

FACULTAT DE CIÈNCIES DE LA SALUT
Departament de Psicologia Bàsica, Clínica i Psicobiologia



UNIVERSITAT
JAUME·I

**Análisis de las variables clínicas y sociodemográficas de los
pacientes diagnosticados de un trastorno de la conducta
alimentaria que buscan ayuda y su remisión a diferentes
dispositivos sanitarios**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Sara Nebot Ibáñez

Dirigida por:

Cristina Botella Arbona

Rosa María Baños Rivera

Castelló de la Plana, 2017

AGRADECIMIENTOS

Estas son las últimas palabras que escribo en esta tesis. Son palabras de agradecimiento a todas aquellas personas que de forma directa o indirecta han hecho posible este trabajo.

En primer lugar, quiero dar las gracias a mis directoras, las doctoras Cristina Botella y Rosa María Baños, por guiarme y apoyarme durante todo este tiempo, por transmitirme su actitud positiva, su calma y por confiar en la posibilidad de que este trabajo pudiera salir adelante.

En segundo lugar, quiero dar las gracias a todo el equipo de PREVI porque han contribuido con su trabajo a que este proyecto saliera adelante y, sobre todo, a mis compañeras por su apoyo incondicional en aquellos momentos de flaqueza.

No me puedo olvidar, por supuesto, de todos los miembros que formaron parte del grupo Labpsitec durante los 3 años que compartí con ellos, gracias por transmitirme vuestra ilusión por la investigación y por vuestro apoyo. Seguramente, si no hubiera tenido la oportunidad de compartir ese tiempo con vosotros nunca me hubiera aventurado a realizar una tesis.

Además, quiero agradecer a mi familia todo su apoyo y ánimos incansables. Sobre todo a mi padre, a mi madre y a mi hermano, grandes sufridores de mi ausencia en esta etapa y que siempre me han animado a conseguir mis metas.

Finalmente, quiero dar las gracias a David por acompañarme en todo momento en este proyecto, por su cariño y paciencia, y por transmitirme tranquilidad cuando mis nervios afloraban.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	13
MARCO TEÓRICO.....	15
1. LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	15
1.1 DIAGNÓSTICO.....	15
1.1.1. ANOREXIA NERVIOSA	17
1.1.2. BULIMIA NERVIOSA.....	20
1.1.3. TRASTORNO POR ATRACÓN.....	23
1.1.4. OTRO TRASTORNO ALIMENTARIO O DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS ESPECIFICADO	26
1.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	28
1.2.1 PREVALENCIA	28
1.2.2 CURSO Y PRONÓSTICO.....	29
1.2.3 COMORBILIDAD.....	32
1.2.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	34
1.3 MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA....	35
1.3.1 MODELOS EXPLICATIVOS DE LA AN	35
1.3.2 MODELOS EXPLICATIVOS DE LA BN	44
1.3.3 MODELO TRANSDIAGNÓSTICO DE FAIRBURN	49
1.4 TRATAMIENTOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	52
1.4.1 TRATAMIENTOS PARA LA AN	53
1.4.2 TRATAMIENTOS PARA LA BN	59
1.4.3 TRATAMIENTOS PARA LOS TCANE	63
1.4.4 TRATAMIENTOS PARA EL TA	64
1.5 PREDICTORES, MODERADORES Y MEDIADORES EN LOS TRATAMIENTOS PARA LOS TCA	65

2.	DISPOSITIVOS ASISTENCIALES PARA ATENDER A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	69
2.1	DETECCIÓN DE CASOS	69
2.2	TIPOS DE DISPOSITIVOS ASISTENCIALES PARA LOS TCA	71
2.3	SISTEMA DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA Y EN LA COMUNIDAD VALENCIANA	76
2.4	PERFILES DE LAS PACIENTES CON TCA Y LOS TIPOS DE DISPOSITIVOS ASISTENCIALES 77	
	MARCO EXPERIMENTAL	81
3.	OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	81
4.	MÉTODO.....	85
4.1	RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	85
4.2	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	85
4.3	INSTRUMENTOS	86
5.	RESULTADOS.....	94
5.1	DATOS DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA	94
5.1.1	ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA DE VARIABLES PREDISONENTES	97
5.1.2	ANÁLISIS DESCRIPTIVOS ACERCA DE LA GRAVEDAD GENERAL OBSERVADA POR EL CLÍNICO	98
5.1.3	ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LA DURACIÓN Y RESULTADO DEL TRATAMIENTO EN LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS ASISTENCIALES.....	98
5.2	DIFERENCIAS ENTRE LAS 3 CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS EN LAS VARIABLES ANALIZADAS	99
5.2.1	DIFERENCIAS EN RELACIÓN A VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA MUESTRA.....	100
5.3	RESULTADO DE LOS AUTOINFORMES	110
5.4	DATOS DESCRIPTIVOS EN FUNCIÓN DEL DISPOSITIVO ASISTENCIAL ASIGNADO EN PRIMER LUGAR.....	113
5.5	ANÁLISIS DEL RECORRIDO MÁS COMÚN DE LAS PACIENTES ENTRE LOS DIFERENTES	

DISPOSITIVOS ASISTENCIALES	121
5.6 ANÁLISIS DE MEDIACIÓN DE DISTINTAS VARIABLES CLÍNICAS	125
5.7 CAMBIOS EN EL IMC TRAS EL TRATAMIENTO	127
5.8 PERFILES DE LOS PACIENTES EN FUNCIÓN DE LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS ASISTENCIALES A LO LARGO DEL TRATAMIENTO.....	129
6. DISCUSIÓN.....	139
7. CONCLUSIONES	148
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	151
ANEXOS	191
ANEXO I: Entrevista de Admisión.....	191
ANEXO II: Entrevista Biográfica.....	199
ANEXO III: Entrevista de TA.....	216
ANEXO IV: Entrevista Clínica estructurada para los Trastornos de la Personalidad del eje II del DSM-IV (SCID-II)	232
ANEXO V: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).....	271
ANEXO VI: Inventario de esquemas de apariencia (ASI).....	273
ANEXO VII: Body Shape Questionnaire (BSQ).....	275
ANEXO VIII: Cuestionario de actitudes hacia el propio cuerpo (B.A.T.).....	278
ANEXO IX: Cuestionario de Pensamientos automáticos de Imagen corporal (BIATQ)	280
ANEXO X: E.A.T.-40: versión española (Castro, Toro, Salamero y Guimerá, 1991)	284
ANEXO XI: EDI-2 (Garner et al., 1993).....	287

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 - Criterios del DSM-5 (APA, 2014) para el diagnóstico de la AN.....	17
Tabla 2 - Criterios diagnósticos de la CIE-10 para el diagnóstico de la AN	19
Tabla 3 - Criterios diagnósticos de la BN del DSM-5	21
Tabla 4 - Criterios diagnósticos de la BN en la CIE-10	22
Tabla 5 - Criterios diagnósticos del DSM-5 para el TA	24
Tabla 6 - Criterios diagnósticos de la CIE-10 para la hiperfagia en otras alteraciones psicológicas	26
Tabla 7 - Variables socio-demográficas y clínicas: estadísticos descriptivos	95
Tabla 8 - Datos descriptivos de la muestra respecto a las variables predisponentes.....	97
Tabla 9 - Datos descriptivos de la muestra en relación a la duración del tratamiento y los dispositivos asistenciales utilizados	99
Tabla 10 - Estadísticos descriptivos y resultados de los ANOVAS en las distintas variables clínicas	101
Tabla 11 - Relación entre el diagnóstico de TCA y la comorbilidad observada con otros diagnósticos del eje I	103
Tabla 12 - Relación entre diagnóstico de TCA y la gravedad general valorada por el clínico ...	104
Tabla 13 - Relación entre el diagnóstico de TCA y los intentos previos de suicidio.....	105
Tabla 14 - Relación entre el diagnóstico de TCA y la comorbilidad con un Trastorno de la Personalidad.....	107
Tabla 15 - Relación entre el diagnóstico de TCA y el sexo de los pacientes	108
Tabla 16 - Relación entre el diagnóstico y el consumo de tóxicos por parte de los pacientes .	109
Tabla 17 - Relación entre el diagnóstico de TCA y la ideación suicida	110
Tabla 18 - Estadísticos descriptivos y resultados de los ANOVA de los autoinformes administrados durante la evaluación inicial en cada una de las submuestras	112
Tabla 19 - Estadísticos descriptivos y resultados de los ANOVAs de distintas variables clínicas en los pacientes, en los distintos dispositivos asistenciales.....	114
Tabla 20 - Estadísticos descriptivos y resultados de los ANOVAs de los autoinformes administrados en el estudio durante la evaluación inicial en los distintos dispositivos asistenciales.....	117
Tabla 21- Relación entre el primer dispositivo asistencial al que acceden los pacientes y los distintos diagnósticos de TCA.....	118

Tabla 22 - Relación entre el dispositivo asistencial utilizado en primer lugar y la comorbilidad con otros diagnósticos del eje I.....	120
Tabla 23 - Estadísticos descriptivos y resultados de los ANOVAS de las variables clínicas durante la evaluación inicial teniendo en cuenta los diferentes dispositivos asistenciales que utilizan a lo largo del tratamiento	129
Tabla 24 - Estadísticos descriptivos y resultados de los ANOVAS de las variables clínicas que miden los autoinformes, teniendo en cuenta los diferentes dispositivos asistenciales que utilizan a lo largo del tratamiento.....	130
Tabla 25 - Relación entre los distintos dispositivos asistenciales utilizados durante el tratamiento y la comorbilidad con otros diagnósticos del eje I.....	132
Tabla 26 - Relación entre los distintos dispositivos asistenciales utilizados durante el tratamiento y el consumo de tóxicos.....	133
Tabla 27 - Relación entre los distintos dispositivos asistenciales utilizados durante el tratamiento y el diagnóstico de TCA.....	134
Tabla 28 - Relación entre los distintos dispositivos asistenciales utilizados durante el tratamiento y los intentos previos de suicidio.....	135
Tabla 29 - Relación entre los distintos dispositivos asistenciales utilizados durante el tratamiento y la ideación suicida	135
Tabla 30 - Relación entre los distintos dispositivos asistenciales utilizados durante el tratamiento y el resultado global del tratamiento	136
Tabla 31 - Relación entre los dispositivos utilizados durante el tratamiento y la gravedad general valorada por el clínico	137
Tabla 32 - Relación entre los distintos dispositivos asistenciales utilizados durante el tratamiento y los antecedentes psiquiátricos familiares.....	138
Tabla 33 - Relación entre los dispositivos utilizados durante el tratamiento y acontecimientos vitales	138

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Modelo funcional simplificado de la AN de Slade (1982)	37
Figura 2 - Modelo biopsicosocial para la AN de Garner	39
Figura 3 - Modelo de Fairburn, Shafran y Cooper para la AN (1994).....	42
Figura 4 - Modelo de doble vía de Stice	47
Figura 5 - Modelo Transdiagnóstico de Fairburn	52
Figura 6 - Bulimia nerviosa y trastorno por atracón: tratamiento escalonado (Wilson, Vitousek y Loeb, 2000).....	61
Figura 7 - Modelo de Golberg y Hurxley sobre flujos de patrones de demanda en salud mental	70
Figura 8 - Modelo simple de mediación	127

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Diagnóstico TCA sin tener en cuenta el subtipo.....	86
Gráfico 2 - Descriptivos de la variable gravedad general observada por el clínico	98
Gráfico 3 - Medias de las variables socio-demográficas y clínicas en las distintas submuestras	101
Gráfico 4 - Medias de las variables clínicas estadísticamente significativas en los pacientes en los distintos dispositivos asistenciales	114
Gráfico 5 - Medias de los dispositivos asistenciales utilizados según las categorías diagnósticas	122
Gráfico 6 - Medias de los dispositivos asistenciales utilizados según el dispositivo inicial	122
Gráfico 7 - Porcentajes de la evolución de los 3 primeros dispositivos.....	123
Gráfico 8 - Porcentajes de la evolución de los 4 primeros dispositivos.....	124
Gráfico 9 - Medias de tiempo en cada dispositivo asistencial	125
Gráfico 10 - Medias del IMC pre y post tratamiento según las 3 categorías diagnósticas	128
Gráfico 11 - Medias del IMC pre y post tratamiento según los subtipos en cada una de las categorías diagnósticas	128

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la alimentación han estado presentes a lo largo de la historia, por lo que no se trata de un problema reciente. Durante las últimas dos décadas, las mujeres extremadamente delgadas y sin curvas han sido el modelo estético predominante de los medios de comunicación y la sociedad actual. En parte debido a la enorme influencia de este modelo estético, se ha producido un incremento en la incidencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), convirtiéndose en un problema de salud pública. En estos momentos, el problema no afecta sólo a las mujeres, desgraciadamente, aunque en mucha menor medida, estos problemas también están empezando a aparecer en el caso de los varones. Se trata de enfermedades que comprometen la salud de los pacientes y de sus familiares, y que suelen aparecer poco a poco, pasando al inicio totalmente desapercibido para familia o incluso para el propio paciente.

Los TCA han ido adquiriendo una gran relevancia socio-sanitaria por su gravedad, complejidad y dificultad para establecer un diagnóstico y un tratamiento específico. Se trata de patologías de etiología multifactorial donde intervienen factores genéticos, biológicos, de personalidad y socioculturales que afectan principalmente, aunque no exclusivamente, a niñas y adolescentes.

En la actualidad, la alta prevalencia de los TCA y las graves complicaciones que pueden aparecer durante el curso de la enfermedad están más que acreditadas en la literatura científica. Los estudios realizados en países europeos que analizan la carga económica indican que los costes directos (diagnóstico, tratamiento y supervisión o control) y aún más los indirectos (pérdidas económicas causadas por la enfermedad al paciente y a su entorno social) suponen un elevado gasto económico, pero sobre todo, una importante pérdida de calidad de vida para las personas afectadas y sus familias.

Se ha tematizado mucho acerca de los factores de riesgo de los TCA y de sus desencadenantes, demostrándose que la manera más adecuada de abordar este problema es desde la prevención y que la detección precoz es totalmente necesaria para poder lograr un mejor pronóstico de la enfermedad y sus consecuencias.

El tratamiento de los TCA plantea dificultades derivadas de la dualidad sintomática que presentan, psíquica y somática, y de la actuación de diferentes niveles asistenciales. Otras circunstancias que nos encontramos son la falta de conciencia de enfermedad, la frecuente

aparición de la misma en la etapa adolescente, así como las dificultades para la detección y el tratamiento precoz de esta patología. El plan terapéutico basado en el modelo transdiagnóstico, aplicable a todos los tipos de TCA, es actualmente el tratamiento que más apoyo está recibiendo por parte de profesionales e investigadores que trabajan en este campo. Se trata de una terapia eficaz a la hora de reducir la sintomatología más conductual (atracones, vómitos, conductas restrictivas) y normalizar actitudes sobre el cuerpo, la comida y la insatisfacción corporal, entre otros factores mantenedores de los TCA.

