BITE-S= Inventario bulimia, escala síntomas; BITE-G= Inventario bulimia, escala gravedad; BAT= Cuestionario actitudes hacia el cuerpo; BIS=Escala impulsividad; BIS-IC= Impulsividad cognitiva; BIS-IM= Impulsividad motora; BIS-INPL= Impulsividad no planificada; BSQ-PP=*Body shape questionnaire*, subescala preocupación por el peso; BSQ-IC= *Body shape questionnaire*, subescala insatisfacción corporal; EAT-40= Cuestionarios de actitudes hacia la alimentación; EDI-OD=*Eating disorder inventory*, subescala obsesión delgadez; EDI-B= *Eating disorder inventory*, subescala bulimia; EDI-IC= *Eating disorder inventory*, subescala insatisfacción corporal; EDI-In= *Eating disorder inventory*, subescala ineficacia; EDI-P= *Eating disorder inventory*, subescala perfeccionismo; EDI-DI= *Eating disorder inventory*, subescala desconfianza interpersonal; EDI-CI= *Eating disorder inventory*, subescala conciencia interoceptiva; EDI-MM= *Eating disorder inventory*, subescala miedo a madurar; EDI-A= *Eating disorder inventory*, subescala ascetismo; EDI-I= *Eating disorder inventory*, subescala impulsividad; EDI-IS= *Eating disorder inventory*, subescala inseguridad social; STAI-E= Inventario ansiedad estado; STAI-R= Inventario ansiedad rasgo; BDI= Inventario depresión de Beck; IMC= Índice de masa corporal.

Grupo control sin patología (CS)

El 80,5% de los CS refiere EAV a lo largo de la vida.

Tipo de EAV: En la tabla 19 y la gráfica 10, se señalan las EAV elegidas por el participante y sus categorías. La EAV más perturbadora es representada por la muerte repentina de un ser querido (24,4%). El acoso sexual (4,9%) se refiere con menos prevalencia respecto a los grupos TCA y TDMR.

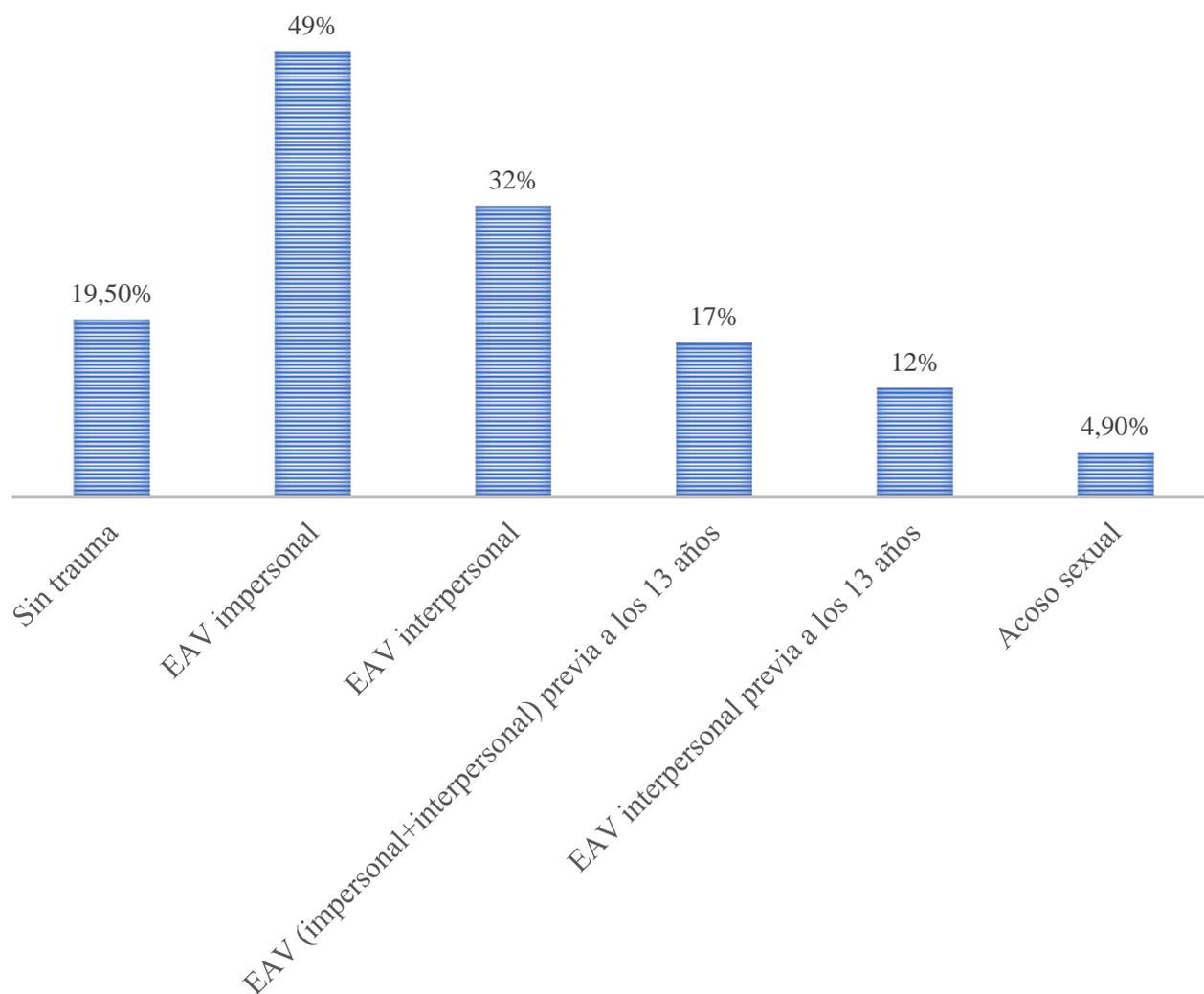
Tabla 19. Experiencia traumática elegida como más perturbadora en CS

	Frecuencia	Porcentaje
Ningún trauma	8	19,5
Desastre natural	1	2,4
Muerte repentina ser querido	10	24,4
Evento que ha amenazado la vida de un ser querido	3	7,3
Enfermedad que ha amenazado propia vida	1	2,4
Agresión física extraño	2	4,9
Presenciar violencia familiar menor	4	9,8
Contacto sexual indeseado	3	7,3
Acoso sexual	2	4,9
Acecho	1	2,4
Aborto espontaneo	4	9,8
Aborto voluntario	1	2,4
Otro	1	2,4
Total	41	100,0

Nota. EAV= Experiencia adversa vital.

En la gráfica 10 se observa como en el grupo TDMR que, en el 48,8% de la muestra las EAV son impersonales.

Gráfica 10. Categorías de las EAV en CS.



Nota. EAV= Experiencia adversa vital.

Edad de la EAV elegida: la edad media de las EAV elegida en CS es de 20,70 años (¹⁴r= 5-47; N= 33). El 17% de las personas reportaban la experiencia antes de los 13 años, sea interpersonal que impersonal (menos que en grupo TCA y TDMR).

Nivel de perturbación y duración de la experiencia traumática: Solo el 4,9% de la muestra refiere la EAV elegida como extremadamente perturbadora. La duración media de las EAV continuas en el tiempo fue de 0,9 años (¹⁴N=33; r=0-8; DE= 2,02).

Presencia de abuso sexual y numero de EAV registradas: Al evaluar la experiencia traumática en general independientemente de la que eligieron los participantes el 15,1% de los casos refiere más de 4 EAV. La presencia de abuso es reportada en el 17,1% de la muestra.

En la tabla 20 se muestran las puntuaciones medias, y las desviaciones de las variables cuantitativas relativas a la imagen corporal (CDS, BAT, BSQ), a la psicopatología alimentaria (EAT-40, EDI-2, BITE), a los niveles de experiencias disociativas (DES), impulsividad (BIS), depresión (BDI), y ansiedad (STAI) de los dos subgrupos de controles sin patología con y sin EAV.

¹⁴ Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

Tabla 20. Puntuaciones medias de distintas variables en los CS

Variable	Presencia de EAV	N	M	DE
IC CDS	No	8	1,12	,64
	Si	33	,75	,70
DIC espejo CDS	No	8	-,12	,64
	Si	33	-,24	,89
DIC sin espejo CDS	No	8	,00	,75
	Si	33	-,21	1,15
Diferencia entre imagen al espejo y sin espejo	No	8	,12	,35
	Si	33	,15	,66
DES	No	8	4,18	2,41
	Si	33	4,30	3,18
BITE-S	No	8	4,50	3,46
	Si	33	3,84	3,27
BITE-G	No	8	1,00	,75
	Si	33	1,06	1,96
BAT	No	8	26,87	9,20
	Si	33	26,75	10,86
BIS total	No	8	36,12	8,06
	Si	33	35,69	8,02
BIS-IC	No	8	10,62	2,97
	Si	33	11,45	3,20
BIS-IM	No	8	10,87	2,85
	Si	33	11,42	5,04
BIS-INP	No	8	14,87	4,82
	Si	33	13,09	3,65
BSQ-PP	No	8	30,50	7,61
	Si	33	32,93	9,21
BSQ-IC	No	8	30,00	6,76
	Si	33	33,84	9,09

Variable	Presencia de EAV	N	M	DE
BSQ total	No	8	60,50	13,33
	Si	33	65,33	18,85
EAT40	No	8	14,87	7,14
	Si	33	11,54	11,69
EDI-OD	No	8	2,75	1,90
	Si	33	2,54	3,41
EDI-B	No	8	1,12	1,45
	Si	33	,45	1,56
EDI-IC	No	8	5,00	3,20
	Si	33	5,18	4,96
EDI-In	No	8	,50	,75
	Si	33	1,63	3,36
EDI-P	No	8	5,37	4,30
	Si	33	3,63	3,28
EDI-DI	No	8	3,75	1,98
	Si	33	3,00	2,51
EDI-CI	No	8	1,37	1,59
	Si	33	1,66	3,51
EDI-MM	No	8	3,50	2,72
	Si	33	4,24	3,81
EDI-A	No	8	2,25	2,43
	Si	33	2,72	3,34
EDI-I	No	8	,75	,88
	Si	33	1,39	3,72
EDI-IS	No	8	2,37	1,06
	Si	33	2,09	3,14
STAI-E*	No	8	26,00	2,50
	Si	33	30,06	7,84
STAI-R	No	8	25,6	10,32
	Si	33	27,90	9,75

Variable	Presencia de EAV	N	M	DE
BDI	No	8	3,75	2,37
	Si	33	5,93	6,75
IMC	No	8	23,52	2,77
	Si	33	23,27	3,23

Nota. M= Media; DE= Desviación estándar; IC=Insatisfacción corporal; CDS: *Contoure Drawing scale*; DIC=Distorsión imagen corporal; DES= Escala experiencias disociativas; BITE-S= Inventario bulimia, escala síntomas; BITE-G= Inventario bulimia, escala gravedad; BAT= Cuestionario actitudes hacia el cuerpo; BIS=Escala impulsividad; BIS-IC= Impulsividad cognitiva; BIS-IM= Impulsividad motora; BIS-INPL= Impulsividad no planificada; BSQ-PP=*Body shape questionnaire*, subescala preocupación por el peso; BSQ-IC= *Body shape questionnaire*, subescala insatisfacción corporal; EAT-40= Cuestionarios de actitudes hacia la alimentación; EDI-OD=*Eating disorder inventory*, subescala obsesión delgadez; EDI-B= *Eating disorder inventory*, subescala bulimia; EDI-IC= *Eating disorder inventory*, subescala insatisfacción corporal; EDI-In= *Eating disorder inventory*, subescala ineficacia; EDI-P= *Eating disorder inventory*, subescala perfeccionismo; EDI-DI= *Eating disorder inventory*, subescala desconfianza interpersonal; EDI-CI= *Eating disorder inventory*, subescala conciencia interoceptiva; EDI-MM= *Eating disorder inventory*, subescala miedo a madurar; EDI-A= *Eating disorder inventory*, subescala ascetismo; EDI-I= *Eating disorder inventory*, subescala impulsividad; EDI-IS= *Eating disorder inventory*, subescala inseguridad social; STAI-E= Inventario ansiedad estado; STAI-R= Inventario ansiedad rasgo; BDI= Inventario depresión de Beck; IMC: Índice de masa corporal; * p significativa <.05.

Como se puede observar, la única diferencia significativa entre los participantes con EAV respecto a los que no la habían padecido es la presencia de más ansiedad estado en los CS con presencia de EAV.

En resumen:

- La prevalencia de EAV es similar en los tres grupos, pero en el grupo TCA se refieren más EAV interpersonales, más EAV antes de los 13 años y la EAV elegida como más perturbadora ocurre a una edad inferior respecto a los otros dos grupos.
- El grupo TDMR presenta preponderancia de EAV impersonales, con más niveles de perturbación, más duración en el tiempo, y más EAV a lo largo de la vida.

- Si consideramos el acoso sexual elegido por los/as participantes es más prevalente en TCA cuando la eligen ellos. Si se considera el abuso en general padecido a lo largo de la vida la prevalencia es similar en los tres grupos.
- La presencia de EAV per se, independientemente de las categorías de estudio, en TCA identifica a pacientes con más años de tratamiento y más experiencias disociativas, y en CS a personas con más niveles de ansiedad estado.
- En el grupo TDMR toda la muestra presenta EAV sin que se hayan podido analizar diferencias de medias de las variables de estudio.

5.2.3. Descripción de la muestra considerando la presencia de DIC

La imagen corporal se ha analizado en sus aspectos emocionales (BAT), cognitivos (BSQ), actitudinales (BAT) y perceptivos (CDS). Estos últimos son el objeto principal de nuestro trabajo y se han evaluado mediante el test de la silueta que permite recoger la distorsión corporal sea como variable cuantitativa que como ordinal la cual hemos dividido para el análisis en 3 categorías: 1) percepción correcta, 2) sobre estimación, y 3) infraestimación. Dicha distorsión se ha evaluado sea al espejo (percepción visual) que sin el (percepción no-visual).

Se describe en cada grupo el tipo de distorsión y sucesivamente se realiza un análisis de las diferencias de medias (mediante las pruebas de t de student o U Mann Whitney) entre las variables psicopatológicas medidas con EDI-2, los niveles de impulsividad, depresión, y ansiedad, así como el número de hospitalizaciones, y el IMC de los/as pacientes TCA y TDMR con respecto a la presencia de distorsión visual y no-visual. En el caso de los CS en la evaluación de diferencias, esta no se puede aplicar al número de hospitalizaciones al tratarse de participantes sin patología, pero se aplica al resto de las variables antes mencionadas.

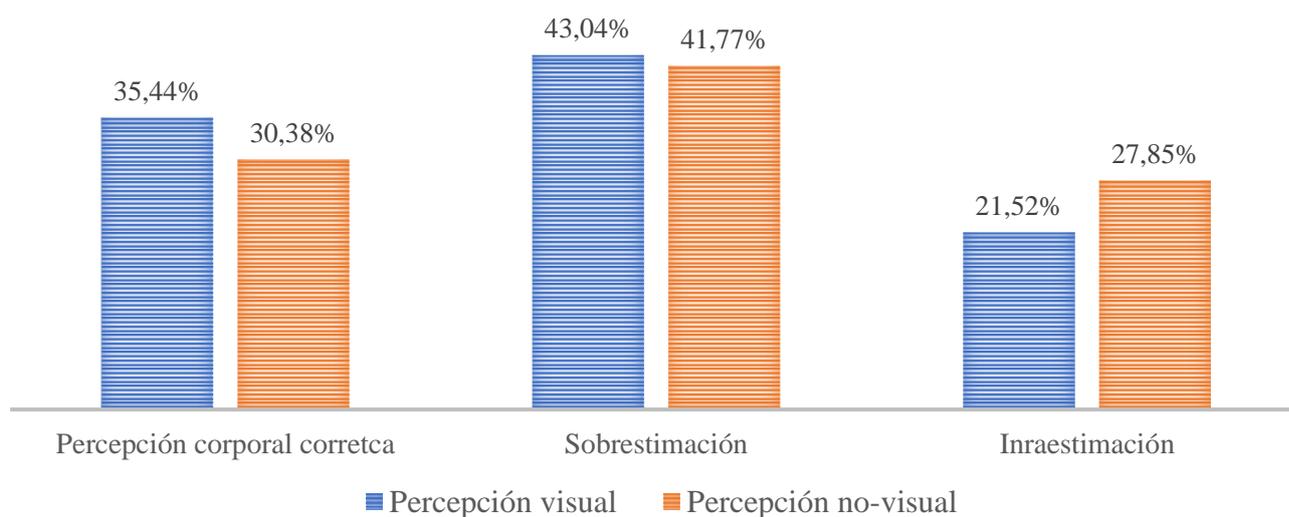
Grupo de estudio TCA

DIC visual: El 64,5% de los/as participantes presentaba una distorsión visual de la silueta de los cuales el 21,5% la infra estimaba y el 43% la sobre estimaban. La media fue de 0,61 (¹⁵ $r= -3.5-4,5$; $DE=1,5$; $N= 72$)

DIC no-visual: Al pedir a los/as participantes de señalar la silueta que más se ajustaba a la realidad sin utilizar la vista (la indicación era: “sintiendo el cuerpo” al cerrar los ojos), el 41,8% presentaba una sobrestimación corporal y el 27,8% una infraestimación frente al 30,4% que estimaba su cuerpo correctamente (¹⁵ $M= 0,46$; $r= -4,0-4,5$; $DE= 1,8$; $N= 72$).

En la gráfica 11 a continuación se muestra la DIC visual y no-visual.

Gráfica 11. DIC en pacientes TCA.



Nota. TCA= Trastornos de la conducta alimentaria.

¹⁵ Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

El t de student encuentra diferencias significativas en los/as pacientes con DIC al espejo (sea infra que sobre estimación) siendo los niveles de psicopatología alimentaria (medidos con EAT-40), los niveles de ineficacia e inseguridad social (medidos con EDI-2) superiores y el IMC inferior en los/as pacientes con distorsión corporal respecto a los que no la tienen, como señalado en la tabla 21.

Tabla 21. Diferencias en pacientes TCA según presencia de DIC visual

Presencia de DIC		N (%)	M	DE	p*
EAT-40	No	25 (35%)	29,00	20,30	
	Si	47 (65%)	41,63	23,12	.024
EDI-In	No	25 (35%)	6,44	4,83	
	Si	47 (65%)	9,48	6,72	.049
EDI-IS	No	25 (35%)	5,16	3,67	
	Si	47 (65%)	7,74	5,23	.031
IMC	No	25 (35%)	29,23	10,44	
	Si	47 (65%)	24,17	6,52	.014

Nota. TCA: Trastornos de la conducta alimentaria; DE= Deviación estándar; EAT-40= Cuestionarios de actitud-es hacia la alimentación; EDI-In= *Eating disorder inventory*, subescala ineficacia; EDI-IS= *Eating disorder inventory*, subescala inseguridad social; IMC; Índice de masa corporal. * prueba t de Student para muestras independientes.

Si consideramos diferencias entre las variables en función de la distorsión no visual (sea sobre que infraestimación de la silueta), los pacientes con distorsión (N: 53; 69,6%) presentaban más niveles de insatisfacción corporal medidos con el EDI-2 ($p=.034$).

Grupo control TDMR

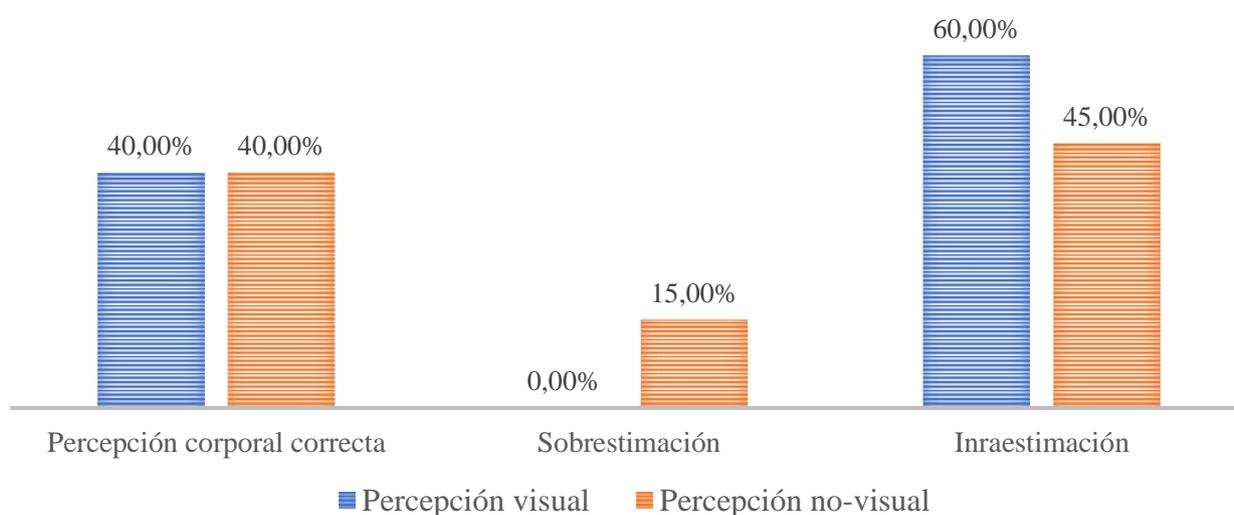
En general en el grupo TDMR hay una tendencia a infra estimar la silueta.

DIC visual: El 60% de los/as participantes infra estimaba la silueta. No se encontró sobreestimación de esta. La media fue de -1,02; (¹⁶r= -3,0-0; DE= 1,01; N= 20).

DIC no-visual: Al pedir a los participantes de señalar la silueta que más se ajustaba a la realidad sin utilizar la percepción visual, el 15% presentaba una sobrestimación corporal, y del resto el 45% infraestimaba *(¹⁶M= -0,8; r= -4,0-3; DE= 1,6; N= 20).

En la gráfica 12 se presentan las categorías de la DIC visual y no-visual

Gráfica 12. DIC en pacientes TDMR.



Nota. TDMR= Trastornos depresivo mayor recurrente

No se encontraron diferencias significativas entre las distintas variables psicopatológicas de alimentación, impulsividad, niveles de depresión, ansiedad, número

¹⁶ Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

de hospitalizaciones al considerar la presencia de DIC sea visual que no visual con la prueba U-Mann Whitney para muestras independientes.

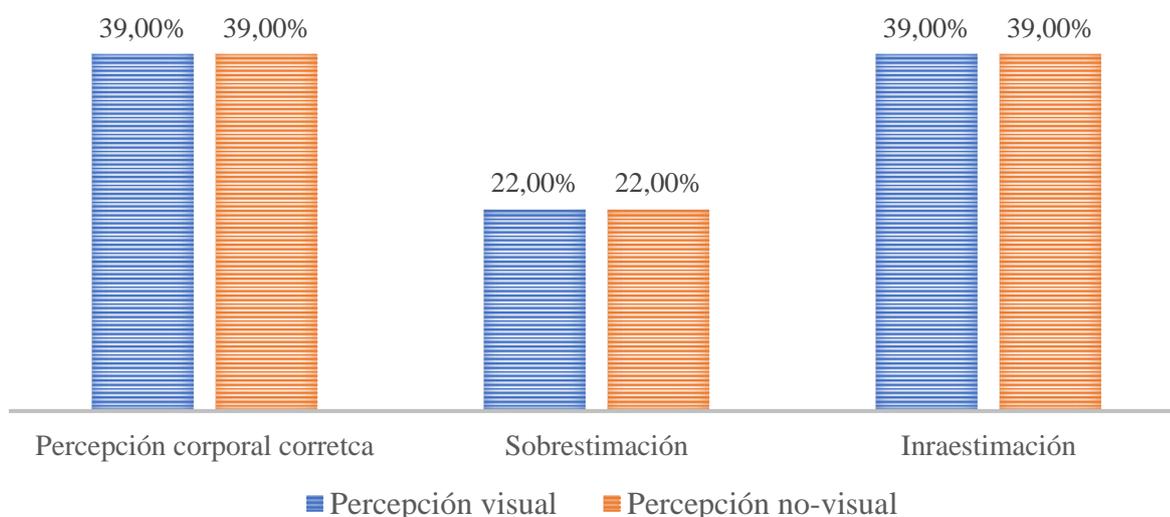
Grupo control sin patología (CS)

Se recoge la variable distorsión de la imagen en su forma cuantitativa y categorial que se representa en la gráfica 13.

DIC visual: El 61% de los/as participantes presentaba una distorsión de la silueta de los cuales el 39% infra estimaba y el 22% sobre estimaban. La media fue de -0,21 (¹⁷ $r=-2,0-1,0$; $DE= 0,8$; $N= 33$).

DIC no-visual: Al pedir a los/as participantes de señalar la silueta que más se ajustaba a la realidad sin utilizar la percepción visual, mantenían la misma valoración que al espejo: el 39% presentaba una infraestimación corporal y el 22% una sobreestimación (¹⁷ $M= -0,17$; $r= -3,0-2,0$; $DE=1,08$; $N= 33$).

Gráfica 13. DIC en CS



¹⁷ Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

Nota. DIC= Distorsión de la imagen corporal; CS= Controles sanos

El análisis de diferencias entre participantes con distorsión corporal visual y los que no presentan distorsión encuentra más niveles de insatisfacción corporal medida con el BAT en los sujetos con distorsión corporal ($p=.020$, prueba t-student para muestras independientes). Los/as participantes con distorsión perceptiva no-visual presentaban mayor edad y menor impulsividad ($p< .05$, $p=.020$, prueba t-student para muestras independientes).

En resumen:

- En el grupo TCA con EAV prevalece la sobrestimación corporal sea visual que no-visual, y sin que hay una diferencia significativa la distorsión es mayor a nivel no-visual.
- En los grupos control TDMR y CS hay una tendencia a infraestimar el cuerpo.
- En el grupo TDMR no se encuentra sobrestimación corporal visual, solo no-visual, que aparece al pedir a los/as participantes que evalúen su cuerpo sintiéndolo.
- En el grupo control CS hay una tendencia a infraestimar el cuerpo sea al espejo que sin él.
- La presencia de distorsión corporal visual identifica a pacientes TCA con menos IMC, más niveles de psicopatología alimentaria medidos con el EAT-40, más ineficacia, y más inseguridad social.
- La distorsión corporal no-visual identifica a pacientes TCA con más insatisfacción corporal.
- La presencia de distorsión corporal visual y no visual no encuentra diferencias intragrupo en el grupo TDMR.

- La distorsión corporal visual en el grupo CS identifica a personas con más insatisfacción corporal, mientras que la distorsión no-visual se encuentra en participantes con menos niveles de impulsividad.

5.3. Relación entre las distintas variables

5.3.1. Diferencias intragrupo

El objetivo general del presente trabajo es estudiar la presencia de EAV, principalmente las interpersonales y previas a los 13 años, en pacientes con TCA, así como esclarecer su relación con la alteración de la imagen corporal de los/as pacientes.

Más específicamente queremos estudiar la asociación de las EAV interpersonales con algunas variables pronósticas de la enfermedad, estudiar la asociación entre las EAV con las experiencias disociativas, el perfeccionismo, y la impulsividad, y estudiar la asociación entre las EAV con la insatisfacción corporal, y la distorsión corporal de la silueta percibida sea al espejo que sin él.

Para alcanzar dichos objetivos hemos analizado en los 3 grupos TCA, TDMR, y CS las diferencias entre las diferentes características psicopatológicas de la enfermedad respecto a las siguientes categorías de EAV: 1) EAV interpersonales, 2) EAV (impersonal + interpersonal) acaecidas antes de los 13 años, 3) EAV interpersonales previas a los 13 años, 4) abuso sexual.

Además, hemos analizado las diferencias de las distintas variables psicopatológicas con respecto a la presencia de distorsión corporal y las distintas categorías de EAV considerando el diagnóstico específico y el categorizado solo en el grupo TCA.

Presentamos a continuación los resultados del análisis. Se han realizado las pruebas de t de student para muestras no relacionadas para estudiar la asociación entre la variable cuantitativa y las cualitativas, y la prueba de U Mann Whitney en el caso de las variables ordinales.

Grupo de estudio TCA

EAV interpersonales: Los/as pacientes con EAV interpersonales (52%, N=72) presentan diferencias significativas con respecto al tiempo y la edad de la EAV, siendo la EAV de más larga duración, y habiendo ocurrido en el periodo de la infancia/adolescencia en los participantes con EAV interpersonal. Así mismo, hay una significación próxima al .05 en la escala de perfeccionismo medida con EDI-2. En la tabla 22 se indican las diferencias de dichas variables.

Tabla 22. Diferencias en TCA según EAV interpersonal

	Presencia de EAV interpersonal	N (%)	M	DE	p*
Duración EAV	No	34 (47%)	,33	1,82	
	Si	38 (52%)	2,80	3,63	.001
Edad EAV	No	34 (47%)	23,59	12,54	
	Si	38 (52%)	12,53	5,76	.020
EDI-P	No	34 (47%)	5,93	4,30	
	Si	38 (52%)	7,90	4,02	.051

Nota. N= número de la muestra; %= porcentaje; M= Media; DE= Desviación estándar; TCA= Trastornos de la conducta alimentaria; EAV= Experiencia adversa vital; EDI-P= *Eating disorder inventory*, subescala perfeccionismo. * prueba t de student para muestras no relacionadas

No se encuentran diferencias con respecto a las variables clínicas de depresión, ansiedad, niveles de impulsividad, distorsión de la imagen, insatisfacción corporal, niveles de experiencias disociativas, o IMC entre pacientes con EAV interpersonales respecto a los otros.

Al ser uno de los objetivos específicos del presente trabajo estudiar la relación entre las EAV interpersonales y alguna de las variables pronosticas de la enfermedad, así como de los niveles de DES, en la tabla 23 se indican los resultados relativos a dichas variables.

Tabla 23. Diferencias psicopatológicas en TCA según EAV interpersonal

		Presencia de EAV				
	interpersonal	N (%)	M	DE	p*	
Años evolución trastorno	No	34 (47%)	15,62	10,39	.282	
	Si	38 (52%)	18,53	12,21		
Años de tratamiento	No	34 (47%)	8,76	6,81	.762	
	Si	38 (52%)	8,27	6,90		
Nº de hospitalizaciones	No	34 (47%)	0,82	1,22	.882	
	Si	38 (52%)	0,86	1,13		
Edad inicio trastorno	No	34 (47%)	20,21	7,63	.732	
	Si	38 (52%)	19,62	6,66		
STAI estado	No	34 (47%)	36,26	10,35	.887	
	Si	38 (52%)	36,62	8,98		
STAI rasgo	No	34 (47%)	42,26	8,25	.790	
	Si	38 (52%)	42,78	8,12		
BDI	No	34 (47%)	20,26	11,97	.942	
	Si	38 (52%)	20,05	12,17		
IMC momento evaluación	No	34 (47%)	26,46	7,99	.663	
	Si	38 (52%)	25,58	8,90		
IMC al debut enfermedad	No	34 (47%)	21,33	6,46	.969	
	Si	38 (52%)	21,39	6,90		
DES	No	34 (47%)	15,54	14,96	.630	
	Si	38 (52%)	13,88	13,84		

Nota: N= numero de la muestra; %= porcentaje; M= Media; DE= Desviación estándar; EAV= Experiencia adversa vital; TCA= Trastornos de la conducta alimentaria; STAI-E= Inventario ansiedad estado; STAI-R= Inventario ansiedad rasgo; BDI= Inventario depresión de Beck; IMC: Índice de masa corporal; DES= Escala experiencias disociativas.

En una regresión logística binaria en la cual la variable independiente es tipo de EAV (interpersonal vs. Otro tipo), ninguna de estas variables es un predictor significativo para los casos de TCA.

EAV (impersonales+ interpersonales) acaecidas antes de los 13 años: Los/as pacientes con EAV acaecidas antes de los 13 años (53% de la muestra) presentan más sobrestimación de la figura corporal sea al espejo que sin él, siendo significativa solo la DIC ($^{18}M= 0,85$; $DE= 1,85$; $N=72$) no-visual ($p= .048$; prueba t-student para muestras independientes), respecto a los/as pacientes que EAV posterior a los 13 años ($^{18}M= -0,01$; $DE= 1,75$; $N=72$). No hay diferencias significativas entre pacientes con TCA y EAV anteriores a los 13 años ($^{18}M=17.66$; $DE=10.89$) y aquellos pacientes con TCA y EAV posteriores a esta edad ($^{18}M=16.47$; $DS=11.09$) en cuanto a los niveles de insatisfacción corporal medidos con EDI-2 ($p=.653$), ni con las otras escalas de insatisfacción corporal. Tampoco se encuentran diferencias significativas en cuanto a niveles de impulsividad, perfeccionismo o experiencias disociativas.

EAV interpersonales y previas de los 13 años: No se observan diferencias significativas entre los pacientes con TCA en función de si su EAV fue anterior o posterior a los 13 años con relación a psicopatología comórbida afectiva o depresiva, años de tratamiento, número de hospitalizaciones o edad de inicio del trastorno, como señalado en la tabla 24.

¹⁸ Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

Tabla 24. Diferencias en TCA según EAV interpersonal y previa a los 13 años

		EAV interpersonal previa				
a los 13 años		N (%)	M	DE	p*	
Años evolución trastorno	No	13 (18%)	16,72	11,77	.767	
	Si	25 (34%)	17,56	10,61		
Años de tratamiento	No	13 (18%)	8,70	6,76	.754	
	Si	25 (34%)	8,16	7,02		
Nº hospitalizaciones	No	13 (18%)	0,83	1,20	.854	
	Si	25 (34%)	0,88	1,13		
Edad inicio trastorno	No	13 (18%)	19,65	6,92	.691	
	Si	25 (34%)	20,36	7,53		
STAI estado	No	13 (18%)	35,78	10,22	.430	
	Si	25 (34%)	37,68	8,38		
STAI rasgo	No	13 (18%)	41,80	8,42	.308	
	Si	25 (34%)	43,88	7,55		
BDI	No	13 (18%)	19,04	12,37	.292	
	Si	25 (34%)	22,20	11,20		
IMC momento evaluación	No	13 (18%)	25,74	7,62	.732	
	Si	25 (34%)	26,47	9,89		
IMC al debut enfermedad	No	13 (18%)	22,18	7,91	.451	
	Si	25 (34%)	20,92	5,89		

Nota: N= número de la muestra; %= porcentaje; M= Media; DE= Desviación estándar; EAV= Experiencias adversas vitales; TCA= Trastornos de la conducta alimentaria; STAI-E= Inventario ansiedad estado; STAI-R= Inventario ansiedad rasgo; BDI= Inventario depresión de Beck; IMC= Índice de masa corporal.

En cuanto a las variables psicopatológicas medidas con el EDI-2, se observan diferencias significativas solo en los niveles de perfeccionismo (tabla 25): los pacientes con TCA que tuvieron un EAV interpersonal anterior a los 13 años tienen niveles más altos que los/as demás pacientes con TCA. La obsesión por adelgazar, el ascetismo y la impulsividad (EDI) presentan tendencias cercanas a la significación estadística (siempre indicando mayores tendencias en los pacientes con TCA con EAV interpersonales anteriores a los 13).

Tabla 25. Diferencias psicopatológicas medidas con EDI-2 en TCA según EAV

interpersonal y previa a los 13 años

EAV interpersonal previa a los		N (%)	M	DE	p*
13 años					
BIS	No	13 (18%)	49.85	14.93	.833
	Si	25 (34%)	49,04	16.25	
EDI-OD	No	13 (18%)	10.33	6,66	.052
	Si	25 (34%)	13,52	6,16	
EDI-B	No	13 (18%)	3.43	4,33	.547
	Si	25 (34%)	2,80	4,00	
EDI-IC	No	13 (18%)	15.83	11,07	.166
	Si	25 (34%)	19,60	10,38	
EDI-In	No	13 (18%)	7.63	5,81	.168
	Si	25 (34%)	9.80	7,05	
EDI-P	No	13 (18%)	6,15	4,20	.017
	Si	25 (34%)	8.64	3,88	
EDI-DI	No	13 (18%)	5.35	3,93	.911
	Si	25 (34%)	5.24	3,76	
EDI-CI	No	13 (18%)	10.11	8,63	.399
	Si	25 (34%)	11.96	9,05	
EDI-MM	No	13 (18%)	5.67	4,94	.809
	Si	25 (34%)	5.96	4,39	
EDI-A	No	13 (18%)	5.00	3,37	.053
	Si	25 (34%)	6.92	4,81	
EDI-I	No	13 (18%)	3.83	4,81	.061
	Si	25 (34%)	6.44	6,36	
EDI-IS	No	13 (18%)	6.59	4,82	.641
	Si	25 (34%)	7.16	5,10	

Nota. N= número de la muestra; %= porcentaje; M= Media; DE= Deviación estándar;; BIS=Escala impulsividad; EDI-OD=*Eating disorder inventory*, subescala obsesión delgadez; EDI-B= *Eating disorder inventory*, subescala bulimia; EDI-IC= *Eating disorder inventory*, subescala insatisfacción corporal; EDI-In= *Eating disorder inventory*, subescala ineficacia; EDI-P= *Eating disorder inventory*, subescala perfeccionismo; EDI-DI= *Eating disorder inventory*, subescala desconfianza interpersonal; EDI-CI= *Eating disorder inventory*, subescala conciencia interoceptiva; EDI-MM= *Eating disorder inventory*, subescala miedo a madurar; EDI-A= *Eating disorder inventory*, subescala ascetismo; EDI-I= *Eating disorder inventory*, subescala impulsividad; EDI-IS= *Eating disorder inventory*, subescala inseguridad social.

Abuso sexual: Se ha considerado la presencia de abuso considerando el acoso referido por el paciente y la presencia de cualquier acercamiento indeseado de tipo sexual a lo largo de la vida, recogido mediante el TLEQ. En este caso la presencia de abuso sexual se recoge en el 50% de la muestra TCA.

Los/as pacientes que han padecido abuso son los que presentan menos niveles de bulimia ($^{19}M= 2,07$; $DE= 3,48$; $p= .007$), medidos con el EDI-2, respecto a los/as pacientes que no habían padecido abuso ($^{19}M= 4,73$; $DE= 4,60$). Normalmente el abuso es perpetrado en el periodo de la infancia siendo registrado ($^{19}M= 12,38$; $DE=4,76$) por los pacientes que la eligen como su EAV más traumática a una edad inferior respecto a los pacientes sin abuso ($^{19}M: 20,43$; $DE:4,76$). No se encuentra más distorsión corporal ni más insatisfacción en los/as pacientes que habían padecido abuso sexual.

Categoría diagnóstica: Con respecto a la evaluación de la DIC respecto al diagnóstico categorizado (Impulsivos: AN-P, BN, TA y perfeccionistas: AN-R y ANA), se observa más distorsión al espejo (sobreestimación) en los pacientes “impulsivos” (Chi-cuadrado $p= ,048$).

Grupo control TDMR

Al tratarse de una muestra muy pequeña se han utilizado pruebas no paramétricas y solo se han podido evaluar las diferencias con respecto a insatisfacción corporal, distorsión de la imagen, y las otras variables psicopatológicas respecto a las categorías de EAV interpersonal y EAV previas a los 13 años.

EAV interpersonales: La prueba U de Mann-Whitney encuentra una diferencia en los niveles de depresión medidos con el BDI ($p = .012$). Los pacientes que tuvieron una EAV interpersonal ($n = 6$) tenían niveles significativamente más bajos ($^{19}M = 6.83$, $DE = 6.91$) que los que tenían otros tipos de EAV ($n = 14$), que tenían una media de 21.85 ($^{19}DE = 11.98$).

¹⁹ Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

Así mismo se encuentran niveles de impulsividad medidos con EDI-2 inferiores ($p = .002$) en los pacientes con TDMR que habían padecido EAV interpersonales ($^{20}M = 1.30$, $DE = 1.21$) respecto a los que no la habían padecido ($^{20}M = 7.28$, $DS = 4.74$). Otras diferencias significativas encontradas son para la subescala miedo a madurar ($p = .006$) y los niveles de conciencia interoceptiva ($p = .015$) medidos con el EDI-2 siendo superiores en los pacientes con EAV impersonales ($^{20}M = 7.92$; $DE = 4.82$ y $M = 11$; $DE = 7.12$) respecto a los que reportaban EAV interpersonales ($^{20}M = 2.83$; $DE = 1.16$ y $M = 3$; $DE = 2.75$). Tampoco en los/as pacientes depresivos se encontraron diferencias en los niveles de disociación medidos con DES entre los que habían padecido EAV interpersonales ($^{20}N = 6$, $M = 10.58$; $DE = 7.53$) versus lo que referían EAV impersonales ($^{20}N = 14$; $M = 17.72$; $DE = 15.74$).

EAV (impersonales+ interpersonales) acaecidas antes de los 13 años: Con respecto a la presencia de EAV antes los 13 años (independientemente de que las EAV fuesen interpersonales o impersonales) no se identifican diferencias con respecto a la distorsión de la imagen corporal, ni a los niveles de insatisfacción corporal medidos con EDI-2, BAT, BSQ. Las diferencias significativas se reportan en los niveles de perfeccionismo medidos con EDI-2 ($p = .039$), que eran más altos en los pacientes con EAV previa a los 13 años ($^{20}N = 8$; $M = 7$; $DE = 4.37$) respecto a los que referían EAV posterior a los 13 años ($^{20}N = 12$; $M = 2.91$; $DE = 3.05$), mientras los niveles de impulsividad ($p = .020$) eran más altos en los pacientes con EAV después de los 13 años ($^{20}N = 12$; $M = 7.41$; $DE = 4.92$).

²⁰ Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

EAV interpersonales y previas de los 13 años: En casos con depresión no se ha realizado el análisis por el bajo número de la muestra (EAV interpersonal anterior a los 13 N: 3 y posterior a los 13 N: 3).

Abuso sexual: El análisis de las categorías considerando la presencia de abuso sexual no se realizó por bajo número de la muestra.

Grupo control CS

EAV interpersonales: En CS no hay ninguna diferencia significativa (prueba de U Mann-Whitney) en ninguna de las variables asociadas a la imagen corporal, ni a los niveles de perfeccionismo o de experiencias disociativas entre los que tuvieron EAV interpersonales (N= 13) y los que no (N=20). Lo que si se encontró fue una diferencia en cuanto a los niveles de impulsividad motora medidos con el BIS ($p=.023$) siendo superior en los participantes con EAV interpersonales ($^{21}M=13,53$; $DE=6,56$) respecto a los que tuvieron otras EAV ($^{21}M=10,05$; $DE=3,15$).

EAV (impersonal+ interpersonal) previas a los 13 años: Con relación a las EAV previas a los 13 años (independientemente de si eran interpersonales o no) tampoco se encontraron diferencias con respecto a los niveles de insatisfacción corporal medidos con EDI-2, BAT, BSQ, ni en la imagen corporal, la impulsividad, el perfeccionismo o los niveles de DES.

EAV interpersonales y previas de los 13 años: En CS, la única variable que presenta significación estadística es STAI-Rasgo (U Mann Whitney, $p = .029$), aunque la

²¹ Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

distribución entre subgrupos es desigual (n = 5 EAV antes de los 13, y n= 8 EAV después de los 13 años). El grupo con EAV interpersonal anterior a los 13 presenta medias más altas de ansiedad rasgo ($^{22}M = 35$, $DE= 7.84$ vs. $M = 26.70$, $DE = 9.32$).

Abuso sexual: Con respecto a la categoría de abuso sexual, sí que se encontraron niveles superiores de impulsividad no planificada medida con el BIS (prueba de U Mann-Whitney, $p=.007$) en los CS que no habían padecido abuso sexual ($^{22}M=13,88$; $DS=3,42$) respecto a los que sí lo reportaban ($^{22}M= 10, 05$; $DS=3,07$).

5.3.2. Diferencias entre grupos

Siguiendo los objetivos específicos de este trabajo que buscan estudiar (en pacientes TCA) la asociación entre las EAV y los niveles de perfeccionismo, impulsividad, experiencias disociativas, DIC visual y no-visual, y la insatisfacción corporal, se han considerado las siguientes categorías: 1) EAV interpersonales, 2) EAV (impersonales + interpersonales) acaecidas antes de los 13 años, 3) EAV interpersonales y previas a los 13 años, y 4) abuso sexual.

Al evaluar las diferencias entre grupos seleccionando los casos con presencia de EAV (independientemente de las categorías específicas mencionadas arriba) los/as pacientes con TCA presentan más niveles de insatisfacción corporal, distorsión al espejo y niveles de perfeccionismo respecto a los CS o TDMR.

No hay diferencias significativas en cuanto a los niveles de disociación e impulsividad. En cuanto a las diferencias con respecto a las distintas categorías de EAV,

²² Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

se presentan las diferencias en la tabla 26. Como podemos observar, hay una tendencia de los/as pacientes TCA a referir EAV a edades más tempranas que el resto de los participantes, y tienen significativamente más EAV antes de los 13 años. Además, en los/as pacientes TCA encontramos una diferencia casi significativa en cuanto a presencia de abuso sexual a lo largo de la vida. En los/as pacientes con TDMR se encuentran niveles de perturbación más altos ($p=.023$) respecto a los otros grupos junto a más EAV a lo largo de la vida ($p=.001$).

Tabla 26. Diferencias entre categorías EAV de los distintos grupos

	TCA, N:72	TDMR, N:20	CS, N:33	
	N (%)	N (%)	N (%)	p^a
Presencia de AS (EAV elegida por participantes)	19 (26%)	1 (5%)	4 (12%)	.562
Presencia de AS (EAV a lo largo de la vida)	36 (50%)	9 (45%)	7 (17%)	.056
Presencia de EAV antes de los 13 años	42 (53%)	8 (40%)	7 (21%)	.042
EAV interpersonal	38 (52%)	6 (30%)	13 (32%)	.062
EAV interpersonal y previa a los 13 años	25 (31%)	3 (15%)	5 (15%)	.074
	TCA, N:72	TDMR, N:20	CS, N:33	
	M (DE)	M(DE)	M(DE)	p^b
Edad de la EAV elegida como más perturbadora	15,73 (9,50)	26,50 (16,52)	19,96 (9,89)	.051
Duración de la EAV	1,77 (3,24)	2,70 (5,76)	0,96 (2, 02)	.048

Nota. N= numero; M= media; DE= Desviación estándar; EAV= Experiencias adversas vitales; TCA= Trastornos de la conducta alimentaria. TDMR= Trastorno depresivo mayor recurrente; CS= Control sano; AS= Abuso sexual; ^aprueba Chi-cuadrado; ^bKruskal-Wallis.

Diferencias respecto a las distintas categorías de EAV

EAV Interpersonales: Si consideramos la presencia de EAV interpersonales entre los distintos grupos la prueba Chi cuadrado (Tabla 27) resulta no significativa al comparar los 3 grupos, aunque los tamaños de cada grupo están descompensados ($\chi^2 = 8.98$, $p = .062$).

Tabla 27. EAV interpersonales entre los distintos grupos

	TCA (N: 72)	CS (N: 33)	TDMR (N: 20)
EAV interpersonal	38 (52 %)	13 (39%)	6 (30%)
EAV impersonal	34 (48%)	20 (61%)	14 (70%)

Nota. TCA= Trastornos de la conducta alimentaria; CS= Control sano; TDMR= Trastorno depresivo mayor recurrente; EAV= Experiencias adversas vitales.

Las EAV interpersonales ocurrieron a más temprana edad ($^{23}M = 12.53$, $SD = 5.76$) que los otros EAV ($^{23}M = 23.19$, $SD = 12.84$) en los pacientes TCA. Es una diferencia muy significativa en la muestra global ($p = .020$).

Los resultados relativos a las variables de la distorsión corporal, la insatisfacción corporal, las experiencias disociativas, el perfeccionismo, y la impulsividad se describen en la tabla 28.

No hay diferencias significativas entre los 3 grupos con respecto al IMC. Los/as pacientes con TCA tienden a sobrestimar la figura sea al espejo que, sin él, pero la diferencia con los otros dos grupos es significativa solo para la distorsión visual.

²³ Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

Los/as pacientes TCA presentan significativamente niveles más altos de DIC visual, insatisfacción corporal y perfeccionismo, mientras que los TDMR presentan niveles significativamente más bajos de impulsividad medida con el EDI-2 y los CS niveles significativamente más bajos de experiencias disociativas (* Kruskal-Wallis con p ajustada tras Bonferroni).

Tabla 28. Diferencias intergrupales según presencia de EAV interpersonales

	TCA	TDMR	CS	p*
	M (DE)	M(DE)	M (DE)	
Distorsión corporal visual	0,80 (1,80)	-0,83 (1,21)	-0,7 (0,95)	.038
Distorsión corporal no-visual	0,70 (2,11)	-0,75 (1,22)	0 (1,35)	.158
IC test silueta	3,29 (2,12)	1,41 (1,02)	0,69 (0,75)	.002
BAT	67,42 (26,59)	37,16 (21,52)	26 (12,64)	.002
BSQ total	132,76 (48,77)	72,83 (36,13)	68, (25,22)	.000
EDI-IC	18,90 (10,81)	6 (6,35)	4,69 (4, 92)	.002
DES	15,06 (15,76)	8,88 (6,32)	4,46 (4,33)	.000
EDI-P	7,90 (4,02)	5,33 (4,92)	4,30 (4,31)	.028
EDI-I	5,61 (6)	1,33 (1,21)	2,53 (5,57)	.034
BIS	50,3 (15,48)	40,5 (9,77)	37,23 (9,39)	.015
IMC	21,58 (6,79)	22,6 (4,19)	23,82 (4,52)	.385

Nota. N= numero; M= media; DE= Desviación estándar; EAV= Experiencias adversas vitales; TCA= Trastornos de la conducta alimentaria. TDMR= Trastorno depresivo mayor recurrente; CS= Control sano; IC= Insatisfacción corporal; BAT= Cuestionario actitudes hacia el cuerpo; BSQ= *Body shape questionnaire*; EDI-IC= *Eating disorder inventory*, subescala insatisfacción corporal; DES= *Escala de experiencias disociativas*; EDI-P= *Eating disorder inventory*, subescala perfeccionismo; EDI-I= *Eating disorder inventory*, subescala impulsividad; BIS= Escala impulsividad; IMC= Índice de masa corporal; * Kruskal-Wallis.

EAV (impersonal+ interpersonal) acaecidas antes de los 13 años: En la tabla 29 se presentan los resultados relativos a la presencia de EAV previas a los 13 años. En este caso los/as pacientes TCA siguen presentando niveles superiores significativos de insatisfacción corporal, y DIC tanto visual como no-visual, pero no de perfeccionismo como en EAV interpersonal.

Tabla 29. Diferencias intergrupales según presencia de EAV antes de los 13 años

(sea impersonales que interpersonales)

	TCA	TDMR	CS	p*
	M (DE)	M(DE)	M (DE)	
Distorsión corporal visual	0,82 (1,60)	-0,75 (1,06)	-0,5(0,83)	.004
Distorsión corporal no-visual	0,85 (1,85)	-0,68 (1,48)	-0,66(0,51)	.015
IC test silueta	3,20 (2,19)	1,62 (2,08)	0,66 (0,81)	.013
BAT	67,67 (26,61)	49,5 (22,78)	27,5 (10,46)	.006
BSQ	132,37 (46,72)	87 (36,09)	67,33 (25, 65)	.002
EDI-IC	17,85(10,95)	10,87 (10,42)	6,66 (5, 24)	.033
DES	13,18 (13, 65)	13,30 (8,92)	4,5 (4,67)	.523
EDI-P	7,4 (4,11)	7 (4,32)	3,16 (3,33)	.489
EDI-I	5,05 (5,94)	2,62 (3,02)	2,33 (5,71)	.082
BIS	47,67 (15,34)	43 (10,5)	35,50 (10,59)	.781
IMC	25,24 (8,91)	29,08 (9,03)	22,7 (1,33)	.546

Nota. N= numero; M= media; DE= Desviación estándar; EAV= Experiencias adversas vitales; TCA= Trastornos de la conducta alimentaria. TDMR= Trastorno depresivo mayor recurrente; CS= Control sano; IC= Insatisfacción corporal; BAT= Cuestionario actitudes hacia el cuerpo; BSQ=*Body shape questionnaire*; EDI-IC= *Eating disorder inventory*, subescala insatisfacción corporal; DES= *Escala de experiencias disociativas*; EDI-P= *Eating disorder inventory*, subescala perfeccionismo; EDI-I= *Eating disorder inventory*, subescala impulsividad; BIS= Escala impulsividad; IMC= Índice de masa corporal; * Kruskal-Wallis.

EAV interpersonales y previas a los 13 años: La prueba Chi cuadrado refleja que las diferencias entre grupos no son significativas, aunque hay una tendencia próxima a la significación para los TCA que tienden a tener mayor proporción de EAV interpersonal anterior a los 13 ($\chi^2 = 5.21$, $p = .074$). Como se puede observar en la tabla 30 hay una tendencia significativa a sobreestimar la figura corporal al espejo para los TCA y se mantienen diferencias en cuanto a niveles de insatisfacción corporal. Sin embargo, no se encuentran diferencias con respecto a los niveles de impulsividad, perfeccionismo o insatisfacción corporal.

Tabla 30. Diferencias psicopatológicas intergrupales según presencia de EAV interpersonales y previas a los 13 años

	TCA	TDMR	CS	p*
	M (DE)	M(DE)	M (DE)	
Distorsión corporal visual	1,01 (1,83)	-1,00 (1,27)	-0,5(1,00)	.021
Distorsión corporal no-visual	0,98 (2,09)	-0,90 (1,88)	-0,75(0,50)	.070
IC test silueta	3,55 (2,20)	1,55 (1,11)	1,00 (0,81)	.022
BAT	69,80 (26,28)	42,60 (18,91)	26,75 (12,14)	.009
BSQ	139,84 (46,66)	80,60 (30,34)	72,25 (27,78)	.007
EDI-IC	19,65(10,48)	7,20 (6,30)	7,00(5,88)	.016
DES	14,39 (14, 95)	9,88(6,52)	5,50 (5,68)	.271
EDI-P	8,34 (3,94)	6 (4,66)	3,00 (4,24)	.082
EDI-I	6,15 (6,37)	1,20 (1,30)	3,50 (7,00)	.218
BIS	49,88 (16,35)	40,00 (10,83)	39,00 (10,48)	.251
IMC	25,59 (10,36)	28,34 (7,23)	22,85 (1,70)	.513

Nota. N= numero; M= media; DE= Desviación estándar; EAV= Experiencias adversas vitales; TCA= Trastornos de la conducta alimentaria. TDMR= Trastorno depresivo mayor recurrente; CS= Control sano; IC= Insatisfacción corporal; BAT= Cuestionario actitudes hacia el cuerpo; BSQ= *Body shape questionnaire*; EDI-IC= *Eating disorder inventory*, subescala insatisfacción corporal; DES= *Escala de experiencias disociativas*; EDI-P= *Eating disorder inventory*, subescala perfeccionismo; EDI-I= *Eating disorder inventory*, subescala impulsividad; BIS= Escala impulsividad; IMC= Índice de masa corporal; * Kruskal-Wallis.

Presencia de abuso sexual: Como señalado en la tabla 31, con respecto a la EAV abuso sexual, se mantiene una diferencia entre grupos con respecto a la DIC sea visual que no visual con una tendencia a sobrestimar y más insatisfacción asociada al cuerpo en los/as pacientes con TCA. Los/as pacientes TDMR presentan niveles de DIC no-visual significativamente más bajos respecto a los otros 2 grupo. No hay diferencias respecto a la clínica disociativa entre grupos, pero hay una tendencia significativa hacia valores más bajos en los CS. Tampoco hay diferencias para los niveles de impulsividad o perfeccionismo, o IMC.

Tabla 31. Diferencias psicopatológicas intergrupales según presencia de abuso sexual

	TCA	TDMR	CS	p*
	M (DE)	M (DE)	M (DE)	
Distorsión corporal visual	0,65 (1,55)	-0,72 (1,00)	0,14(0,69)	.004
Distorsión corporal no-visual	0,64 (1,78)	-0,55 (1,40)	0,42(0,53)	.015
IC test silueta	3,00 (2,30)	2,05 (1,44)	1,00 (0,57)	.013
BAT	65,35 (28,19)	49,66 (21,19)	27,00 (8,44)	.006
BSQ	127 (48,74)	91 (31,54)	65,28 (24,49)	.003
EDI-IC	17,04 (11,23)	10 (10,09)	4,71 (4,64)	.018
DES	15,17 (13, 55)	18,17 (17,89)	2,42 (1,13)	.067
EDI-P	7,35 (4,16)	6,33 (4,74)	5,14 (3,57)	.070
EDI-I	5,02 (5,59)	3,08 (5,15)	2 (5,29)	.352
BIS	50,26 (16,11)	44,66 (15)	33,57 (10,27)	.178
IMC	25,96 (9,75)	29,52 (7,80)	22,06 (1,96)	.165

Nota. N= numero; M= media; DE= Desviación estándar; EAV= Experiencias adversas vitales; TCA= Trastornos de la conducta alimentaria. TDMR= Trastorno depresivo mayor recurrente; CS= Control sano; IC= Insatisfacción corporal; BAT= Cuestionario actitudes hacia el cuerpo; BSQ= *Body shape questionnaire*; EDI-IC= *Eating disorder inventory*, subescala insatisfacción corporal; DES= *Escala de experiencias disociativas*; EDI-P= *Eating disorder inventory*, subescala perfeccionismo; EDI-I= *Eating disorder inventory*, subescala impulsividad; BIS= Escala impulsividad; IMC= Índice de masa corporal; * prueba Chi-cuadrado; * Kruskal-Wallis.

El análisis de otras variables destaca más clínica bulímica medida con el BITE ($p = .008$) en los/as pacientes TCA ($^{24}M=15,66$; $DE= 7,97$), respecto a los TDMR ($^{24}M=10,88$; $DE= 5,77$) o a los CS ($^{24}M= 3,42$; $DE= 3,10$).

5.4. Relación entre EAV e imagen corporal en TCA

Con respecto a los objetivos específicos relativos a estudiar la asociación entre las EAV interpersonales y previas a los 13 años y la DIC visual y no-visual, el perfeccionismo y la impulsividad, nos hemos planteado un modelo de análisis con regresión lineal en el cual haber pasado por EAV interpersonales antes de los 13 años podría tener un efecto predictor por diferentes variables en los trastornos de la alimentación. En el caso de los controles TDMR y los CS dicho análisis no se ha realizado por el bajo número de participantes con EAV interpersonales previas a los 13 años.

Relación entre las EAV interpersonales antes de los 13 años y la imagen corporal en TCA

El primer modelo tiene en cuenta varias variables predictoras (haber tenido una EAV interpersonal antes de los 13 años, el IMC al inicio del trastorno y el nº de hospitalizaciones), el segundo tiene 2 variables (EAV interpersonal <13 años + IMC al inicio), y el tercero solo la variable IMC inicial.

En los tres modelos las EAV interpersonales y previas a los 13 años siguen siendo significativas para la DIC visual, y la no visual, como se refleja en las tablas 32 y 33.

²⁴ Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

Tabla 32. EAV interpersonales y previas a los 13 años como predictores de DIC

perceptiva visual en TCA

Modelo	Coefficientes no estandarizados		Coefficientes estandarizados		t	p*
	B	Error estándar	Beta	Beta		
1 (Constante)	2,396	,579			4,14	.000
IMC inicial	-,084	,026	-,344		-3,21	.002
2 (Constante)	2,213	,567			3,89	.000
IMC inicial	-,087	,025	-,357		-3,43	.001
EAV_interpersonal_menos13	,829	,351	,246		2,36	.021
3 (Constante)	1,920	,574			3,34	.001
IMC inicial	-,084	,025	-,342		-3,34	.001
EAV_interpersonal_menos13	,783	,345	,232		2,27	.026
Número de hospitalizaciones	,283	,138	,209		2,04	.044

Nota. * Variable dependiente: Distorsión con espejo

En el caso de la distorsión no-visual solo se han utilizado dos modelos con la IMC al debut de la enfermedad solo, y después conjuntamente a las EAV interpersonales previas a los 13 años.

Tabla 33. EAV interpersonales y previas a los 13 años como predictores de DIC

perceptiva no-visual en TCA

Modelo	Coefficientes no estandarizados		Coefficientes estandarizados		t	p*
	B	Error estándar	Beta	Beta		
1 (Constante)	2,709	,670			4,04	.000
IMC inicial	-,106	,030	-,371		-3,50	.001
2 (Constante)	2,460	,648			3,79	.000
IMC inicial	-,111	,029	-,386		-3,79	.000
EAV_interpersonal_menos13	1,124	,401	,285		2,80	.006

Nota. * Variable dependiente: Distorsión sin espejo

Relación entre las EAV interpersonales antes de los 13 años, impulsividad, perfeccionismo y experiencias disociativas.

Se ha realizado también un análisis de la relación entre EAV interpersonales y previas a los 13 años y las dimensiones psicopatológica de la enfermedad de perfeccionismo e impulsividad, así como con los niveles de DES.

En este caso solo se ha utilizado un modelo (tabla 34), el que incluye como constante las EAV, y los resultados resultan significativos para predecir el perfeccionismo (EDI-2) y la impulsividad (EDI-2), pero no para los niveles de DES ($p=.245$).