Cada vez es más común que los estudios se centren en buscar predictores y mediadores en los tratamientos para los TCA con el objetivo de mejorar la eficacia del tratamiento. Algunas de las variables de pre tratamiento asociadas al resultado terapéutico son la baja autoestima, el bajo peso, la frecuencia y gravedad de los atracones, la comorbilidad con trastornos de personalidad, el estado de ánimo bajo y una historia previa de obesidad, entre otros factores que se detallan en apartados posteriores de esta tesis.

Como se ha comentado, los TCA son patologías complejas que requieren, en muchas ocasiones, de la implicación de diferentes dispositivos asistenciales para su óptima atención: tratamiento ambulatorio (AMB), hospital de día (HD) y tratamiento hospitalario (CAC). Además, y teniendo en cuenta la cronicidad de los TCA, también es necesario estudiar qué variables estarían implicadas en la predicción de estancias hospitalarias más cortas, donde el tratamiento sea el más óptimo y rentable posible. En esta área, los estudios son limitados, siendo necesario aportar más datos descriptivos de los pacientes con un diagnóstico de TCA y de los recursos asistenciales utilizados en cada caso para garantizar el tratamiento más adecuado.

En consecuencia, a la luz de todo lo expuesto, en la presente tesis se ha considerado conveniente profundizar en el conocimiento de los TCA, al ser trastornos con una importante prevalencia, estudiando las variables clínicas y sociodemográficas de los pacientes diagnosticados de un TCA que buscan ayuda y su remisión a diferentes dispositivos sanitarios.

MARCO TEÓRICO

1. LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

1.1 DIAGNÓSTICO

Tal y como hemos señalado en la introducción de este trabajo, los TCA son enfermedades mentales graves, marcadas por alteraciones en el comportamiento y las actitudes relacionados con la ingestión de alimentos y la intensa preocupación por el peso o por la forma del cuerpo (APA, 2014). Se caracterizan por una alteración del patrón de ingesta o de conductas para controlar el peso, que producen un deterioro físico y psicosocial significativo. Estas conductas no deben ser secundarias a ninguna enfermedad médica. Como acabamos de señalar, los TCA son un problema de salud pública importante, ya que afecta a un importante porcentaje de la población, tienden a ser graves y cronificarse, y se relacionan con una elevada comorbilidad y mortalidad.

La primera descripción de TCA, concretamente de Anorexia Nerviosa (AN), se produjo en el siglo XVII en un escrito del médico británico Richard Morton, en el que describía síntomas y signos de dos casos de AN. Sin embargo, la concepción médica de la AN tal y como la conocemos es originaria de Ernest Charles Laségue, psiquiatra francés, y a la que llama “anorexia histérica”. Pero no es hasta el siglo XIX donde en la historia de los trastornos alimentarios se habla del miedo a engordar y la distorsión corporal. La Bulimia Nerviosa (BN) fue descrita por primera vez por Russell en 1979, quien describió una serie de pacientes con un trastorno alimentario parecido a la AN pero que difería en algunos aspectos, como los vómitos severos y el uso de laxantes.

La descripción de todos estos casos desembocó en la inclusión de la AN en la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-I (APA, 1952), dentro del capítulo *Trastornos fisiológicos y viscerales*. Posteriormente, en el DSM-II (APA, 1968), aparece dentro del apartado *síntomas especiales*. Aunque no es hasta el DSM-III (APA, 1980) y su revisión DSM-III-R (APA, 1987) donde se les denomina *Trastornos Alimentarios* y se clasifican estos cuadros (AN y BN) dentro de los *trastornos de inicio en la infancia y la*

adolescencia, junto con otros diagnósticos como la pica y trastorno por rumiación. Finalmente, en el DSM-IV (APA, 1994) los Trastornos Alimentarios consiguen una categoría diagnóstica propia y se mantienen sin ningún cambio en su revisión, DSM-IV-TR (APA, 2002). En ambos, se recogen dos entidades diagnósticas principales que son la AN y la BN. La AN puede ser de tipo restrictiva o de tipo purgativa, en función de la presencia o ausencia de atracones y conductas purgativas. La BN puede presentar dos subtipos purgativo y no purgativo, dependerá de la utilización o no de conductas compensatorias a los atracones. En la última edición del manual, DSM-5 (APA, 2014) los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales denominados *Trastornos Alimentarios y de la ingestión de alimentos* y que incluyen la pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, AN, BN, trastorno por atracón, otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado y trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado. Como novedades a ediciones anteriores, la quinta edición incluye el trastorno por atracón y el trastorno de evitación y restricción, además de la necesidad de valorar la gravedad de la situación actual del problema. Mientras que la AN mantiene los subtipos de ediciones anteriores, la BN no presenta subtipos en esta edición. La relevante heterogeneidad de los TCA y los subtipos ha provocado la necesidad de realizar todos estos cambios en las clasificaciones con el objetivo de dar respuesta a la variabilidad clínica existente.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la novena revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades en 1978 (CIE-9) y posteriormente en la CIE-10 (OMS, 1992) incluye los TCA en el capítulo de Trastornos del Comportamiento Asociados a Disfunciones Fisiológicas y a Factores Somáticos. Dentro de este apartado podemos encontrar la AN, AN atípica, BN, BN atípica, hiperfagia en otras alteraciones psicológicas, vómitos en otras alteraciones psicológicas, otros trastornos de la conducta alimentaria, trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.

Como se puede observar existe bastante consenso entre las dos principales clasificaciones diagnósticas, aunque también se manifiesta cierta variabilidad a la hora de entender estos trastornos.

A continuación, se detallarán las características diagnósticas de cada una de estas clasificaciones.

1.1.1. ANOREXIA NERVIOSA

La AN es un trastorno grave de la conducta alimentaria en el que la persona que la padece presenta un peso inferior al que sería de esperar por su edad, sexo y altura, sin que exista ninguna enfermedad médica que explique la pérdida de peso. El peso se pierde por ayunos o reducción extremada de la comida, aunque un gran porcentaje de personas que lo padecen usan también el vómito autoinducido, laxantes y/o diuréticos y ejercicio físico excesivo para perder peso (Fairburn y Garner, 1986). Las personas que desarrollan una AN cumplen sus dietas de forma inflexible, y una vez consiguen su objetivo, tienden a marcarse uno nuevo aún más restrictivo, sin sentirse seguras de cuál es el peso adecuado para parar. La AN es el TCA más conocido, el que más “morbo” y curiosidad ha ocasionado en los medios de comunicación, y el que más confusión ha proporcionado a la hora de detectarlo con fiabilidad.

Los criterios diagnósticos de la AN del DSM y la CIE se presentan en las tablas 1 y 2.

Tabla 1 - Criterios del DSM-5 (APA, 2014) para el diagnóstico de la AN

A- Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes inferior al mínimo esperado.

B- Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C- Alteración en la forma en la que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Especificar si:

Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vomito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vomito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se han cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar si la gravedad actual:

Leve: $IMC \geq 17 \text{ Kg/m}^2$

Moderado: $IMC 16-16,99 \text{ Kg/m}^2$

Grave: $IMC 15-15,99 \text{ Kg/m}^2$

Extremo: $IMC < 15 \text{ Kg/m}^2$

Tabla 2 - Criterios diagnósticos de la CIE-10 para el diagnóstico de la AN

<p>A- Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet 1 de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.</p> <p>B- La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Evitación de consumo de “alimentos que engordan” y por uno o más de uno de los síntomas siguientes.2) vómitos autoprovocados.3) purgas intestinales autoprovocadas.4) ejercicio excesivo.5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos. <p>C- Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.</p> <p>D- Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras anticonceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.</p> <p>E- Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.</p>

En primer lugar, podemos observar como ambas clasificaciones tienen como criterio A la pérdida de peso significativa para su edad y altura esperada, aunque el DSM-5 a diferencia de la CIE-10 y del DSM-IV-TR no especifica una bajada de peso mínima del 85%. Esta pérdida de peso se obtiene mediante la restricción de la ingesta energética y otras conductas purgativas como son el vómito y el uso de laxantes y diuréticos. Este punto se concreta en el criterio B de la CIE-10 y en los subtipos del DSM-5 y de su anterior versión. Este tipo de pacientes manifiestan miedo a engordar y una alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso sin que exista reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual (Criterio C en el DSM-5, DSM-IV-TR y CIE-10).

Dentro de las novedades de los criterios del DSM-5 respecto a la AN, nos encontramos con la eliminación del criterio diagnóstico que implicaba la existencia de amenorrea para poder realizar el diagnóstico de esta patología y que sí que se encuentra en el criterio D de la CIE-10 y del DSM-IV-TR. Esto supone un avance en la conceptualización de los criterios diagnósticos, ya que el uso de anticonceptivos y la posibilidad de amenorrea antes de una pérdida de peso significativa enmascaran el diagnóstico de AN.

Otra novedad del DSM-5, consiste en especificar la gravedad actual del problema. Para ello se basa en adultos, en el índice de masa corporal (IMC), o en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites derivan de las categorías de la OMS para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se recomienda utilizar los percentiles de IMC correspondientes. Esta gravedad pueda aumentar con la intención de que refleje los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

1.1.2. BULIMIA NERVIOSA

La BN es un trastorno severo en el que se presentan frecuentes episodios de voracidad en la ingesta (atracones) y se utilizan conductas como el vómito autoinducido, laxantes o diuréticos varias veces a la semana para prevenir el aumento de peso. Además, presentan un miedo patológico a engordar.

El término bulimia significa *hambre muy grande* y se ha empleado para expresar una de las características del trastorno, el consumo de grandes cantidades de comida. Como este criterio se da en otros trastornos alimentarios, por eso además de los atracones se tienen que

dar conductas purgativas que eliminen los alimentos consumidos. Es importante destacar que los atracones no sólo son resultado del hambre, sino también de un malestar emocional, por lo que la comida serviría de alivio y resolvería este malestar a corto plazo de los pacientes (Calvo, 2002). Muchos de los casos de AN que han iniciado con dietas estrictas tienden a desarrollar BN, a causa de que a medida que la restricción se intensifica, los individuos experimentan episodios de sobreingestas incontrolables (Grilo, 2006). En las tablas 3 y 4 se presentan los criterios diagnósticos de la BN del DSM-5 y la CIE-10.

Tabla 3 - Criterios diagnósticos de la BN del DSM-5

<p>A- Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <p style="padding-left: 40px;">1- Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimento que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.</p> <p style="padding-left: 40px;">2- Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).</p> <p>B- Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.</p> <p>C- Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p> <p>D- La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.</p> <p>E- La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.</p> <p>Especificar si:</p> <p>En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un</p>

periodo continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ningún de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Tabla 4 - Criterios diagnósticos de la BN en la CIE-10

A- Episodios frecuentes de hiperfagia (al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses) en los que el paciente consume grandes cantidades de alimentos en periodos cortos de tiempo.

B- Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso o un sentimiento de compulsión al comer.

C- El enfermo intenta contrarrestar la repercusión de los atracones en el peso mediante uno o más de los síntomas siguientes:

Vomito autoprovocado.

Abuso de laxantes.

Periodos de ayuno.

Consumo de fármacos tales como supresores de apetito, extractos tiroideos diuréticos. Si la bulimia se presenta en un enfermo diabético, este puede abandonar su tratamiento con insulina.

D- Autopercepción de estar demasiado obeso junto a ideas intrusivas de miedo a la obesidad (a menudo conduciendo a un déficit de peso).

Como se puede observar, el criterio A de ambas clasificaciones señala como característica principal de la BN los atracones recurrentes. Los atracones se definen por la ingesta de una gran cantidad de alimentos en un periodo de tiempo determinado y con la sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio. Éstos deben de ir acompañados de conductas compensatorias inapropiadas con el fin de no ganar peso, como se refleja en el criterio B del DSM-5 y el criterio C de la CIE-10. Ambas clasificaciones hacen hincapié en la autoevaluación indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

El DSM-5 incluye algunos cambios respecto a su anterior versión: la primera, es la reducción de un atracón a la semana durante tres meses en contraposición a los dos semanales que exigía el DSM-IV-TR; en segundo lugar se han eliminado los subtipos en el diagnóstico de este trastorno; por último se incluye las especificaciones de la existencia de alguna remisión (parcial o total) y de la gravedad actual del problema que deberá basarse en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados, aunque la gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Estos cambios en la última versión del DSM-5 parecen influidos por las numerosas críticas que recibían los antiguos criterios respecto a la frecuencia de los atracones y el debate entre las diferencias entre BN no purgativa y el trastorno por atracón. Esta información nos lleva al siguiente apartado.

1.1.3. TRASTORNO POR ATRACÓN

El trastorno por atracón (TA) es una entidad nueva en el DSM-5 creada para dar respuesta a la evidencia empírica que señalaba su existencia, y que explica el comportamiento alimentario de aquellas personas que no pueden controlar el consumo de alimentos, que ingieren una gran cantidad de comida en un periodo discreto de tiempo, pero que posteriormente no realizan maniobras como provocarse el vómito para reducir los efectos de la sobreingesta (Raich, 2011). Los atracones se deben producir, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

A pesar de tener solo recientemente una entidad diagnóstica propia, se trata de un concepto con una larga historia. En los años 50, Hamburger realiza estudios con pacientes obesos, aunque no es hasta 1959 donde Stunkard emplea por primera vez el término atracón y los describe como patrón distintivo de algunos pacientes obesos. En el DSM-III y DSM-III-R se

introduce dentro del término de BN; aunque, posteriormente, los estudios sobre BN demuestran que la mayoría de los que comían compulsivamente no padecían BN. Por esta razón en 1992, Spitzer describe el síndrome de sobreingesta patológica o trastorno por ingesta compulsiva y Fairburn (1995) sugiere que la categoría comedores compulsivos se enmarque en una más amplia que la BN. Sin embargo, el DSM-IV lo sigue enmarcando dentro de la BN y el DSM-IV-TR lo incluye en los trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

A continuación, se muestran los criterios del DSM-5 (Tabla 5).

Tabla 5 - Criterios diagnósticos del DSM-5 para el TA

<p>A- Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <p style="padding-left: 40px;">1- Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimento que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.</p> <p style="padding-left: 40px;">2- Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).</p> <p>B- Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:</p> <p style="padding-left: 40px;">1- Comer mucho más rápidamente de lo normal.</p> <p style="padding-left: 40px;">2- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.</p> <p style="padding-left: 40px;">3- Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.</p> <p style="padding-left: 40px;">4- Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.</p> <p style="padding-left: 40px;">5- Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.</p> <p>C- Malestar intenso respecto a los atracones.</p>

D- Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E- El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un periodo continuado.

En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, no se han cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

Leve: 1-3 atracones a la semana.

Moderado: 4-7 atracones a la semana.

Grave: 8-13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana.

La CIE-10 no contempla dentro del capítulo Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos el TA, aunque sí que incluye la Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas, que describe como ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes (duelo, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes) y que da lugar a obesidad. Esta descripción está muy alejada de la descripción que realiza el DSM pero es la más similar al TA. Los criterios de la CIE-10 para la hiperfagia en otras alteraciones psicológicas se muestran en la tabla 6.