Tabla 34. EAV interpersonales y previas a los 13 años como predictores de impulsividad y perfeccionismo en TCA

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	p*
	B	Error estándar			
1 (Constante)	6,255	,544		11,49	.000
EAV_interpersonal_menos13	2,329	,987	,260	2,35	.021
* Variable dependiente: EDI perfeccionismo					
2 (Constante)	3,873	,708		5,47	.000
EAV_interpersonal_menos13	2,627	1,284	,227	2,04	.044
* Variable dependiente: EDI Impulsividad					

5.5. Resumen de los resultados más significativos

5.5.1. Diferencias entre grupos de estudio

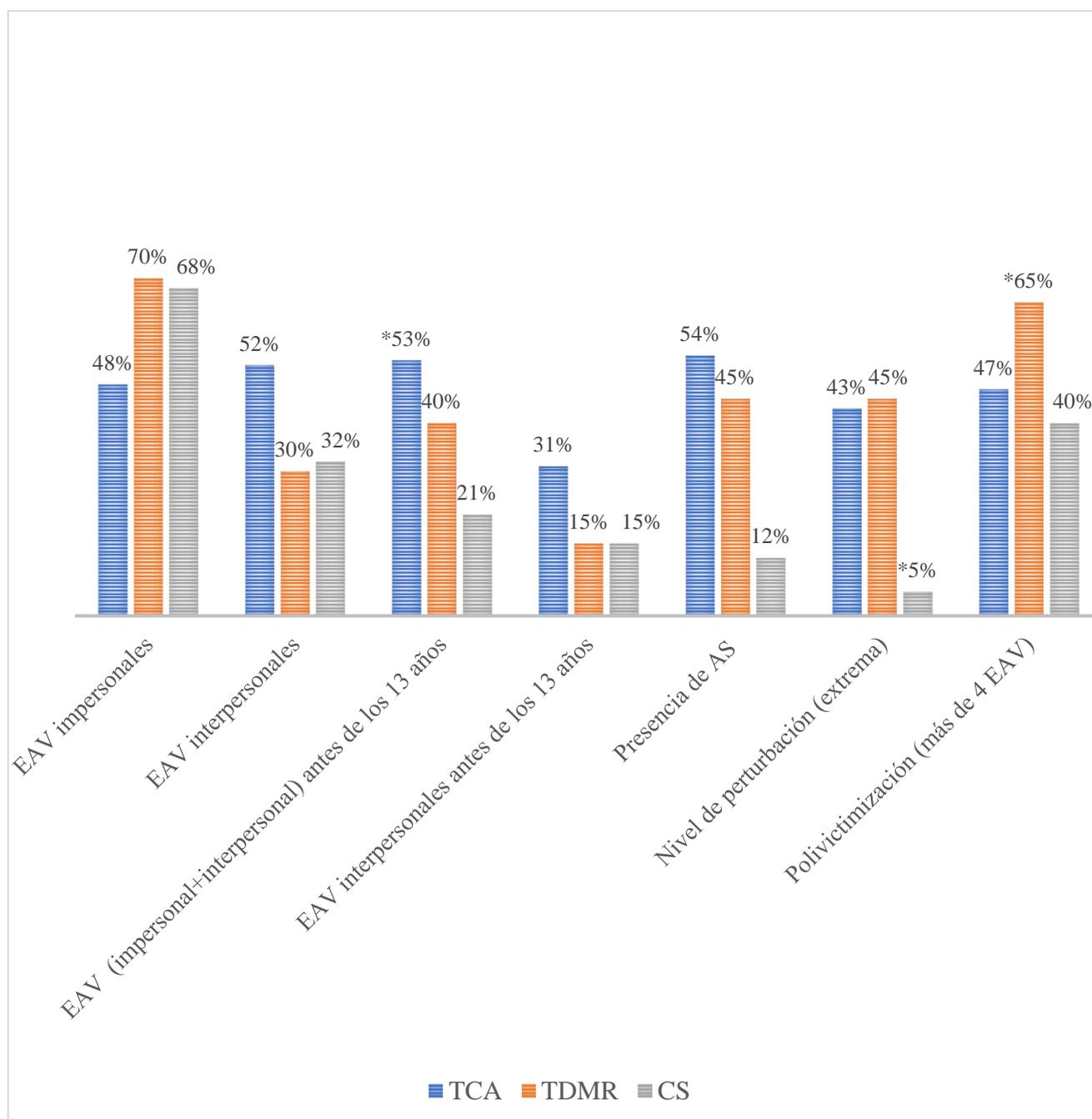
A continuación, se representan los resultados principales en los tres grupos (grafica 14) con respecto a la presencia de EAV (y sus categorías), a la DIC, y a las variables de impulsividad, perfeccionismo, DES e insatisfacción corporal. Así mismo se representan las diferencias intragrupo en los pacientes TCA con respecto a la DIC.

Categorías EAV: La prueba Chi cuadrado refleja que las diferencias entre grupos no son significativas, aunque sí hay una tendencia próxima a la significación estadística indicando que los pacientes de TCA tienden a tener mayor proporción de EAV interpersonales y EAV interpersonales anteriores a los 13 que los otros 2 grupos. Además, en los/as pacientes TCA las EAV interpersonales ocurren a una edad significativamente inferior respecto a los/as TDMR y CS.

La diferencia es significativa cuando se consideran las EAV previas a los 13 años independientemente de que sean EAV interpersonales o impersonales, siendo superior en los/as pacientes TCA.

En cuanto a las otras categorías los CS presenta significativamente menos niveles de perturbación extrema y los TDMR más EAV a lo largo de la vida y con una duración en el tiempo mayor.

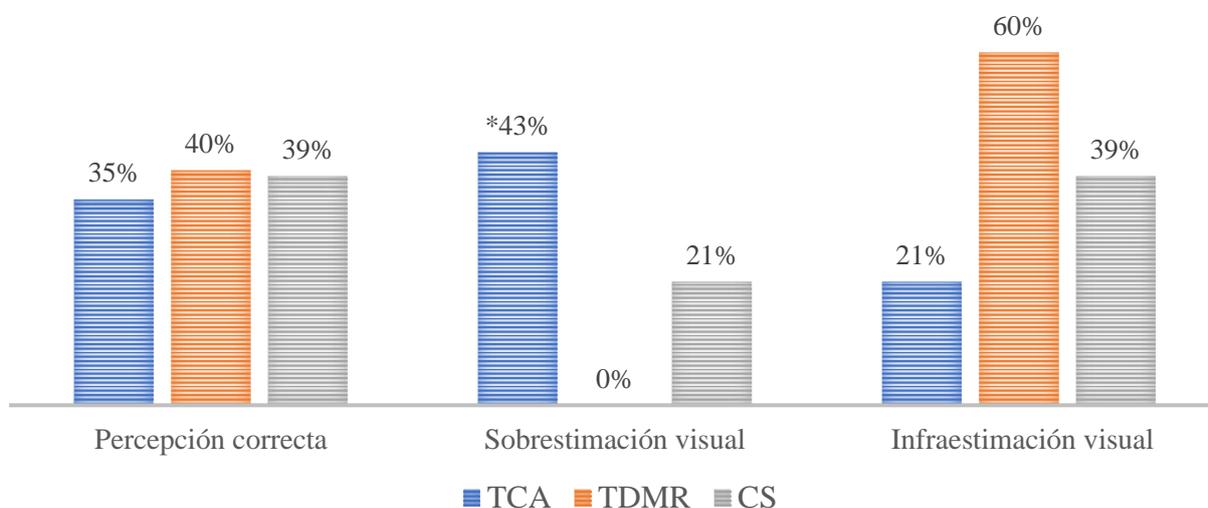
Gráfica 14. Categorías EAV en los distintos grupos de estudio.



Nota. EAV= Experiencias adversas vitales; TCA= Trastornos de la conducta alimentaria. TDMR= Trastorno depresivo mayor recurrente; CS= Control sano. * Chi Cuadrado, p sig. < .05

Distorsión de la imagen corporal: En la gráfica 15 a continuación se señalan las diferencias entre grupos con respecto a la presencia de DIC. En los/as pacientes TCA hay una tendencia a sobreestimar la figura sea con espejo que, sin él siendo significativa solo la distorsión visual.

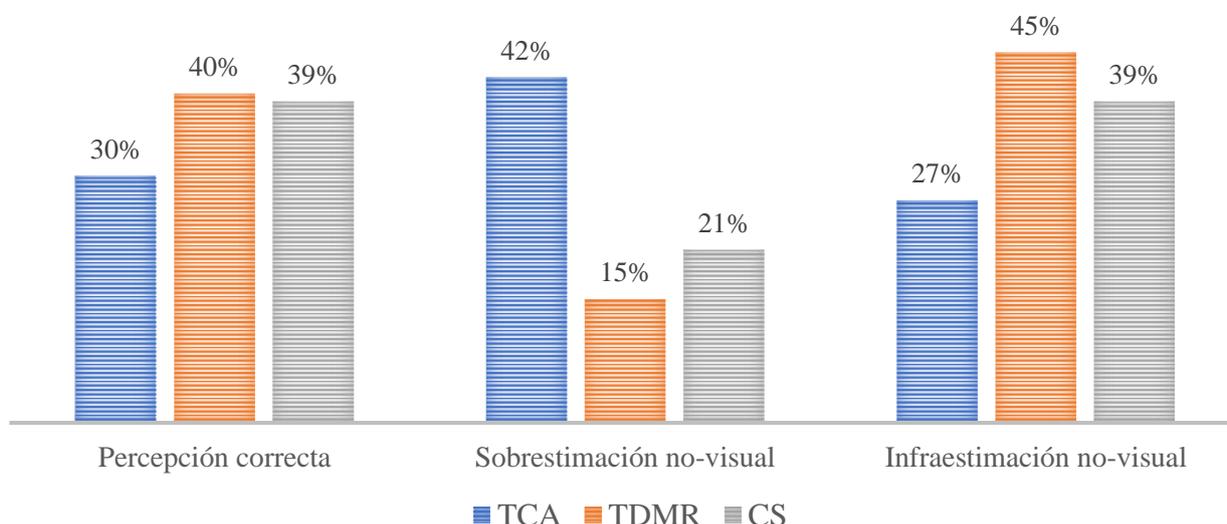
Gráfica 15. Distorsión corporal en el espejo



Nota. TCA= Trastornos de la conducta alimentaria. TDMR= Trastorno depresivo mayor recurrente; CS= Control sano. * Chi Cuadrado, p sig. < .05

Con relación a la distorsión perceptiva no-visual (ver grafica 16) no hay diferencias significativas (Chi-cuadrado) entre grupos. En los pacientes TDMR aparece una sobreestimación de la figura que no presentan cuando se miran al espejo.

Gráfica 16. Distorsión corporal sin en el espejo



Nota. TCA= Trastornos de la conducta alimentaria. TDMR= Trastorno depresivo mayor recurrente; CS= Control sano.

Diferencias psicopatológicas en pacientes TCA con distorsión versus pacientes sin distorsión

Los/as pacientes TCA con DIC al espejo (sea sobre que infraestimación de la silueta) representan un grupo con más psicopatología alimentaria ($^{25}M= 41,63$ y $DE= 23,12$) (medida con EAT-40), más niveles de ineficacia ($^{25}M= 9,48$ y $DE= 6,72$) e inseguridad social ($^{25}M= 7,74$ y $DE= 5,23$) (medidos con EDI-2) y menos IMC ($^{25}M= 24,17$ y $DE= 6,52$) con respecto a los pacientes sin distorsión (EAT-40, $^{25}M:29$ y $DE: 20,3$; EDI-In, $M=6,44$ y $DE=4,83$; EDI-IS, $M= 5,16$ y $DE= 3,17$; IMC, $M= 29,14$ y $DE= 10,44$), pero no se encuentran diferencias significativas con respecto a los niveles de insatisfacción corporal, número de ingresos o niveles de ansiedad y depresión comórbidos.

²⁵ Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

Si consideramos diferencias entre las variables en función de la distorsión no visual (sea sobre que infraestimación de la silueta), los/as pacientes TCA con distorsión (N: 53; 69,6%) presentaban más niveles de insatisfacción medidos con el EDI-2 ($p = .034$; prueba t de student para muestras relacionadas).

Diferencias en disociación, perfeccionismo e impulsividad según EAV asociadas

Con respecto a las diferencias considerando la presencia EAV per se, independientemente de la categoría, los/as pacientes con TCA presentan más niveles de insatisfacción corporal, distorsión al espejo y niveles de perfeccionismo respecto a los CS o TDMR. No se encuentran diferencias entre grupos con respecto a los niveles de disociación o de impulsividad.

En la tabla 35 se representan las diferencias entre niveles de experiencias disociativas, perfeccionismo e impulsividad con respecto a las principales categorías de EAV. Si consideramos las *EAV interpersonales* los/as pacientes TCA suelen presentar significativamente niveles de perfeccionismo mayores, y los/as pacientes TDMR niveles de impulsividad menores con respecto a los otros dos grupos, pero no se encuentran diferencias entre niveles de disociación o impulsividad medidos con el BIS o el EDI-2. Con respecto a las *EAV anteriores a los 13 años* (independientemente de que sean impersonales o interpersonales) los pacientes TCA siguen presentando niveles superiores de impulsividad y perfeccionismo y DES, pero no significativos, respecto a los otros dos grupos. En el caso de las *EAV interpersonales y previas a los 13 años* se encuentran niveles superiores (no significativos) de experiencias disociativas, impulsividad en pacientes TCA, respecto a los otros dos grupos. Hay una tendencia a la significación del grupo TCA para los niveles de perfeccionismo. Finalmente, para la categoría *presencia*

de abuso sexual vemos que hay una tendencia a la significación para los/as CS con respecto a los niveles de DES y perfeccionismo siendo más bajos en los CS con abuso sexual.

Tabla 35. Diferencias en variables psicopatológicas entre los distintos grupos según presencia de las distintas EAV

	TCA M (DE)	TDMR M (DE)	CS M (DE)	p*
<u>Según presencia de EAV interpersonales</u>				
DES	15,06 (15,76)	8,88 (6,32)	4,46 (4,33)	.000
EDI-P	7,90 (4,02)	5,33 (4,92)	4,30 (4,31)	.028
EDI-I	5,61 (6)	1,33 (1,21)	2,53 (5,57)	.034
BIS	50,3 (15,48)	40,5 (9,77)	37,23 (9,39)	.015
<u>Según presencia de EAV (impersonales + interpersonales) previas a los 13 años</u>				
DES	13,18 (13, 65)	13,30 (8,92)	4,5 (4,67)	.523
EDI-P	7,4 (4,11)	7 (4,32)	3,16 (3,33)	.489
EDI-I	5,05 (5,94)	2,62 (3,02)	2,33 (5,71)	.082
BIS	47,67 (15,34)	43 (10,5)	35,50 (10,59)	.781
<u>Según presencia de EAV interpersonales y previas a los 13 años</u>				
DES	14,39 (14, 95)	9,88(6,52)	5,50 (5,68)	.271
EDI-P	8,34 (3,94)	6 (4,66)	3,00 (4,24)	.082
EDI-I	6,15 (6,37)	1,20 (1,30)	3,50 (7,00)	.218
BIS	49,88 (16,35)	40,00 (10,83)	39,00 (10,48)	.251
<u>Según presencia de abuso sexual</u>				
DES	15,17 (13, 55)	18,17 (17,89)	2,42 (1,13)	.067
EDI-P	7,35 (4,16)	6,33 (4,74)	5,14 (3,57)	.070
EDI-I	5,02 (5,59)	3,08 (5,15)	2 (5,29)	.352
BIS	50,26 (16,11)	44,66 (15)	33,57 (10,27)	.178

Nota. EAV= Experiencias adversas vitales; TCA= Trastornos de la conducta alimentaria. TDMR= Trastorno depresivo mayor recurrente; CS= Control sano; DES= Escala de experiencias disociativas; EDI-P= Eating disorder inventory, subescala perfeccionismo; EDI-I= Eating disorder inventory, subescala impulsividad; BIS= Escala impulsividad; * Kruskal-Wallis.

Diferencias en niveles de DIC e insatisfacción corporal según EAV asociadas

En la tabla 36, se representan las diferencias en la distorsión corporal visual, distorsión corporal no-visual, insatisfacción corporal (medida con CDS, EDI-IC, BSQ, y BAT), e IMC con respecto a las EAV interpersonales, EAV (impersonales+ interpersonales) acaecidas antes de los 13 años, EAV interpersonales y previas a los 13 años, y abuso sexual:

EAV interpersonales: Los/as pacientes TCA suelen sobrestimar su cuerpo sea al espejo que, sin él, pero solo la DIC visual es significativa respecto a los otros dos grupos, que tienden a infraestimar la silueta. Además, los/as pacientes TCA presentan significativamente más insatisfacción corporal en todos sus aspectos (cognitivos, actitudinales y emocionales).

EAV (impersonales+ interpersonales) acaecidas antes de los 13 años: Los/as pacientes TCA siguen presentando niveles significativamente superiores a los otros dos grupos, y también la DIC no-visual asume diferencias significativas.

EAV interpersonales y previas a los 13 años: Volvemos a encontrar niveles superiores de insatisfacción corporal en pacientes TCA, pero la sobrestimación no visual no resulta significativa respecto a los grupos TDMR y CS, que siguen presentando tendencia a infraestimar la silueta.

Presencia de abuso sexual: En este caso resulta significativa la tendencia a sobrestimar la silueta en el espejo para el grupo TCA, mientras que en el grupo TDMR con abuso hay una tendencia significativa a infraestimar el cuerpo.

Tabla 36. Diferencias en imagen corporal entre los distintos grupos según presencia de las distintas EAV

	TCA	TDMR	CS	p*
	M (DE)	M (DE)	M (DE)	
<u>Según presencia de EAV interpersonales</u>				
Distorsión corporal visual	0,80 (1,80)	-0,83 (1,21)	-0,7 (0,95)	.038
Distorsión corporal no-visual	0,70 (2,11)	-0,75 (1,22)	0 (1,35)	.158
IC test silueta	3,29 (2,12)	1,41 (1,02)	0,69 (0,75)	.002
BAT	67,42 (26,59)	37,16 (21,52)	26 (12,64)	.002
BSQ total	132,76 (48,77)	72,83 (36,13)	68, (25,22)	.000
EDI-IC	18,90 (10,81)	6 (6,35)	4,69 (4, 92)	.002
IMC	21,58 (6,79)	22,6 (4,19)	23,82 (4,52)	.385
<u>Según presencia de EAV (impersonales + interpersonales) previas a los 13 años</u>				
Distorsión corporal visual	0,82 (1,60)	-0,75 (1,06)	-0,5(0,83)	.004
Distorsión corporal no-visual	0,85 (1,85)	-0,68 (1,48)	-0,66(0,51)	.015
IC test silueta	3,20 (2,19)	1,62 (2,08)	0,66 (0,81)	.013
BAT	67,67 (26,61)	49,5 (22,78)	27,5 (10,46)	.006
BSQ	132,37 (46,72)	87 (36,09)	67,33 (25, 65)	.002
EDI-IC	17,85(10,95)	10,87 (10,42)	6,66 (5, 24)	.033
IMC	25,24 (8,91)	29,08 (9,03)	22,7 (1,33)	.546
<u>Según presencia de EAV interpersonales previas a los 13 años</u>				
Distorsión corporal visual	1,01 (1,83)	-1,00 (1,27)	-0,5(1,00)	.021
Distorsión corporal no-visual	0,98 (2,09)	-0,90 (1,88)	-0,75(0,50)	.070
IC test silueta	3,55 (2,20)	1,55 (1,11)	1,00 (0,81)	.022
BAT	69,80 (26,28)	42,60 (18,91)	26,75 (12,14)	.009
BSQ	139,84 (46,66)	80,60 (30,34)	72,25 (27,78)	.007
EDI-IC	19,65(10,48)	7,20 (6,30)	7,00(5,88)	.016
IMC	25,59 (10,36)	28,34 (7,23)	22,85 (1,70)	.513

	TCA	TDMR	CS	p*
	M (DE)	M (DE)	M (DE)	
<u>Según presencia de abuso sexual</u>				
Distorsión corporal visual	0,65 (1,55)	-0,72 (1,00)	0,14(0,69)	.004
Distorsión corporal no-visual	0,64 (1,78)	-0,55 (1,40)	0,42(0,53)	.015
IC test silueta	3,00 (2,30)	2,05 (1,44)	1,00 (0,57)	.013
BAT	65,35 (28,19)	49,66 (21,19)	27,00 (8,44)	.006
BSQ	127 (48,74)	91 (31,54)	65,28 (24,49)	.003
EDI-IC	17,04 (11,23)	10 (10,09)	4,71 (4,64)	.018
IMC	25,96 (9,75)	29,52 (7,80)	22,06 (1,96)	.165

Nota. EAV= Experiencias adversas vitales; TCA= Trastornos de la conducta alimentaria. TDMR= Trastorno depresivo mayor recurrente; CS= Control sano; IC= Insatisfacción corporal; BAT= Cuestionario actitudes hacia el cuerpo; BSQ=*Body shape questionnaire*; EDI-IC= *Eating disorder inventory*, subescala insatisfacción corporal; IMC= Índice de masa corporal; * Kruskal-Wallis.

5.5.2. Diferencias en subgrupos TCA con respecto a la imagen corporal según tipos de EAV

Los/as pacientes TCA con DIC visual presentan más niveles de psicopatología alimentaria (medidos con EAT-40), de ineficacia e inseguridad social (medidos con EDI-2) superiores y el IMC inferior pero no más insatisfacción corporal, mientras que los/as pacientes TCA con DIC no-visual si presentan más niveles insatisfacción corporal y ninguna otra diferencia significativa con respecto a las variables de estudio.

A continuación, se resumen las diferencias con respecto a las distintas EAV.

EAV interpersonales: No se encuentran diferencias con respecto a las variables clínicas de depresión, ansiedad, niveles de impulsividad, distorsión de la imagen, insatisfacción corporal, niveles de experiencias disociativas, ni en cuanto a alguna de las

variables pronósticas de la enfermedad entre pacientes con EAV interpersonales respecto a los otras.

EAV (impersonales + interpersonales) previas a los 13 años: Los/as pacientes TCA con EAV antes de los 13 años (independientemente de la categoría de impersonal o interpersonal), respecto a los/as que presentan EAV después de los 13 años, presentan más sobrestimación de la figura corporal sea al espejo que sin él, siendo significativa solo la sobreestimación no visual en los TCA con EAV previa a los 13 años ($^{26}M= 0,85$; $DE= 1,85$) respecto a los/as pacientes con EAV posterior a los 13 años ($^{26}M= -0,01$; $DE= 1,75$). No hay diferencias significativas entre pacientes con TCA y EAV anteriores a los 13 años y aquellos pacientes con TCA ($^{26}M=17.66$; $DS=10.89$) y EAV posteriores a esta edad ($^{26}M=16.47$; $DS=11.09$) en cuanto a insatisfacción corporal medida con EDI-2, ni con las otras escalas de insatisfacción corporal.

EAV interpersonales y previas a los 13 años: Si nos centramos en las EAV interpersonales y previas a los 13 años tampoco encontramos diferencias en la DIC o en la insatisfacción en los pacientes que las habían padecido respecto a los que no. Si se observan diferencias significativas en cuanto a perfeccionismo: los pacientes con TCA que tuvieron un EAV interpersonal anterior a los 13 años tienen niveles más altos ($^{26}M= 8,64$ y $DE= 3,88$) respecto a los otros ($^{26}M= 6,15$ y $DE= 4,20$).

Abuso sexual: Con respecto a la categoría de abuso sexual su presencia se describe con más frecuencia en los/as pacientes con menos niveles de bulimia ($p= .007$), más niveles desconfianza interpersonal medidos con el EDI-2 ($p=.018$) y habiendo ocurrido

²⁶ Nota. M= Media; r= Rango; DE= Desviación estándar; N= número muestra

en el periodo de la infancia ($p = .001$), pero no se encuentra significativamente más presente en los/as pacientes con más niveles de distorsión corporal, ni más insatisfacción corporal.

En una regresión logística binaria si consideramos como variable independiente las EAV interpersonales (vs. Otro tipo), estas no son predictores significativos para ninguna de las variables de estudio.

Sin embargo, en el mismo modelo con la variable EAV interpersonal antes de los 13 años como variable independiente, los resultados resultan significativos para predecir el perfeccionismo (EDI-2) y la impulsividad (EDI-2), y la distorsión corporal sea visual que no visual en la edad adulta de los pacientes TCA.

6. Discusión

Los resultados, se discutirán, en primer lugar, en función de la hipótesis general del presente trabajo para seguir con las hipótesis específicas planteadas. Finalmente, se procederá a relatar las principales fortalezas y limitaciones que padece el estudio realizado, para cerrar con las conclusiones.

Hipótesis general: *Las EAV interpersonales antes de los 13 años determinan una distorsión significativa de la imagen corporal al espejo. La clínica disociativa, el perfeccionismo y la impulsividad son los factores mediadores entre la EAV y la DIC.*

El objetivo general de este trabajo es estudiar y describir la asociación entre las EAV y la DIC en pacientes con TCA. Resulta pertinente, considerado el aumento de casos que necesitan atención especializada y la resistencia al tratamiento de estos/as pacientes debido a la DIC que presentan (96,97,116). A pesar de este incremento de incidencia muy pocos estudios se centran en la imagen corporal (134).

Nuestra hipótesis se cumple parcialmente ya que el grupo TCA si presenta más distorsión visual respecto a los otros dos, pero a nivel intragrupo la diferencia se da solo con respecto a la DIC no-visual. Además, los/as pacientes TCA con EAV interpersonales previas a los 13 años presentan más perfeccionismo e impulsividad respecto a los TDMR y los CS, pero no más disociación, y siendo significativa solo la diferencia con respecto a los niveles de perfeccionismo.

La regresión logística señala como las EAV interpersonales y previas a los 13 años predicen más impulsividad, perfeccionismo y DIC visual y no-visual, en los/as pacientes TCA que las habían padecido, pero no más experiencias disociativas.

Los/as pacientes TCA con EAV interpersonal y más DIC no-visual son los más impulsivos y los que presentan más insatisfacción corporal. Los/as pacientes con más DIC visual con EAV presentan más perfeccionismo. Creemos que la impulsividad y el perfeccionismo podrían influenciar la forma en que los/as pacientes TCA evalúan su cuerpo donde la primera influenciaría la DIC no-visual y el segundo la DIC visual.

Si consideramos los resultados relativos a la presencia de EAV en los grupos de estudios, la frecuencia reportada no difiere significativamente en los tres grupos: los/as pacientes con TCA refieren haber padecido EAV en el 91% de la muestra, los/as TDMR en el 100% de la muestra, y los CS en el 80%. Estas cifras son ligeramente superiores a las descritas en la literatura, habiéndose reportado prevalencias del 54% en pacientes con trastornos afectivos (83) y entre el 5% y el 66% en pacientes TCA (83,92,96,190,191). Esta diferencia puede ser debida al tener el presente trabajo una muestra no muy elevada, y a que es representada por pacientes crónicos/as habiéndose descrito en la literatura presencia de EAV en los/as pacientes TCA con más años de evolución (159).

En relación a la EAV interpersonales en la infancia de este estudio (TCA: 53%; TDMR: 40%, CS: 21%), considerando que la mayoría de las investigaciones revisan maltrato infantil dentro de las relaciones interpersonales, las cifras reportadas son similares a las encontradas en la literatura (190,192), y con una tendencia significativa para los TCA a referir dichas experiencias con más frecuencia respecto a los otros dos grupos. No disponemos de muchos estudios que exploran una edad concreta de EAV en TCA (152,153), por lo cual no podemos extrapolar conclusión al respecto. Se ha descrito la presencia del polimorfismo del alelo corto del gen para el transportador de la serotonina en pacientes con BN y presencia de EAV en la infancia (193). Así mismo, la presencia de EAV interpersonales en la infancia se han reportado en pacientes TCA con

desregulación emocional e impulsividad (101-104,155,169). La edad a la cual una EAV se produce es importante ya que se ha asociado a una alteración en los circuitos cerebrales responsables de la respuesta al estrés y al sistema de recompensa y evitación del daño (194). Los/as pacientes TCA tiende a referir poco apoyo familiar y, probablemente, se trata de un grupo que se ha visto más expuesto a la posibilidad de vivir EAV en un periodo de edad donde se encuentran más vulnerables.

La identidad corporal es una “foto que se construye en el tiempo a través de nuestras experiencias sensoriales” ya desde los primeros meses de vida. Hasta los dos años es prioritaria la relación madre/padre hijo/a, cuando se empieza a desarrollar una idea del *self* (118-120, 127, 195). En general, las personas con relaciones de confianza y con apego seguro presentan más satisfacción con su cuerpo (127,129,196).

EAV interpersonales como el acoso escolar, el abuso emocional, y el físico se han asociado a la presencia de distorsión e insatisfacción corporal en la edad adulta (143,146). En nuestro trabajo, el grupo TCA presenta dichas EAV con más frecuencia durante la adolescencia. En este periodo las personas experimentan distintos cambios en los ámbitos psico-físico, social, y sexual (197). Por esto se puede hipotetizar como la presencia de EAV interpersonales en esta etapa, sobre todo en la adolescencia temprana puede repercutir en la imagen corporal.

En el presente estudio los/as pacientes TCA con EAV interpersonales y previas a los 13 años no presentan más DIC visual respecto a los pacientes con EAV interpersonales posteriores a los 13 años. Los que si se encuentra en los/as pacientes TCA que han padecido EAV antes de los 13 años independiente del tipo (impersonal o interpersonal)

es la presencia una DIC no-visual. A nivel intergrupar los/as pacientes TCA presentan significativamente más DIC visual respecto a los otros grupos.

El córtex cingulado anterior mantiene interconexiones con el córtex parietal cuya implicación en la evaluación de la silueta ha sido descrita en TCA (140). Estas áreas se han implicado también en la expresión emocional y se encuentran alteradas en adultos que han padecido maltrato en la infancia (194).

Esto podría explicar cómo los/as pacientes TCA con EAV en la adolescencia temprana, cuando se miran al espejo se evalúan mal, y esta distorsión es aún mayor a nivel no-visual, ya que, al cerrar los ojos, entran en juego otras experiencias sensoriales como las interoceptivas y la propioceptivas, y las emocionales (133,134,171,198). De hecho, Mölbert *et al.* (137), en un metaanálisis sobre la evaluación perceptiva de la DIC en TCA sugiere que intentar evaluar el componente perceptivo de la imagen corporal siempre estará sujeto a sesgo ya que no se puede separar del componente cognitivo-afectivo.

El constructo de la imagen corporal es todavía terreno de debate por su complejidad al converger con aspectos emocionales, cognitivos, actitudinales y perceptivos (120-124). Las EAV se han identificado como factores implicados en la formación de una imagen corporal (127-129). Así mismo, diferentes estudios han descrito la presencia de síntomas somatomorfos, desregulación emocional, apego inseguro, y ansiedad en adultos que habían padecido EAV en la infancia (106,162,199,200).

Los primeros años de vida definirán a través de la relación con nuestro cuidador como nos vinculamos y respondemos al entorno en la vida adulta (127,201,202). La existencia de apego inseguro se ha asociado a experiencias de trauma en la infancia y

posterior desarrollo de psicopatología en la edad adulta (203, 204), habiéndose descrito en población TCA con EAV interpersonales en la infancia la presencia de diferentes formas de apego inseguro, además de insatisfacción corporal, y capacidad de mentalización alterada (127, 205-207). Esto puede generar una dificultad en reconocer sensaciones corporales y en diferenciarlas de los estados emocionales (207,208), situación que se ha descrito en pacientes TCA con clínica bulímica (196, 209). En línea con estas hipótesis, nuestros resultados señalan la presencia de una DIC no-visual, en los/as pacientes TCA más impulsivos/as representadas por el grupo de AN-P, BN y TA, en los cuales, la tendencia a atracarse es el síntoma alimentario prevalente. Todos/as estos/as pacientes refiere EAV en la infancia Se puede sugerir que dicha experiencia genera un apego inseguro que a su vez se asocia a un estado emocional no reconocido que se traslada al cuerpo (127,196).

A nivel intragrupo, las EAV interpersonales y previas a los 13 años identifican a pacientes TCA con más niveles de perfeccionismo y los niveles de impulsividad asumen diferencias casi significativas.

Los rasgos perfeccionistas junto a la impulsividad son dos características comunes de los/as pacientes TCA (5). La tendencia a ayunar y las ingestas compulsivas serían las presentaciones fenomenológicas de estas dos facetas psicopatológicas. Así mismo en el perfeccionismo es considerado un factor predictivo de la evolución de los TCA (170). Así mismo, Boone, *et al.* (210) sugiere más vulnerabilidad frente a las relaciones interpersonales en personas con altos niveles de perfeccionismo. Los síntomas disociativos y la desregulación emocional han sido descritos en pacientes TCA con problemas vinculares que habían padecido acoso escolar o abuso sexual (101,211,212). La preocupación por el peso se ha asociado con la presencia de abuso emocional tanto en

AN como en BN (110,114,69,211). Se podría hipotetizar que la desregulación emocional se relaciona con la insatisfacción corporal a través del perfeccionismo (135, 170).

No hemos encontrados otros estudios con pacientes TCA que evalúen la edad de una EAV como predictora de distorsión corporal en la edad adulta. Habitualmente los trabajos se centran en definir el tipo de EAV (por ejemplo, emocional, físico...), sobre todo en población no clínica, y se enfocan en los aspectos cognitivos de la insatisfacción corporal o en el IMC, sin hacer referencia al componente perceptivo de la imagen corporal (103, 143-146,152,153,156-160,162-165).

En pacientes TCA la presencia de EAV interpersonales en la infancia se ha asociado a los aspectos cognitivos de la imagen corporal, e identifican la clínica TEPT y los atracones como posibles factores mediadores (153,159, 209). Entre las EAV interpersonales tanto el acoso escolar como el abuso emocional se relacionan con la baja autoestima (143,146).

En este estudio hemos pedido a los/as participantes cerrar los ojos antes de elegir la figura que creían tener. De alguna manera hemos separado “el cuerpo que ven desde el cuerpo que sienten”. El vernos al espejo nos hace comparar con los modelos estéticos vigentes y esto puede influenciar que no nos guste lo que vemos si no es lo que se espera de la sociedad (122,123), pudiendo este factor influenciar en la evaluación de la silueta. Así mismo, puede que, al cerrar los ojos las emociones negativas sean vividas en el cuerpo e influencien la percepción de este (198). Las vivencias asociadas a las EAV interpersonales padecidas se “transformarían” entonces en rumiaciones y preocupación excesiva alrededor de la figura corporal en personas perfeccionistas y con problemas de autoestima, características habituales en los TCA (5, 135). Los/as niños/as que se han sentidos vulnerados dentro de sus relaciones de apego podrían desarrollar conductas de

control de su cuerpo para lidiar con las emociones negativas y cuando se miran al espejo no pueden “verse como realmente son”, sino que se juzgan con sus emociones (133,198).

En nuestro estudio los/as pacientes TCA presentan una tendencia a sobreestimar la figura sea con espejo que, sin él siendo significativa solo la distorsión visual a nivel intergrupar y la DIC no visual a nivel intragrupo con respecto a las EAV ocurrida en la infancia. En los/as pacientes TCA hay una tendencia a sobrestimar y en los otros grupos a infraestimar el cuerpo. Aun sin encontrar una diferencia estadísticamente significativa, parece que los pacientes con TCA valoran su cuerpo con más dificultad cuando lo “sienten”. En los pacientes TDMR aparece una sobreestimación de la figura al “sentir el cuerpo” que no presentan cuando se miran al espejo. En palabras, valoramos nuestro cuerpo como más grande cuando no utilizamos la vista. Se puede plantear una influencia de la experiencia traumática en la activación de áreas implicadas en el reconocimiento corporal (194). Además, al pedir a los/as pacientes que sientan el cuerpo estamos favoreciendo una conexión con el mundo emocional interno que, al ser negativo en los pacientes con EAV interpersonales se traduciría en una alteración de la evaluación corporal (208). Esto apoyaría la idea de que no hay solo una influencia social con relación a la valoración del cuerpo cuando es evaluado, sino que existe una alteración en la capacidad de mentalización en las personas con EAV que se asocian a una desregulación emocional (87,141,208,209).

En su conjunto parece que los resultados del presente trabajo apoyan, como descrito en la literatura que, cuando los/as pacientes TCA evalúan su cuerpo, están desplazando sobre su silueta sus emociones displacenteras, y creen que la evaluación de la DIC debería

de considerar más el aspecto actitudinal hacia el cuerpo, ya que no creen que haya realmente una distorsión perceptiva, sino una evaluación negativa del mismo (141, 208).

En resumen, creemos que cuando cerramos los ojos contactamos con las sensaciones derivadas de nuestro cuerpo, internas o externas que pueden ser placenteras o molestas. Se podría decir entonces que la insatisfacción corporal que viven los/as pacientes TCA deriva más de las emociones no resueltas de las personas que de la presión social vivida (133).

Hipótesis específica a): *La exposición a EAV interpersonales en población TCA identifica pacientes con más años de evolución de la enfermedad, más IMC, más niveles de depresión y ansiedad.*

En el presente estudio las EAV interpersonales no son predictoras por ninguna de las variables pronósticas señaladas. No se cumple nuestra hipótesis.

Tradicionalmente los factores que predicen mejor respuesta al tratamiento en TCA, son los niveles bajos de insatisfacción corporal, menos años de evolución de la enfermedad, menos conductas de atracón, purgas o restricción, menos problemas interfamiliares, mejor funcionamiento interpersonal social, alta motivación al cambio, menos niveles de depresión comórbida, e IMC más alto al inicio del tratamiento (116; 213).

Recientemente se ha añadido también la presencia de EAV interpersonales en la infancia como posible factor pronóstico de los TCA sugiriéndose que su presencia influencia la respuesta al tratamiento, aunque se ha de esclarecer si es la exposición a la experiencia traumática per se, la que influencia la evolución del trastorno, o la presencia

de la clínica postraumática que a veces se encuentra en pacientes TCA con EAV en la infancia (161,196).

Los niveles superiores a 25 en la escala DES son indicativos de posible clínica postraumática (183). En el presente trabajo no hay diferencia entre grupos en cuanto a los niveles de experiencias disociativas medidas con el DES si consideramos las EAV interpersonales. Las puntuaciones encontradas en nuestra muestra son bastantes más bajas; probablemente los participantes no tuvieran clínica postraumática, y esto sería en consonancia con los estudios que refieren que es la clínica postraumática y no la EAV a definir la gravedad del trastorno (106-108; 161,214). Todavía hay incongruencia en los resultados entre los diferentes estudios sobre factores pronósticos en TCA (11,215). Según señalan Gorrell *et al.* (215) el enfoque categorial en los estudios de TCA podría generar estas incongruencias además de dificultar la replicabilidad de los estudios y sugiere que se debería poder realizar más trabajos siguiendo un modelo dimensional. A favor del uso de un enfoque dimensional a la hora de realizar estudios en TCA está también el cambio de diagnóstico de estos trastornos a lo largo de su evolución y que hay controversias en cuanto a las definiciones de recuperación que se encuentran en los diferentes estudios (215, 216).

En el caso de los años de evolución del trastorno como factor pronóstico la mayoría de los estudios han señalado como los/as pacientes con más años de evolución de enfermedad suelen presentar peor respuesta al tratamiento y más recaídas en el tiempo (215,216). El tiempo de evolución de la enfermedad se ha asociado a peor evolución sobre todo en AN-R, al relacionarse con más complicaciones debidas al bajo peso, aunque no todos los estudios respaldan este dato (49, 217). Así mismo, la intervención precoz en

TCA se considera un factor de calidad en el tratamiento de estas enfermedades al favorecer mejores respuestas en la terapia (8). Se ha descrito peor respuesta al tratamiento y más abandono con pacientes TCA con presencia de EAV en la infancia, aunque los estudios revisados encuentran asociación con los niveles de depresión, impulsividad, clínica bulímica, e insatisfacción corporal como factores que influyen en la respuesta al tratamiento y no se hace referencia a los años de evolución del trastorno (89, 94-97). Castellini *et al.* (218) realizan un estudio longitudinal de un grupo de pacientes TCA distinguiendo entre pacientes con EAV en la infancia y pacientes sin EAV; los primeros presentaban menos tasas de remisión a los 3 años de seguimiento y mantenían niveles de depresión clínica más elevados. Esta diferencia se mantenía incluyendo los años de evolución como factor de confusión en el análisis de los resultados. Nuevamente se encuentran datos discordantes en la literatura científica al encontrarse otros trabajos donde el tiempo de la enfermedad no parece influir la evolución del trastorno ni en AN, ni en BN, siendo más definitorios los niveles de depresión (216-218). En este sentido los resultados del presente trabajo estarían en línea con la literatura al no encontrar más años de evolución en los pacientes con EAV.

Respecto al IMC, un aumento en los niveles de este en fases tempranas del tratamiento o el mantenimiento prolongado de bajo peso han sido asociados a más riesgo de recaídas y peor evolución (215, 216). En población TCA, las EAV interpersonales tanto en la infancia como en la vida adulta se han asociado a un IMC elevado (103, 159, 161). Tanto población no clínica como en TCA se ha descrito asociación entre abuso sexual e insatisfacción corporal, e IMC elevado (103,152, 162). Normalmente la clínica bulímica es el factor mediador entre el abuso y el IMC (103,152,162). En nuestro trabajo el abuso sexual se ha analizado como categoría independiente y dentro de las EAV

interpersonales sin encontrar asociación con el IMC con respecto a las distintas categorías de EAV, ni a la clínica bulímica.

Estas diferencias con los datos en la literatura podrían ser debidas a que en el presente trabajo hay predominancia de BN y TA, los niveles de IMC son habitualmente más altos en estos diagnósticos, y a nivel de muestra total la media de IMC ya tiene al rango alto. Además, el IMC de la muestra total tanto al debut de la enfermedad como en el momento de la evaluación se encuentran dentro del rango normal, y el 26% de la muestra TCA estaba recuperada. Normalmente, el mal pronóstico se explica por las complicaciones que derivan del bajo peso (215,216), y nuestra muestra no presentaba IMC bajos. Se añade que, al no tratarse de un estudio longitudinal, no hemos evaluado variaciones de IMC.

En cuanto a los niveles de depresión o ansiedad, tanto la presencia de clínica afectiva como ansiosa se ha asociado a peor evolución del trastorno (8,11,46), aunque no todos los estudios concuerdan con estos resultados (219). Por ejemplo, Hayes *et al.*, (219), en su estudio longitudinal, no encuentran mejor evolución (considerando la respuesta al tratamiento aplicado) en los/as pacientes TCA con menos niveles de depresión, respecto a los que presentaba más clínica afectiva.

En nuestro trabajo tampoco se encuentran niveles más altos de depresión en los pacientes con EAV interpersonales en ninguno de los tres grupos de estudio, ni a nivel intragrupo en los que habían padecido EAV interpersonales versus otras EAV.

La ausencia de relaciones de confianza, pérdidas y conflictos relacionales y, en general, cualquier evento vital que genere sentimientos de estar atrapado o humillación,

en personas con baja autoestima, se ha asociado al desarrollo posterior de trastornos depresivos y ansiosos (82,83). Así mismo, se ha encontrado peor funcionamiento social y más riesgo de suicidio en pacientes con ansiedad, trastornos afectivos que habían padecido eventos potencialmente traumáticos (84,85). En TCA las EAV interpersonales se asocian al desarrollo de psicopatología alimentaria a través de sintomatología depresiva como factor mediador (97) o se encuentran en pacientes con más conductas autolesivas, más ansiedad y menos autoestima (101-103, 106-108). La discrepancia de nuestros resultados con lo que se ha descrito en la literatura puede ser debida nuevamente a que no se han analizado categorías diagnósticas específicas de la enfermedad sino al grupo en general. Además, el presente trabajo se ha realizado con muestras clínicas en las cuales parte (26%) de los/as pacientes estaban en remisión clínica y esto puede justificar puntuaciones medias bajas en su conjunto.

Se podría añadir, además, como sugerido por otros autores (215), la necesidad de realizar nuevos trabajos para esclarecer la utilidad de estos factores pronósticos e incluir nuevos. Actualmente se están considerando otras posibles variables pronósticas de la enfermedad, como la del perfeccionismo una dimensión transdiagnóstica en los TCA (15, 220). Diferentes estudios han señalado como pacientes TCA con historia de maltrato en la infancia pueden representar un subgrupo de pacientes con peor evolución debido a la presencia de desregulación emocional, baja autoestima, problemas de apego, impulsividad o rasgos perfeccionistas (3,7,89-90, 159-161,212,220).

Los resultados de este estudio señalan como las EAV interpersonales en la infancia identifican a nivel intragrupo, pacientes TCA con más niveles de perfeccionismo, aunque esta diferencia no alcanza significación si quitamos el factor edad en el análisis.

También, respecto a los otros dos grupos la presencia de EAV interpersonales identifica a un subgrupo de pacientes TCA con más perfeccionismo respecto a los TDMR o los CS. En este sentido, se podría sugerir que los rasgos perfeccionistas influyen la respuesta al tratamiento limitando los cambios que pueden presentar el/la paciente durante el mismo (135,170,220).

En apoyo a esta hipótesis está que, los/as pacientes con presencia de EAV, independientemente de la categoría, son los que llevan más años en tratamiento. Se puede sugerir que son los que menos han respondido a las intervenciones propuestas. En trabajos previos sobre EAV y TCA ya se señala que la respuesta a los tratamientos es mejor cuando se identifican a pacientes con experiencias traumáticas no resueltas y se aplican intervenciones más específicas (106-116).

En resumen, la presencia de EAV per se identifica a pacientes con más años de tratamiento y más niveles de DES, pero dicha diferencia deja de ser significativa si consideramos la categoría EAV interpersonales. En este caso no se cumple nuestra hipótesis específica sobre la presencia de un subgrupo de pacientes TCA con EAV interpersonales más graves. Esto podría ser debido a que no hemos adoptado un enfoque categorial sino dimensional para el análisis y esto puede explicar la diferencia con los resultados encontrados en la literatura donde se realiza un enfoque categorial predominantemente (215-217).

Hipótesis específica b): *Los pacientes con TCA que han padecido EAV interpersonales y previas a los 13 años presentan niveles más altos de clínica disociativa, impulsividad y perfeccionismo.*

En nuestro estudio, los/as pacientes TCA con EAV interpersonales, en comparación a los otros dos grupos, presentan niveles mayores de perfeccionismo, impulsividad y experiencias disociativas, aunque la diferencia es significativa solo para los niveles de perfeccionismo. El grupo TDMR presenta significativamente niveles más bajos de impulsividad, y los CS niveles más bajos de experiencias disociativas. Estas diferencias se pierden si consideramos las EAV interpersonales y previas a los 13 años, aunque los niveles de perfeccionismo tienden a la significación siendo más altos en los/as TCA.

A nivel intragrupo encontramos más niveles de perfeccionismo en los/as pacientes TCA con EAV interpersonal y previa a los 13 años respecto a los pacientes TCA con EAV interpersonales posteriores a los 13, y los niveles de impulsividad alcanzan diferencias casi significativas. Con una muestra superior podríamos ver, probablemente significación con respecto a dicha variable y, al estar el 26,6% de los/as participantes con TCA en remisión clínica, y el resultado podría haberse visto influenciado.

Se cumple parcialmente nuestra hipótesis en la cual se planteaba que los participantes con EAV interpersonales y previas a los 13 años tendrían niveles más alto de experiencias disociativas, perfeccionismo e impulsividad.

Resultados relativos a los niveles de disociación

Con respecto a las experiencias disociativas, en la literatura normalmente las EAV interpersonales se han asociado a desarrollo de hábitos alimentarios inadecuados en población no clínica (86-116), y a clínica postraumática con conductas bulímicas en población TCA (158-162). Así mismo, la presencia de experiencias disociativas se ha

descrito en pacientes TCA con peor evolución de la enfermedad, clínica bulímica y presencia de TEPT (159,161,166,169).

Aunque en nuestro trabajo los niveles de disociación no hacen sospechar de la presencia de clínica TEPT hay una tendencia al alza en los 2 grupos con patología, mientras que los/as CS son los/as que presentan niveles significativamente más bajos respecto a los otros dos grupos. Esto puede que explique la diferencia en cuanto al desarrollo de la psicopatología en edad adulta. La presencia de clínica disociativa ha sido descrita en pacientes con TA, y también en pacientes depresivos que habían padecido EAV interpersonales en la infancia (107-109,221,222). Las experiencias disociativas se han asociado a alteración en la memoria, en la percepción de uno mismo y de su entorno (223). También las áreas implicadas en la representación somática de las emociones se encuentran alteradas en adultos que han padecido EAV en la infancia (223-225).

La Mela *et al.* (222), describen niveles ascendentes de disociación en su estudio donde se compara la presencia de experiencias disociativas entre pacientes con depresión y pacientes TCA. En los/as TCA con más niveles de experiencias disociativas, estos se han asociado a atracones. De forma similar, en nuestro trabajo, los niveles de DES tienen un gradiente ascendente en los tres grupos de estudio siendo mayor en los/as TCA. La muestra de TCA, además tiene en su mayoría pacientes con clínica bulímica. Se apoya la hipótesis descrita en la literatura que sugiere como el atracón puede ser una vía para controlar emociones negativas, pero el precio a pagar, al no reconocerlas es la presencia de síntomas disociativos (166,222).

Resultados relativos a los niveles de impulsividad

En el presente trabajo, los/as pacientes más prevalentes del grupo TCA, son los/as que se han categorizado según su dimensión psicopatológica prevalente que es la impulsividad (AN-P, BN, y TA). Si consideramos las diferencias intragrupo, los/as pacientes TCA con EAV interpersonal antes de los 13 años presentan una tendencia casi significativa para los niveles de impulsividad superiores respecto a los/as pacientes con EAV interpersonales posteriores a esta edad. Los resultados estarían en línea con los encontrados en la literatura respecto a la presencia de impulsividad asociada a conductas autolesivas o clínica bulímica en población TCA (98,101-103, 106-108). Se podría sugerir que las emociones negativas generadas por las EAV padecidas modulan los niveles de impulsividad. Aquellas personas con IMC elevados e insatisfacción corporal que inicien una dieta, y que presenten más impulsividad debido a sus EAV interpersonales quedarán atrapados en el ciclo atracón-vomito al no poder mantener la restricción. Los atracones representarían una forma de evitar el daño derivado de la experiencia traumática (91, 101, 222). Apoya esta hipótesis el hecho que la regresión logística en TCA encuentra como las EAV interpersonales previa a los 13 años son predictoras de impulsividad y perfeccionismo y no de DES.

Si consideramos los niveles de impulsividad intergrupales, estos son más bajos en el grupo TDMR. Esto podría explicar las diferencias psicopatológicas en cuanto al desarrollo de clínica bulímica, presente como fenotipo clínico en los/as pacientes TCA y no en TDMR. La impulsividad se considera un factor transdiagnóstico de los TCA (15), y se ha asociado a conductas autolesivas tanto en pacientes TCA, como en pacientes con trastornos afectivos que han presentado EAV interpersonales (18,84, 85, 98). Así mismo,

se ha descrito la exposición a múltiples EAV en la infancia y un aumento de la impulsividad en población no clínica (226). En este trabajo, el grupo TDMR refería EAV interpersonales en menor proporción (30%) y a una edad mayor respecto a los/as TCA (52%), además de ser una muestra pequeña, y esto podría explicar los niveles más bajos de impulsividad cuando se analizan las diferencias respecto a dicha categoría.

Resultados relativos a los niveles de perfeccionismo

Con respecto a la variable del perfeccionismo, vemos que los pacientes TCA que habían padecido EAV interpersonales presentan niveles significativamente superiores a los otros dos grupos. Además, el haber padecido EAV interpersonales previa a los 13 años predice dentro del grupo TCA a un subgrupo con más niveles de perfeccionismo en la edad adulta, incluso cuando se introducen otras variables como IMC o el número de ingresos. Se ha descrito asociación significativa entre el abuso emocional y el inicio de conductas restrictivas a una edad temprana en pacientes con TCA (109,110). En la literatura se ha señalado como los pacientes con TCA son incapaces de afrontar con estrategias satisfactorias las emociones negativas derivadas del abuso o la negligencia emocional que han vivido, adoptando en su lugar conductas patológicas como la restricción alimentaria, o el aumento del ejercicio físico (113,114). Guillaume *et al.* (158) describen, en población sin patología, como el abuso emocional se correlaciona con más preocupación por la silueta, mientras que el abuso físico se encuentra asociado a la insatisfacción con el peso. Así mismo, la obsesión para adelgazar o el deseo de musculación se ha descrito en población no clínica que había padecido diferentes EAV interpersonales (144,146,163).

En población TCA la autopresentación perfeccionista es un factor importante a lo largo de todo el curso de la enfermedad, y se encuentra en todos los subtipos diagnósticos (227). Así mismo, en TCA, se ha descrito alta tendencia a evitar el daño, pudiendo ser difícil para estos/as pacientes enfrentar y regular emociones negativas y recurriendo a mecanismos de defensa tales como el control (7,168). Se puede plantear que las EAV interpersonales puede favorecer la aparición de hábitos alimentarios inadecuados como ayunas en personas con baja autoestima y rasgos desadaptativos derivados de perfeccionismo (227,228).

En el presente estudio se encuentra en los/as pacientes TCA con EAV interpersonales previas a los 13 años más niveles de ascetismo y más obsesión para adelgazar, aunque no se alcanza la significación. Esto podría ser debido al tamaño de la muestra. En los CS no se encuentran más niveles de perfeccionismo en los que han padecido EAV interpersonales. En este caso, también podría ser debido al bajo número de la muestra, o a que el perfeccionismo representa uno de los factores predisponente para el debut de la enfermedad sobre todo si existen estresores asociados, como se ha indicado en la literatura (5,134,210)

En resumen, la impulsividad y el perfeccionismo son dos dimensiones psicopatológicas de los TCA siendo el perfeccionismo considerado uno de los factores de riesgo para desarrollar hábitos alimentarios inadecuados (220, 229). Egan, *et al.* (220) sugieren que la presencia de altos niveles de perfeccionismo puede asociarse a una mala evolución de la enfermedad. Se ha señalado además que las personas perfeccionistas son más vulnerables a las EAV interpersonales (227). La ausencia de relaciones positivas se ha asociado al desarrollo de hábitos alimentarios inadecuados (128).

En nuestro trabajo los pacientes TCA con EAV interpersonales presentan más impulsividad, más perfeccionismo mientras que en los CS se observa más impulsividad no planificada medida con el BIS, más ansiedad, y más inseguridad social. Probablemente cuando la EAV ocurre sobre un/a adolescente con perfeccionismo mal adaptativo, cuyas figuras de apego brindan pocas experiencias positivas se desencadenan conductas alimentarias inadecuadas con riesgo de inicio de TCA, mientras que en personas sin estas características hay una respuesta más adaptativa sin que llegue a producirse psicopatología de gravedad (227). Apoya esta hipótesis que, en el presente trabajo, los CS consideran su entorno social y familiar como bueno en el 90% de los casos, contra el 60% registrado en el grupo TCA.

Hipótesis específica c): *Los pacientes con TCA que han padecido EAV interpersonales y previas a los 13 años presentaran mayores niveles de insatisfacción corporal, y distorsión corporal sea visual que no-visual.*

La insatisfacción corporal se engloba dentro del constructo de la imagen corporal. La preocupación por el peso y la insatisfacción corporal no son patognomónicas de los TCA, encontrándose en la población sin clínica, sobre todo en nuestro entorno cultural que favorece un modelo corporal a seguir inalcanzable para la mayor parte de las personas (121-123).

Los resultados indican que los/as pacientes TCA presentan más niveles de insatisfacción corporal, y una tendencia general a sobreestimar la figura ya sea frente al espejo como sin él, con respecto a los otros dos grupos. Esta diferencia es significativa solo para la sobrestimación visual con respecto a todas las categorías EAV. La sobreestimación no visual resulta significativamente mayor en pacientes TCA solo

cuando consideramos las EAV (impersonales + interpersonales) acaecidas en la infancia. Se cumple parcialmente nuestra hipótesis al no encontrarse diferencia significativa en la DIC no visual.

Habitualmente la distorsión visual se ha asociado a los/as pacientes con AN (140) y la insatisfacción corporal a los/as pacientes con BN (134,138). Una revisión sistemática reciente sobre las distintas facetas de la imagen corporal en TCA señala como los estudios sobre la DIC son escasos y se centran sobre todo en la alteración perceptiva visual, aunque algún estudio evalúa también percepción no-visual, y esta alteración se presenta igualmente en BN y AN (134). Nuestros resultados son coherentes con los encontrados en dicha revisión, ya que como grupo los/as pacientes TCA presentan más sobrestimación visual que los otros dos grupos.

En estudios previos se ha descrito más sobreestimación de la figura con IMC bajos, y más insatisfacción con IMC elevados (131,134,137-139). Esto se explica desde el componente social del constructo de la imagen corporal al estar inmersos en una sociedad que ensalza la figura delgada (121,122). En nuestros resultados no hay diferencias entre los IMC de los/as participantes ni a nivel intergrupar ni intragrupo, por lo cual nos explicamos la sobrestimación de la figura que encontramos en el grupo TCA como característica del este.

Generalmente la alteración de la imagen corporal se considera un factor independiente que determina bajo peso en AN o tendencia al ayuno en BN (139,156). En nuestro estudio son las EAV interpersonales que predicen la presencia de alteración en la imagen corporal y, además, si ocurren antes de los 13 años generan unas sensaciones que se trasladan al cuerpo sugiriendo que este sea un factor dependiente que puede ser modulado por las EAV y por un IMC elevado al inicio de la enfermedad.

Hasta donde alcanza nuestro conocimiento no hay otros trabajos que distinguen entre una percepción visual y una no-visual al pedir a los participantes que valoren el tamaño de su cuerpo antes viéndose en un espejo y, después “sintiéndolo” al cerrar los ojos. Queríamos, con esta indicación, que los/as participantes fueran conscientes de sensaciones propioceptivas, viscerales y emocionales asociadas. Se ha sugerido la presencia de una “voz interna” en pacientes con AN que podría ser un factor transdiagnóstico entre los distintos subtipos de TCA, y que deriva de diferentes EAV interpersonales de la infancia siendo asociada sobre todo al abuso emocional (198,230). Dicha “voz” normalmente es representada por comentarios despectivos sobre la figura corporal (198). Creemos que el cerrar los ojos se elimina el foco de la “evaluación objetiva” y facilita que aparezca dicho diálogo.

Gois, *et al.* (128) describen como la ausencia de experiencias infantiles positivas en el núcleo familiar se asocia al desarrollo de hábitos alimentarios inadecuados y emociones como la vergüenza en torno a la imagen corporal. Nos esperaríamos entonces más distorsión no-visual en la categoría de EAV interpersonal y previa a los 13, pero vemos que solo es significativa si consideramos exclusivamente la categoría EAV previa a los 13 años. Con esta categoría el factor discriminador es el periodo en el cual ocurre la EAV (y no el tipo) interviniendo sobre una personalidad en formación, que no tiene las estrategias adecuadas para gestionarla generándose entonces una desregulación emocional que en la edad adulta repercute en “cómo las personas se sienten y se evalúan” (190, 195). Además, los participantes eligen la EAV que consideran como más traumática, y no siempre era una EAV interpersonal. Se puede pensar que hay un impacto subjetivo que representa un sesgo a la hora de analizar los resultados ya que alguien puede haber elegido como muy traumática una EAV impersonal.

Los resultados de este estudio indican que los grupos TDMR y CS tienden a infraestimar la silueta. Sigue habiendo una distorsión corporal, pero probablemente la influencia social tiene menos peso en los individuos con menos rasgos perfeccionistas que no pretenden alcanzar el ideal social de la figura como ocurre en pacientes TCA con autorrepresentación perfeccionista (210, 218). Como señalado previamente los/as pacientes TCA son los/as que presentan unos rasgos perfeccionistas significativamente mayores respecto a los otros dos grupos.

A nivel intragrupo no se han encontrado diferencias en los/as pacientes con TCA en cuanto a la DIC con respecto a la presencia de EAV interpersonales si los comparamos con pacientes TCA con otras EAV. Lo que si apareció es una sobreestimación no-visual de la silueta cuando consideramos las EAV acaecidas en la infancia (que engloba EAV impersonales e interpersonales) sin que se encuentren diferencias con respecto a la insatisfacción corporal, en los/as pacientes TCA que relatan cualquier tipo de EAV acaecida antes de los 13 años. Parece que solo estamos insatisfechos/as con nuestro cuerpo cuando lo vemos más que cuando lo sentimos. Se podría hipotetizar que cuando nos miramos al espejo buscamos el modelo impuesto por la sociedad, y cuando lo sentimos lo estamos evaluando con nuestras emociones (123,198).