Tabla 6 - Criterios diagnósticos de la CIE-10 para la hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

<p>A- Ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una “obesidad reactiva”, en especial en enfermos predispuestos a la ganancia de peso.</p> <p>B- La obesidad como causa de alteraciones psicológicas no debe ser codificada aquí. La obesidad puede hacer que el enfermo se sienta muy sensibilizado acerca de su aspecto y desencadenar una falta de confianza en las relaciones interpersonales.</p> <p>C- Puede exagerarse la valoración subjetiva de las dimensiones corporales.</p>

1.1.4. OTRO TRASTORNO ALIMENTARIO O DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS ESPECIFICADO

Para poder determinar clínicamente una AN, BN y TA, se deben de cumplir una serie de síntomas y características, tal y como se reflejan en forma de criterios diagnósticos en las diferentes clasificaciones diagnósticas. Sin embargo, en la práctica clínica, este conjunto de síntomas puede no darse de forma completa, lo cual no significa que no exista un TCA. Cuando se dan varios signos patológicos, pero no de forma completa, se habla de un síndrome parcial, denominado “Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingestión de alimentos especificado”. En ocasiones, estos cuadros incompletos consisten en una etapa inicial o en una mejoría de la paciente; pero, en ningún caso, hay que desestimar la gravedad.

El DSM-5 define esta categoría como presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría de “otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado” se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico.

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación son los siguientes:

- *AN atípica*: se cumplen todos los criterios para la AN, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.

- *BN (de frecuencia baja y/o duración limitada)*: se cumplen todos los criterios para la BN, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.

- *TA (de frecuencia baja y/o duración limitada)*: se cumplen todos los criterios para el TA, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inadecuados se producen, de promedio, menos de una vez por semana y/o durante menos de tres meses.

- *Trastorno por purgas*: comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej. Vómito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.

- *Síndrome de ingestión nocturna de alimentos*: episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingesta de alimentos al despertarse del sueño o por el consumo excesivo de alimentos después de cenar. La ingestión nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingestión nocturna de alimentos causa malestar significativo y problemas en el funcionamiento. El patrón de ingestión alterado no se explica mejor por el trastorno por atracón u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias y no se pueden atribuir a otro trastorno médico o a un efecto de la medicación.

En el presente estudio se han utilizado los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000) ya que cuando se inició todavía no estaba disponible la última versión del DSM.

1.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

1.2.1 PREVALENCIA

Desde la década de los 70 se han publicado numerosos estudios en el ámbito de los TCA. Aunque los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y la CIE-10 intentaban estar bien definidos, no son plenamente aplicables a niños y adolescentes, lo que dificultó estimar las tasas de ocurrencia de TCA en esta población. Los datos de prevalencia de los TCA indican un porcentaje de 0,5-1% de AN, de 1-3% de BN y de aproximadamente un 3% de TCANE, según el Instituto Nacional de la Salud (Insalud, 1995), la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, DSM-IV-TR, 2000) y otras revisiones epidemiológicas (Arrufat, 2006; Beato, 2004; Gandarillas, 2002; Hoek, 2003; Muro, 2007; Peláez, Labrador y Raich, 2007; Ruiz-Lázaro, 2010; Sancho, 2007). En muchos casos la prevalencia tan baja se debe a la realización de estudios en personas que se encuentra en un período de edad determinado, excluyendo al resto de edades, sin tener en cuenta que existen casos de AN y BN en personas con edad más elevada que la contemplada en los estudios realizados (Vaquero y Solana, 2012).

Por otra parte, estudios más recientes encuentran prevalencias para la AN de 0,3-2,2%, con mayor incidencia en la adolescencia media y tardía y para BN se identifica una prevalencia aproximada de 0,1-2% (Portela, Da Costa, Mora y Raich, 2012). Un estudio realizado por Nagl (2016) obtuvo una prevalencia de TCA de 2,9% en mujeres y 0,1% entre los hombres. La prevalencia de estos trastornos ha ido aumentando hasta tal punto que algunos autores han utilizado el término de “epidemia” (Peláez et al., 2010).

El TA presenta una prevalencia a lo largo de la vida de 3,5% para mujeres y 2% entre los hombres (Hudson et al., 2007), aunque hay mucha discrepancia entre estudios. Es también más frecuente en las mujeres que en los hombres, pero la diferencia es mucho menor que en la AN y BN. La media de edad de aparición está situada en los 25 años para las mujeres y los 21 años para los hombres. Autores como Fairburn (2008) explican que un 8,3% de los sujetos pasan de presentar trastorno por atracón a BN y en 5% pasan a TCANE.

Los TCA son mucho más frecuentes en mujeres que en hombres, con una incidencia comparativa hombre-mujer estimada en 1:10 para AN y en 1:5 para BN (López y Treasure, 2011), aunque en los últimos años se está evidenciando un incremento significativo en

población masculina (Nicholls, 2011; Salas, 2011). Estos problemas afectan especialmente a mujeres jóvenes y adolescentes. En la población pediátrica se estima una incidencia de 3,01 casos por 100.000 habitantes, de los cuales aproximadamente un 37% reúne los criterios de AN, un 1,4% de BN y un 43% de TCANE (Nicholls, 2011). Además, 1 de cada 10 tendrá un riesgo alto de complicaciones y de cronicidad a lo largo de su vida, siendo la AN la tercera causa de enfermedad crónica en la adolescencia (Herpertz-Dahlmann, 2009).

Una revisión de muestras españolas realizada por Peláez, Raich y Labrador (2010) revela que las cifras de prevalencia obtenidas en los diferentes estudios epidemiológicos españoles son similares a las obtenidas en otros países desarrollados (en torno al 1-3% en población adolescente y joven de ambos sexos; en torno al 4-5% en mujeres jóvenes y adolescentes), aunque se detecta un amplio rango de variación en las tasas de prevalencia TCA de unos estudios a otros. Los síndromes incompletos o no especificados (TCANE) son los cuadros más prevalentes en población comunitaria escolar adolescente y juvenil. Los síndromes completos (AN y BN) son menos frecuentes en este tipo de población. Estos datos coinciden con los encontrados en otros países desarrollados.

Todos estos estudios han puesto de manifiesto un aumento en la prevalencia e incidencia de los TCA en los últimos años.

1.2.2 CURSO Y PRONÓSTICO

Por lo que se refiere a la AN, los datos indican que se trata de un trastorno que se acompaña de complicaciones tanto de morbilidad como de mortalidad (Perpiñá, 1996). La AN suele acontecer al final de la etapa puberal (13 – 14 años), con picos de incidencia a los 15 – 18, cayendo posteriormente y siendo menos frecuentes las formas que se inician más allá de los 20 – 22 años. En estudios más recientes (Micali et al., 2013; Ortega y Laverde, 2000; Pierre, 1998; Sauval, 1999) la edad de inicio de la anorexia ha disminuido hasta los 11 años.

El curso puede ser variable, y algunas personas son capaces de recuperarse tras un único episodio. Sin embargo, otras pacientes suelen presentar un patrón fluctuante del peso o un patrón de deterioro a lo largo de los años. Los datos indican que aproximadamente el 50% de las pacientes con AN evoluciona hasta la remisión total, mientras que entre el 20%-30% de las pacientes evoluciona a síndromes parciales y del 10% al 20% de los casos se cronifica (Keski-

Rahkonen et al., 2007; Lowe, Zipfel, Bucholz, Dupont, Reas, Herzog, 2001; Syeinhausen, 2002; Zipfel, Lowe, Reas, Dete Herzog, 2000).

Los estudios indican que la mortalidad de pacientes que sufren esta patología es del 10% aproximadamente. Las causas más comunes son la inanición, alteración electrolítica o suicidio (APA, 1994). Datos más recientes sitúan la tasa bruta de mortalidad de la AN en aproximadamente un 5% por década. La muerte suele ocurrir por las complicaciones médicas a la propia enfermedad o por suicidio (APA, 2014).

En la literatura se han propuesto algunos indicadores de un buen pronóstico de la AN: rasgos de personalidad histriónica, una menor edad al inicio del trastorno, menor número de hospitalizaciones y menos tiempo de enfermedad antes de un ingreso. Por otra parte, se han encontrado los siguientes factores de mal pronóstico: comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias), presencia de vómitos autoinducidos, atracones o abuso de laxantes, rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva, pobre ajuste social y larga duración de la enfermedad (Herpertz et al, 2001; Syeinhausen, 2002).

Por lo que se refiere a la BN, suele iniciar al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. La edad media de las pacientes bulímicas está alrededor de los 24 años, con una edad de inicio promedio de 11 a 18 años, pero puede afectar tanto a niñas más jóvenes de 11 años, como a mujeres de hasta 40 años (Pyle, Mitchell, Eckert, 1981). Los atracones suelen empezar después o durante un periodo de régimen dietético. En muchas ocasiones, después de un episodio de anorexia nerviosa, los pacientes pasan a presentar un episodio de bulimia nerviosa (Sullivan, Bulik, Carter, Gendall, Joyee, 1996). El curso natural de la BN a los 5 años es el siguiente: cada año, el 33% remite y otro 33% recae. Lo que indica un pronóstico relativamente malo para personas no tratadas. En estudios de seguimiento a 6 años para personas tratadas, el 60% se consideraban de buen pronóstico, el 30% de recuperación parcial y un 10% de mal pronóstico (Carla, 2014).

En la BN, los estudios señalan que el menor tiempo en el inicio del tratamiento es un factor de buen pronóstico, más aún que el tipo y la duración de dicho tratamiento; también correlaciona con el buen pronóstico el comienzo de la enfermedad en la adolescencia en comparación con el inicio en la edad adulta. Por otra parte, factores de mal pronóstico serían: antecedentes de trastornos por consumo de sustancias o el abuso de laxantes; la comorbilidad con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (está asociada a una mayor duración de la

enfermedad); presentar en la infancia temprana conflictos y/o rechazos en la comida; un peor funcionamiento psicosocial y una mayor alteración de la imagen (Kotler, Cohen, Davis, Pine, Walsh, 2001).

Respecto al TA, se conoce menos acerca del curso de la enfermedad, aunque algunos hallazgos indican que este trastorno alimentario persiste en la mayoría de los casos y, en al menos la mitad, desemboca en una AN o en una BN (Hoek, 1993).

Con todos estos datos, se puede llegar a la conclusión que se tratan de trastornos con una tendencia a la cronificación importante. La APA señala que ante la cronificación debemos, planificar de forma individualizada el tratamiento y tener muy presentes las posibles demandas que se pueden presentar: hospitalizaciones de repetición, hospitalizaciones parciales, cuidados residenciales, psicoterapia, apoyo social, uso de medicación (APA, 2000).

En un reciente estudio Delphi, se definieron los siguientes criterios para la AN crónica (Tierney y Fox, 2009):

a) Arraigados patrones de restricción alimentaria:

- No hay variaciones en el patrón alimentario.
- Falta de motivación para cambiar conductas.
- Escasos momentos de ingesta saludable.

b) Arraigadas cogniciones anoréxicas:

- Pensamiento rígido sobre el peso, la silueta y la comida.
- Pensamientos y sentimientos propiamente anoréxicos persistentes, a menudo con conductas rituales acompañantes.
- Estilo de pensamiento dicotómico.

c) Identidad personal entrelazada con la anorexia:

- Identidad oculta por la “ideología anoréxica”.
- Temor al cambio y a la vida “sin anorexia”.
- Anorexia como único valor en la propia identidad personal.

d) IMC < 17.5:

- Mantenimiento de un bajo IMC desde la adolescencia hasta la vida adulta.

-IMC persistentemente bajo, no sólo inferior a 17.5 sino, en muchas ocasiones por debajo de 16 o menos.

Como hemos visto, este estudio (Tierney y Fox, 2009) no considera que el número de años de enfermedad o el número de tratamientos realizados sean especialmente relevantes a la hora de definir un caso como “crónico”.

1.2.3 COMORBILIDAD

Los avances en los sistemas diagnósticos actuales, como el DSM-5 y la CIE-10 han ayudado a mejorar la precisión y especificidad de los TCA. Sin embargo, estos pacientes presentan una gran cantidad de síntomas que van más allá de los síntomas nucleares considerados como criterios diagnósticos de los TCA. Esto es lo que se entiende por comorbilidad, es decir, la presencia de cualquier entidad clínica adicional que ha existido o exista durante la evolución clínica de un paciente con un diagnóstico de TCA principal.

Numerosos estudios muestran la presencia de otros trastornos psicológicos en pacientes con TCA. En cuanto al eje I del DSM, se ha encontrado que el 73% de los pacientes con un diagnóstico de AN restrictiva padecen además otro diagnóstico, al igual que el 82% de los pacientes con un diagnóstico de AN purgativa y un 60% de los pacientes con BN (Herzog, Keller et al., 1992).

Los trastornos mentales más comunes en los TCA son los afectivos, principalmente la depresión mayor, que aparece en el 40% de los pacientes (Braum, 1994), seguido de la distimia con un 32% (Halmi, 1991) y el abuso de sustancias (Herzog, Keller et al., 1992; Verkes, Pijl et al., 1996; Kanbur y Harrison, 2016). Además, en un reciente estudio con individuos con trastorno bipolar se ha encontrado una comorbilidad del 27% con TCA (12% TA, 15% BN y 0,2% AN) (McElroy, et al., 2016).

Los trastornos de ansiedad, depresivos y bipolares concurren frecuentemente con la AN. Muchos individuos con AN refieren la presencia de síntomas ansiosos o un trastorno de ansiedad antes del inicio del TCA. La prevalencia de estos es del 60%, siendo el Trastorno de ansiedad generalizada el más frecuente (36,8%), seguido del trastorno de Pánico (20%). En algunos individuos con AN se han descrito casos de Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), especialmente en los de tipo restrictivo. La prevalencia del TOC se estima en el 16% de los

casos (Bullick, Sullivan, Fear y Pickering, 1997; Speranza et al., 2001). El trastorno por abuso de alcohol y otros por consumo de sustancias también pueden ser comórbidos con la AN, especialmente en el tipo con atracones/purgas (APA, 2014).

También encontramos una amplia comorbilidad en los individuos con BN. Existe un aumento en la frecuencia de los trastornos de ansiedad, depresivos y bipolares. Estas alteraciones del estado de ánimo se inician al mismo tiempo o después del desarrollo de la BN. Estas alteraciones suelen remitir con frecuencia después del tratamiento eficaz de la BN. La prevalencia del consumo de sustancias como el alcohol y los estimulantes, es de menos del 30% en los individuos con BN (APA, 2014).

Los datos de comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los TCA son muy heterogéneos (Thompson-Brenner, 2008). Se estima la presencia de este tipo de alteraciones, según diferentes estudios entre un 53% y un 93% (Powers, Coovert et al., 1988; Gartner, Marcus et al., 1989; Yager, Landsverk et al., 1989; Zanarini, Frankenburg et al., 1990; Skodol, Oldham et al., 1993). La presencia de un trastorno de personalidad en la AN oscila entre el 23% al 80%, entre los más comunes se encuentra el trastorno de personalidad por evitación, dependiente y obsesivo compulsivo (Johnson y Wonderlich, 1992). Un porcentaje sustancial de individuos con BN presenta características de la personalidad que cumplen los criterios de uno o varios trastornos de personalidad, siendo el más frecuente el trastorno de la personalidad límite (APA, 2014).