Normalmente las EAV interpersonales (abuso emocional, físico y sexual, acoso escolar, y violencia intrafamiliar) se ha asociado a presencia de insatisfacción corporal tanto en población clínica como en personas sanas (103, 143-146,152,153,156-160,162-165). El abuso emocional se ha descrito en pacientes con BN y TA, y altos niveles de preocupación en torno a la silueta, mientras que el abuso físico se ha asociado a más preocupación respecto al peso (159). En general. Las EAV interpersonales se han asociado a IMC elevados, aunque el abuso emocional suele ser más prevalente en

personas con bajo peso (154-156,158). Todavía no se ha esclarecido si el desarrollo de psicopatología depende de la presencia de EAV en la infancia per se, o se ve influenciada por el periodo vital en que ocurrió, el número de las EAV padecidas o si ha sido único o continuo en el tiempo (231,232). Por ejemplo, la presencia de desregulación emocional o dificultad a nivel cognitivo han sido descritas en adultos que habían padecido maltrato crónico durante la infancia (233,234).

Dunn *et al.* (235) ha evaluado las diferencias de presentación psicopatológica en adultos que habían padecido maltrato infantil considerando el periodo de desarrollo en el cual ocurrió la EAV. Se señala más desregulación emocional en los adultos que habían padecido EAV interpersonales en la adolescencia (235). La exposición a EAV interpersonales entre los 2 y los 6 años se ha asociado al desarrollo de depresión, clínica TEPT y ansiedad en la edad adulta (221, 232). Se ha descrito la presencia de peor funcionalidad social en adultos que habían padecido maltrato antes de los 6 años respecto a los que referían EAV entre los 6 y los 12 años, además de clínica depresiva y más conductas autolíticas (199).

En nuestro trabajo el periodo en el cual ha ocurrido la EAV parece ser discriminatorio en cuanto a cómo los/as pacientes evalúan el cuerpo presentando más DIC no visual y más insatisfacción corporal cuando la EAV se presenta antes de los 13 años. Se podría pensar, tal y como se ha descrito anteriormente que la experiencia vivida en un periodo de formación vulnerable del individuo genera emociones negativas que la persona enfrenta con conductas alimentarias anómalas al ser incapaces de reconocer las emociones negativas vividas (87,96,112,168). De hecho, como señalado previamente en la presente discusión creemos que al cerrar los ojos para evaluar/sentir su cuerpo los/as participantes entran en contacto con eventuales experiencias negativas del pasado”.

Resultados relativos a la presencia de abuso sexual

Visto que la mayoría de los estudios hacen referencias al abuso sexual como un factor asociado a la alteración de la imagen corporal y es considerado factor de riesgo inespecífico en TCA (99, 194), hemos decidido evaluarlo de dos formas, la primera dentro de la categoría EAV interpersonales, y la segunda como EAV específica valorando solo su impacto (independientemente de los otros factores asociados a la EAV) sobre la DIC.

El abuso sexual se ha descrito en pacientes con TCA con altos niveles de insatisfacción corporal y TEPT (93, 105,143,154,159,160). Su presencia se ha reportado en pacientes con TA y clínica disociativa o desregulación emocional asociada (101,154). Se considera que el abuso sexual representa un factor de riesgo para el desarrollo de BN y TA (99). Sanci *et al.* (93) tras realizar un estudio de cohortes sugiere que la violencia sexual padecida en la infancia podría ser un factor de riesgo específico para el inicio de clínica bulímica en la edad adulta. Groff Stephens y Wilke (157), en un estudio con población no clínica describen una asociación positiva con conductas purgativas, mientras que la DIC parece ser una variable independiente que predice el bajo peso.

La clínica postraumática se ha identificado como factor mediador principal entre el abuso sexual y la gravedad de la sintomatología alimentaria de los/as pacientes con TCA, habiéndose descrito en BN y AN-P (105-108). Se ha señalado también la presencia de niveles más altos de impulsividad, desconfianza, síntomas somatomorfos o disociativos, y preocupación entorno al cuerpo (105-108). Parece que la clínica postraumática influye tanto los aspectos cognitivos de la insatisfacción corporal, como la clínica alimentaria que genera aumento o disminución del peso (154).

En el presente trabajo, si consideramos las diferencias intergrupales con respecto a la presencia de abuso sexual los/as pacientes TCA presentan más insatisfacción y distorsión corporal al espejo con tendencia a sobrestimar la silueta respecto a los grupos TDMR y CS. Así mismo, no hay diferencias en los niveles de perfeccionismo, impulsividad o DES. Parece ser que el abuso sexual es una experiencia que genera más impacto y tiende a igualar las diferencias. Probablemente el hecho de que no se genere psicopatología en los CS deriva del mayor apoyo social y familiar. Se ha señalado la asociación con una mejor recuperación de EAV potencialmente traumáticas, como el abuso sexual, en personas con más experiencias positivas durante la infancia y más soporte social (78).

Si consideramos las diferencias intragrupo los/as pacientes TCA que habían padecido abuso sexual, a diferencia de lo que se refleja en literatura (101, 153, 164), no presentaban más clínica bulímica, ni más distorsión o insatisfacción corporal con respecto a los/as pacientes sin abuso. Dicha discrepancia puede ser debido a que hemos realizado el análisis considerando la experiencia de abuso referida a lo largo de la vida e independientemente de la elegida por el/la participante. En este caso estamos omitiendo la importancia del impacto subjetivo en la elaboración de la experiencia (104,159).

Otra de las razones que podría explicar la diferencia con respecto a la literatura es que los aspectos de la distorsión de la imagen que se evalúan en los estudios suelen ser los cognitivos-afectivos mientras nosotros nos hemos centrado en los perceptivos (134,138). Podría responder como señalado antes en la discusión a que la insatisfacción corporal está asociada a emociones negativas no resueltas (133).

6.1. Fortalezas, limitaciones y futuras líneas de investigación

6.1.1. Fortalezas del trabajo empírico

El presente trabajo permite esclarecer como la alteración de la imagen corporal en TCA es más debida a una alteración de las emociones que a una alteración perceptiva y está más relacionada con el tipo de relaciones que hemos padecido en la infancia.

Es fácilmente replicable y es el primero en separar el componente perceptivo de la imagen corporal en visual y no-visual para poder facilitar y profundizar en la comprensión de ésta. Esto ayuda a desarrollar intervenciones específicas, a lo mejor orientadas al cuerpo en aquellos/as pacientes TCA con EAV reconocida para poder favorecer una mejoría a lo largo de la evolución (63).

Así mismo, se ha realizado la evaluación diagnóstica por clínicos formados en TCA y utilizando los criterios diagnósticos DSM5 (4), se ha utilizado un grupo control de participantes sanos y otro con patología afectiva, cuando habitualmente los estudios se centran solo en población TCA. Se añade que, a nivel metodológico, se ha utilizado una perspectiva dimensional que permite profundizar más en determinados aspectos comunes a todos/as los/as TCA susceptibles de ser tratados/as (14,15).

6.1.2. Limitaciones del trabajo empírico

Con respecto a las limitaciones del presente estudio, hay que señalar el número bajo de participantes si consideramos cada subgrupo, sobre todo el caso de los/as pacientes TDMR. Esto es debido a que la recogida de la muestra se realizó todavía en periodo COVID.

Además, la muestra de TCA era heterogénea al incluir pacientes con enfermedad activa y pacientes recuperados/as, la evaluación del trauma es retrospectiva sin que se

puedan establecer relaciones causa-efecto, y se trata de un estudio observacional y no experimental. Aunque la evaluación de trauma retrospectivamente ha sido criticada por sesgo debido a la revocación del recuerdo, en otros estudios se han reportado muy pocos falsos positivos, y los cuestionarios se han realizado de forma anónima pudiendo favorecer la respuesta sincera (236,237).

Al no ser la muestra del grupo TCA muy grande no se ha podido realizar un análisis estadístico más potente para poder evaluar relación causa efecto, y hay cierta desproporción entre los grupos de estudios. Igualmente, los trabajos en población clínica en TCA no suelen tener muestras muy grandes habiéndose encontrado, si consideramos la presencia de referencia a la imagen corporal en los resultados, muestras que van desde los 60 hasta los 200 pacientes (103,143-146,152,153,156-160,162-165).

6.1.3. Futuras líneas de investigación

Como futuras líneas de investigación sería interesante replicar el estudio incluyendo una evaluación del apego en la muestra. Es la interacción entre padres e hijos durante los juegos, cuando estos les tocan, o cuando los calman si están sufriendo, y al ayudarles en la identificación de sus emociones, que favorece la construcción de nuestra identidad corporal (127). Para elaborar nuevos protocolos terapéuticos, se podrían también considerar trabajos que evalúen la relación entre TCA, EAV, apego, y desregulación emocional (127,204,238-240). Como ejemplo, la psicoterapia de tercera generación está generando intervenciones novedosas que podrían ayudar para intervenir sobre la DIC, aunque falta replicar estudios por la incongruencia en los resultados de los trabajos actuales (241).

Considerando el “coste” emocional y social de estas enfermedades hay que intentar abrir nuestros horizontes para realmente mejorar su evolución. Habría entonces que redirigir los esfuerzos terapéuticos a identificar pacientes con experiencias interpersonales traumáticas en la infancia para poder aplicar intervenciones más apropiadas basadas en la reconstrucción de un apego seguro a través de la relación terapéutica para que los pacientes pueda reconstruir una imagen corporal positiva (123).

7. Conclusiones

1. Haber padecido una EAV interpersonal previa a los 13 años representa un posible factor de riesgo para desarrollar una imagen corporal alterada, así como impulsividad y perfeccionismo en la edad adulta.
2. La impulsividad y el perfeccionismo son factores de riesgo inespecíficos para desarrollar TCA, donde los atracones y la ayuna puede ser los fenotipos de una probable desregulación emocional en las pacientes con EAV interpersonales.
3. Haber padecido EAV en la infancia puede llevar a las personas a controlar su cuerpo por la presencia de emociones no reconocidas.
4. Los/as pacientes TCA presentan una distorsión corporal no-visual probablemente asociada a emociones internas negativas derivadas de las EAV padecidas en la infancia.
5. La imagen corporal no es un factor independiente, sino una dimensión que podemos modificar con estrategias de intervención precoz en la infancia para detectar situaciones de riesgo interpersonal.
6. La atención a los/as pacientes TCA debería incluir tratamientos específicos en los que refieren experiencia traumática en la infancia.

8. Bibliografía

1. Lasegue Ch. *De l'anorexie hysterique*. Archives générales de Medecine, 1873; abril (XXI): 385-403.
2. Peebles R, Wilson JL, Lock JD. How do children with eating disorders differ from adolescents with eating disorders at initial evaluation? *J Adoles Health*. 2006; 39 (6): 800-5. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.05.013>
3. Micali N, Martini MG, Thomas JJ, Eddy KT, Kothari R, Russell E, *et al*. Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: a population-based study of diagnoses and risk factors. *BMC Med*. 2017; 15: 12-22. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0766-4>
4. American Psychiatric Association. *Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de los alimentos*. En: Editorial Medica Panamericana (eds.). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ª. Ed. Arlington, VA: Asociación americana de psiquiatría; 2014. pp. 329-54.
5. Treasure J, Antunes Duarte T, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet*. 2020; 395: 899-911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
6. Wufong E, Rhodes P, Conti J. “We don’t really know what else we can do”: Parent experiences when adolescent distress persists after the Maudsley and family-based therapies for anorexia nervosa. *J Eat Disord*. 2019; 7: 5. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0235-5>
7. Anderluh MB, Tchanturia K, Rabe-Hesketh S, Treasure J. Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a

- broader eating disorder phenotype. *Am J Psychiatry*. 2003; 160(2): 242-7.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.242>
8. National Guideline Alliance. Eating disorders: recognition and treatment [internet]. Reino Unido: National Institute for Health and Care Excellence, 2017 (consultado: 2020 febrero 2). Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk>
 9. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196 (4286): 129-36. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
 10. Portela de Santana ML, da Costa Ribeiro Junior H, Mora Giral M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutr Hosp*. [Internet]. 2012; 27(2): 391-401. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02126112012000200008&lng=es&tlng=es
 11. Vaz Leal FJ. *Indicadores de buen y mal pronóstico*: Instituto Tomas Pascual Sanz (Eds.). Controversias sobre los trastornos alimentarios. Madrid: IMC, SA; 2012. pp. 173-84.
 12. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. 11ª revisión. [Internet]. OMS. Disponible en: <https://icd.who.int/es>
 13. Belloch A. Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones. *Rev. De Psicopatol Psicol Clín*. 2012; 17(3): 295-311. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num3.2012.11845>

14. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behav Res Ther.* 2003; 41(5): 509-28. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
15. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R, Wilson GT. Eating disorders: A transdiagnostic protocol. In D.H Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders.* New York: Guilford Press; 2008. pp. 578-614.
16. Tabri N, Murray HB, Thomas JJ, Franko DL, Herzog DB, Eddy KT. Overvaluation of body shape/weight and engagement in non-compensatory weight-control behaviours in eating disorders: is there a reciprocal relationship? *Psychol Med.* 2015; 45(14): 2951-58. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000896>
17. Meheler PS, Brown C. Anorexia Nervosa-medical complications. *Int J Eat Disord.* [Internet]. 2015; 31 (3): 11. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0040-8>
18. Engel SG, Corneliusen SJ, Wonderlich SA, Crosby RD, le Grange D, Crow S, *et al.* Impulsivity and compulsivity in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2005; 38: 244-51.
19. Meheler PS, Rylander M. Bulimia Nervosa-medical complications. *Int J Eat Disord.* [Internet]. 2015; 3: 12. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0044-4>
20. León Espinosa de los Monteros MT, Castillo Sánchez MD. *Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia.* Jaén: Formación Alcalá; 2005.

21. Grilo CM, White MA. A controlled evaluation of the distress criterion for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2011; 79: 509-14. <https://dx.doi.org/10.1037%2Fa002425922>.
22. Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchell JE, Crosby RD, Engel SG. The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord.* 2009; 42(8): 687–705. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/eat.20719>
23. Legenbauer T, Vocks S, Betz S, Báguena Puigcerver MJ, Benecke A, et al. Differences in the Nature of Body Image Disturbances Between Female Obese Individuals with Versus Without a Comorbid Binge Eating Disorder: An Exploratory Study Including Static and Dynamic Aspects of Body Image. *Behav Modif.* 2011; 35(2): 162–86. <https://doi.org/10.1177/0145445510393478>
24. Chinchilla A. *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia y Bulimia nerviosas, Obesidad y Atracones.* Barcelona: Ed. Masson; 2003.
25. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock: Sinopsis de psiquiatría. (Decimoprimer edición). Barcelona: Wolters Kluwer; 2015.
26. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR.* Barcelona: Masson; 2002.
27. Steinhausen HC, Jensen CM. Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a Danish nationwide psychiatric registry study. *Int J Eat Disord.* 2015; 48: 845-50. <https://doi.org/10.1002/eat.22402>

28. Yager J. Eating disorders: Overview of epidemiology, clinical feature and diagnosis. Actualizado a octubre 2020. [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/eating-disorders-overview-of-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis/print?source=history_widget 4/36
29. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*. 2016; 29(6): 340-45. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
30. Micali N, Hagberg KW, Petersen I, Treasure JL. The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open*. 2013; 28, 3(5): e002646. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002646>
31. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007; 61 (3): 348-58. <http://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
32. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68(7): 714-23. <http://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22>
33. Currin L, Schmidt U, Treasure J, Jick H. Time trends in eating disorder incidence. *BJPsych*. 2005; 186 (2): 132-35. <http://doi.org/10.1192/bjp.186.2.132>

34. Nicholls D, Lynn R, Viner R. Childhood eating disorders: British national surveillance study. *BJPsych.* 2011; 198(4): 295-301. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.081356>
35. van Hoeken D, Burns JK, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders in Africa. *Curr Opin Psychiatry.* 2016; 29(6):372-7. <http://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000274>
36. Kolar DR, Rodriguez DL, Mejía C, Moises M, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders in Latin America. *Curr Opin Psychiatry.* 2016; 29 (6): 363-71. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000279>
37. Preti A, de Girolamo G, Vilagut G, Alonso J, de Graaf R, Bruffaerts R, *et al.* The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res.* 2009; 43(14): 1125-32. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.04.003>
38. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2013; 26 (6): 543-48. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a24f>
39. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, *et al.* The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry.* 2013; 1, 73(9): 904-14. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>.
40. Sweeting H, Walker L, MacLean A, Patterson C, Räisänen U, Hunt K. Prevalence of eating disorders in males: a review of rates reported in academic

- research and UK mass media. *Int. J. men's health*. [Internet]. 2015; 14(2): 10.3149/jmh.1402.86. <https://doi.org/10.3149/jmh.1402.86>
41. Moreno Redondo FJ, Benítez Brito N, Pinto Robayna B, Ramallo Fariña Y, Díaz Flores C. Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en España: necesidad de revisión. *Rev Española Nutr Hum Diet*. [Internet]. 2019; 23(1): 130–31. Disponible en: <https://renhyd.org/index.php/renhyd/article/view/891>
 42. Ruiz-Lázaro PM, Comet MP, Calvo IA, Zapata M, Cebollada M, Trébol L, *et al*. Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Esp Psiquiatr*. [Internet]. 2010; 38(4): 204-11. Disponible en: <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/11/64/ESP/11-64-ESP-204-211-189323.pdf>
 43. Helverskov JL, Clausen L, Mors O, Frydenberg M, Thomsen P.H, Rokkedal K. Trans-diagnostic outcome of eating disorders: a 30-month follow-up study of 629 patients. *Eur Eat Disord Rev*. 2010; 18 (6): 453-63. <https://doi.org/10.1002/erv.1025>
 44. Grilo CM, Pagano ME, Skodol AE, Sanislow CA, McGlashan TH, Gunderson JG, *et al*. Natural course of bulimia nervosa and of eating disorder not otherwise specified: 5-year prospective study of remissions, relapses, and the effects of personality disorder psychopathology. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68(5):738-46. <https://doi.org/10.4088/jcp.v68n0511>
 45. Sonnevile KR, Horton NJ, Micali N, Crosby RD, Swanson SA, Solmi F, *et al*. Longitudinal associations between binge eating and overeating and adverse

- outcomes among adolescents and young adults: does loss of control matter?
JAMA Pediatr. 2013; 167(2):149-55.
<https://doi.org/10.1001/2013.jamapediatrics.12>
46. Dapelo MM, Gil AA, Lacalle L, Vogel M. Severity and Endurance in Eating Disorders: An exploration of a clinical sample from Chile Front Psychiatry. 2020; 11, 869. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00869>
47. Striegel-Moore RH, Bulik CM. Risk factors for eating disorders. Am Psychol. 2007; 62(3): 181–98. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.181>
48. Meheler PS, Krantz MJ, Sachs KV. Treatment of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. J Eat Disord. [Internet]. 2015; 5 (3): 15-22. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0041-7>
49. Franko DL, Tabri N, Keshaviah A, Murray HB, Herzog DB, Thomas JJ, *et al.* Predictors of long-term recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Data from a 22-year longitudinal study. J Psychiatr Res. 2018; 96:183-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.10.008>
50. Himmerich, H., Treasure, J. Psychopharmacological Advances in Eating Disorders. Expert Rev Clin Pharmacol. 2017; 11(1): 95-108. <https://doi.org/10.1080/17512433.2018.1383895>
51. Davis LE, Attia E. Recent advances in therapies for eating disorders F1000Research, 2019; 8: 1693. <https://doi.org/10.12688/f1000research.19847.1>

52. Hay P. A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012. *Int J Eat Disord.* 2013; 46(5): 462-9. <https://doi.org/10.1002/eat.22103>
53. Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L, *et al.* Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry.* 2014; 48(11): 977-1008. <https://doi.org/10.1177/0004867414555814>
54. Treasure J, Leslie M, Chami R, Fernández-Aranda F. Are trans diagnostic models of eating disorders fit for purpose? A consideration of the evidence for food addiction. *Eur Eat Disord Rev.* 2018; 26: 83-91. <https://doi.org/10.1002/erv.2578>
55. NICE Pathways. Managing anorexia nervosa [en línea]. Reino Unido: National Institute for Health and Care Excellence [Internet]. (revisado 2020 diciembre 16). Disponible en: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/eating-disorders>
56. Walsh B.T. Anorexia nervosa in adults: pharmacotherapy. Actualizado a marzo 2021. [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/anorexia-nervosa-in-adultsharmacotherapy/print?search=eating%20disorders,%20treatment&topicRef=2094&source=see_link

57. Aigner M, Treasure J, Kaye W, Kasper S. World federation of society of biological psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *World J Biol Psychia*. 2011; 12(6):400-43. <https://doi.org/10.3109/15622975.2011.602720>
58. Brewerton TD. Antipsychotic Agents in the Treatment of Anorexia Nervosa: Neuropsychopharmacology Rationale and Evidence from Controlled Trials. *Curr Psychiatry Rep*. 2012; 14 (4): 398–405. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0287-6>
59. Frank GK, Shott ME, Hagman JO, Schiel MA, DeGuzman MC, Rossi B. The partial dopamine D2 receptor agonist aripiprazole is associated with weight gain in adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2017; 50(4): 447–50. <https://doi.org/10.1002/eat.22704>
60. Powers PS, Klabunde M, Kaye W. Double-blind placebo-controlled trial of quetiapine in anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2012; 20(4): 331-4. <https://doi.org/10.1002/erv.2169>
61. Muratore AF, Attia E. Psychopharmacologic Management of Eating Disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2022; 24(7): 345-51. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01340-5>.

62. NICE Pathways. Managing bulimia nervosa [en línea]. Reino Unido: National Institute for Health and Care Excellence (revisado 2020 diciembre 16). Disponible en: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/eating-disorders>
63. Yu J, Song P, Zhang Y, Wei Z. Effects of Mindfulness-Based Intervention on the Treatment of Problematic Eating Behaviors: A Systematic Review. *J Altern Complement Med.* 2020; 26 (8): 666-79. <https://doi.org/10.1089/acm.2019.0163>
64. Russell GFM, Checkley SA, Feldman J, Eisler I. A controlled trial of d-fenfluramine in bulimia nervosa. *Clini Neuropharmacol.* 1998; 11(S1): 146-159. PMID: 3052813.
65. Shapiro JR, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM. Bulimia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord.* 2007; 40(4): 321-36. <https://doi.org/10.1002/eat.20372>
66. Sysko R, Sha N, Wang Y, Duan N, Walsh BT. Early response to antidepressant treatment in bulimia nervosa. *Psychol Med.* 2010; 40(6): 999-1005. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991218>
67. Leombruni P, Amianto F, Delsedime N, Gramaglia C, Abbate-Daga G, Fassino S. Citalopram versus fluoxetine for the treatment of patients with bulimia nervosa: A single-blind randomized controlled trial. *Adv Ther.* 2006; 23: 481–94. <https://doi.org/10.1007/BF02850170>

68. Hilbert A, Bishop ME, Stein RI, Tanofsky-Kraff M, Swenson AK, Welch RR, *et al.* Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *Br J Psychiatry.* 2012; 200(3): 232-37. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.089664>
69. Striegel-Moore RH, Wilson GT, DeBar L, Perrin N, Lynch F, Rosselli F, *et al.* Cognitive behavioral guided self-help for the treatment of recurrent binge eating. *J Consult Clin Psychol.* 2010; 78(3): 312-21. <https://doi.org/10.1037/a0018915>
70. Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW. Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2010; 67(1): 94-101. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.170>
71. Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2001; 69(6): 1061-5. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.69.6.1061>
72. Carter JC, Kenny TE, Singleton C, Van Wijk M, Heath O. Dialectical behavior therapy self-help for binge-eating disorder: A randomized controlled study. *Int J Eat Disord.* 2020; 53(3): 451-60. <https://doi.org/10.1002/eat.23208>
73. McElroy SL, Guerdjikova AI, Mori N, O'Melia AM. Pharmacological management of binge eating disorder: current and emerging treatment options. *Ther Clin Risk Manag.* 2012; 8: 219-41. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S25574>

74. Levitan MN, Papelbaum M, Carta MG, Appolinario JC, Nardi AE. Binge Eating Disorder: A 5-Year Retrospective Study on Experimental Drugs. *J Exp Pharmacol*. 2021; 29 (13):33-47. <https://doi.org/10.2147/JEP.S255376>
75. McElroy SL, Hudson JI, Mitchell JE, Wilfley D, Ferreira-Cornwell MC, Gao J, *et al*. Efficacy and safety of lisdexamfetamine for treatment of adults with moderate to severe binge-eating disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2015; 72(3): 235-46. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2162>
76. Herbert J. Stress, the brain, and mental illness. *BMJ*. 1997; 315: 530-5. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7107.530>
77. Trucco M. Estrés y trastornos mentales, aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Rev Chil Neuro-psiquiat*. [Internet]. 2002; 40 (2): 8-19. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600002>
78. Fonseca-Rondón AC, Fajardo-Guzmán LN, Gutiérrez-Royo CL, Mogollón-Pulido V, Grau-González IA, Ortega L. Experiencias adversas y protectoras durante el desarrollo temprano: Un modelo transaccional de mecanismos psicobiológicos. *Revista RPPC* [Internet]. 2023; 28(2): 151-65. Disponible en: <https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/36344227>.
79. Kira IA, Lewandowski L, Templin T, Ramaswamy V, Ozkan B, Mohanesh J. Measuring cumulative trauma dose, types, and profiles using a development-

- based taxonomy of traumas. *Traumatology*. 2008; 14(2): 62–87. <https://doi.org/10.1177/1534765608319324>
80. Hughes K, Ford K, Bellis MA, Glendinning F, Harrison E, Passmore J. Health and financial costs of adverse childhood experiences in 28 European countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2021; 6(11): e848–e857. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00232-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00232-2).
81. Sanchez MM, Ladd CO, Plotsky PM. Early adverse experience as a developmental risk factor for later psychopathology: evidence from rodent and primate models. *Dev Psychopathol*. 2001; 13 (3): 419-49.
- <https://doi.org/10.1017/s0954579401003029>
82. Huh HJ, Kim KH, Lee HK, Chae JH. The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *J Affect Disord*. 2017; 213: 44-50. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.009>
83. Devi F, Shahwan S, Lin I W, Sambasivam R, Jue Zhang Y, Wen Lau Y, *et al*. The prevalence of childhood trauma in psychiatric outpatients. *Ann Gen Psychiatry*. 2019; 18: 15-22. <https://doi.org/10.1186/s12991-019-0239-1>
84. Simon NM, Herlands NN, Elizabeth A, Marks H, Mancini C, Letamendi A, *et al*. Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer

- quality of life and function in social anxiety disorders. *Depress anxiety*. 2009; 26 (11):1027–32. <https://doi.org/10.1002/da.20604>
85. Xie P, Wu K, Zheng Y, Guo Y, Yang Y, He Y, *et al*. Prevalence of childhood trauma and correlations between childhood trauma, suicidal ideation, and social support in patients with depression, bipolar disorder, and schizophrenia in southern China. *J Affect Disord*. 2018; 228: 41–8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.011>
86. Lejonclou A, Nilsson D, Holmqvist R. Variants of potentially traumatizing life events in eating disorders patients. *Psycholo Trauma*. 2014; 6(6): 661-7. <https://doi.org/10.1037/a0034926>
87. Fox JR, Power MJ. Eating disorders and multi-level models of emotions: an integrated model. *Clini Psychol Psychother*. 2009; 16: 240-6. <https://doi.org/10.1002/cpp.626>
88. Steiger H, Richardson J, Schmitz N, Israel M, Bruce KR, y Gauvin L. Trait-defined eating-disorder subtypes and history of childhood abuse. *Int J Eat Disord*. 2010; 43 (5): 428-32. <https://doi.org/10.1002/eat.20711>
89. Carretero-Garcia A, Sánchez Planell L, Doval E, Rusiñol Estragués J, Raich Escursell R.M, Vanderlinden J. Repeated traumatic experiences in eating disorders and their association with eating symptoms. *Eat Weight Disord*. 2012; 17(4): e267-73. <https://doi.org/10.1007/BF03325137>

90. Molendijk ML, Hoek HW, Brewerton TD, Elzinga BM. Childhood maltreatment and eating disorder pathology: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychol Med.* 2017; 4(8): 1402-16. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003561>
91. Striegel-Moore RH, Dohm FA, Pike KM, Wilfle D, Fairbur CG. Abuse, bullying and discrimination as risk factors for binge eating disorders. *Am J Psychiatry,* 2002. 159 (11): 1902-07. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.11.1902>
92. Fosse GK, Holen A. Childhood maltreatment in adult female psychiatric outpatients with eating disorders. *Eat Behav.* 2006; 7: 404-9. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2005.12.006>
93. Sanci L, Coffey C, Olsson C, Reid S, Carlin JB, Patton G. Childhood sexual abuse and eating disorders in females: findings from the Victorian adolescent health cohort study. *Arch Pediatr Adoles Med.* 2008; 162 (3): 261-7. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2007.58>
94. Pignatelli AM, Wampers M, Loredio C, Biondi M, Vanderlinden J. Childhood neglect in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Trauma Dissociation.* 2017; 18 (1): 100-15. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1198951>
95. Kimber M, McTavish JR, Couturier J, Boven A, Gill S, Dimitropoulos G, *et al.* Consequences of child emotional abuse, emotional neglect and exposure to

- intimate partner violence for eating disorders: a systematic critical review. *BMC Psychol.* 2017; 5: 33-45. <https://doi.org/10.1186/s40359-017-0202-3>
96. Trottier K, MacDonald D.E. Update on Psychological Trauma, Other Severe Adverse Experiences and Eating Disorders: State of the Research and Future Research Directions. *Curr Psychiatry Rep.* 2017; 19: 45-53. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0806-6>
97. Kong S, Bernstein K. Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *J Clin Nurs.* 2009; 18 (13): 1897-907. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02740.x>
98. Armour C, Mullerova J, Fletcher S, Lagdon S, Burns, C.R, Robinson M, *et al.* Assessing childhood maltreatment and mental health correlates of disordered eating profiles in a nationally representative sample of English females. *Schizophrenia Bulletin.* 2016; 42: 383-393. <https://doi.org/10.1093/schbul/kbv054>
99. Afifi TO, Sareen J, Fortier J, Taillieu T, Turner S, Cheung K, *et al.* Child maltreatment and eating disorders among men and women in adulthood: Results from a nationally representative United States sample. *Int J Eat Disord.* 2017; 40: 1281–96. <https://doi.org/10.1002/eat.22783>

100. Vierling V, Etori S, Valenti L, Lesage M, Pigeyre M, Dodin V, *et al.* Prévalence et impacte de l'état de stress pos-traumatique chez les patients atteints de trouble du comportement alimentaire. *Presse Med.* 2015; 44: e341–52. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2015.04.039>
101. Quilliot D, Brunaud L, Mathieu J, Quenot C, Sirveaux MA, Kahn JP, *et al.* Links between traumatic experiences in childhood or early adulthood and lifetime binge eating disorder. *Psychiatry Res.* 2019; 276: 134–41. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.008>
102. Smith CE, Pisetsky EM, Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE, Joiner TE, *et al.* Is childhood trauma associated with lifetime suicide attempts in women with bulimia nervosa? *Eat Weight Disord.* 2016; 21(2): 199–204. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0226-8>
103. Longo P, Bertorello A, Panero M, Abbate-Daga G, Marzola E. Traumatic events and post-traumatic symptoms in anorexia nervosa. *Eur J Psychotraumatol.* 2019; 10: 1682930-6. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019>
104. Isomaa R, Backholm K, Birgegård A. Posttraumatic stress disorder in eating disorder patients: the role of psychological distress and timing of trauma. *Psychiatry Res.* 2015; 230: 506-10. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.044>

105. Reyes-Rodríguez ML, Von Holle A, Ulman TF, Thornton LM, Klump KL, Brandt H, *et al.* Post-traumatic stress disorder in anorexia nervosa. *Psychosomatic Med.* 2011; 73(6): 491–7. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31822232bb>
106. Tagay S, Schlegel S, Senf W. Traumatic events, posttraumatic stress symptomatology and somatoform symptoms in eating disorder patients. *Eur Eat Disord Rev.* 2010; 18: 124–32. <https://doi.org/10.1002/erv.972>
107. Palmisano GL, Innamorati M, Susca G, Traetta D, Sarracino D, Vanderlinden J. Childhood Traumatic Experiences and Dissociative Phenomena in Eating Disorders: Level and Association with the Severity of Binge Eating Symptoms. *J Trauma Dissociation.* 2018; 19 (1): 88-107. <https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1304490>
108. Becker DF, Grilo CM. Childhood Maltreatment in Women with Binge-Eating Disorder: Associations with Psychiatric Comorbidity, Psychological Functioning, and Eating Pathology. *Eat Weight Disord.* 2011; 16(2): e113-20. <https://dx.doi.org/10.1007%2F03325316>
109. Michopoulos V, Powers A, Moore C, Villareal S, Ressler KJ, Bradley B. The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. *Appetite.* 2015; 91: 129-36. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.03.036>

110. Brustenghi F, Mezzetti FA, Di Sarno C, Giulietti C, Moretti P, Tortorella A. Eating disorders: the role of childhood trauma and the emotion regulation. *Psychiatr Danub.* 2019; 31 (3): 509-11.
111. Amianto F, Spalatro AV, Rainisa M, Andriulli C, Lavagnino L, Abbate-Daga G, *et al.* Childhood emotional abuse and neglect in obese patients with and without binge eating disorder: Personality and psychopathology correlates in adulthood. *Psychiatry Res.* 2018; 269: 692–9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.089>
112. Malinauskiene V, Malinauska R. Lifetime Traumatic Experiences and Disordered Eating among University Students: The Role of Posttraumatic Stress Symptoms. *BioMed Res Int.* 2018; 9814358. <https://doi.org/10.1155/2018/9814358>
113. Gilboa-Schechtman E, Avnon L, Zubery E, y Jeczmiem P. Emotional processing in eating disorders: Specific impairment or general distress related deficiency? *Depres: Anxiety.* 2006; 23: 331–9. <https://doi.org/10-1002/da.20163>
114. Mills P, Newman EF, Cossar J, Murray G. Emotional maltreatment and disordered eating in adolescents: testing the mediating role of emotion regulation. *Child Abuse Negl.* 2015; 39: 156-66. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.05.011>

115. Rosen JC. Body image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. *Int J Eat Disord.* [Internet]. 1996; 20 (4): 331-43. [https://doi.org/10.1002/\(SICD\)1098-108X\(199612\)20:4<331:AID-EAT1>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICD)1098-108X(199612)20:4<331:AID-EAT1>3.0.CO;2-O)
116. Keel PK, Dorer DJ, Franko DL, Jackson SC, Herzog DB. Post remission predictors of relapse in women with eating disorders. *Am J Psychiatry.* 2005; 162(12): 2263-8. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2263>
117. Marco H, Botella C, Perpiña C. Tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. Saarbrücken: Académica Española; 2004. pp. 295.
118. Vaquero-Cristóbal R, Alacid F, Muyor JM, López-Miñarro PA. Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutr Hosp.* [Internet]. 2013; 28(1): 27-35. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3092/30922605500>
119. Cook-Cottone CP. Incorporating positive body image into the treatment of eating disorders: A model for attunement and mindful self-care. *Body Image.* 2015; 14: 158-67. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.004>
120. Rosen JC. Body image disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders. In JH Crowther, DL Tennenbaum, SE Hobfoll, MAP. Stephens (eds.), *The etiology of bulimia: The individual and familial context (157-177)*. Washington D.C.: Hemisphere Publishing Corporation; 1992.