El TA tiene una comorbilidad significativa comparable con los trastornos mencionados en la AN y la BN, aunque en menor grado, presentan trastornos por consumo de sustancias (APA, 2014). La comorbilidad con los trastornos de personalidad es del 20% (Telch, 1998).

Hasta ahora nos hemos centrado en la comorbilidad con otros trastornos psicológicos, aunque no hay que olvidar que se tratan de problemas que también tienen una gran comorbilidad con otros problemas físicos u orgánicos. Los más comunes se describen a continuación. La Diabetes Mellitus (DM), donde los estudios muestran cifras de prevalencia muy variables. Entre el 0,5% y el 7% de los casos de AN y BN presentan una DM tipo 2. Este porcentaje llega hasta el 20% en los TCANE. Hasta el 9% de los diabéticos obesos presentan un TCA (Nielson, 2002). La obesidad, está fuertemente vinculada al TA, hasta el 6% de los niños con obesidad presentan TA. Las enfermedades tiroideas, tanto el hipertiroidismo como el hipotiroidismo, tienen una relevancia importante en la aparición, curso, pronóstico y

tratamiento en los TCA. No se dispone de estudios de prevalencia, sólo de descripción de casos.

1.2.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se deberían considerar otras posibles causas para un peso corporal significativamente bajo, especialmente cuando los TCA presentan características atípicas (p.ej., con inicio después de los 40 años). Alteraciones médicas como enfermedad gastrointestinal, hipertiroidismo, cáncer oculto y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) pueden producir una pérdida importante de peso, pero las personas con estos trastornos normalmente no suelen manifestar una percepción alterada del propio peso o la propia constitución, ni miedo a ganar peso, ni comportamientos que interfieran con el aumento de peso. En ciertas afecciones neurológicas, como el síndrome de Kleine-Levin, se produce una alteración del comportamiento alimentario, pero no existe la preocupación excesiva por el peso y la figura.

En el trastorno depresivo mayor se puede producir una pérdida importante de peso y episodios de sobrealimentación. Sin embargo, no hay comportamientos compensatorios inadecuados, ni hay deseos de perder peso, ni miedo intenso a ganarlo.

Los individuos con esquizofrenia pueden presentar comportamientos alimentarios extraños y con ellos tener una pérdida de peso, pero no muestran miedo a ganar peso ni alteración de la imagen corporal.

En los trastornos por consumo de sustancias se puede dar una ingesta nutricional escasa, pero no experimentan miedo a engordar ni alteración de la imagen corporal.

Algunas de las características de la AN se pueden confundir con criterios de la fobia social, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno dismórfico corporal. Por una parte, los individuos pueden sentirse avergonzados si les ven comiendo en público, como en la fobia social; pueden mostrar obsesiones y compulsiones relacionadas con los alimentos como en el trastorno obsesivo compulsivo; o pueden preocuparse por un defecto imaginario en su apariencia corporal, como en el trastorno dismórfico corporal.

El comportamiento de atracarse se incluye en el criterio de comportamientos impulsivos que forma parte de la definición del trastorno de la personalidad límite. Es importante valorar si se cumplen criterios para ambos trastornos, de ser así se deben hacer

ambos diagnósticos.

Como indican numerosos autores (Cash y Hrabosky, 2003; Perpiñá, 1995, 1999), la característica que diferencia un TCA y otro trastorno que cursa con síntomas semejantes, radica en la idea sobrevalorada de adelgazar que sólo se da en los trastornos alimentarios. El interés por conseguir y mantener un bajo peso es una forma de mejorar la aceptación entre los iguales, conseguir un reconocimiento social o un medio de conseguir ganancias secundarias a través del rol de enfermo/a.

Hasta aquí nos hemos centrado en la descripción clínica de los TCA. A continuación, resumiremos las teorías explicativas psicológicas más relevantes.

1.3 MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En este trabajo vamos a comentar solo aquellos modelos explicativos que más evidencia han acumulado, y que han identificado un conjunto de factores que pueden promover la aparición y mantenimiento de los TCA. En primer lugar, nos centraremos en los modelos explicativos de la AN y posteriormente hablaremos de los modelos explicativos de la BN.

1.3.1 MODELOS EXPLICATIVOS DE LA AN

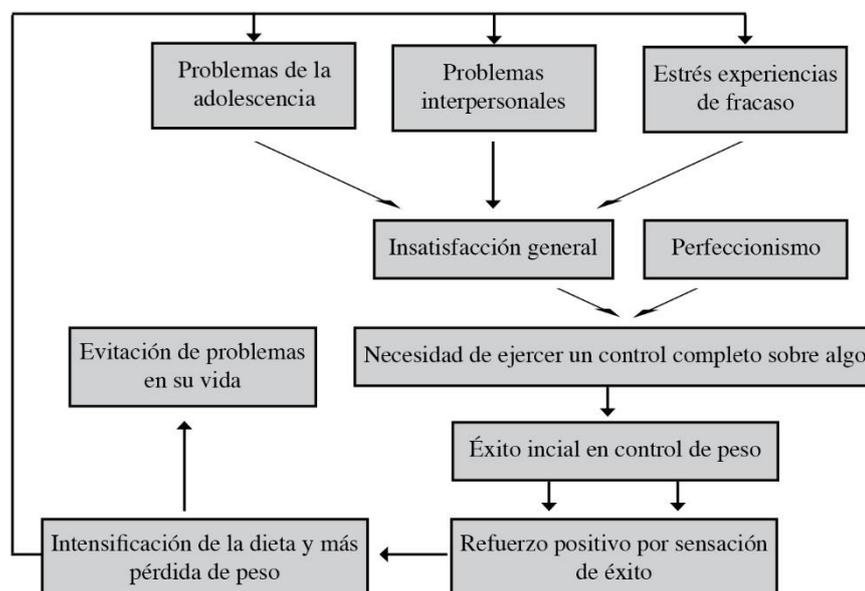
A) MODELO DE GARNER Y BEMIS (1982) PARA LA AN

El primer trabajo considerado dentro de una generación de teorías cognitivas fue el realizado por Garner y Bemis (1982). Estos autores dan una gran relevancia a los pensamientos y a las creencias, llegando a considerarlos la base del problema. Este modelo enfatiza las distorsiones cognitivas en el desarrollo y el mantenimiento de la AN, ya que se tratan de distorsiones que se focalizan en la preocupación por el peso, la figura, la comida y el control de todos estos aspectos. En este sentido, proponen que la alteración cognitiva central de la AN es la creencia de que la delgadez tiene un valor inestimable y por ello se producen los pensamientos y comportamientos típicos de la AN.

Posteriormente, Vitousek (antes llamada Bemis) reelabora este modelo, centrándose en el papel del procesamiento de la información, la autorepresentación, las variables de personalidad y la motivación. Estos autores sugieren que los síntomas se mantienen por unos esquemas cognitivos organizados alrededor de ideas sobrevaloradas acerca del peso y la figura (Vitousek y Ewald, 1993; Vitousek y Hollon, 1990; Vitousek y Manke, 1994).

B) MODELO FUNCIONAL DE SLADE (1982)

Siguiendo la línea de los autores anteriores, Slade (1982) propone un modelo funcional en el que el aspecto fundamental para desarrollar y mantener la AN es la necesidad de control. Por una parte, plantea que la combinación de problemas interpersonales y los conflictos propios de la adolescencia pueden llegar a causar insatisfacción general con la vida y con uno mismo. Es en ese momento, cuando aparece la necesidad de control y de lograr tener éxito en alguna área de la vida de la persona. La combinación de estos aspectos puede predisponer a presentar autocontrol corporal. Por lo tanto, el mecanismo de mantenimiento parece que se produce por reforzamiento positivo en forma de sentimientos de éxito y satisfacción en cuanto al peso. En este sentido, cada vez que la persona logre restringir la ingesta o ayunar experimenta sentimientos de logro por conseguir su objetivo, rechazar o evitar la ingesta y la pérdida de peso. Los sentimientos de fracaso en otras áreas de la vida, lleva a la persona a realizar una dieta intensa. De esta manera, el control del peso se mantiene por refuerzo negativo debido a la evitación de los estresores que preceden al inicio del trastorno. De esta manera, la persona se puede limitar a un número de preocupaciones (relacionadas con la AN) y evita los problemas cotidianos de su vida (relacionados con la adolescencia y el estrés). Estos problemas provocan un aumento en la insatisfacción de la persona y originan una espiral de la que es difícil salir (ver figura 1).

Figura 1- Modelo funcional simplificado de la AN de Slade (1982)

Más tarde, Slade (1996) reformuló su teoría y sugirió la teoría del proceso dual del perfeccionismo para los TCA, en la que indica que el presentar alto perfeccionismo positivo, es decir, necesidad de éxito, perfección, deseo de delgadez, hace a una persona vulnerable a los efectos del refuerzo positivo. Sin embargo, el alto perfeccionismo negativo, es decir, evitación del fracaso, la imperfección y la obesidad, hacen a una persona más vulnerable a los refuerzos negativos.

C) MODELO DE LA AN DE GUIDANO Y LIOTTI (1983)

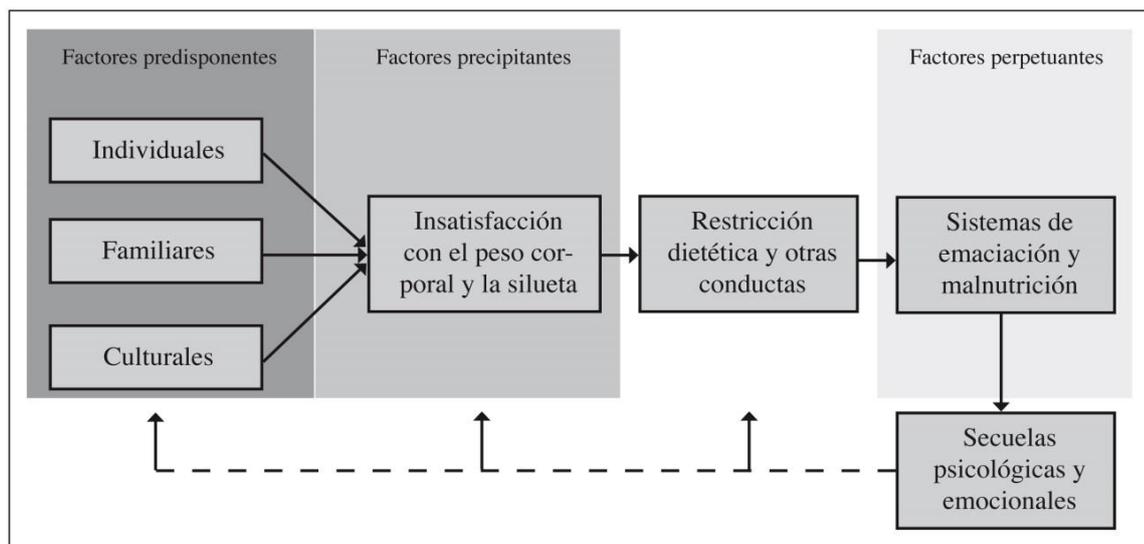
Guidano y Liotti (1983) en lugar de considerar la característica central de la AN en la preocupación extrema por la figura y el peso, proponen el déficit en estructuras cognitivas relacionadas con la identidad personal. Por esta razón, consideran que en este problema alimentario la identidad está constituida por creencias de ineffectividad, fracaso e inutilidad en su vida cotidiana. De esta manera, utilizan la dieta y la pérdida de peso como un medio inapropiado de afrontar sus problemas de identidad.

D) MODELO EVOLUTIVO DE STRIEGEL-MOORE (1993)

Striegel-Moore (1993) enfatiza la importancia del rol sexual, y propone que las niñas se identifican con su rol sexual, considerando más relevante preocuparse de los sentimientos y el bienestar de los demás y estando más interesadas en la aprobación social. En las mujeres el atractivo está ligado a la belleza y ser delgada es una condición central de belleza femenina. Las mujeres delgadas y que comen poco son consideradas más atractivas y femeninas (Roll, Federoff y Guthrie, 1991). Por tanto, y según este autor, el conjunto de factores socioambientales y la interiorización de rol sexual, unidos a la presión estresante de la adolescencia, podrían explicar el aumento de los TCA.

E) MODELO BIOPSIICOSOCIAL DE GARNER (1993) PARA LA AN

Garner (1993) señala diferentes factores que participan en el origen y desarrollo de los TCA, estos los denomina factores predisponentes y factores precipitantes. Finalmente, una vez instaurado el TCA, aparecen factores de mantenimiento del problema. La conjunción de factores culturales, familiares e individuales (biológicos y psicológicos) harán que una persona y no otra inicie una dieta estricta con el propósito de influir en su apariencia y que desencadenará en el inicio de la enfermedad. Estos factores se muestran en la figura 2.

Figura 2 - Modelo biopsicosocial para la AN de Garner

Los *factores predisponentes* son aquellos condicionantes que contribuyen a generar una vulnerabilidad en la persona. Entre ellos destacan los factores individuales, familiares y culturales.

a) Factores individuales: Por una parte, se refiere a los factores hereditarios que predisponen a los TCA, ya que se han encontrado que familiares de pacientes presentan con mayor frecuencia la patología y ésta es aún mayor en el caso de gemelos monocigóticos (Calvo, 2002). Por otra parte, se alude a las características psicológicas del individuo, como variables temperamentales, un estilo cognitivo perfeccionista y excesiva necesidad de aprobación externa.

b) Factores familiares: Se encuentra la presencia de ambientes sobreprotectores que interfieren en la adquisición de autonomía, independencia, separación e identidad individual. Además, otro factor familiar relevante es la existencia de patología en el ámbito familiar (Fairburn et al., 1999).

c) Factores socio-culturales: La evidencia indica que el contexto social es un factor de gran relevancia para desarrollar un TCA. La sociedad occidental está “preocupada” por la delgadez y el peso. Nuestra cultura tiende a igualar delgadez a éxito profesional, belleza y juventud. Esto se disemina a través de los mensajes de los medios de comunicación, donde se constata un cambio significativo de los patrones de belleza femenina y masculina. A esto se añade generalmente el refuerzo social que se obtiene en los primeros momentos, cuando las personas empiezan a perder peso. Además, hay que

tener en cuenta que la adolescencia es una edad crítica en la que la imagen corporal está aún poco definida y se producen importantes cambios fisiológicos. La influencia de los anuncios de los medios de comunicación puede llegar a incrementar las preocupaciones por la silueta en estas edades. Otro factor es una historia de críticas, burlas y situaciones negativas relacionadas con el cuerpo, lo que les lleva a formarse unas actitudes negativas y creencias disfuncionales sobre su cuerpo (Rosen, 1992).

Los *factores precipitantes* se definen como aquellas situaciones de estrés que inducen a la aparición del TCA en un momento determinado. Normalmente, un TCA se inicia en el contexto de un cambio (Calvo, 2002). Algunos ejemplos de estos cambios pueden ser: los cambios físicos propios de la adolescencia, comentarios y presiones para adelgazar del entorno, ruptura sentimental, dificultades en el ámbito académico, periodo de exámenes, muerte de un familiar con el que existe una vinculación emocional, separación de los padres, cambios de domicilio, abusos sexuales, etc.