121. Van den Berg P, Paxton SJ, Keery H, Wall M, Guo J, Neumark- Sztainer D. Body dissatisfaction and body comparison with media images in males and females. *Body Image*. 2007; 4 (3): 257–68.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.04.003>
122. Quick VM, Byrd-Bredbenner C. Disordered eating, socio-cultural media influencers, body image, and psychological factors among a racially/ethnically diverse population of college women. *Eat Behav*. 2014; 15(1): 37–41.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.005>
123. Tylka TL, Wood-Barcalow NL. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*. 2015; 14: 118-29. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>
124. Schilder P. *The image and appearance of human body*. New York: International university press; 1970.
125. De Vignemont F. Body schema and body image-pros and cons. *Neuropsychologia*. 2010; 48 (3): 669-80.
<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2009.09.022>
126. Raich RM. *Imagen corporal*. Madrid: Pirámide; 2000.
127. Troisi A, Di Lorenzo G, Alcini S, Croce Nanni R, Di Pasquale C, Siracusano A. Body Dissatisfaction in Women with Eating Disorders: Relationship to Early

- Separation Anxiety and Insecure Attachment. *Psychosom Med.* 2006; 68 (3): 449-53. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000204923.09390.5b>
128. Gois AC, Ferreira C, Mendes AL. Steps towards understanding the impact of early emotional experiences on disordered eating: the role of self-criticism, shame, and body image shame. *Appetite.* 2018; 125: 10-7. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.01.025>
129. Salaberria K, Rodríguez S, Cruz S. Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz.* 2007; 8: 171-83. BIBLID 1577-8533.
130. Skrzypek S, Wehmeier P, Remschmidt H. Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2001; 10: 215–21. <https://doi.org/10.1007/s007870170010>
131. Hayaki J, Friedman MA, Brownell KD. Emotional expression and body dissatisfaction. *Int J Eat Disord.* 2002; 31: 57-62. <https://doi.org/10.1002/eat.1111>
132. Garner DM, Garner MV, Van Egeren LF. Body dissatisfaction adjusted for weight: The Body Illusion Index. *Int J Ea Disord.* 1992; 12(3): 263–71. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199211\)12:3<263::AID-EAT2260120306>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199211)12:3<263::AID-EAT2260120306>3.0.CO;2-Q)

133. Bedoya Hernández MH, Marín Cortés AF. Cuerpo vivido e identidad narrativa en mujeres diagnosticadas con trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Colomb Psiquiatr.* [Internet] 2010; 39(3): 544-55. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n3/v39n3a08.pdf>
134. Prnjak K, Jukic I, Mitchison D, Griffiths S, Hay P. Body image as a multidimensional concept: A systematic review of body image facets in eating disorders and muscle dysmorphia. *Body Image.* 2022; 42: 347-60. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.07.00>
135. Lethbridge J, Watson HJ, Egan SJ, Street H, Nathan PR. The role of perfectionism, dichotomous thinking, shape and weight overvaluation, and conditional goal setting in eating disorders. *Eat Behav.* 2011; 12(3): 200-6. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.04.003>
136. Sepúlveda AR, Botella J, León JA. La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un metaanálisis. *Psicothema.* [Internet]. 2001; 13(1): 7-16 Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/407.pdf>
137. Mölbert SC, Klein L, Thaler A, Mohler BJ, Brozzo C, Martus P, *et al.* Depictive and metric body size estimation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2017; 57: 21-31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.005>.

138. Grilo CM, Crosby RD, Machado PP. Examining the distinctiveness of body image concerns in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2019; 52 (11): 1129-36. <https://doi.org/10.1002/eat.23161>
139. Sala L, Mirabel-Sarron C, Pham-Scottez A, Blanchet A, Rouillon F, Gorwood P. Body dissatisfaction is improved but the ideal silhouette is unchanged during weight recovery in anorexia nervosa female inpatients. *Eat Weight Disord.* 2012; 7(2): e109-15. <https://doi.org/10.1007/BF03325334>
140. Grunwald M, Ettrich C, Busse F, Assmann B, Dähne A, Gertz HJ. Angle paradigm: A new method to measure right parietal dysfunctions in anorexia nervosa. *Arch Clin Neuropsychol.* 2002; 17(5): 485-96. [https://doi.org/10.1016/S0887-6177\(01\)00131-7](https://doi.org/10.1016/S0887-6177(01)00131-7)
141. Hsu LG, Sobkiewicz TA. Body image disturbance: Time to abandon the concept for eating disorders? *Int J Eat Disord.* 1991; 10 (1): 15–30. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199101\)10:1<15:AID-EAT2260100103>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199101)10:1<15:AID-EAT2260100103>3.0.CO;2-I)
142. Cash TF, Pruzinsky T. *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice.* New York: Guilford Press. 2002.
143. Dunkley DM, Mashe RM, Grilo CM. Childhood Maltreatment, Depressive Symptoms, and Body Dissatisfaction in Patients with Binge Eating Disorder:

- The Mediating Role of Self-Criticism. *Int J Eat Disord.* 2010; 43(3): 274–81. <https://doi.org/10.1002/eat.20796>
144. Villarroel AM, Penelo E, Portell M, Raich RM. Childhood sexual and physical abuse in Spanish female undergraduates: does it affect eating disturbance? *Eur Eat Disord Rev.* 2012; 20: e32-41. <https://doi.org/10.1002/erv.1086>
145. Mitchison D, Bussey K, Touyz S, Gonzalez-Chica D, Musker M, Stocks N, *et al.* Shared associations between histories of sexual and physical abuse among people with eating disorder symptoms and higher weight. *Aust N Z J Psychiatry.* 2019; 53 (6): 540-49. <https://doi.org/10.1177/0004867418814961>
146. Vartanian LR, Hayward LE, Smith JM, Paxton SJ, Touyz SW. Risk and resiliency factors related to body dissatisfaction and disordered eating: the identity disruption model. *Int J Eat Disord.* 2018; 51: 322–30. <https://doi.org/10.1002/eat.22835>
147. Mustapic J, Marchinko D, Vargek P. Eating behaviours in adolescent girls: the role of body shame and body dissatisfaction. *Eat Weight Disord.* 2015; 20(3): 329-35. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0183-2>
148. Preti A, Incani E, Camboni MV, Petreto DR, Masala C. Sexual abuse and eating disorders symptoms: the mediator role of body dissatisfaction. *Compr Psychiatry.* 2006; 47: 475-81. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.03.004>

149. Kenardy J, Ball K. Disordered eating, weight dissatisfaction and dieting in relation to unwanted childhood sexual experiences in a community sample. *J Psychosom Res.* 1998; 44: 327-37.
- [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(97\)00258-4](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(97)00258-4)
150. Treurer T, Koperdak M, Rózsa S, Juredi J. The impact of physical and sexual abuse on body image in eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2005; 13: 106-11.
- <https://doi.org/10.1002/erv.616>
151. Van Gerko K, Hughes M.L, Hamill M, Waller G. Reported childhood sexual abuse and eating-disordered cognitions and behaviors. *Child Abuse Negl.* 2005; 29: 375–82. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.11.002>
152. Mason SM, MacLehose RF, Katz-Wise SL, Austin SB, Neumark-Sztainer D, Harlow BL, *et al.* Childhood abuse victimization, stress-related eating and weight status in young women. *Ann. Epidemiol.* 2015; 25(10): 760–66.
- <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2015.06.081>
153. Richardson AS, Dietz WH, Gordon-Larsen P. The association between childhood sexual and physical abuse with incident adult severe obesity across 13 years of the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Pediatr Obes.* 2014; 9(5): 351–56. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2013.00196.x>

154. Madowitz J, Matheson BE, Liang G. The relationship between eating disorders and sexual trauma. *Eat Weight Disord.* 2015; 20(3): 281-93. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0195-y>
155. Grilo MC, Robin M. Childhood psychological, physical and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity and eating-related psychopathology. *Obes Res.* 2001; 9(5): 320-5. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.40>
156. Hicks White AA, Pratt KJ, Cottrill C. The relationship between trauma and weight status among adolescents in eating disorder treatment. *Appetite.* 2018; 129: 62-9. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.06.034>
157. Groff S, Wilke D. Sexual violence, weight perception, and eating disorders indicators in college females. *J Am Coll Health.* 2016; 64(1): 38-47. <https://doi.org/10.1080/07448481.2015.1074237>
158. Guillaume S, Jaussent L, Maimoun L, Ryst A, Seneque M, Villain L, *et al.* Associations between adverse childhood experiences and clinical characteristics of eating disorders. *Sci Rep.* 2016; 6: 35761-67. <https://doi.org/10.1038/srep35761>
159. Backholm K, Isomaa R, Birgegard A. The prevalence and impact of trauma history in eating disorder patients. *Eur J Psychotraumatol.* 2013; 4: 22482-9. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.22482>

160. Tagay S, Schlottbohm E, Reyes-Rodriguez ML, Repic N, Senf W. Eating Disorders, Trauma, PTSD and Psychosocial Resources. *Eat Disord.* 2014; 22(1): 33–49. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.857517>
161. Mitchell KS, Singh S, Hardin S, y Thompson-Brenner H. The impact of comorbid posttraumatic stress disorder on eating disorder treatment outcomes: Investigating the unified treatment model. *Int J Eat Disord.* 2021; 54(7): 1260-69. <https://doi.org/10.1002/eat.23515>
162. Roenholt S, Bec, NN, Karsberg SH, Elklit A. Post-traumatic stress symptoms and childhood abuse categories in a national representative sample for a specific age group: associations to body mass index. *Eur J Psychotraumatol.* 2012; 3: 17188-94. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.17188>
163. Brooke L, Mussap AJ. Brief report: Maltreatment in childhood and body concerns in adulthood. *J Health Psychol.* 2013; 18(5): 620–6. <https://doi.org/10.1177/1359105312454036>
164. Kothari R, Easter A, Lewis R, Howard LM, Micali N. Intimate Partner Violence among Women with Eating Disorders during the Perinatal Period. *Int J Eat Disord.* 2015; 48: 727–35. <https://doi.org/10.1002/eat.22429>
165. Bakalar JL, Barmine M, Druskin L, Olsen CH, Quinlan J, Sbrocco T, *et al.* Childhood adverse life events, disordered eating, and body mass index in US

- Military service members. *Int J Eat Disord.* 2018; 51, 465–9.
<https://doi.org/10.1002/eat.22851>
166. Moulton SJ, Newman E, Power K, Swanson V, Day K. Childhood trauma and eating psychopathology: a mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child Abuse Negl.* 2015; 39: 167-74.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.07.003>
167. Grilo MC, Masheb RM. Childhood psychological, physical and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity and eating-related psychopathology. *Obes Res.* 2001; 9 (5): 320-5. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.40>
168. Thompson KM, Wonderlich SA. Child sexual abuse and eating disorders. In: Thompson JK. (Ed). *Handbook of eating disorders and obesity.* Hoboken, N.J. 2004; pp 679-94.
169. Monell E, Clinton D, Birgegård A. Emotion dysregulation and eating disorders- Associations with diagnostic presentation and key symptoms. *Int J Eat Disord.* 2018; 51(8): 921-30. <https://doi.org/10.1002/eat.22925>
170. Donahue JM, Reilly EE, Anderson LM, Scharmer C, Anderson DA. Evaluating Associations Between Perfectionism, Emotion Regulation, and Eating Disorder Symptoms in a Mixed-Gender Sample. *J Nerv Ment Dis.* 2018; 206(11): 900-4.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000895>

171. Monteleone AM, Cascino G, Ruzzi V, Pellegrino F, Patriciello G, Barone E, *et al.* Emotional traumatic experiences significantly contribute to identify a maltreated ecophenotype sub-group in eating disorders: Experimental evidence. *Eur Eat Disord Rev.* 2021; 29(2): 269-80. <https://doi.org/10.1002/erv.2818>.
172. Cardila F, Martos A, Barragán AB, Pérez-Fuentes MC, Molero MM, Gazquez JJ. Prevalencia de la depresión en España: análisis de los últimos 15 años. *Eur J Investig Health Psychol Educ.* [Internet]. 2015; 5(2): 267-279. Disponible [en: file:///C:/Users/Ester/Downloads/ejihpe-05-00267.pdf](en:file:///C:/Users/Ester/Downloads/ejihpe-05-00267.pdf)
173. Kubany ES, Haynes SN, Leisen MB, Owens JA, Kaplan AS, Watson SB, *et al.* Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The traumatic life events Questionnaire. *Psychol Assess.* 2000; 12: 210-24. <https://doi.org/10.1037//1040-3590.12.2.210>
174. Peirce JM, Burke CK, Stoller KB, Neufeld KJ, Brooner RK. Assessing Traumatic Event Exposure: Comparing the Traumatic Life Events Questionnaire to the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *Psychol Assess.* 2009; 21 (2): 210-8. <https://doi.org/10.1037/a0015578>
175. Gray MJ, Litz BT, Hsu JL, Lombardo TW. Psychometric properties of the Life Events Checklist. *Assessment.* 2004; 11: 330-41. <https://doi.org/10.1177/1073191104269954>

176. Weathers FW, Keane TM. The criterion A problem revisited: Controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *J Trauma Stress*. 2007; 20: 107–21. <https://doi.org/10.1002/jts.20210>
177. Garner DM. *Eating disorder inventory-2 professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources; 1993. pp. 215.
178. Castro J, Toro J, Salamero M, Guimerá E. The eating attitude test: Validation of the Spanish version. *Psychol. Assess.* [Internet]. 1991; 7: 175-90. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-41082010000100002
179. Henderson M, Freeman C.P. A self-rating scale for bulimia. The “BITE”. *Br J Psychiatry*. 1987; 150 (1): 18-24. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.1.18>
180. Vázquez C, Sanz J. Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clín. Salud*. [Internet]. 1997; 8: 403-22. Disponible en: <http://psicothema.com/pdf/167.pdf>
181. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. (3ª Ed.). Madrid: Publicaciones de psicología aplicada; 1998.
182. Oquendo MA, Baca-Garcia E, Graver R, Morales M, Montalvan V, Mann J. Spanish adaptation of the Barrat impulsiveness scale (BIS-11). *Eur J Psychiatry*. 2001; 15 (3): 147-55.

183. Berstein EM, Putnam FW. Development, reliability and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis.* 1986; 174: 727-34. <https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>
184. Probst M, Vandereycken W, Van Coppenolle H, Vanderlinden J. The body attitude test for patient with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eat Disord.* 1995; 3: 133-45. <https://doi.org/10.1080/10640269508249156>
185. Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairburn C.G. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int J Eat Disord.* 1987; 6(4): 485–94. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198707\)6:4<485:AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198707)6:4<485:AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O)
186. Thompson MA, Gray JJ. Development and validation of a new body-image assessment scale. *J Pers Assess.* 1995; 64(2): 258–69. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6402_6
187. AMM. 64^a Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
188. [BOE-A-2018-16673](#). Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1999/12/13/15>

189. Statistics, I. S. (n.d.). Software de computación. (28 ed). Chicago, Illinois: EEUU.
190. Kjaersdam Tellés G, Lauritsen MB, Rodrigo-Domingo M. Prevalence of Various Traumatic Events Including Sexual Trauma in a Clinical Sample of Patients with an eating disorder. *Front Psychol.* 2021; 12:687452. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.687452>
191. Caslini M, Bartoli F, Crocamo C, Dakanalis A, Clerici M, Carrá, G. Disentangling the association between child abuse and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med.* 2016; 78(1): 79-90. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000233>
192. Lejonklou A, Nilsson D, Holmqvist R. Variants of potentially traumatizing life events in eating disorders patients. *Psychol Trauma.* 2014; 6(6): 661-7. <https://doi.org/10.1155/2018/9814358>
193. Steiger H, Richardson J, Joober R, Gauvin L, Israel M, Bruce KR, *et al.* The 5HTTLPR polymorphism, prior maltreatment and dramatic-erratic personality manifestations in women with bulimic syndromes. *J Psychiatry Neurosci.* 2007; 32(5): 354-62. PMID: PMC1963352
194. Teicher M, Samson J, Anderson C, Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nat Rev Neurosci.* 2016; 17: 652–66. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.111>

195. Fonagy P, Gergely G, Target M. The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007; 48(3-4): 288-328. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01727.x>
196. Tasca GA, Ritchie K, Zachariades F, Proulx G, Trinneer A, Balfour L, *et al*. Attachment insecurity mediates the relationship between childhood trauma and eating disorder psychopathology in a clinical sample: a structural equation model. *Child Abuse Negl*. 2013; 37(11): 926-33. [7. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.004](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.004)
197. Piaget J. *El desarrollo intelectual del Adolescente*. 2^a ed. Editorial Paidós; 1990.
198. Noordenbos G, Aliakbari N, Campbell R. The relationship among critical inner voices, low self-esteem, and self-criticism in eating disorders. *Eat Disord*. 2014; 22(4): 337–51. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.898983>
199. Dunn EC, McLaughlin KA, Slopen N, Rosand J, Smoller JW. Developmental timing of child maltreatment and symptoms of depression and suicidal ideation in young adulthood: results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Depress Anxiety*. 2013; 30(10): 955-64. <https://doi.org/10.1002/da.22102>
200. Kaplow JB, Widom CS. Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *J Abnorm Psychol*. 2007; 116(1): 176–87. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.1.176>

201. Kaplow JB, Dodge KA, Amaya-Jackson L, Saxe GN. Pathways to PTSD, part II: Sexually abused children. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(7): 1305-10. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.7.1305>
202. Dyer A, Borgmann E, Kleindienst N, Feldmann RE, Vock S, Bohus M. Body image in patients with posttraumatic stress disorder after childhood sexual abuse and co-occurring eating disorder. *Psychopathology*. 2013; 46(3): 186–91. <https://doi.org/10.1159/000341590>
203. Bowlby J. *Attachment and loss*. (2nd ed.). New York, NY: Basic Books, 1969.
204. Diamond LM, Hicks AM, Otter-Henderson K. Physiological evidence for repressive coping among avoidantly attached adults. *J Soc Pers Relationsh*. 2006; 23(2): 205–29. <https://doi.org/10.1177/0265407506062470>
205. Ramacciotti A, Sorbello M, Pazzagli A, Vismara L, Mancone A, Pallanti S. Attachment processes in eating disorders. *Eat Weight Disord*. 2001; 6(3):166-70. <https://doi.org/10.1007/BF03339766>
206. Katznelson H, Daniel SIF, Poulsen S, Lunn S, Buhl-Nielsen B, Sjögren JM. Disturbances in the experiences of embodiment related to attachment, mentalization and self-objectification in anorexia nervosa. *J Eat Disord*. 2021; 9(1):137. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00463-z>

207. Bateman AW, Fonagy P. (Eds). Handbook of mentalizing in mental health practice. Washington: American Psychiatric Publishing, 2012.
208. Pellegrini RA, Finzi S, Veglia F, Di Fini G. Narrative and Bodily Identity in Eating Disorders: Toward an Integrated Theoretical-Clinical Approach. *Front Psychol.* 2021; 12:785004. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.785004>
209. Burns EE, Fischer S, Jackson JL, Harding HJ. Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child Abuse Negl.* 2012; 36: 32–9. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.08.005>
210. Boone L, Soenens B, Braet C. Perfectionism, Body Dissatisfaction, and Bulimic Symptoms: The Intervening Role of Perceived Pressure to be Thin and Thin Ideal Internalization. *J Soc Clin Psychol.* 2011; 30: 1043-68. <https://doi.org/10.1521/JSCP.2011.30.10.1043>
211. Beato L, Rodríguez Cano T, Belmonte A. Relationship of dissociative experiences to body shape concerns in eating disorders. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 2003; 11: 38-45. <https://doi.org/10.1002/erv.508>
212. Tasca GA, Szadkowski L, Illing V, Trinneer A, Grenon R, Demidenko N, *et al.* Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Pers Individ Differ.* 2009; 47:662–7. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.06.006>

213. Vall E, Wade TD. Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2015; 48(7): 946-71. <https://doi.org/10.1002/eat.22411>. Erratum in: *Int J Eat Disord.* 2016; 49(4): 432-3.
214. Hazzard VM, Crosby RD, Crow SJ, Engel SG, Schaefer LM, Brewerton TD, *et al.* Treatment outcomes of psychotherapy for binge-eating disorder in a randomized controlled trial: Examining the roles of childhood abuse and post-traumatic stress disorder. *Eur Eat Disord Rev.* 2021; 29(4): 611-21. <https://doi.org/10.1002/erv.2823>
215. Gorrell S, Hail L, Reilly EE. Predictors of Treatment Outcome in Eating Disorders: A Roadmap to Inform Future Research Efforts. *Curr Psychiatry Rep.* 2023; 25(5):213-22. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01416-w>
216. Miskovic-Wheatley J, Bryant E, Ong SH, Vatter S, Le A, National Eating Disorder Research Consortium, *et al.* Eating disorder outcomes: findings from a rapid review of over a decade of research. *J Eat Disord.* 2023 May 30;11(1):85. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00801-3>
217. Radunz M, Keegan E, Osenk I, Wade TD. Relationship between eating disorder duration and treatment outcome: systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2020; 53(11):1761–73. <https://doi.org/10.1002/eat.23373>

218. Castellini G, Lelli L, Cassioli E, Ciampi E, Zamponi F, Campone B, *et al.* Different outcomes, psychopathological features, and comorbidities in patients with eating disorders reporting childhood abuse: A 3-year follow-up study. *Eur Eat Disord Rev.* 2018; 26(3):217-29. <https://doi.org/10.1002/erv.2586>
219. Hayes NA, Welty LJ, Slesinger N, Washburn JJ. Moderators of treatment outcomes in a partial hospitalization and intensive outpatient program for eating disorders. *Eat Disord.* 2019; 27(3): 305–20. <https://doi.org/10.1080/1064266.2018.1512302>
220. Egan SJ, Wade TD, Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: a clinical review. *Clin Psychol Rev.* 2011; 31(2): 203-12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
221. Capretto J. Developmental Timing of Childhood Physical and Sexual Maltreatment Predicts Adult Depression and Post-Traumatic Stress Symptoms. *J Interpers Violence.* 2020; 35 (13-14): 2558-82. <https://doi.org/10.1177/0886260517704963>
222. La Mela C, Maglietta M, Castellini G, Amoroso L, Lucarelli S. Dissociation in eating disorders: relationship between dissociative experiences and binge-eating episodes. *Compr Psychiatry.* 2010; 51(4): 393-400. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.09.008>.

223. Lanius RA, Bluhm R, Lanius U, Pain C. A review of neuroimaging studies in PTSD: heterogeneity of response to symptom provocation. *J Psychiatr Res.* 2006; 40(8): 709-29. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.07.007>
224. Etkin A, Wager TD. Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *Am J Psychiatry.* 2007; 164(10):1476-88. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07030504>
225. Kremer I, Orbach I, Rosenbloom T. Body image among victims of sexual and physical abuse. *Violence Vict.* 2013; 28(2): 259-73.
226. Netto LR, Pereira JL, Nogueira JF, Cavalcanti-Ribeiro P, Santana RC, Teles CA, *et al.* Impulsivity is relevant for trauma exposure and PTSD symptoms in a non-clinical population. *Psychiatry Res.* 2016; 30 (239):204-11. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.027>
227. Chemisquy S. y Helguera G. P. Impacto de la autopercepción perfeccionista en la salud infantil y adolescente: Una revisión sistemática. *Rev de Psicopatol y Psicol Clín.* 2018; 23(2): 149–61. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.2.2018.20095>
228. Dakanalis A, Timko CA, Zanetti MA, Rinaldi L, Prunas A, Carrà G, *et al.* Attachment insecurities, maladaptive perfectionism, and eating disorder symptoms: a latent mediated and moderated structural equation modeling

- analysis across diagnostic groups. *Psychiatry Res.* 2014; 215(1):176-84.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.039>
229. Fernández-Aranda F, Pinheiro AP, Thornton LM, Berrettini WH, Crow S, Fichter MM, *et al.* Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Res.* 2008; 157(1-3): 147–57.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.02.011>
230. Pugh M. The internal ‘anorexic voice’: A feature or fallacy of eating disorders? *Advances Eat Disord: Theory, Res Pract.* 2016; 4: 75–83.
<https://doi.org/10.1080/21662630.2015.1116017>
231. Jackson Y, McGuire A, Tunno AM, Makanui PK. A reasonably large review of operationalization in child maltreatment research: Assessment approaches and sources of information in youth samples. *Child Abuse Negl.* 2019; 87: 5-17.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.016>
232. Russotti J, Warmingham JM, Duprey EB, Handley ED, Manly JT, Rogosch FA, *et al.* Child maltreatment and the development of psychopathology: The role of developmental timing and chronicity. *Child Abuse Negl.* 2021; 120:105215.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105215>
233. Cowell RA, Cicchetti D, Rogosh FA, Toth SL. Childhood maltreatment and its effect on neurocognitive functioning: Timing and chronicity matter. *Dev.*

Psychopathol. 2015; 27 (2): 521-33.
<https://doi.org/10.1017/S0954579415000139>

234. Warmingham JM, Handley ED, Rogosch FA, Manly JT, Cicchetti D. Identifying maltreatment subgroups with patterns of maltreatment subtype and chronicity: A latent class analysis approach. *Child Abuse Negl.* 2019; 87: 28-39.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.08.013>
235. Dunn EC, Nishimi K, Gomez SH, Powers A, Bradley B. Developmental timing of trauma exposure and emotion dysregulation in adulthood: Are there sensitive periods when trauma is most harmful? *J Affect Disord.* 2018; 227: 869-77.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.045>
236. Pinto RJ, Maia ÂC. A Comparison Study between Official Records and Self-Reports of Childhood Adversity. *Child Abuse Rev.* 2013; 22: 354-666.
<https://doi.org/10.1002/car.2232>
237. Hardt J, Rutter M. Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *J Child Psychol Psychiatry.* 2004; 45(2): 260–73. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x>
238. Stice E, Gau JM, Rohde P, Shaw H. Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: predictive specificity in high-risk adolescent females. *J Abnorm Psychol.* 2017; 126: 38-51. <https://doi.org/10.1037/abn0000219>

239. Demirci E. Non suicidal self-injury, emotional eating and insomnia after child sexual abuse: Are those symptoms related to emotion regulation? *J Forensic Leg Med.* 2018; 53: 17–21. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2017.10.012>
240. Richter A, Gilbert P, McEwan K. Development of an early memories of warmth and safeness scale and its relationship to psychopathology. *Psychol Psychother.: Theory Res Pract.* 2009; 82 (2): 171-84. <https://doi.org/10.1348/147608308X395213>
241. Hepworth NS. A Mindful Eating Group as an Adjunct to Individual Treatment for Eating Disorders: A Pilot Study. *Eat Disord.* 2011; 19: 6–16. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533601>

9. Anexos

ANEXO I

<i>Cuestionario de recogida de datos</i>	
1. Variables demográficas	
Edad	
Sexo	0 Hombre 1 Mujer
Estado Civil	0 soltero 1 Casado/Pareja de hecho 2 Separado/Divorciado 3 Viudo
Convivencia	0 Solo 1 Con pareja/cónyuge 2 Con hijos 3 Pareja + hijos 4 Con padres 5 Otras
Estudios	0 Primarios 1 Secundarios 2 FP 3 Superiores
Situación laboral (actual)	0 Activo 1 Paro con subsidio 2 Paro sin subsidio 3 Incapacidad temporal 4 Incapacidad permanente 5 Jubilado
Relaciones familiares	0 Buenas 1 Malas 2 Regulares 3 Ausentes

Relaciones sociales	0 Buenas 1 Malas 2 Regulares 3 Ausentes
2. Antecedentes personales	
Psiquiátricos	0 no 1 Afectivos____ 2 Ansiosos 3 psicóticos
Consumo de tóxicos en la actualidad	0 no 1 cannabis 2 cocaína 3 opiáceos 4 anfetaminas
3. Antecedentes familiares	
Psiquiátricos	0 no 1 afectivos____ 2 ansiosos 3 psicóticos 4 TCA 5 consumo tóxicos
4. Variables clínicas	
Grupo	0 grupo TCA 1 grupo afectivos 2 controles sanos
Orientación diagnóstica según criterios DSM-5	1 al inicio de la enfermedad: 2 actual:
Orientación diagnóstica según categoría	TCA Impulsivo TCA Perfeccionista
EDI	___puntos
EDI; sub escala insatisfacción corporal	___puntos
BAT	___puntos
EAT-40	___puntos

STAI-R	___puntos
STAI-E	___puntos
BDI	___puntos
BIS-11	___puntos
BITE	___puntos
BSQ	___puntos
Test silueta	___puntos
Cuestionario de acontecimientos estresantes (TLEQ)	EAV elegida Tipo de EAV (impersonal, interpersonal, previa a los 13 años (impersonal+interpersonal), interpersonal y previa a los 13 años.) Nivel de perturbación. Edad del trauma elegido Presencia de abuso sexual Numero de traumas
Años evolución enfermedad	
Edad inicio de la enfermedad	
Numero hospitalizaciones	
Peso-IMC	Al inicio de la enfermedad Actual:
5. Variables Farmacológica	
Antidepresivos	1 ADT___ 2 IMAOs___ 3 ISRS___ 4 ISRNS___ 5 Otros___
Antipsicóticos	1 Típicos___ 2. Atípicos___
Ansiolíticos	1 Como sedante___ 2 Como Hipnótico___
Eutimizantes	1 no 2 si_____

Entrevista diagnóstica

Número de Protocolo: _____

Fecha de la entrevista: _____

Módulos explorados

Modulo 1: Trastorno por atracón (según criterios DSM-5)

CRITERIO A:

a ¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas? NO SÍ

b ¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo? NO SÍ

CRITERIO B:

a ¿Estos atracones se asocian a una de estas situaciones?