Los *factores de mantenimiento* son aquellos que, si permanecen intocables, prolongan la duración del trastorno o interfieren en el proceso de recuperación. El factor más relevante es el mantenimiento de unas pautas alimentarias inadecuadas. Las dietas restrictivas aumentan el riesgo de episodios de comida descontrolada que contribuyen a mantener el trastorno porque aumentan el miedo a la gordura y refuerzan el sentimiento de incapacidad. Los refuerzos que se obtienen contribuyen a mantener el trastorno. En ocasiones, los familiares realizan comportamientos que perpetúan las conductas como la disparidad en la actuación de los padres durante el tratamiento, la incapacidad de los padres para mantener sus decisiones durante el tiempo necesario, la negación de la situación, la ausencia de límites familiares y la minimización de las conductas.

F) MODELO PROPUESTO POR WOLFF Y SERPELL (1998)

Según Cooper (2005), este modelo se puede considerar dentro de la segunda generación de teorías cognitivas. Esto quiere decir que aunque parten de la premisa central una sobrevaloración del peso y la figura, también generan predicciones sobre la naturaleza y cogniciones de estos trastornos. En concreto, la propuesta de Wolff y Serpell (1998) plantea que la preocupación extrema por el peso y la figura es la característica central que mantiene el trastorno, pero que el papel del auto-esquema, de la regulación emocional y el contenido de las creencias y de las conductas de seguridad de la AN tienen un papel crucial. Asimismo,

añaden importantes e innovadoras ideas sobre los constructos cognitivos relevantes en los TCA, incluyendo la necesidad de considerar las creencias que el paciente puede tener sobre su trastorno (p.ej., qué significa para ella tener AN). Por último, estos autores afirman que se producen creencias tanto pro-anorexia (p.ej., “Si no tuviera AN, mi mundo entero podría desmoronarse”) como anti-anorexia (p.ej., “La AN ha hecho que deje de tener una vida”), y que es necesario identificar ambas. En este sentido, señalan que hay que considerar no sólo los pensamientos automáticos negativos, sino también los pensamientos automáticos positivos (p.ej., “estoy más atractiva”), así como los juicios basados en las señales interoceptivas.

G) MODELO DE FAIRBURN, SHAFRAN Y COOPER PARA LA AN (1994)

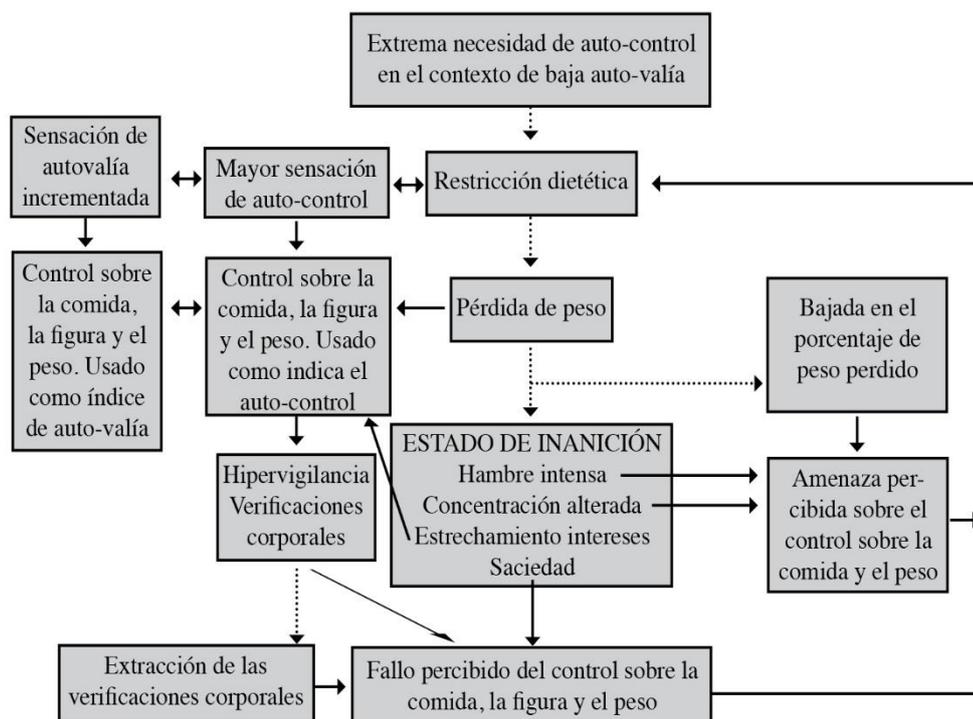
De acuerdo con esta teoría, al inicio de la AN se encuentra presente la necesidad de autocontrol en general y la valoración de uno mismo en términos de peso y figura. Esta característica proviene del perfeccionismo, del sentimiento de ineficacia y de la baja autoestima. Estas variables lleva a la necesidad de tener autocontrol mediante la ingesta, ya que la restricción proporciona un efecto inmediato de autocontrol, tiene un efecto potente sobre el entorno, se pueden contrarrestar los efectos de la pubertad y, por último, hay que tener en cuenta también el valor que tiene en la sociedad la dieta para controlar la figura y el peso.

Una vez iniciada la restricción, se ponen en marcha mecanismos mantenedores: 1) la restricción incrementa la sensación de autocontrol y tiene un éxito rápido por lo que es un reforzador muy potente que además evita el enfrentamiento de otros problemas. Esto hace que sea una conducta muy resistente al cambio, sobre todo para aquellas personas que la integran como parte de su identidad (ser anoréxica); 2) La inanición conlleva una serie de consecuencias y cambios psicológicos y físicos. Esta produce un incremento de las preocupaciones por las ingestas; 3) La sociedad occidental estimula la idea sobrevalorada de la delgadez y la evitación del sobrepeso. Además, se fomenta la idea de realizar juicios en términos de peso y figura.

La dieta restrictiva provoca una pérdida de peso que aumenta la sensación de control. Esto da lugar a querer tener un control exhaustivo del peso y fomentar las creencias irracionales sobre éste, lo que a su vez conduce a experimentar sesgos atencionales e interpretativos hacia toda la información que tiene que ver con las ingestas, el peso y la figura. Todo ello provoca hipervigilancia, que magnifican las imperfecciones y establece un círculo

vicioso. Con el tiempo, dicha hipervigilancia llega a ser aversiva y contribuye a mantener las preocupaciones acerca el peso y la figura y la restricción se mantiene. Por otro lado, se produce un declive en la tasa de pérdida de peso, por lo que se empieza a restringir más y se inician conductas nuevas como el ejercicio físico excesivo, el vómito auto inducido y uso de laxantes y diuréticos que contribuyen a mantener el TCA (ver figura 3).

Figura 3 - Modelo de Fairburn, Shafran y Cooper para la AN (1994)



H) MODELO DE WALLER, KENNERLEY Y OHANIAN (2004)

Estos autores se centran en intentar explicar por qué algunas personas desarrollan AN y otras BN. Por una parte, indican que uno de los mantenedores de la AN es el no comer como vía para prevenir las cogniciones que generan malestar psicológico y las emociones negativas que puedan experimentarse durante y posterior a la ingesta. Por otro lado, la BN se caracterizaría por el atracón como medio de hacer desaparecer o bloquear el malestar psicológico y las emociones negativas. De esta teoría se desprende que la AN podría estar

asociada con un proceso primario de prevención del afecto negativo desencadenado por las creencias negativas que la persona tiene de sí misma. Por lo que, por primera vez un modelo relaciona de manera directa la cognición, el afecto y las conductas propias de los TCA.

I) TEORÍA COGNITIVO INTERPERSONAL DE SCHMIDT Y TREASURE PARA LA AN (2006)

Se trata de un modelo que combina factores interpersonales e intrapersonales para explicar el desarrollo y el mantenimiento de los TCA. Sugiere que existen factores de predisposición, como características obsesivo-compulsivas y evitación ansiosa de emociones (particularmente en relaciones cercanas) que incrementan la vulnerabilidad a la AN, y que contribuyen también al mantenimiento del trastorno porque favorecen las creencias y comportamientos propios de la AN. Estas conductas causan problemas interpersonales y tienen un gran efecto en los demás que les lleva a reaccionar de manera que puede fomentar el mantenimiento de los TCA.

J) MODELO DE LAS TRES FASES DE TREASURE, CORFIELD Y CARDI (2012)

Estos autores plantean diferentes factores emocionales predisponentes y de mantenimiento asociados a la AN. En primer lugar, en la *Fase 1* señalan eventos perinatales adversos, problemas de apego y características temperamentales. En la *Fase 2* resaltan el funcionamiento emocional alterado, los sesgos atencionales, y las comparaciones a nivel social, que favorece el mantenimiento del problema. Por último, en la *Fase 3* los síntomas del TCA tienen consecuencias en el entorno cercano, generando patrones de comunicación ambivalentes de sobreprotección y hostilidad, creando círculos viciosos que deterioran el funcionamiento emocional.

Se trata de un modelo que enfatiza el papel del funcionamiento interpersonal en el mantenimiento de la patología alimentaria. Este modelo plantea el impacto interpersonal que los TCA pueden tener y cómo estos problemas afectan a la satisfacción con las relaciones personales y el ajuste social. Asimismo, el modelo muestra que los TCA se mantienen por un mal ajuste social. De este modo, las relaciones interpersonales y los aspectos socioemocionales pueden verse implicados en el mantenimiento de la patología alimentaria de manera compleja.

Hasta aquí, hemos visto los avances que en las últimas décadas han ido apareciendo en las explicaciones de la AN. Al principio, los modelos han hecho un gran hincapié en las creencias acerca el valor de la delgadez y las ideas sobrevaloradas acerca del peso y la figura. A partir de ahí, empiezan a considerar los problemas interpersonales y los conflictos de la adolescencia como desencadenantes de la necesidad de control y éxito. Otros autores añaden los factores socioculturales como desencadenantes del problema. El modelo biopsicosocial de Garner recoge los factores anteriores y los denomina factores predisponentes, precipitantes y mantenedores. Los modelos posteriores empiezan a darle importancia a la regulación emocional y al contenido de las creencias como factores centrales en la AN. De este modo, se empieza a relacionar de manera directa la cognición, el afecto y las conductas propias de la AN. La realidad es que cada vez se tiene una visión más completa de las explicaciones de la AN, entendiendo que se trata de un problema multifactorial, pero aún nos quedan muchas cuestiones por resolver.

A continuación resumiremos los modelos explicativos de la BN que más atención han recibido.

1.3.2 MODELOS EXPLICATIVOS DE LA BN

A) MODELO ADICTIVO DE LA BN

Desde este planteamiento se considera la BN una enfermedad crónica, que no puede eliminarse, pero si controlarse. Además, se considera que existe una vulnerabilidad biológica a algunos alimentos que causarían dependencia. En este sentido, se trata un modelo que enfatiza las similitudes entre la BN y el abuso de tóxicos (Gold, Frost-Pinea y Jacobs, 2003), tales como la impulsividad para iniciar la conducta, sentimiento de pérdida de control y búsqueda de alivio de sentimientos y sensaciones negativas, preocupación por la conducta problema, presencia de pensamientos intrusivos de la conducta problema, negación de la gravedad del problema, persistencia de la conducta a pesar de las consecuencias negativas e intentos frustrados de intentar abandonar la conducta. Aunque también se han encontrado similitudes a nivel neurobiológico, concretamente en los mecanismos del sistema dopaminérgico, la señalización glutamatérgica, el sistema opioide y la actividad cortical (Hadad y Knackstedt, 2014).

Siguiendo esta línea de argumentación en cuanto a las similitudes con el abuso de tóxicos, algunos autores sugieren que el tratamiento debe ser la abstinencia. Algunos autores sugieren que los criterios conductuales para la dependencia se cumplen para los individuos que tienen un patrón crónico de comer en exceso, de comer compulsivo y/o atracones (Ifland et al., 2009). Sin embargo, parece que no es la comida en sí la que produce la “adicción” a la comida, sino que se debe a la combinación entre la sustancia (p.ej., azúcar) y un estilo específico de comer (Avena, Rada y Hoebel, 2009). Por lo tanto, la evidencia empírica sugiere que puede desarrollarse este TCA por un patrón de comer consistente en ciclos de restricción y atracón (Corsica y Pelchat, 2010). Por ello, el tratamiento basado en restricción y evitación de alimentos no parece aconsejable en la BN.

B) MODELO DE ATRACÓN CONDICIONADO DE JANSEN (1998)

Este autor sugiere que se produce un condicionamiento entre las señales (vista, olfato y gusto) y las claves contextuales (situación, emociones, pensamientos) presentes durante el atracón. De esta manera, la presencia de estas señales producirá reacciones fisiológicas condicionadas (incremento de insulina y disminución de glucosa) que generaran la necesidad imperiosa de ingerir, por lo que la probabilidad de que se dé un atracón aumenta de forma considerable. Algunos estudios han encontrado que mujeres con BN tenían mayor respuesta al ver, oír y saborear su comida favorita en comparación con mujeres que no presentaban un TCA. Así pues, desde este planteamiento se deriva que el tratamiento debe centrarse en habituarse a las reacciones mediante la exposición a claves contextuales o alimentos que desencadenan el atracón, es decir, los pacientes deben tocar, oler, y llevarse a la boca los alimentos sin ingerirlos (Jansen, 1998; Staiger, Dawe y McCarthy, 2000). Sin embargo, se trata de un modelo con una limitación importante, ya que no contempla toda la sintomatología de la BN como la sobrevaloración del peso y la figura.

C) MODELO ESPIRAL DE LA RESTRICCIÓN DIETÉTICA DE HEATHERTON Y POLIVY (1992)

Este modelo plantea como las personas realizan dietas restrictivas como resultado de la elevada sobrevaloración de peso y la figura y la insatisfacción corporal que les provoca. Por otra parte, el afecto negativo y la baja autoestima pueden predisponer a los individuos a realizar dietas restrictivas. Una vez se ha iniciado la dieta, es de gran dificultad llevarla a cabo

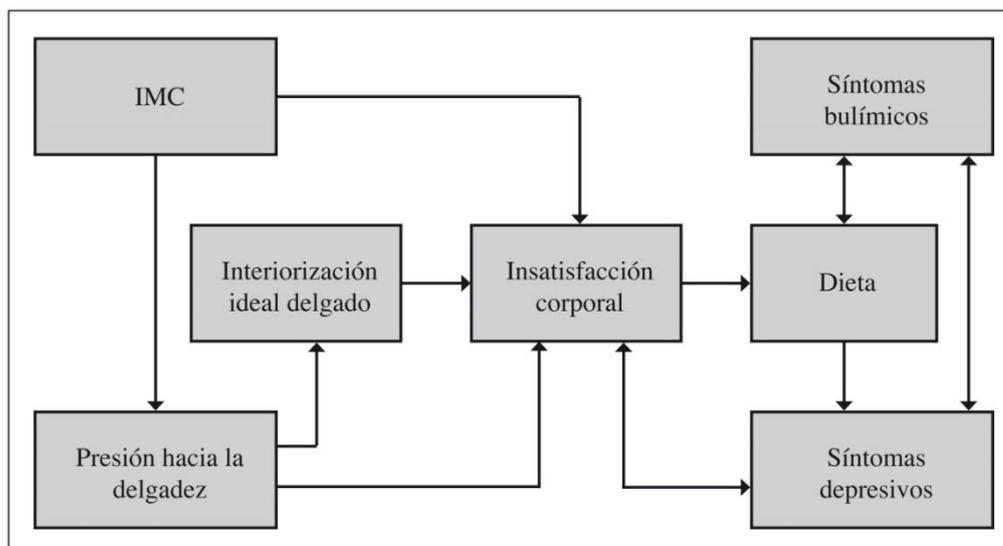
con éxito, por lo que la autoestima baja y aumenta el afecto negativo, estados que provocan el desencadenante del atracón con mayor probabilidad. Los atracones producen mayor persistencia en la dieta, por lo que se genera un círculo vicioso entre restricción y atracón. Este modelo fue de gran relevancia ya que fue el primero que incluyó el papel restrictivo de las dietas en la BN.

D) MODELO DE DOBLE VÍA DE STICE (2010)

Stice (2010) propone una doble vía hacia el trastorno, que se presenta en la figura 4. Considera como factores relevantes a la hora de explicar la BN: la insatisfacción corporal, el mantenimiento de una dieta restrictiva y la regulación de emociones negativas. Además, deja patente importantes implicaciones en la prevención y tratamiento de la BN, como el papel de la presión social, el ideal de delgadez, la restricción alimentaria y los síntomas depresivos.

La presencia de un IMC elevado, junto con la internalización de la idealización de la delgadez y la presión social favorece la aparición de sentimientos de insatisfacción corporal y la presión por conseguir el ideal de belleza. En este momento aparece la insatisfacción corporal y es entonces cuando aparece la doble vía: por una parte, la insatisfacción lleva al inicio de una dieta, lo que aumenta el riesgo de la aparición de atracones, y por otra parte, llevaría a presentar síntomas depresivos que también conducirían a síntomas bulímicos como estrategia de regular las emociones (ver figura 4).

Se trata de un modelo complejo que enfatiza la importancia de actuar acerca la dieta, pero también acerca de las situaciones estresantes y las emociones negativas. Sin embargo, presenta algunas limitaciones, ya que no incluye variables cognitivas dentro del desarrollo y el mantenimiento de la BN.

Figura 4 - Modelo de doble vía de Stice**E) TEORÍA COGNITIVO CONDUCTUAL DE FAIRBURN (1986)**

Fairburn (1986) considera que el inicio de la BN está en la sobrevaloración de la comida, la figura y el peso, y la necesidad de control de estos aspectos. De este modo, la persona inicia una dieta restrictiva como método para controlar su peso, sin embargo, no es capaz de mantener esta restricción extrema y se produce una ruptura de algunas de las normas dietéticas impuestas, lo que actúa como desencadenante del atracón y como consecuencia de este descontrol y con el objetivo de reparar los daños causados se desencadenan comportamientos compensatorios (uso de laxantes, diuréticos y vómitos auto inducidos). Cabe destacar que los atracones no son resultado directo de la sobrevaloración, sino de una dieta estricta y que son mantenedores de la BN porque incrementan las preocupaciones acerca la comida, el peso y la figura. De este modo, se favorece una mayor restricción y en consecuencia mayor probabilidad de atracón. Pero no solo el atracón actúa como mantenedor, también desempeñan este papel las conductas compensatorias, ya que perpetúan los atracones. Otro factor mantenedor, es la autocrítica, esto provoca que cuando no se cumplen una serie de estándares con la comida, el peso y la figura, aparece la culpabilidad lo que conlleva a seguir con el control de la alimentación (Fairburn, Marcus y Wilson, 1993).

F) MODELO COGNITIVO DE COOPER, WELLS Y TODD (2004)

Se trata de un modelo explicativo de la BN que enfatiza tres variables relevantes que están implicadas en el desarrollo del problema. En primer lugar, los pensamientos automáticos (falta de autocontrol, permisivos, positivos y negativos) junto con las creencias negativas sobre sí mismo y por último la conducta de comer como una estrategia de regulación emocional.

Este modelo explica que los eventos desencadenantes (tengan o no relación con la comida y la figura) ponen en marcha creencias negativas, autoevaluaciones acerca de la aceptación de los demás y de uno mismo, y emociones negativas como la ansiedad. Las personas con BN utilizan el comer y la preocupación por la comida como una distracción de las emociones negativas que experimentan. Además, la conducta de comer también produce cambios en las cogniciones, en los estados emocionales y en las sensaciones de hambre y saciedad. Tanto es así que, al inicio del problema, estas sensaciones iniciales son interpretadas como positivas y se produce una asociación con creencias positivas como comer me relajará. Sin embargo, al estar asociada la conducta de comer a consecuencias negativas (ganar peso) aparece un conflicto de creencias acerca de la comida. Como consecuencia, surgen una serie de creencias permisivas acerca de la comida (p.ej. por una galleta más no pasa nada) o de pérdida de control (p.ej. no podré parar de comer). Una vez activada esta ambivalencia, se inicia la conducta de comer y le sigue autoevaluaciones y emociones negativas que mantienen un círculo vicioso.

Las conductas compensatorias purgativas aparecen cuando se afianzan los efectos cognitivos y fisiológicos del atracón y las creencias negativas hacen que la persona cambie la conducta de comer por una conducta compensatoria.

Se trata de un modelo que explica con mayor detalle aquellos factores cognitivos que forman parte tanto del desarrollo como del mantenimiento de la BN. Del mismo modo, proporciona una explicación más completa sobre el mantenimiento del atracón. Las implicaciones a nivel terapéutico que se desprenden de este modelo es la incorporación de la terapia cognitiva en el tratamiento de la BN. Por último, también presenta limitaciones, ya que no tiene en cuenta los procesos psicopatológicos que están en el origen del trastorno.

En relación a los modelos explicativos de la BN, como hemos explicado en este apartado, mientras ha habido algunos intentos por comprender el problema desde las

similitudes que presenta con el abuso de tóxicos, la mayoría de los modelos han reivindicado el círculo vicioso de la dieta y el atracón y el papel tan relevante que ejercen las dietas restrictivas en la BN. Por otra parte, algunos autores añaden a los factores ya mencionados las situaciones estresantes y las emociones negativas como factores relevantes en la aparición y mantenimiento de los atracones. Pero los modelos más completos también contemplan la insatisfacción corporal, la presencia de un IMC elevado y la presión hacia la delgadez como variables relevantes a la hora de desarrollar BN. En este sentido, las conductas compensatorias purgativas aparecen cuando se afianzan los efectos cognitivos y fisiológicos del atracón y las creencias negativas hacen que la persona cambie la conducta de comer por una conducta compensatoria. Aunque todos estos modelos han supuesto un avance para la comprensión de la BN, muchas de estas teorías son válidas para explicar el desarrollo de la psicopatología especificada de los tipos de TCA. Desde esta perspectiva, en los últimos años Fairburn ha desarrollado lo que se conoce como la teoría transdiagnóstica de los TCA, que explica los mecanismos comunes implicados en todos estos trastornos. En el siguiente punto se explicará con más detalle esta teoría, considerada en la actualidad una de las más relevantes y apoyadas en el ámbito clínico y en la investigación.

1.3.3 MODELO TRANSDIAGNÓSTICO DE FAIRBURN

Fairburn (2008) ha cuestionado la manera en la que están clasificados los TCA, planteando la existencia de diferentes condiciones de TCA y que cada una de ellas necesita un tipo de tratamiento distinto (Fairburn, Cooper y Shafran, 2003). En su lugar, propone la existencia de mecanismos comunes en todo el espectro de los TCA, justificándose en los siguientes argumentos:

- Existen más similitudes que diferencias entre la AN, BN y TCANE.
- La característica básica de los TCA, es decir, su patología nuclear es de naturaleza cognitiva: sobrevaloración de la figura y el peso. Los hábitos alimentarios son derivados de dicha patología nuclear.
- Una gran parte de personas pasan de uno a otro trastorno a lo largo de su enfermedad. Un porcentaje importante de personas con AN evolucionan a BN o

TCANE. La BN es más probable que evolucione a TCANE y las personas que sufren TCANE tuvieron AN o BN en el pasado.

- La mayor prevalencia de TCA son los denominados TCANE, por esa razón en el DSM-5 se han incluido una clasificación más amplia de AN y BN.

Fairburn plantea una teoría cognitivo conductual “transdiagnóstica” y desde ella, propone un tratamiento único, con variaciones según necesidades de peso o de comportamiento. Los mecanismos comunes en los TCA serían los siguientes:

- Perfeccionismo: se define como una forma de psicopatología que implica sobrevalorar el esfuerzo y el logro de metas exigentes. La auto-valía se juzga por el esfuerzo y el éxito. Este perfeccionismo se aplica tanto a la comida como a otras áreas relevantes de la vida del individuo. Es muy común el miedo al fracaso y autocríticas a partir de valoraciones sesgadas de su rendimiento.

- Baja autoestima: está relacionada con una visión global negativa de uno mismo. Estos juicios negativos son independientes de su rendimiento. Este problema dificulta las posibilidades de cambio, ya que genera desesperanza sobre la capacidad de cambiar y también hace que se persigan metas en áreas muy relevantes para el individuo, habiendo este cambio complicado.

- Intolerancia a la emoción: Se refiere a la incapacidad para afrontar emociones intensas. Por lo que en lugar de aceptar y afrontar la emoción se implican en conductas disfuncionales que reducen la consecuencia de la emoción y la bloquea, pero a cambio de graves consecuencias negativas para el individuo.

- Dificultades interpersonales: Se tratan de problemas a nivel social o familiar que pueden ocasionar resistencia a la hora de comer y magnificar las preocupaciones sobre el control de la comida, el peso y la figura.

En la figura 5 se muestra cómo la presión social centrada en la delgadez femenina, el humor negativo, la necesidad de autocontrol, el perfeccionismo y las dificultades interpersonales provocan una sobrevaluación de la figura y el peso corporal. Esto lleva a realizar dietas restrictivas para conseguir esa delgadez, método que les hace física y psicológicamente susceptibles de sufrir periodos de pérdida de control sobre la comida, llamados atracones. La forma de compensar los efectos del atracón es el vómito y otras formas

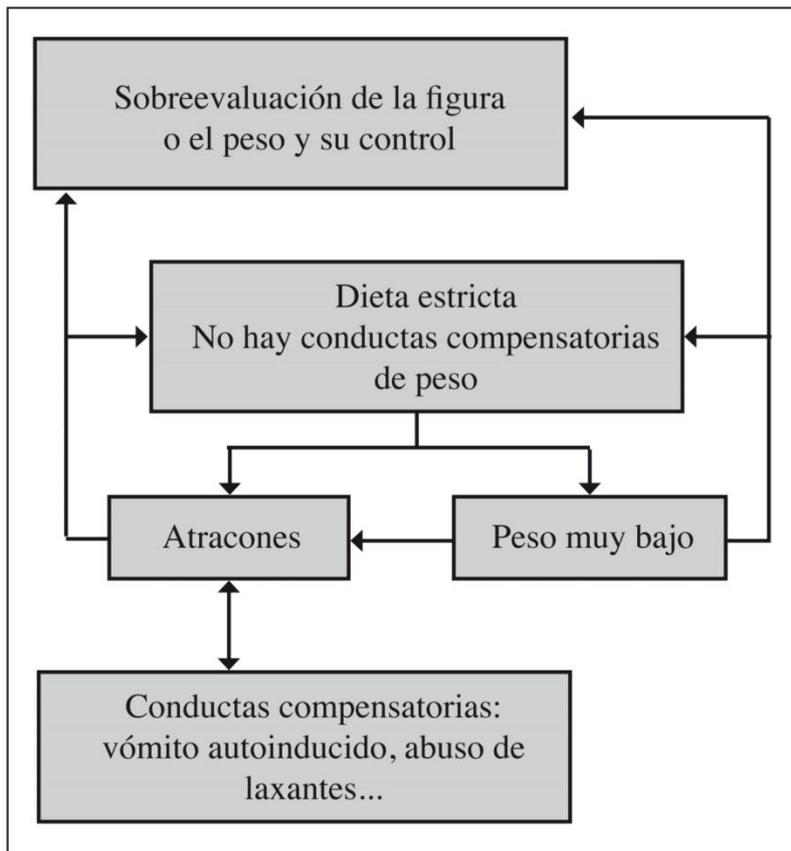
extremas de controlar el peso. El vómito ayuda a mantener el atracón al reducir la ansiedad que experimenta la persona, ansiedad provocada por el posible aumento de peso tras el atracón. Asimismo, el vómito altera las señales interoceptivas que regulan la ingesta de comida indicando saciedad. En este sentido, atracón y purga provocan distrés y baja autoestima y, además, fomentan de manera recíproca las condiciones que inevitablemente conducirán a la persona a llevar una dieta más restrictiva y tener atracones.

Este modelo está generando una amplia investigación. Por ejemplo, el estudio de Dakanalis et al. (2014) comparó el poder explicativo del modelo original y del modelo extendido de Fairburn sobre una muestra de pacientes diagnosticados de BN y sus variantes según el DSM-5 (APA, 2013), y se concluyó que el modelo transdiagnóstico explicaba una mayor proporción de varianza en los comportamientos propios de las pacientes con BN (dieta restrictiva y atracones).

Este modelo también se ha puesto a prueba en varones heterosexuales (no clínicos), en el estudio de Dakanalis, Timko, Clerici, Zanetti y Riva (2014), y se encontró la suficiente evidencia como para afirmar la validez del modelo en varones. Por una parte, se observó una asociación directa entre los atracones y la realización de ejercicio y otros comportamientos compensatorios, pero no se observó una relación entre la restricción dietética y los atracones. Por otra parte, se encontró que la intolerancia a la emoción era el único factor directamente relacionado con los síntomas de los TCA (restricción dietética, atracón y conductas compensatorias), y que los otros tres factores mantenedores sólo impactaban en la restricción dietética a través de las preocupaciones sobre la figura y el peso.

Se trata de un modelo que integra todos los elementos relevantes de la literatura en la comprensión, en el desarrollo y en los mantenedores de los TCA.

Figura 5 - Modelo Transdiagnóstico de Fairburn



A lo largo de este apartado se han resumido las aportaciones más relevantes que han intentado comprender mejor los TCA, explicando su desarrollo, los factores implicados y los factores mantenedores de la AN y BN por separado y después de todas las categorías del espectro del TCA de forma conjunta. Los numerosos estudios realizados hasta la fecha ponen de manifiesto que son trastornos complejos, que se deben abordar desde una perspectiva multifactorial. Identificar y conocer todos estos factores ayudará a realizar mejoras en los programas de prevención e intervención.

1.4 TRATAMIENTOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Aunque, como hemos visto, los TCA son trastornos conocidos desde hace años, sin embargo, no se han publicado propuestas de tratamiento para de estos problemas hasta hace relativamente poco tiempo. Ha sido a partir de los años 80, coincidiendo con un rápido

aumento de los casos diagnosticados de BN, cuando se ha producido un aumento de las investigaciones que llevó incluso en 1982 a crear la *Journal of Eating Disorders*. Este interés no ha dejado de crecer hasta la actualidad. En este apartado vamos a resumir las principales aportaciones que ha habido en el campo de los tratamientos de los TCA, analizándolos primero separadamente.