1. Comer mucho más rápido de lo normal NO SÍ
2. Comer hasta sentirse con malestar por la sensación de plenitud, NO SÍ
3. Comer grandes cantidades de alimentos sin hambre; NO SÍ
4. Sentirse disgustado, depresivo, culpable después del atracón; NO SÍ

CRITERIO C:

a ¿Come solo por la vergüenza que ocasiona el ingerir dicha cantidad de comida?

B ¿Tiene usted malestar importante cuando se atraca?

CRITERIO D:

¿En los últimos 3 meses (o a lo largo de su vida por un periodo de 3 meses mínimo), se ha dado usted al menos 1 atracón por semana? NO SÍ

CRITERIO E:

a ¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA O BULIMIA NERVIOSA? NO SÍ

Cumple criterios para Trastorno de atracón: NO SÍ

Si no los cumple ahora especificar si lo ha cumplido a lo largo de su vida: NO SÍ

Modulo2: Anorexia nerviosa (según criterios DSM-5)

CRITERIO A:

a ¿Cuál es su estatura? ___ __cm

b En los últimos 3 meses, ¿cuál ha sido su peso más bajo? _ __kg

c A lo largo de su vida, ¿cuál ha sido su peso más bajo? _ __kg

d ¿ES EL PESO DEL PACIENTE/participante INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA?: NO SÍ

e ¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar? NO SÍ

f ¿A pesar de su bajo peso restringía la ingesta? NO SÍ

CRITERIO B:

a ¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a? NO SÍ

b ¿A pesar de estar bajo peso, presentaba conductas persistentes que interfieren con el aumento de peso? NO SÍ

CRITERIO C:

a ¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda? NO SÍ

b ¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo? NO SÍ

c ¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo? NO SÍ

Cumple criterios para ANOREXIA NERVIOSA: NO SÍ

Si no los cumple ahora especificar si lo ha cumplido a lo largo de su vida: NO SÍ

TIPO

Restictivo: Durante el episodio de AN el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. e. Provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Compulsivo/Purgativo: Durante el episodio de AN, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. e. Provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Modulo3: Bulimia nerviosa (según criterios DSM-5)

CRITERIO A:

a ¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas? NO SÍ

b ¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo? NO SÍ

CRITERIO B:

a ¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos? NO SÍ

CRITERIO C

a ¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 1 atracón por semana? NO SÍ

b ¿A lo largo de su vida ha tenido un periodo de tres meses en el cual se ha dado usted al menos 2 atracones por semana? NO SÍ

CRITERIO D

a ¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo? NO SÍ

CRITERIO E

a ¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA? NO SÍ

b ¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____libras/kg)? NO SÍ 12

(ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA)

Cumple criterios para Bulimia Nerviosa: NO SÍ

Si no los cumple ahora especificar si lo ha cumplido a lo largo de su vida: NO SÍ

Modulo 4. Nuevas categorías del DSM-V (según criterios DSM-5)

¿Entra el paciente antes orientado de TCANE en una de las siguientes categorías?

- Anorexia Nerviosa (AN) atípica: Reúne todos los criterios de AN excepto que el peso esta estar en rango normal.
- Bulimia Nerviosa (BN) subclínico: Reúne todos los criterios de la BN excepto por la frecuencia: el atracón y la conducta compensatoria se dan menos de una vez por semana en los últimos 3 meses.
- Trastorno por atracón (TA) subclínico: Reúne todos los criterios del TA excepto por la frecuencia: el atracón se da menos de una vez por semana en los últimos 3 meses.
- Trastorno purgativo: Conducta purgativa recurrente para controlar el peso o la silueta, como vómitos, mal uso de laxantes, diuréticos, u otras medicaciones, en ausencia de atracones. La autoevaluación esta exageradamente influida por el peso y la silueta corporal. O existe un miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso.

Modulo 5. Depresión mayor. (según criterios DSM-5)

Ha padecido usted en los últimos tres meses durante dos semanas los siguientes:

- a) Estado de ánimo deprimido gran parte del día, en casi todos los días. NO SÍ
- b) Disminución del interés por las actividades que solían generar dicha emoción, durante casi todo el día, la mayor parte de los días NO SÍ
- c) Pérdida o aumento de peso. NO SÍ
- d) Insomnio o hipersomnia, casi todos los días. NO SÍ
- e) Una mayor agitación o disminución psicomotora, casi todos los días. NO SÍ
- f) Fatiga y/o con falta de energía, casi todos los días. NO SÍ
- g) Sentimientos de culpabilidad y de inutilidad excesivos. NO SÍ

- h) Dificultad para mantener la concentración o para tomar decisiones. NO SÍ
- i) Pensamientos relacionados a la muerte de forma recurrente, que pueden ser ideaciones suicidas sin un plan determinado por llevarlo a cabo, intentos de suicidio o meditaciones previas para llevar a cabo el suicidio NO SÍ

¿Si no lo ha padecido en los últimos tres meses, cuando lo ha padecido la última vez?

¿Cuántos episodios ha tenido? _____

A cumplimentar por el entrevistador

1. La aparición de los síntomas genera un elevado malestar que genera un deterioro en las diferentes áreas en las que se encuentra la persona, como laboral o social. NO SÍ
2. Los síntomas no pueden estar relacionados al consumo de una sustancia, a un efecto fisiológico o a una enfermedad médica. NO SÍ
3. El episodio depresivo no concuerda mejor con un diagnóstico del trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, esquizofreniforme, un trastorno delirante u cualquier otro trastorno no especificado de entre los trastornos psicóticos. NO SÍ
4. Nunca se ha dado un episodio maníaco o hipomaníaco. NO SÍ

ANEXO II

Cuestionario de actitudes hacia el propio cuerpo (BAT)

Fecha:

Instrucciones: Al final de cada frase refleje el número que mejor refleje su situación actual.

0=nunca, 1=muy pocas veces, 2=algunas veces, 3=bastante veces, 4=muchas veces, 5=siempre.

1. Cuando me comparo con otras personas me siento descontenta con mi cuerpo
2. Mi cuerpo parece torpe, sin gracia
3. Mis caderas me parecen demasiados anchas
4. Me siento cómoda con mi cuerpo
5. Deseo intensamente estar más delgada
6. Pienso que mi cuerpo es demasiado grande
7. Procuro ocultar mi cuerpo
8. Cuando me miro en el espejo me siento descontenta con mi cuerpo
9. Me resulta fácil relajarme físicamente
10. Pienso que estoy demasiado gruesa
11. Siento mi cuerpo como si fuera una carga
12. Mi cuerpo es una amenaza para mi
13. Algunas partes de mi cuerpo parecen que estén hinchadas
14. Mi cuerpo parece como si no fuera mío
15. Mi apariencia física es muy importante para mi
16. Mi barriga parece como si estuviera embarazada
17. Noto que mi cuerpo esta tenso
18. Envidio otras personas por su apariencia física
19. Hay cosas de mi cuerpo que me asustan
20. Observo mi aspecto en el espejo

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Instrucciones: A continuación, se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz la que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo

- Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
- No me encuentro triste
- Me siento algo triste y deprimido
- Ya no puedo soportar esta pena
- Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo

- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
- Creo que nunca me recuperaré de mis penas
- No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- No espero nada bueno de la vida
- No espero nada. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso

- He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
- He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
- No me considero fracasado
- Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción

- Ya nada me llena
- Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
- Ya no me divierte lo que antes me divertía
- No estoy especialmente insatisfecho
- Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa

- A veces me siento despreciable y mala persona
 - Me siento bastante culpable
 - Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
-

Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable

No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo

Presiento que algo malo me puede suceder

Siento que merezco ser castigado

No pienso que esté siendo castigado

Siento que me están castigando o me castigarán

Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo

Estoy descontento conmigo mismo

No me aprecio

Me odio (me desprecio)

Estoy asqueado de mí

Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación

No creo ser peor que otros

Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal

Me siento culpable de todo lo malo que ocurre

Siento que tengo muchos y muy graves defectos

Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas

Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo

Siento que estaría mejor muerto

Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera

Tengo planes decididos de suicidarme

Me mataría si pudiera

No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Períodos de llanto

No lloro más de lo habitual

Antes podía llorar; ahora no lloro ni aun queriéndolo

Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo

Ahora lloro más de lo normal

11. Irritabilidad

-
- _ No estoy más irritable que normalmente
 - _ Me irrito con más facilidad que antes
 - _ Me siento irritado todo el tiempo
 - _ Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba

12. Aislamiento social

- _ He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
- _ Me intereso por la gente menos que antes
- _ No he perdido mi interés por los demás
- _ He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos

13. Indecisión

- _ Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
- _ Tomo mis decisiones como siempre
- _ Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
- _ Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda

14. Imagen corporal

- _ Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
- _ Me siento feo y repulsivo
- _ No me siento con peor aspecto que antes
- _ Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)

15. Capacidad laboral

- _ Puedo trabajar tan bien como antes
- _ Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- _ No puedo trabajar en nada
- _ Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
- _ No trabajo tan bien como lo hacía antes

16. Trastornos del sueño

- _ Duermo tan bien como antes
 - _ Me despierto más cansado por la mañana
 - _ Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
 - _ Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
 - _ Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
 - _ Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
 - _ Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
-

No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas

17. Cansancio

Me canso más fácilmente que antes

Cualquier cosa que hago me fatiga

No me canso más de lo normal

Me canso tanto que no puedo hacer nada

18. Pérdida de apetito

He perdido totalmente el apetito

Mi apetito no es tan bueno como antes

Mi apetito es ahora mucho menor

Tengo el mismo apetito de siempre

19. Pérdida de peso

No he perdido peso últimamente

He perdido más de 2,5 kg

He perdido más de 5 kg

He perdido más de 7,5 kg

20. Hipocondría

Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas

Estoy preocupado por dolores y trastornos

No me preocupa mi salud más de lo normal

Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro

21. Libido

Estoy menos interesado por el sexo que antes

He perdido todo mi interés por el sexo

Apenas me siento atraído sexualmente

No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

Inventario de Ansiedad Estado (STAI-E)

Instrucciones: 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 encuentra en este momento.

No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente (últimas 3 semanas).

<u>1. Me siento calmado</u>	11. <u>Tengo confianza en mí mismo</u>
0. Nada 1. Algo	0. Nada 1. Algo
2. Bastante 3. Mucho	2. Bastante 3. Mucho
<u>2. Me siento seguro</u>	12. <u>Me siento nervioso</u>
0. Nada 1. Algo	0. Nada 1. Algo
2. Bastante 3. Mucho	2. Bastante 3. Mucho
<u>3. Estoy tenso</u>	13. <u>Estoy desasosegado</u>
0. Nada 1. Algo	0. Nada 1. Algo
2. Bastante 3. Mucho	2. Bastante 3. Mucho
<u>4. Estoy contrariado</u>	14. <u>Me siento muy «atado» (como oprimido)</u>
0. Nada 1. Algo	0. Nada 1. Algo
2. Bastante 3. Mucho	2. Bastante 3. Mucho
<u>5. Me siento cómodo (estoy a gusto)</u>	15. <u>Estoy relajado</u>
0. Nada 1. Algo	0. Nada 1. Algo
2. Bastante 3. Mucho	2. Bastante 3. Mucho
<u>6. Me siento alterado</u>	16. <u>Me siento satisfecho</u>
0. Nada 1. Algo	0. Nada 1. Algo
2. Bastante 3. Mucho	2. Bastante 3. Mucho
<u>7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras</u>	17. <u>Estoy preocupado</u>
0. Nada 1. Algo	0. Nada 1. Algo
2. Bastante 3. Mucho	2. Bastante 3. Mucho
<u>8. Me siento descansado</u>	18. <u>Me siento aturdido y sobreexcitado</u>
0. Nada 1. Algo	0. Nada 1. Algo
2. Bastante 3. Mucho	2. Bastante 3. Mucho

<p>9. <u>Me siento angustiado</u></p> <p>0. Nada 1. Algo</p> <p>2. Bastante 3. Mucho</p> <p>10. <u>Me siento comfortable</u></p> <p>0. Nada 1. Algo</p> <p>2. Bastante 3. Mucho</p>	<p>19. <u>Me siento alegre</u></p> <p>0. Nada 1. Algo</p> <p>2. Bastante 3. Mucho</p> <p>20. <u>En este momento me siento bien</u></p> <p>0. Nada 1. Algo</p> <p>2. Bastante 3. Mucho</p>
---	---

Inventario de Ansiedad Rasgo (STAI-R)

Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *encuentra siempre*.

No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación en general (como es usted habitualmente).

<p>21. <u>Me siento bien</u></p> <p>0. Casi nunca 1. A veces</p> <p>2. A menudo 3. Casi siempre</p> <p>22. <u>Me canso rápidamente</u></p> <p>0. Casi nunca 1. A veces</p> <p>2. A menudo 3. Casi siempre</p> <p>23. <u>Siento ganas de llorar</u></p> <p>0. Casi nunca 1. A veces</p> <p>2. A menudo 3. Casi siempre</p> <p>24. <u>Me gustaría ser tan feliz como otros</u></p> <p>0. Casi nunca 1. A veces</p> <p>2. A menudo 3. Casi siempre</p> <p>25. <u>Pierdo oportunidades por no decidirme pronto</u></p> <p>0. Casi nunca 1. A veces</p> <p>2. A menudo 3. Casi siempre</p> <p>26. <u>Me siento descansado</u></p> <p>0. Casi nunca 1. A veces</p>	<p>31. <u>Suelo tomar las cosas demasiado seriamente</u></p> <p>0. Casi nunca 1. A veces</p> <p>2. A menudo 3. Casi siempre</p> <p>32. <u>Me falta confianza en mí mismo</u></p> <p>0. Casi nunca 1. A veces</p> <p>2. A menudo 3. Casi siempre</p> <p>33. <u>Me siento seguro</u></p> <p>0. Casi nunca 1. A veces</p> <p>2. A menudo 3. Casi siempre</p> <p>34. <u>No suelo afrontar las crisis o dificultades</u></p> <p>0. Casi nunca 1. A veces</p> <p>2. A menudo 3. Casi siempre</p> <p>35. <u>Me siento triste (melancólico)</u></p> <p>0. Casi nunca 1. A veces</p> <p>2. A menudo 3. Casi siempre</p> <p>36. <u>Estoy satisfecho</u></p> <p>0. Casi nunca 1. A veces</p>
--	---

<p>2. A menudo 3. Casi siempre</p> <p>27. <u>Soy una persona tranquila, serena y sosegada</u></p> <p>0. Casi nunca 1. A veces</p> <p>2. A menudo 3. Casi siempre</p> <p>28. <u>Veó que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas</u></p> <p>0. Casi nunca 1. A veces</p> <p>2. A menudo 3. Casi siempre</p> <p>29. <u>Me preocupo demasiado por cosas sin importancia</u></p> <p>0. Casi nunca 1. A veces</p> <p>2. A menudo 3. Casi siempre</p> <p>30. <u>Soy feliz</u></p> <p>0. Casi nunca 1. A veces</p> <p>2. A menudo 3. Casi siempre</p>	<p>2. A menudo 3. Casi siempre</p> <p>37. <u>Me rondan y molestan pensamientos sin importancia</u></p> <p>0. Casi nunca 1. A veces</p> <p>2. A menudo 3. Casi siempre</p> <p>38. <u>Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos</u></p> <p>0. Casi nunca 1. A veces</p> <p>2. A menudo 3. Casi siempre</p> <p>39. <u>Soy una persona estable</u></p> <p>0. Casi nunca 1. A veces</p> <p>2. A menudo 3. Casi siempre</p> <p>40. <u>Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado</u></p> <p>0. Casi nunca 1. A veces</p> <p>2. A menudo 3. Casi siempre</p>
--	---

Eating disorder Inventory (EDI)

N=nunca; R=raramente; AV= algunas veces= AM= a menudo; H= habitualmente; S=siempre.

Señale, al lado de cada afirmación la letra que corresponde a la frecuencia (indicada arriba) con la cual es vívida

Ejemplo:

AFIRMACIÓN: CREO QUE MI ESTOMAGO ES DEMASIADO GRANDE

Ejemplo:

N (nunca)

1	Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme
2	Creo que mi estómago es demasiado grande
3	Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro
4	Suelo comer cuando estoy disgustado
5	Suelo hartarme de comida
6	Me gustaría ser más joven
7	Pienso en ponerme a dieta
8	Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes
9	Pienso que mis muslos son demasiado gruesos
10	Me considero una persona poco eficaz
11	Me siento muy culpable cuando como en exceso
12	Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado
13	En mi familia solo se considera suficientemente buenos los resultados sobresalientes
14	La infancia es la época más feliz de mi vida
15	Soy capaz de expresar mis sentimientos
16	Me aterroriza la idea de engordar
17	Confío en los demás
18	Me siento solo en el mundo
19	Me siento satisfecho con mi figura
20	Creo que generalmente controlo las cosas que pasan en mi vida
21	Suelo estar confuso con mis emociones
22	Preferiría ser adulto a ser niño
23	Me resulta fácil comunicarme con los demás

24	Me gustaría ser otra persona
25	Exagero o doy demasiada importancia al peso
26	Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento
27	Me siento incapaz
28	He ido a comilonas en las que sentía que no podía parar de comer
29	Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores
30	Tengo amigos íntimos
31	Me gusta la forma de mi trasero
32	Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada
33	No sé qué es lo que ocurre en mi interior
34	Me cuesta expresar mis emociones a los demás.
35	Las exigencias de la vida son excesivas
36	Me fastidia no ser el mejor en todo
37	Me siento seguro de mí mismo
38	Suelo pensar en darme un atracón
39	Me alegra haber dejado de ser un niño
40	No sé muy bien cuando tengo hambre o no
41	Tengo mala opinión de mí
42	Creo que puedo conseguir mis objetivos
43	Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes
44	Temo no poder controlar mis sentimientos
45	Creo que mis caderas son demasiado anchas
46	Como con moderación delante del demás, pero me doy un atracón cuando se van
47	Me siento hinchado después de una comida normal
48	Creo que las personas son más felices cuando son niños
49	Si engordo un kilo me preocupa que pueda seguir ganando peso
50	Me considero una persona valiosa
51	Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.
52	Creo que debo hacer cosas perfectamente o no hacerlas.
53	Pienso en vomitar para perder peso
54	Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado

55	Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado
56	Me siento emocionalmente vacío en mi interior
57	Soy capaz de hablar sobre los aspectos personales y sentimientos
58	Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto
59	Creo que mi trasero es demasiado grande
60	Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo
61	Como o bebo a escondidas
62	Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado
63	Me fijo objetivos sumamente ambiciosos
64	Cuando estoy disgustado temo empezar a comer
65	La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome
66	Me avergüenzo de mis debilidades humanas
67	La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable
68	Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales
60	Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo
70	Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento
71	Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer
72	Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas
73	Soy comunicativo con la mayoría de la gente
74	Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado
75	La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente
76	La gente comprende mis verdaderos problemas
77	Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza
78	Comer por placer es signo de debilidad moral
79	Soy propenso a tener ataques de rabia o ira
80	Creo que la gente confía en mí tanto como merezco
81	Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol
82	Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo
83	Los demás dicen que me irrito con facilidad
84	Tengo la sensación de que todo me sale mal
85	Tengo cambios bruscos de humor
86	Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo

87	Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás
88	El sufrimiento te convierte en una persona mejor
89	Sé que la gente me aprecia
90	Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo
91	Creo que realmente sé quién soy

Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40)

N=nunca; CN=casi nunca; AV= algunas veces= BV= bastantes veces; CS= casi siempre; S=siempre.

Señale, al lado de cada afirmación la letra que corresponde a la frecuencia (indicada arriba) con la cual le ocurre

Ejemplo:

AFIRMACIÓN: CREO QUE MI ESTOMAGO ES DEMASIADO GRANDE

Ejemplo:

N (nunca)

1. Me gusta comer con otras personas	<input type="checkbox"/>
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como	
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas	
4. Me da mucho miedo pesar demasiado	
5. Procuo no comer, aunque tenga hambre	
6. Me preocupo mucho por la comida	
7. A veces me he «atracado» de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer	
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños	
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas, etc.)	
11. Me siento lleno/a después de las comidas	
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más	
13. Vomito después de haber comido	
14. Me siento muy culpable después de comer	
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	<input type="checkbox"/>
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías	
17. Me peso varias veces al día	
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada	
19. Disfruto comiendo carne	
20. Me levanto pronto por las mañanas	
21. Cada día como los mismos alimentos	

-
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio
 23. Tengo la menstruación regular
 24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a
 25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo
 26. Tardo en comer más que las otras personas
 27. Disfruto comiendo en restaurantes
 28. Tomo laxantes (purgantes)
 29. Procuero no comer alimentos con azúcar
 30. Como alimentos de régimen
 31. Siento que los alimentos controlan mi vida
 32. Me controlo en las comidas
 33. Noto que los demás me presionan para que coma
 34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida
 35. Tengo estreñimiento
 36. Me siento incómodo/a después de comer dulces
 37. Me comprometo a hacer régimen
 38. Me gusta sentir el estómago vacío
 39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas
 40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas
-

Inventario de bulimia (BITE)

Instrucciones: Señale al lado de cada afirmación si es verdadera o falsa

<p>1 ¿Tiene usted costumbres regulares en su alimentación diaria?</p> <p>2 ¿Sigue habitualmente dietas de forma estricta?</p> <p>3 ¿Considera un fracaso romper su dieta alguna vez</p> <p>4 ¿Sigue habitualmente dietas de forma estricta?</p> <p>5 ¿Cuenta las calorías de todo lo que come, incluso cuando no está a régimen?</p> <p>5 ¿Ha ayunado alguna vez durante un día completo?</p> <p>6 Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia? *</p> <p>7 ¿Utiliza alguno de los siguientes métodos para perder peso? **</p> <ul style="list-style-type: none"> * Pastillas para adelgazar * Diuréticos * Laxantes * Provocar el vómito <p>8 ¿Se ve su vida diaria gravemente afectada por su forma de comer?</p> <p>9 ¿Cree usted que la comida domina su vida?</p> <p>10 ¿Le ha ocurrido alguna vez “comer y comer” hasta que las molestias físicas le obligan a parar?</p> <p>11 ¿Existen momentos en los cuales “sólo “puede pensar en comida?</p> <p>12 ¿Come delante de los demás racionalmente y se excede en privado?</p> <p>13 ¿Puede parar de comer siempre que se lo propone?</p> <p>14 ¿Ha experimentado alguna vez deseos imperiosos de “comer, comer y comer”?</p> <p>15 ¿Cuándo se siente ansioso tiene la tendencia a comer demasiado?</p> <p>16 ¿La idea de engordar le aterroriza?</p> <p>17 ¿Alguna vez ha comido grandes cantidades de alimento, rápidamente?</p> <p>18 ¿Se siente avergonzado /a por sus hábitos alimentarios?</p> <p>19 ¿Le preocupa no tener control sobre “cuanto” come?</p>	<p>*un día sí, otro no</p> <p>2-3 veces por semanas</p> <p>Una vez por semana</p> <p>De vez en cuando</p> <p>Una sola vez</p> <p>**Nunca, ocasionalmente,</p> <p>Una vez por semana, 2-3 veces por semana, diariamente,</p> <p>2-3 veces día</p> <p>5 veces al día</p>
--	--

<p>20 ¿Se refugia en la comida para sentirse bien?</p> <p>21 ¿Es capaz de dejar comida en el plato al final de una comida?</p> <p>22 ¿Engaña a los demás acerca de las cantidades que come?</p> <p>23 ¿Se corresponde la sensación de hambre que usted tiene con lo que come?</p> <p>24 ¿Se da alguna vez “atracones” de grandes cantidades de comida?</p> <p>25 Si es así, cuando termina de “atracarse”, ¿se siente usted miserable?</p> <p>26 ¿Se da usted “atracones” únicamente cuando está solo?</p> <p>27 ¿Con qué frecuencia ocurren estos atracones?</p> <p>28 ¿Se desplazaría grandes distancias para satisfacer la necesidad urgente del “atración”?</p> <p>29 ¿después de comer mucho, se siente muy culpable?</p> <p>30 ¿Come alguna vez en secreto?</p> <p>31 ¿Cree usted que sus hábitos alimentarios pueden considerarse normales?</p> <p>32 ¿Se considera a sí mismo un “comedor/a compulsivo/a” (no puede evitarlo)?</p> <p>33 ¿Varía su peso más de 2 kg a la semana?</p>	
--	--

Escala de impulsividad de Barrat (BIS)

Instrucciones: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente, a cada una de las oraciones según lo que se indica a continuación:

Raramente o nunca=0, Ocasionalmente=1, Casi siempre=2, A menudo=3, siempre o casi siempre=4.

1. Planifico mis tareas con cuidado _ _ _ _ _
2. Hago las cosas sin pensarlas _ _ _ _ _
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho _ _ _ _ _
(no me perturbo con facilidad)
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad _ _ _ _ _
(tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)
5. Planifico mis viajes con antelación _ _ _ _ _
6. Soy una persona con autocontrol _ _ _ _ _
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme) _ _ _ _ _
8. Ahorro con regularidad _ _ _ _ _
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo _ _ _ _ _
10. Pienso las cosas cuidadosamente _ _ _ _ _
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar _ _ _ _ _
que tendré dinero para pagar por mis gastos)
12. Digo las cosas sin pensarlas _ _ _ _ _
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados _ _ _ _ _
(me gusta pensar sobre problemas complejos)
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos
períodos de tiempo)
15. Actúo impulsivamente _ _ _ _ _
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre
pensar en algo por demasiado tiempo)
17. Visito al médico y al dentista con regularidad _ _ _ _ _

18. Hago las cosas en el momento que se me ocurren _ _ _ _ _
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)
21. Compro cosas impulsivamente _ _ _ _ _
22. Yo termino lo que empiezo _ _ _ _ _
23. Camino y me muevo con rapidez _ _ _ _ _
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)
25. Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano _ _ _ _ _ (gasto más de lo que gano)
26. Hablo rápido _ _ _ _ _
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)
28. Me interesa más el presente que el futuro _ _ _ _ _
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar por un largo período de tiempo)
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)

Body Shape questionnaire (B.S.Q)

Instrucciones: Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu figura en el último mes. Por favor, lee cada pregunta y señala con una cruz el número que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada. Contesta a todas las preguntas.

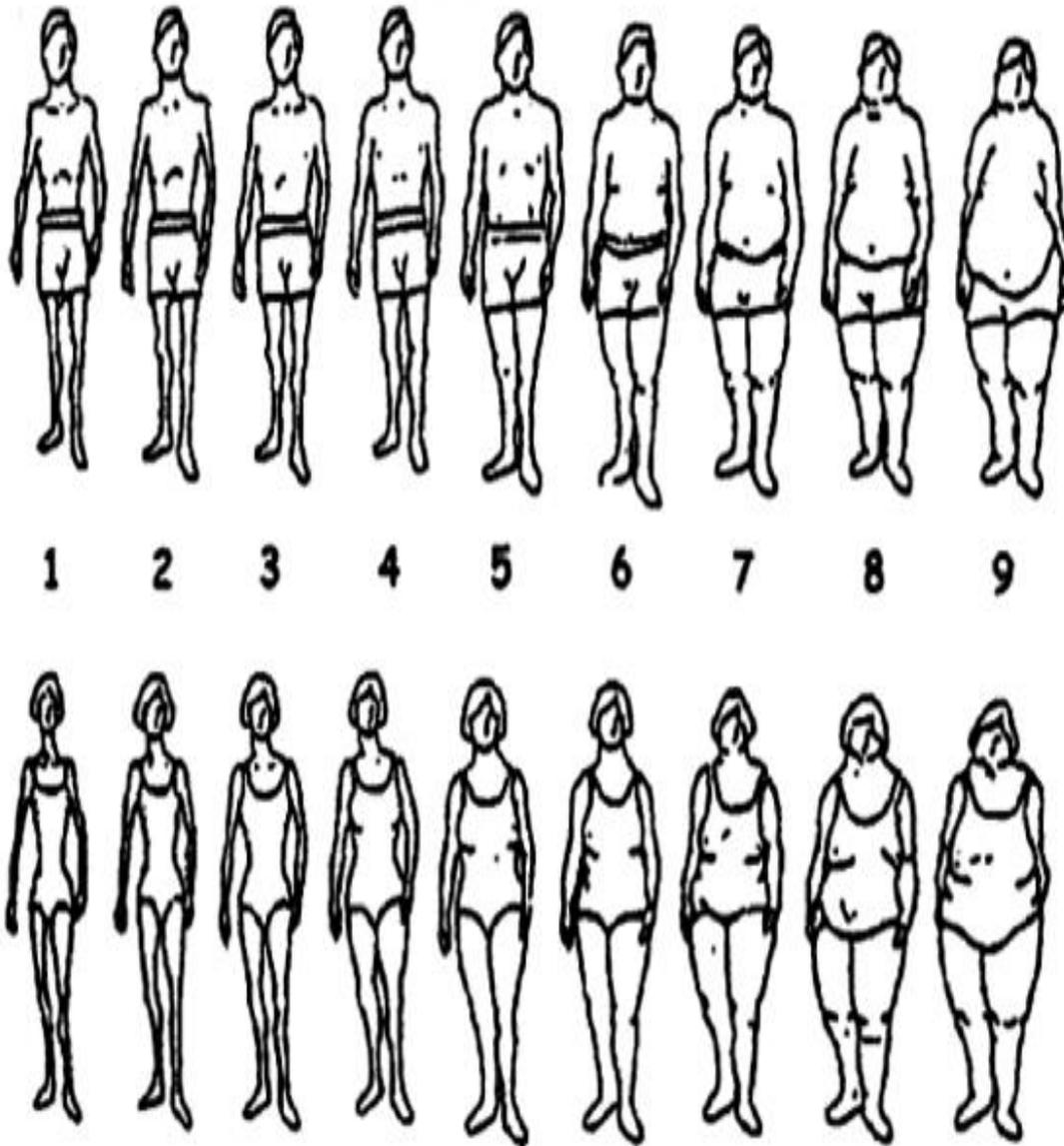
Nunca=1 Raramente=2 Algunas veces=3 A menudo=4 Muy a menudo=5 Siempre=6

1. Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura? 1 2 3 4 5 6
2. ¿Has estado tan preocupada por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta?
1 2 3 4 5 6
3. ¿Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas(culo) son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo? 1 2 3 4 5 6
4. ¿Has tenido miedo a convertirte engordo/a (o más gordo/a? 1 2 3 4 5 6
5. ¿Te ha preocupado el que tu carne no sea suficientemente firme? 1 2 3 4 5 6
6. ¿Sentirte lleno/a (después de una comida) te ha hecho sentir gordo/a? 1 2 3 4 5 6
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que incluso has llorado por ello? 1 2 3 4 5 6
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara, saltara? 1 2 3 4 5 6
9. ¿Estar con chicos/as delgados/as te ha hecho fijar en tu figura? 1 2 3 4 5 6
10. ¿Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?
1 2 3 4 5 6
11. ¿El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a?
1 2 3 4 5 6
12. ¿Te has fijado en la figura de otros chicos/as y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente? 1 2 3 4 5 6
13. ¿Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando estás mirando la televisión, leyendo o manteniendo una conversación)? 1 2 3 4 5 6
14. Estar desnudo/a, por ejemplo, cuando te duchas, ¿te ha hecho sentir gordo/a? 1 2 3 4
5 6
15. ¿Has evitado llevar vestidos que marquen tu figura? 1 2 3 4 5 6
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo? 1 2 3 4 5 6
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gorda? 1 2 3 4 5 6

18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura? 1 2 3 4 5 6
19. ¿Te has sentido excesivamente gorda o redondeada? 1 2 3 4 5 6
20. ¿Te has sentido acomplejado por tu cuerpo? 1 2 3 4 5 6
21. Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta? 1 2 3 4 5 6
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)? 1 2 3 4 5 6
23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debido a tu falta de autocontrol? 1 2 3 4 5 6
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura o estómago? 1 2 3 4 5 6
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas sean más delgadas que tú? 1 2 3 4 5 6
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgada? 1 2 3 4 5 6
27. Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, sentándote en un sofá o en el autobús)? 1 2 3 4 5 6
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)? 1 2 3 4 5 6
29. Verte reflejada en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentir mal por tu figura?
30. ¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuanta grasa tenías? 1 2 3 4 5 6
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo en vestuarios comunes de piscinas o duchas)? 1 2 3 4 5 6
32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada? 1 2 3 4 5 6
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas? 1 2 3 4 5 6
34. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio? 1 2 3 4 5 6

Test de las siluetas (CDS)

Instrucciones: Señale cuál cree que es su figura cuando se mira al espejo (E), cuando cierra los ojos y “la siente” (S), y su silueta ideal (I).



Cuestionario de acontecimientos vitales estresantes (TLEQ)

Instrucciones: El propósito de este cuestionario es identificar experiencias vitales importantes que pueden afectar el bienestar emocional de una persona, o su posterior calidad de vida. Los eventos que se enumeran a continuación son mucho más comunes de lo que muchas personas imaginan. Por favor, lea cada pregunta cuidadosamente y marque las respuestas que mejor describen su experiencia.

1. ¿Ha experimentado alguna vez un desastre natural (una inundación, huracán, terremoto, etc.)? no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces? una vez dos veces tres veces cuatro veces
 cinco veces más de 5 veces

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no

¿Resultó usted seriamente herido? sí no

¿Resultó seriamente herido, o muerto, un ser querido o alguien cercano? sí no

¿Pensó que usted o un ser querido estaban en peligro de muerte por el desastre? sí no.

2. ¿Se ha visto involucrado en un accidente de tráfico por el cual usted recibió atención médica o en el que alguien fue gravemente herido o muerto? no sí.

Si respondió sí, ¿cuántas veces: una vez dos veces tres veces cuatro veces
 cinco veces más de 5 veces

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no.

¿Resultó usted seriamente herido? sí no.

3. ¿Se ha visto involucrado en cualquier otro tipo de accidente en el que usted u otro haya resultado gravemente herido? (ejemplos: un accidente de aviación, ahogo, un accidente eléctrico o de maquinaria, una explosión, incendio doméstico, fuga química, sobre exposición a radiación o químicos o tóxicos...). sí no.

Si respondió sí, ¿cuántas veces? una vez dos veces tres veces cuatro veces
 cinco veces más de 5 veces

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no.

¿Resultó usted seriamente herido? sí no.

4. ¿Ha vivido, trabajado o realizado el servicio militar en una zona bélica? sí no.

Si respondió sí:

¿Alguna vez estuvo expuesto a una situación de guerra o combate? (por ejemplo, en los alrededores de un ataque aéreo o tiroteo; ver cómo alguien fue herido o muerto...) sí no.

Si respondió sí, ¿cuántas veces? una vez dos veces tres veces cuatro veces cinco veces más de 5 veces

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no.

¿Resultó usted seriamente herido? sí no.

5. ¿Ha sufrido la muerte repentina e inesperada de un amigo cercano o de un ser querido? sí no.

Si respondió sí, ¿cuántas veces? una vez dos veces tres veces cuatro veces cinco veces más de 5 veces

¿Debido a un accidente? sí no.

¿Enfermedad? sí no.

¿Suicidio? sí no.

¿Asesinato? sí no.

Si esto le ocurrió: ¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no.

6. ¿Algún ser querido ha sobrevivido a un accidente, asalto o enfermedad que haya amenazado su vida o le haya incapacitado para siempre? (ejemplos: lesión de la médula espinal, violación, cáncer, virus letal, enfermedad cardíaca grave...): sí no.

Si respondió sí, ¿cuántas veces? una vez dos veces tres veces cuatro veces cinco veces más de 5 veces.

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no.

7. ¿Ha padecido alguna vez una enfermedad que amenazara su vida? sí no.

Si respondió sí, ¿cuántas veces? una vez dos veces tres veces cuatro veces
 cinco veces más de 5 veces.

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no.

8. ¿Ha sido asaltado, o ha presenciado un robo, en donde ellos asaltante/s utilizó/aron
o enseñó/aron un arma? sí no.

Si respondió sí, ¿cuántas veces? una vez dos veces tres veces cuatro veces
 cinco veces más de 5 veces.

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no.

¿Resultó usted seriamente herido? sí no.

9. ¿Alguna vez un extraño, o alguien que usted no conocía mucho, le ha golpeado o
apaleado hiriéndole gravemente? sí no.

Si respondió sí, ¿cuántas veces? una vez dos veces tres veces cuatro veces
 cinco veces más de 5 veces.

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no.

¿Resultó usted seriamente herido? sí no.

10. ¿Ha visto a un extraño (o alguien que no conociera mucho) atacar o golpear a alguien
y dañarlo gravemente o matarlo? sí no.

Si respondió sí, ¿cuántas veces? una vez dos veces tres veces cuatro veces
 cinco veces más de 5 veces.

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza U horror intenso cuando esto sucedió? sí no.

11. ¿Alguna vez alguien le ha amenazado con matarle o causarle grave daño físico?
 sí no.

Si respondió sí, ¿cuántas veces? una vez dos veces tres veces cuatro veces
 cinco veces más de 5 veces.

¿Era esta persona un extraño? sí no.

¿Un amigo o un conocido? sí no.

¿Un pariente? sí no.

¿Una pareja íntima? sí no.

¿Si esto le ocurrió?

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no.

12. Cuando eras menor: ¿Fuiste castigado vívidamente de tal manera que sufriste moratones, quemaduras, cortes o fracturas? sí no.

Si respondió sí, ¿cuántas veces? una vez dos veces tres veces cuatro veces cinco veces más de 5 veces.

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no.

13. Cuando eras menor: ¿Observaste O escuchaste violencia familiar? (como por ejemplo ver a tu padre golpear a tu madre; o cualquier miembro de tu familia golpear o causar moretones, quemaduras o cortes a otro miembro de la familia...) sí no.

Si respondió sí, ¿cuántas veces? una vez dos veces tres veces cuatro veces cinco veces más de 5 veces.

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no.

14. ¿Alguna vez su esposo(a), novio(a) o pareja íntima le ha dado una bofetada, puñetazo, patada, paliza o le ha infligido cualquier otro tipo de daño físico? sí no.

Si respondió sí, ¿cuántas veces? una vez dos veces tres veces cuatro veces cinco veces más de 5 veces.

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no.

¿Resultó usted seriamente herido? sí no.

¿Ha sido dañado físicamente por más de una pareja íntima? sí no.

Si respondió sí: ¿cuántas parejas le han dañado así?

15. Antes de cumplir los 13 años: ¿Alguien que era por lo menos 5 años mayor que usted, tocó O acarició tu cuerpo, o te hizo tocar o acariciar el suyo, de una manera sexual? sí no.

Si respondió sí, ¿cuántas veces? una vez dos veces tres veces cuatro veces

cinco veces más de 5 veces.

¿Era esta persona un extraño? sí no.

¿Un Amigo o un conocido? sí no.

¿Tu padre, madre o cuidador? sí no.

¿Un pariente? sí no.

¿Hubo amenaza o uso de la fuerza? sí no.

¿Fuiste dañado seriamente? sí no.

¿Hubo penetración oral, anal o vaginal? sí no.

16. Antes de cumplir los 13 años: ¿Alguien cercano a tu edad tocó ZONAS sexuales de tu cuerpo o te hizo tocar las suyas? ¿En contra de tu voluntad o sin tu consentimiento? sí no.

Si respondió sí, ¿cuántas veces? una vez dos veces tres veces cuatro veces cinco veces más de 5 veces.

¿Era esta persona un extraño? sí no.

¿Un Amigo o un conocido? sí no.

¿Tu padre, madre o cuidador? sí no.

¿Un pariente? sí no.

¿Hubo amenaza o uso de la fuerza? sí no.

¿Fuiste dañado seriamente? sí no.

¿Hubo penetración oral, anal o vaginal? sí no.

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza U horror intenso cuando esto sucedió? sí no.

17. Después de cumplir los 13 años y antes de los 18: ¿Alguien tocó zonas sexuales de tu cuerpo o te hizo tocar las suyas, en contra de tu voluntad o sin tu consentimiento? sí no.

Si respondió sí, ¿cuántas veces? una vez dos veces tres veces cuatro veces
 cinco veces más de 5 veces.

¿Era esta persona un extraño? sí no.

¿Un amigo o un conocido? sí no.

¿Tu padre, madre o cuidador? sí no.

¿Un pariente? sí no.

¿Una pareja íntima? sí no.

¿Hubo amenaza o uso de la fuerza? sí no.

¿Fuiste dañado seriamente? sí no.

¿Hubo penetración oral, anal o vaginal? sí no.

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no.

18. Después de cumplir 18 años: ¿Alguien tocó zonas sexuales de tu cuerpo o te hizo tocar las suyas, en contra de tu voluntad o sin tu consentimiento? sí no.

Si respondió sí, ¿cuántas veces? una vez dos veces tres veces cuatro veces
 cinco veces más de 5 veces.

¿Era esta persona un extraño? sí no.

¿Un amigo o un conocido? sí no.

¿Tu padre, madre o cuidador? sí no.

¿Un pariente? sí no.

¿Una pareja íntima? sí no.

¿Hubo amenaza o uso de la fuerza? sí no.

¿Fuiste dañado seriamente? sí no.

¿Hubo penetración oral, anal o vaginal? sí no.

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza U horror intenso cuando esto sucedió? sí no.

19. ¿Ha sido usted alguna vez objeto de atención sexual indeseada? (diferente a las experiencias de contacto sexual referidas en 15, 16, 17 y 18) (por ejemplo: toqueteos. Agarrones, presión para la realización de favores sexuales, comentarios...). sí no.

Si respondió sí, ¿cuántas veces? una vez dos veces tres veces cuatro veces cinco veces más de 5 veces.

¿Era esta persona un extraño? sí no.

¿Un amigo o un conocido? sí no.

¿Un pariente? sí no.

¿Un supervisor o compañero de trabajo? sí no.

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no.

20. ¿Alguna vez alguien le ha acechado (en otras palabras, le ha seguido o ha estado al tanto de sus actividades), haciéndole sentir intimidado o preocupado por su seguridad? sí no.

Si respondió sí, ¿Cuándo veces? una vez dos veces tres veces cuatro veces cinco veces más de 5 veces.

¿Era esta persona un extraño? sí no.

¿Un amigo o un conocido? sí no.

¿Un pariente? sí no.

¿Una pareja íntima? sí no.

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no.

21. ¿Usted, o su pareja íntima, ha sufrido alguna vez un aborto espontáneo? sí no.

Si respondió sí, ¿cuántas veces? una vez dos veces tres veces cuatro veces cinco veces más de 5 veces.

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no.

¿Ocurrió esto después de haber sido dañado físicamente? sí no.

22. ¿Usted, o su pareja íntima, se ha realizado alguna vez un aborto? sí no.

Si respondió sí, ¿cuántas veces? una vez dos veces tres veces cuatro veces

cinco veces más de 5 veces.

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza U horror intenso cuando esto sucedió? sí no.

23. ¿Ha experimentado (u observado) cualquier otro acontecimiento que amenazara Su vida, le causara serios daños, o que le resultó altamente perturbador O estresante? (por ejemplo: perderse en medio de un bosque o selva; una grave mordida de un animal; la muerte violenta de una mascota; haber sido secuestrado O tomado de rehén: observar un cuerpo mutilado...) sí no.

Si respondió sí, ¿cuántas veces? una vez dos veces tres veces cuatro veces

cinco veces más de 5 veces.

Por favor describa la experiencia:

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no.

¿Resultó usted seriamente herido? sí no.

24. Los acontecimientos enumerados a continuación, corresponden a los ítems 1 al 23 de este cuestionario. Si alguno de estos eventos le ha ocurrido a usted, encierre en un círculo el número de aquel que le causó mayor perturbación. Asegúrese de escoger SOLO UNO.

1. Desastre natural

2. Accidente de tráfico

3. "Otro" tipo de accidente

4. Situación de guerra o combate

5. Muerte repentina de un ser querido

6. Evento que ha amenazado la vida, o incapacitado a un ser querido

7. Enfermedad que ha amenazado su propia vida

8. Asalto a mano armada
9. Ser golpeado por un extraño o alguien que no conocía mucho
10. Presenciar el serio ataque de un extraño a otro
11. Amenaza de muerte o daño
12. Cuando menor: ser castigado físicamente
13. Cuando menor: presenciar violencia familiar
14. Ser dañado físicamente por su pareja íntima
15. Antes de los 13 años: contacto sexual con alguien por lo menos 5 años mayor
16. Antes de los 13 años: contacto sexual indeseado con alguien de edad cercana
17. Entre los 13 y 18 años: contacto sexual indeseado
18. Como adulto: contacto sexual indeseado
19. Acoso sexual
20. Acecho
21. Aborto espontáneo
22. Aborto
23. "Otro" evento traumático
24. Ninguno
 - a. ¿Cuándo le ocurrió por primera vez este evento? (Señale su edad aproximada):
 - b. ¿Cuándo le ocurrió por última vez este evento? (Señale su edad aproximada):
 - c. ¿Cuánta perturbación (ansiedad, preocupación, tristeza, frustración, o pesar) le causó este evento? (Marque con una X la respuesta que mejor represente su experiencia):

No me ha ocurrido ninguno de estos eventos

No me causó perturbación, Leve perturbación, Perturbación moderada, Considerable perturbación, Perturbación extrema

Escala de experiencias disociativas (D.E.S.)

Instrucciones: Este cuestionario consiste en 28 preguntas acerca de experiencias que usted puede haber tenido en su vida diaria. Estamos interesados en la frecuencia con la que usted las ha tenido. Es importante de todas formas que sus respuestas muestren con qué frecuencia ocurren cuando no está bajo la influencia del alcohol o las drogas. Para responder a las preguntas, por favor, vea hasta qué grado la experiencia descrita se aplica a usted y marque un número que indique el porcentaje más apropiado al final de cada pregunta.

Fecha:

1. Algunas personas tienen la experiencia de conducir O viajar en coche, en autobús o en el metro y repentinamente se dan cuenta de que no recuerdan lo que pasó durante parte o todo el viaje: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
2. Algunas personas encuentran a veces que están escuchando hablar a alguien y se dan cuenta de que no han escuchado parte o todo lo que se dijo: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
3. Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse en un lugar sin tener idea de cómo llegaron allí: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
4. Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse vestidas con ropa que no recuerdan haberse puesto 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
5. Algunas personas tienen la experiencia de encontrar cosas nuevas entre sus pertenencias que no recuerdan haber comprado: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
6. Algunas personas encuentran que se les aproxima gente que los llama por otro nombre e insiste en que se conocieron antes: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
7. Algunas personas tienen la experiencia de sentir como si estuvieran de pie cerca de ellos mismos o mirándose hacer algo como si vieran a otra persona: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
8. Algunas personas dicen que no reconocen a miembros de su propia familia o amigos: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

9. Algunas personas no recuerdan importantes momentos de su vida (por ejemplo, su matrimonio o el día de su comunión): 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
10. Algunas personas son acusadas de mentir cuando ellas no piensan que lo hagan: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
11. Algunas personas tienen la experiencia de mirar al espejo y no se reconocen a sí mismas: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
12. Algunas personas experimentan que el mundo que las rodea, objetos o personas no son reales 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
13. Algunas personas tienen la experiencia de sentir que su cuerpo no les pertenece: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
14. Algunas personas tienen la experiencia de revivir un Suceso del pasado tan vívidamente como si estuviera pasando en este mismo momento: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
15. Algunas personas tienen la experiencia de no estar seguras de qué cosas que creen recordar que pasaron, pasaron realmente o sólo las soñaron: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
16. Algunas personas tienen la experiencia de, al encontrarse en un lugar conocido, encontrarlo extraño y no familiar: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
17. Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse mirando la televisión o una película y se quedan tan absortos en la trama que no se dan cuenta de otras cosas que pasan alrededor de ellos: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
18. Algunas personas encuentran que se quedan tan envueltos en sueños O fantasías que sienten que realmente les están pasando: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 20% 90% 100%
19. Algunas personas tienen la experiencia de que a veces pueden ignorar el dolor: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
20. Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse a veces sentados mirando un punto fijo en el espacio, pensando en nada y no se dan cuenta del paso del tiempo: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

21. A algunas personas le pasa que hablan solas en voz alta con ellas mismas: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
22. Algunas personas tienen la experiencia de actuar diferente frente a situaciones parecidas: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
23. Algunas personas, a veces, encuentran que en ciertas situaciones son capaces de hacer cosas con diversión y espontaneidad para las que a veces tienen dificultades (deportes, trabajo, situaciones sociales) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
24. Algunas personas a veces no pueden recordar cuando hicieron algo o pensaron hacerlo (por ejemplo, no saben si mandaron una carta o pensaron en mandarla): 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
25. Algunas personas encuentran evidencias, pruebas, de haber hecho cosas que no recuerdan haber hecho: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
26. Algunas personas a veces encuentran escritos, dibujos o notas entre sus cosas que no recuerdan haber hecho: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
27. Algunas personas escuchan voces dentro de sus cabezas que les dicen cosas que tienen que hacer o que les comentan sobre cosas que hicieron: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
28. Algunas personas sienten como si vieran el mundo a través de una niebla de modo que la gente aparecen lejos o poco claros: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

ANEXO III



Estimados responsable,

Mi nombre es Ester Idini, trabajo como psiquiatra en el Hospital Universitario Miguel Servet y voy a iniciar mi trabajo de investigación para el doctorado de la universidad de Zaragoza.

Me dirijo a usted para solicitar su colaboración para la recogida de la muestra.

El estudio analiza la relación entre los traumas infantiles y los trastornos de la conducta alimentaria. Se plantea también la participación de pacientes con trastorno depresivo recurrente y un grupo de personas sin enfermedad mental. El paciente/control sano que acepte participar en este proyecto, tendrá que acudir a un total de 1 visita al Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Será atendido por un psiquiatra y se le administrará una serie de instrumentos para evaluar sus actitudes frente a la enfermedad, rasgos de personalidad, niveles de ansiedad, síntomas de depresión, y de impulsividad. Se realizarán unas series de preguntas dirigidas a reevaluar diagnóstico, y factores relacionados a la gravedad del trastorno. Así mismo se pasará un cuestionario validado sobre ciertos eventos traumáticos a los cuales se ha podido ver expuesto. Dicha información será pseudonimizada y no será conocida por el investigador ya que se corregirá posteriormente con la garantía de una total confidencialidad. La participación es voluntaria, y los datos que le identifican serán encriptados con un código y estarán en un fichero que se guardará en el *Hospital* bajo la custodia del equipo investigador. Se trata de exploraciones SIN RIESGOS, excepto los derivados de una mala custodia de los datos, no se utilizarán técnicas invasivas y no hay contraindicaciones absolutas ni relativas.

En el caso de querer participar el paciente podrá escribir al mail (o llamar), indicado más abajo, del investigador para concertar visita:

Ester Idini; mail: eidini@salud.aragon.es Tel 976765500 ext. 141385 (en horario de 14:00 a 15:00)

Atentamente, agradezco su colaboración

Documento de información para el participante

Título de la investigación: *Alteración de la imagen corporal y su relación con las experiencias adversas vitales en los trastornos de la conducta alimentaria.*

Investigador Principal: Ester Idini **Tfno.:** 976765500 ext. 141377

mail: eidini@salud.aragon.es **Centro:** Hospital Miguel Servet

1. Introducción:

Nos dirigimos a usted para solicitar su participación en un proyecto de investigación sobre experiencias traumáticas en trastornos de la conducta alimentaria. Será llevado a cabo por el grupo de investigación de la universidad de Zaragoza de Investigación traslacional y aplicada en diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades ligadas al desarrollo y al envejecimiento. El investigador principal está adscrito al Hospital Universitario Miguel Servet. Su participación es voluntaria, pero es importante para obtener el conocimiento que necesitamos. Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética, pero antes de tomar una decisión es necesario que:

- lea este documento entero
- entienda la información que contiene el documento
- haga todas las preguntas que considere necesarias
- tome una decisión meditada
- firme el consentimiento informado, si finalmente desea participar.

Si decide participar se le entregará una copia de esta hoja y del documento de consentimiento firmado. Por favor, consérvelo por si lo necesitara en un futuro.

2. ¿Por qué se le pide participar?

Se le solicita su colaboración porque padece de un trastorno de la conducta alimentaria o un trastorno depresivo recurrente. En total en el estudio participará 95 pacientes con trastorno alimentario y 30 con trastorno depresivo. Así mismo se necesita la participación de 30 personas sin enfermedad.

3. ¿Cuál es el objeto de este estudio?

Nuestro objetivo es explorar las relaciones entre experiencias traumáticas a la cuales usted se ha podido ver expuesto a lo largo de su vida y alguna de las características de la enfermedad como niveles de ansiedad, o insatisfacción corporal que se han asociado a una mala evolución de esta. De esta forma podremos obtener información útil en el futuro para el tratamiento multidisciplinario de esta patología. Aunque usted no se pueda beneficiar de los posibles avances que aporte nuestra investigación, sí que podrían ser importante para otros pacientes en el futuro.

4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?

Si usted acepta participar en este proyecto, tendrá que acudir a un total de 1 visita al Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Será atendido por un psiquiatra y se le administrará una serie de instrumentos para evaluar sus actitudes frente a la enfermedad, rasgos de personalidad, niveles de ansiedad, síntomas de depresión, y de impulsividad. Se realizarán unas series de preguntas dirigidas a reevaluar diagnóstico, y factores relacionados a la gravedad del trastorno. Así mismo se pasará un cuestionario validado sobre ciertos eventos traumáticos a los cuales usted se ha podido ver expuesto. El investigador contactará con usted para acordar la cita. Le pedimos autorización para guardar los resultados de los test así como los datos de su historia personal, que serán corregidos posteriormente por un investigador diferente al que ha realizado la entrevista. Las entrevistas se realizarán previsiblemente desde septiembre del 2020 hasta septiembre del 2021.

5. ¿Qué riesgos o molestias supone?

No se utilizarán técnicas invasivas y no hay contraindicaciones absolutas ni relativas. Los posibles riesgos son los derivados de una mala custodia de los datos personales.

6. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento no es probable que obtenga ningún beneficio por su participación si bien usted contribuirá al avance científico y al beneficio social. Es importante referir que, del resultado de estos estudios se prevé que aumente el conocimiento sobre las capacidades de enfrentamiento a situaciones de estrés para mejorar la atención terapéutica a los pacientes. La información obtenida en dicho estudio puede además beneficiar a futuros pacientes. Usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación

7. ¿Cómo se van a tratar mis datos personales?

Responsable del tratamiento: Ester Idini

Finalidad: Sus datos personales serán tratados exclusivamente para el trabajo de investigación a los que hace referencia este documento.

Legitimación: El tratamiento de los datos de este estudio queda legitimado por su consentimiento a participar.

Destinatarios: No se cederán datos a terceros salvo obligación legal.

Derechos: Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD 2016/679) ante el investigador principal del proyecto, pudiendo obtener información al respecto dirigiendo un correo electrónico a la dirección dpd@salud.aragon.es. Los datos que le identifican serán encriptados con un código y estarán en un fichero que se guardará en el *Hospital Miguel Servet de Zaragoza* bajo la custodia del equipo investigador que ha solicitado su participación. Los resultados de las pruebas realizadas se guardarán en dicho centro con la garantía de una total confidencialidad. No se podrá utilizar los datos fuera de lo que supone estrictamente el estudio clínico que se realiza. Se le pedirá autorización para cualquier otra utilización de los mismos. El uso de los datos siempre será con fines

científicos. Así mismo, en cumplimiento de lo dispuesto en el RGPD, se informa que, si así lo desea, podrá acudir a la Agencia de Protección de Datos (<https://www.aepd.es>) para presentar una reclamación cuando considere que no se hayan atendido debidamente sus derechos. El tratamiento de sus datos personales se realizará utilizando técnicas para mantener su anonimato mediante el uso de códigos aleatorios, con el fin de que su identidad personal quede completamente oculta durante el proceso de investigación. A partir de los resultados del trabajo de investigación, se podrán elaborar comunicaciones científicas para ser presentadas en congresos o revistas científicas, pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar. Este proyecto ha sido planificado con los requisitos y precauciones recogidas en la declaración de Helsinki (2001) y la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, Protección de las Bases de datos

8. ¿Quién financia el estudio?

El estudio no recibe financiación.

9. ¿Se me informará de los resultados del estudio?

Usted tiene derecho a conocer los resultados del presente estudio, tanto los resultados generales como los derivados de sus datos específicos. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea. Por este motivo en el documento de consentimiento informado le preguntaremos qué opción prefiere. En caso de que desee conocer los resultados, el investigador le hará llegar los resultados. En todo caso, si aparecen resultados que pueden ser importantes para usted, le serán dados a conocer.

10. ¿Puedo cambiar de opinión?

Su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en su atención sanitaria. Basta con que le manifieste su intención al investigador principal del estudio.

11. ¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?

En la primera página de este documento está recogido el nombre y el teléfono de contacto del investigador responsable del estudio. Puede dirigirse a él en caso de que le surja cualquier duda sobre su participación

Preguntas

Hemos intentado explicarle el proyecto, pero seguramente usted tiene dudas o preguntas. Puede hacerlas ahora o ponerse en contacto con el investigador principal cuyo nombre figuran a continuación.

Nombre y apellidos del investigador	Ester Idini
Institución	Servicio de Psiquiatría. Hospital Miguel Servet
Teléfono de contacto/e-mail	976 765500 extensión 141377, eidini@salud.aragon.es

Documento de consentimiento informado

Título del PROYECTO: ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y SU RELACIÓN CON EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Yo, (nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con:(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi consentimiento para participar en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos conforme se estipula en la hoja de información que se me ha entregado (y para que se realice el análisis genético –si procede-).

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: sí no (marque lo que proceda)

Doy mi conformidad para que mis datos clínicos sean revisados por personal ajeno al centro, para los fines del estudio, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del investigador:

Fecha:

Revocación del consentimiento

A firmar por el participante/paciente del estudio en el caso quiera abandonar el estudio en cualquier momento de mismo.

Yo,

REVOCO el consentimiento para el estudio: ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y SU RELACIÓN CON EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Firma del participante

Firma del investigador

Zaragoza, a _____ de _____ de 20

Este documento se firmará por duplicado y tendrá una copia el participante y otra el investigador.