1.4.1 TRATAMIENTOS PARA LA AN

En la actualidad, las intervenciones en AN se contemplan siempre desde una perspectiva multidisciplinar, incluyendo tratamiento médico, psicológico y nutricional, independientemente de la severidad del cuadro (Gentile, Pastorelli, Ciceri, Manna, Collimedaglia, 2010). El tratamiento actual de la AN comporta la rehabilitación nutricional, psicoterapia individual e intervenciones familiares, fundamentalmente psicoeducativas (Herpertz-Dahlman y Salbach-Andrae, 2009).

Los *aspectos dietético-nutricionales* del tratamiento incluyen recuperación ponderal, plan dietético personalizado, corrección de la baja ingesta de alimentos y corrección de la percepción de los pacientes sobre lo que es una dieta saludable, siendo relevantes para ello el diagnóstico precoz y la intervención nutricional desde el comienzo (Lim, Sinaram, Ung, Kua, 2007). La recuperación ponderal es un objetivo primordial (Yamashita et al., 2010). Los requerimientos energéticos varían dependiendo del IMC y de la masa grasa corporal inicial, de manera que si el IMC es < 14 y la masa grasa < 4 kilos, la recuperación es mayor mediante el tratamiento dietético. La alimentación inicial suele comenzarse con bajos aportes energéticos, ya que hay consenso en el hecho de que las recuperaciones ponderales muy rápidas (> 700 g/semana) se asocian con prematuras pérdidas de peso tras el alta (Herzog, Zeeck, Hartmann, Nickel, 2004). El uso de suplementos hipercalóricos ha mostrado alguna utilidad, especialmente en la primera parte del proceso de realimentación (Imbierowicz, Braks, Jacoby, Geiser, Conrad, Schilling, 2002), mientras que otros suplementos de vitaminas y minerales no resultan útiles para la recuperación ponderal (Barbarich et al., 2004). El contexto terapéutico (ambulatorio, hospitalización o unidades de día) marca algunas variaciones en cuanto al ritmo y forma de lograr los objetivos señalados (American Dietetic Association, 2006). El apoyo durante la alimentación contempla que los grupos de alimentos no son negociables, la presencia de algún miembro del equipo durante la ingesta y un tiempo concreto para la

realización de las comidas. El miembro del equipo que supervisa la comida anima a su correcta realización en ese tiempo y procura introducir elementos de distracción, evitando hablar de calorías, dietas, comentarios sobre la comida, etc. La supervisión tiende a prolongarse un tiempo (por ejemplo, una hora) una vez finalizada la ingesta (American Psychiatric Association, 2006; Cockfield y Philpot, 2009; Couturier y Mahmood, 2009; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004).

La intervención nutricional tiene como objetivo modificar el comportamiento alimentario (Breen y Espelage, 2004; Dwyer, 1986; Gomez et al., 2004), con lo que se han logrado mejorías en distintos aspectos relacionados con los hábitos alimentarios de los pacientes: a) mejor estructura de las comidas; b) aumento significativo del consumo de lácteos, verduras, cereales, aceite, carnes y frutas; c) incremento significativo en la ingesta energética y en el consumo de hidratos de carbono; d) aumento significativo en la ingesta de vitamina B2, ácido fólico, calcio y magnesio, y d) importante mejoría del estado nutricional (Loria et al., 2009).

La *medicación farmacológica* en la AN ha obtenido escasos resultados (Crow, Mitchell, Roerig, Steffen, 2009). En ocasiones, se ha observado alguna mejoría (en la conducta alimentaria, estado de ánimo y síntomas obsesivos), especialmente si hay comorbilidad psiquiátrica asociada y en niños y adolescentes (Rossi, Balottin, Rossi, Chiappedi, Fazzi, Lanzi, 2007). El tratamiento farmacológico más común en la AN contempla:

1) **Neurolépticos:** El uso de estos fármacos se justifica en la anorexia restrictiva a nivel hospitalario, cuando es necesario sedar y dormir al enfermo para reducir la hiperactividad e ideación expansiva. Ante la inanición, puede producirse una autofagia de proteínas musculares que conlleve a hiperproducción de neurotransmisores como la dopamina que contribuya a la agitación. Al bloquear los receptores dopaminérgicos, se favorece el reestablecimiento del equilibrio de la neurotransmisión cerebral y la normalización de la ingesta (García, 1993). Entre los neurolépticos utilizados, y a bajas dosis, destacan la periciazina, la pimozida, la clotiapina, la propericiazina y la clorpromazina (Banas, 1998; De la Serna, 1998; López, 1988).

2) **Antidepresivos:** La utilización de antidepresivos solos o aislados se justifica si coexisten trastornos afectivos, obsesivos o predominio de ansiedad, así como por su efecto sobre el apetito (Chinchilla, 1995). Se usan a nivel ambulatorio

y hospitalario. Como precauciones básicas es importante considerar la alta incidencia de efectos secundarios que, especialmente en pacientes de bajo peso, pueden potenciar las alteraciones metabólicas, de ritmo cardiaco o tensión arterial, intolerancia digestiva, etc. Entre los antidepresivos tricíclicos se han utilizado la clomipramina, la amitriptilina e imipramina (Alger, Schwalberg, Bigaouette, Michalek, Howard, 1991) especialmente en la anorexia restrictiva con o sin síntomas afectivos. Existen trabajos con tetracíclicos (mianserina y maprotilina), con IMAO (fenelzina, ya retirada del mercado) y con combinaciones de serotoninérgicos y tricíclicos o tetracíclicos (De la Serna, 1998). En la mayoría de estos estudios no ha podido objetivarse una mejoría concluyente relacionada con la dosis o superior al placebo. La interpretación de los resultados se complica además por la alta tasa de abandonos por iniciativa propia, por efectos secundarios o por interacciones alimenticias o medicamentosas en el caso de los IMAO. De entre todos los antidepresivos, adquiere especial relevancia el uso de agentes serotoninérgicos: fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina o citalopram (Ballesteros, 1999). Su utilización se justifica por la implicación de la serotonina en la regulación de las conductas alimentarias o compulsiones a comer, así como porque existe consenso en la literatura de la implicación de la neurotransmisión serotoninérgica en la patología obsesiva, depresiva, por ansiedad y por déficit en el control de los impulsos que acompañan a los TCA. En la AN, el beneficio de los agentes serotoninérgicos redundará en la conducta alimentaria así como en la obsesividad, ansiedad y aspectos depresivos. En la BN mejoran el ánimo depresivo, el ansia por carbohidratos, el número de vómitos y atracones y la pérdida del control de los impulsos en otras esferas (cleptomanía, consumo de tóxicos, promiscuidad, ludopatía, etc.). El perfil psicológico de las candidatas a buena respuesta a serotoninérgicos incluye a las pacientes colaboradoras y responsables con patología obsesiva o depresiva manifiesta.

3) Benzodiazepinas: Clorazepato, Diazepam o alprazolam (dosis según peso y estado clínico) en ansiedad severa en ambas patologías.

4) Otros psicofármacos: La ciproheptadina en formas graves de malnutrición, los estabilizadores del ánimo como el litio (puede ser útil en trastornos bipolares, pero tiene alto riesgo de intoxicación por las alteraciones electrolíticas), anticonvulsivos como la carbamazepina o fenitoína y los precursores

de la serotonina como el l-triptófano. No existen datos contrastados en la literatura acerca de su eficacia.

Respecto a los *tratamientos psicológicos* para la AN nos encontramos con menos estudios controlados que en otros TCA. Pero hay consenso en que la hospitalización es necesaria cuando existen intentos de suicidio, problemas físicos relacionados con el bajo peso, no obtener buenos resultados en el tratamiento ambulatorio y familias disfuncionales (Jáuregui-Lobera y Bolaños-Ríos, 2012; Raich, 2011; Wilson, Grilo y Vitousek, 2007). El objetivo inicial es restablecer la alimentación y el peso, antes de iniciar la terapia psicológica. En comparación con otros TCA, la AN suele requerir enfoques más intensivos. (Raich, 2011). Sin embargo, la BN también requiere de hospitalización si existe una alteración electrolítica importante. En este sentido la rehabilitación nutricional es el tratamiento mejor establecido, que tiene como objetivos recuperar el peso (de 800 Kg. a 1200 Kg. a la semana en régimen hospitalario y de 200 Kg. a 400 Kg. a nivel ambulatorio), normalizar patrones alimentarios y corregir consecuencias físicas y psicológicas de la desnutrición. Se ha comprobado que, a medida que las pacientes recuperan peso, mejoran otros síntomas del trastorno alimentario (Hsu, 1990). La duración de la hospitalización depende del tiempo que se tarde en alcanzar el peso meta que no ponga en riesgo la salud de la paciente.

Aunque todavía se debe profundizar más en su apoyo empírico, el “método del Maudsley” se ha utilizado para la recuperación del peso en niños y adolescentes que han sufrido AN durante menos de 3 años de duración (Eisler et al., 2000; Fairburn, 2005; le Grange et al., 1992; Lock et al., 2005; Raich, 2011). El enfoque principal de este protocolo de tratamiento es el papel que desempeñan los padres con el fin de restaurar el peso y gestionar el control de la alimentación de sus hijos. Este tratamiento puede ayudar a prevenir la hospitalización y promueve a los padres como un recurso activo en el tratamiento. Existe un manual acerca el tratamiento que lo describe con detalle (Lock, Le Grange, Agras y Dare, 2001). Se trata de una intervención estructurada entre 10-20 sesiones familiares espaciadas entre 6-12 meses. Es de gran importancia que todos los miembros acudan de manera conjunta a terapia. En la primera fase del tratamiento se les entrena a los padres con el objetivo que sepan realizar un control de las ingestas. Una vez el adolescente empieza a cumplir con la autoridad parental, el control externo desaparece gradualmente. En las últimas sesiones, la

paciente recupera su autonomía. El “modelo Maudsley” fue sometido a prueba por primera vez como estrategia de prevención de la pérdida de peso posthospitalización en los diferentes subgrupos de los pacientes con AN. El estudio reveló los siguientes resultados: en el subgrupo de pacientes más jóvenes, la terapia produjo una impresionante tasa de recuperación (90% sin síntomas a los 5 años). Y era mucho más eficaz que una orientación dinámica individual (Eisler et al., 1997; Russell et al., 1987). Para los pacientes con una edad avanzada de inicio, ninguno de los tratamientos fue eficaz. Estos resultados han sido replicados en investigaciones posteriores (Cerradura, Agras, Bryson y Kraemer, 2005; Eisler et al., 2000; Le Grange, Binford y Loeb, 2005; Le Grange, Eisler, Dare, y Russell, 1992; Strick, 2009).

Los datos parecen indicar que la duración de los síntomas es un fuerte predictor de la respuesta al protocolo del Maudsley. En estudios con adolescentes con una duración de los síntomas de 8 meses los resultados fueron positivos, con pacientes con una duración de los síntomas de 16 meses los resultados fueron pobres y con una muestra de adultos de una duración de la enfermedad de una media de 6 años la mejoría clínica fue mínima (Dare, Eisler, Russell, Treasure y Dodge, 2001; Eisler et al., 2000).

Por lo que respecta a los tratamientos cognitivo-conductuales (TCC) en el caso concreto de la AN, este enfoque se focaliza en los mecanismos de mantenimiento (es decir, la sobrevaloración del peso y la figura y la restricción alimentaria). Se trata de una intervención que pone el énfasis en la motivación al cambio, sensaciones corporales de hambre y la participación activa de los pacientes (Vitousek, Watson y Wilson, 1998). Se considera un enfoque de una duración larga, de 1 a 2 años.

Diversos meta-análisis han demostrado que la TCC es más eficaz que otros tratamientos psicológicos alternativos y la condición de lista de espera (Aardoom et al., 2016; Ball y Mitchell, 2004; Channon, de Silva, Hemsley y Perkins, 1989; Hay et al. 2009; McIntosh et al., 2005). Aunque no se han encontrado resultados tan concluyentes como para la BN y el atracón.

Estos meta-análisis señalan una serie de limitaciones, como la elevada probabilidad de presentar complicaciones médicas de la AN y la dificultad de llevar a cabo el tratamiento psicológico en estos casos. Además, los estudios han utilizado diferentes versiones de la TCC (Fairburn et al., 2003, Garner et al., 1997).

Cuando se compara la TCC con la terapia nutricional, se ha encontrado que los pacientes que recibían TCC eran menos propensos a abandonar (22% vs. 73%), tardaban más

en tener una recaída y era más probable lograr un buen resultado (44% vs. 7%) (Pike, Walsh, Vitousek, Wilson y Bauer, 2003). Los estudios han demostrado que el asesoramiento nutricional y el tratamiento farmacológico aplicado sin TCC suele ser rechazado por las pacientes con AN (Halmi et al., 2005). Cuando se compara la TCC con los fármacos, se encuentra que éstos no producen ningún incremento de los beneficios a los producidos por la terapia (Walsh, 2006). Además, no se ha encontrado base empírica para el uso generalizado de antidepresivos en pacientes con AN (Attia, Haiman, Walsh, Flater, 1998), y tampoco se ha encontrado apoyo que indique que el uso de los fármacos mantengan la mejoría después del tratamiento hospitalario (Kaye et al., 2001).

Con todo lo descrito anteriormente, vemos que sigue siendo un desafío identificar tratamientos basados en la evidencia para la AN, ya que hay pocos ensayos comparativos y los resultados son poco concluyentes. Los resultados más positivos han sido obtenidos en estudios con adolescentes y que no cumplían todos los criterios de AN. Sin embargo, ninguna de las modalidades puestas a prueba (terapia familiar, terapia de conducta, TCC, psicoterapia interpersonal, varias formas de terapia de apoyo) ha conseguido resultados totalmente favorables con casos de una AN instaurada. Además, la mayoría de estos estudios presentaban muestras pequeñas y sus resultados no se han podido replicar. En general, son estudios con 8-10 participantes, por lo que resulta muy difícil extrapolar los resultados a otras poblaciones. Todo ello indica la dificultad en el tratamiento de esta patología y la necesidad de realizar estudios controlados aleatorios (Agras et al., 2004; Halmi et al., 2005).

Otra línea de investigación interesante en el campo de los tratamientos de la AN es la que intenta delimitar indicaciones acerca el tipo de atención (ambulatorio, centro de día y hospitalización) con el objetivo de reducir los costes económicos que suponen algunos tratamientos (Gowers, Weetman, Shore, Hossain, y Elvins, 2000; Striegel-Moore, 2005). En Estados Unidos, aproximadamente la mitad de las pacientes con AN son hospitalizadas al menos en una ocasión a lo largo de la enfermedad. Sin embargo, los resultados de estos ingresos hospitalarios no están claros, ya que las investigaciones sugieren que las pacientes son dadas de alta antes de alcanzar el peso objetivo lo que provoca que puedan recaer en el dispositivo de centro de día (Howard, Evans, Quintero-Howard, Bowers y Andersen, 1999) y puedan necesitar reingresos frecuentes (Wiseman, Sunday, Klapper, Harris y Halmi, 2001). Algunos expertos señalan que la corta duración de la hospitalización hace aumentar los costes (Andersen, 1998; Crow y Nyman, 2004). Sin embargo, otros señalan la ausencia de evidencia de que la duración o la intensidad de la hospitalización repercutan en el curso de la

enfermedad (Gowers et al., 2000, Vitousek y Gray, 2006). Los pacientes hospitalizados con AN perciben a menudo como degradante el tratamiento, otros lo valoran como necesario y beneficioso (Colton y Pistrang, 2004; Tan, Hope, Stewart y Fitzpatrick, 2003).

En conclusión, los resultados en la investigación acerca los tratamientos de la AN son escasos y poco clarificadores ya que las tasas de abandono son elevadas por la convicción que la delgadez y la restricción son más importantes que la recuperación. La búsqueda de formas más eficaces de psicoterapia y farmacología deberían empezar con un análisis más detallado de los factores que dificultan el tratamiento y la comprensión de la AN (Attia Y Schroeder, 2005; Vitousek y Gray, 2005).

1.4.2 TRATAMIENTOS PARA LA BN

En el caso de los *tratamientos farmacológicos* para la BN se han sugerido los siguientes fármacos:

1) **Antipsicóticos:** solo se utilizan para tratar la comorbilidad psiquiátrica mayor de ciertos pacientes con BN. Actualmente se emplean los denominados antipsicóticos atípicos, como la Risperidona, cuidando el siempre el temido efecto secundario de la ganancia de peso en pacientes aterradas ante esta posibilidad.

2) **Ansiolíticos benzodiazepínicos:** han sido usados para disminuir la ansiedad y la angustia de menor intensidad presentes en la BN, pero este beneficio debe contrabalancearse con el riesgo de la tendencia a la utilización abusiva de sustancias que presentan estas pacientes.

3) **Antidepresivos:** En el tratamiento de la BN, han sido estudiados y ensayados en profundidad todos los antidepresivos existentes. En estas pacientes el índice de depresión alcanza valores de entre el 47 y el 73%. Por un lado, se pueden dispensar los modernos ISRS, que permiten que la paciente recupere su capacidad de controlar mejor la ingesta, y que actualmente se prefieren a los clásicos antidepresivos tricíclicos, como la Imipramina, o los IMAO, que en su momento también se estudiaron (Fenelzina, Isocarboxazida y Tranilcipromina) Los ISRS están indicados, en dosis altas. Fluoxetina es tal vez el más ensayado. Le sigue la Paroxetina, mucho más potente que la fluoxetina. Es sedativa, no aumenta el

apetito y se la prefiere en la BN multi impulsiva, es decir la que se asocia con robo, promiscuidad sexual, compras compulsivas, etc. Otros ISRS frecuentemente utilizados son el Escitalopram y la Sertralina.

4) **Anticonvulsivantes:** no se ha demostrado ni en la clínica ni en los estudios EEG que exista real actividad comicial en las BN, no obstante, el frecuente empleo de anticomiciales se fundamenta en la impulsividad presente y en la característica compulsiva del comer bulímico. Se ha estudiado el uso de la Difenilhidantoina con un resultado alentador y la Carbamacepina, poco empleados ya para tratar la compulsión bulímica. El Topiramato, de notable efecto anorexígeno entre sus propiedades secundarias, actualmente se utiliza casi regularmente en la BN Su empleo se asocia con una gran reducción de atracones y de purgas, del anhelo por hidratos de carbono, del malestar con la silueta corporal y del hacer dietas. Asimismo se atenúa notablemente la ansiedad. El Clonazepam también es un fármaco de elección si se intenta evitar el aumento de peso, pero muchas pacientes lo utilizan abusivamente.

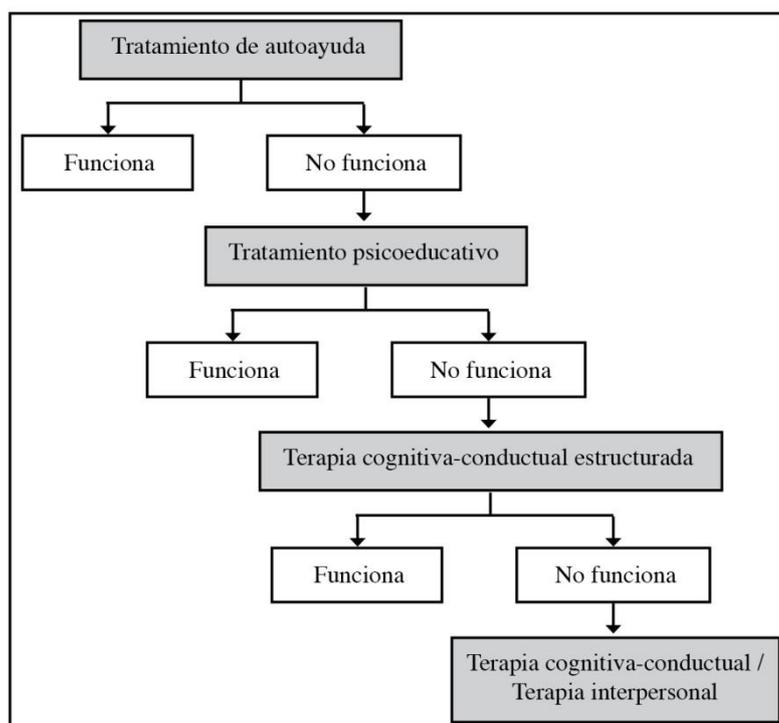
En cuanto a los *tratamientos psicológicos*, y como se ha mencionado anteriormente, la TCC es el tratamiento de elección según las guías NICE (2004) para la BN y el trastorno por atracón. Numerosos estudios han demostrado su eficacia, situándola cerca del 50% de pacientes que consiguen una recuperación total, que se mantiene a lo largo del tiempo (Grilo, 2006). El TCC se centra fundamentalmente en los mantenedores del problema alimentario. Para ello, se centra en una parte psicoeducativa acerca las ingestas, los alimentos, la nutrición, el peso y la belleza y en otra parte promueve el autocontrol, es decir, la responsabilidad del cambio recae en la paciente. Los objetivos del tratamiento se centran en restablecer hábitos de ingesta saludables y reducir la insatisfacción corporal. En el primero, se recuperará el peso, normalizarán horarios y cantidades de las ingestas, eliminar conductas de sobreingestas y purgativas. En el segundo, se trabaja para disminuir la ansiedad acerca las ingestas y el peso, se reestructura los pensamientos irracionales acerca la imagen corporal. Se trata de un tratamiento que suele oscilar de 16 a 20 sesiones en una duración de cuatro a cinco meses. Aunque sobre todo se ha implantado a nivel individual, también ha sido implantada a nivel grupal con éxito (Chen et al., 2003; Nevenon y Broberg, 2006).

La TCC ha demostrado ser más aceptada y eficaz que la medicación con

antidepresivos, sobre todo en el cese de los atracones y las conductas compulsivas. Además, se ha comparado con otras formas de terapia, y los resultados a corto plazo muestran que la TCC es más eficaz (Wilson y Fairburn, 2002), consiguiendo eliminar del 30% al 50% de los atracones y las conductas purgativas de todos los casos de BN. El resto de pacientes, muestran una mejoría y otros abandonan el tratamiento. Por otra parte, la terapia reduce los síntomas psiquiátricos secundarios, mejora la autoestima y el funcionamiento global del paciente. Todas estas mejorías son capaces de mantenerse tras un año de seguimiento.

Wilson, Vitousek y Loeb (2000) sugieren una posible secuencia para el tratamiento de los TCA con el objetivo de evitar los elevados costes que supone la TCC y llegar a las personas que no solicitan ayuda, para ello propone estrategias de autoayuda como alternativa (ver figura 6). Aunque no hay suficiente evidencia empírica que demuestre quien se podría beneficiar de este tipo de tratamiento, sí que descarta a las pacientes con comorbilidad psiquiátrica (Grave, 1997).

Figura 6 - Bulimia nerviosa y trastorno por atracón: tratamiento escalonado (Wilson, Vitousek y Loeb, 2000)



La terapia interpersonal, también se ha utilizado como tratamiento para la BN. Se trata de una terapia desarrollada originalmente como una psicoterapia estructurada a corto plazo para la depresión (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984), y ha sido adaptada para la BN por Fairburn (Fairburn, Jones, Peveler, Hope y O'Connor, 1993). Está diseñada para ayudar a los pacientes a superar su trastorno alimentario mediante la resolución de problemas de su día a día. Consta de tres fases: en la primera se identifican los problemas, en la segunda se analizan las dificultades al detalle y se buscan posibles soluciones y por último se valora el futuro para reducir posibles recaídas. Se considera que reducir los problemas alimentarios está influenciado por los problemas interpersonales, por lo que mejorar la autoeficacia en la resolución de dificultades, aumentará la autoestima. Esta terapia no es directiva y tampoco interpretativa, no se centra en los síntomas del trastorno alimentario.

Las guías NICE (2004) consideran la terapia interpersonal como alternativa a la TCC. Un estudio donde compararon la terapia interpersonal y la TCC encontraron mejores resultados para esta última, aunque fueron igual de eficaces en los seguimientos de uno y seis años (Fairburn, Jones et al., 1993). Un estudio similar posterior encontró que la TCC es más eficaz a la terapia interpersonal en pacientes con BN, pero tampoco hubo diferencias en el seguimiento realizado un año después (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson y Kraemer, 2000).

Como se ha mencionado anteriormente, la comorbilidad psiquiátrica en la BN es elevada, por lo que la combinación de enfoques es, en muchos casos, necesaria. Uno de los enfoques con los que se suele combinar la TCC es la terapia dialéctico-comportamental de Marsha Linehan (1993), incorporando estrategias como la formación de *mindfulness*, estrategias de regulación emocional y estrategias de tolerancia al malestar para tratar los altos niveles de afecto negativo que con frecuencia se dan en la BN (Fairburn et al., 2003, Stice y Agras, 1999).

A pesar de que se ha mejorado mucho en la eficacia de los tratamientos psicológicos para la BN. Sin embargo, los tratamientos actuales siguen siendo limitados ya que muchos pacientes no tienen una mejoría suficiente. Además, es necesario la difusión y la necesidad de aumentar la disponibilidad de estos tratamientos en los servicios rutinarios de psiquiatría. Mejorar la eficacia de los tratamientos dependerá de una mejor comprensión de los mecanismos donde los tratamientos psicológicos producen cambios y la identificación de moderadores de resultado (Kraemer, Wilson, Fairburn, y Agras, 2002).

1.4.3 TRATAMIENTOS PARA LOS TCANE

Aunque los TCANE no son clínicamente menos graves que la AN y la BN, sin embargo, se han publicado menos ensayos controlados centrados en estos trastornos a pesar de la prevalencia y la gravedad clínica que presentan. Las guías NICE no especifican tratamientos para los TCANE, indicando que no hay estudios empíricos que determinen qué tratamientos serían eficaces para este trastorno alimentario. Asimismo, se considera que es el profesional el que, según su juicio clínico, determine a qué trastorno se asemeja más y aplique el tratamiento basado en la evidencia.

En este punto, el TCC fue reformulado por dos razones, en primer lugar, para considerar el papel tan relevante que juega la baja autoestima, el perfeccionismo, los problemas interpersonales y la inestabilidad emocional y en segundo lugar, para poder aplicarlo como tratamiento para todos los TCA (Fairburn, Cooper y Shafran, 2003). Esta mejoría en el tratamiento, es lo que conocemos como tratamiento basado en la teoría transdiagnóstica. Como hemos visto, este acercamiento mantiene que los TCA se deben a una autovaloración negativa, y desde aquí se intenta explicar tanto la restricción, las conductas de control del peso y la preocupación por la comida y el peso. La patología nuclear de la sobrevaloración del peso, la figura y su control es la que desencadena la dieta lo cual puede derivar en bajo peso o en atracones. Todo ello mantiene la patología nuclear. Por tanto los atracones no vendrían explicados por la autoevaluación, sino por la restricción. Esta teoría deja claro que, si se desea eliminar los atracones y las conductas purgativas, es necesario cambiar la restricción, la sobrevaloración del peso y la figura y la tendencia de regular sus emociones a través de la alimentación.

El tratamiento derivado de la teoría transdiagnóstica ha demostrado ser más eficaz que otros tratamientos psicológicos alternativos y la condición de lista de espera a la hora de lograr una mejoría de los síntomas, tanto de la BN a corto y a largo plazo (Poulsen et al., 2014, Thompson-Brenner et al., 2016; Wonderlich et al., 2014), como de otros TCANE (Fairburn et al., 2015, Fairburn et al., 2009) y de la AN (Zipfel et al., 2014).

A pesar de estos avances, aún existe margen para mejorar su eficacia. Para lograrlo, es de gran relevancia entender y estudiar los mecanismos de acción, los moderadores y predictores del resultado del tratamiento.

1.4.4 TRATAMIENTOS PARA EL TA

Las personas que buscan tratamiento para el TA suelen ser mayores que las que presentan AN y BN, aunque sea un problema que seguramente se remonte a la adolescencia (Grilo y Masheb, 2000). Las primeras investigaciones acerca el tratamiento del TA estuvieron erróneamente formuladas debido a que vienen del campo de la obesidad y se centran en la pérdida de peso con dietas alimentarias de muy pocas calorías. Los pacientes con TA generalmente tienen sobrepeso, por lo que es necesario investigar las posibles complicaciones clínicas como diabetes, HTA y Dislipidemias, entre otras. Existe una notablemente menor cantidad de trabajos científicos que los realizados en BN o AN y de los existentes pocos son a largo plazo.

En cuanto a los *tratamientos farmacológicos*, se han identificado tres categorías de psicofármacos: antidepresivos, supresores del apetito a nivel central y anticonvulsivantes. En el primer grupo existen estudios controlados con placebo sobre Desipramina, Fluoxetina, Sertralina, Citalopram Dexfenfloramina, Venlafaxina y Topiramato. Como ya hemos señalado, el uso de anticonvulsivantes se basa en observaciones que revelaron que algunos pacientes con descontroles alimentarios presentaban anomalías electroencefalográficas. Su éxito en el tratamiento del trastorno bipolar y en el control de los impulsos. El más ensayado es el topiramato. Finalmente, los medicamentos deben ser estudiados en combinación y en comparación con los tratamientos psicológicos en un intento de mejorar el diseño de los estudios.

En cuanto a *tratamientos psicológicos*, las guías NICE (2004) indican que la TCC es el tratamiento de elección para en TA, y este enfoque es en general el más investigado Este suele utilizar una versión adaptada del de la BN. La mayor parte del modelo y estructura de la terapia se conserva (Fairburn, Marcus y Wilson, 1993), aunque en este caso se hace más hincapié al comer en exceso caótico que es menos restrictivo que en la BN. En general, la TCC para el TA produce una reducción de la sintomatología y de los problemas asociados, excepto en la pérdida de peso. Estos resultados son significativamente superiores en comparación con un grupo control (Wilfley et al., 1993). Estos datos permanecen tras el seguimiento de un año (Agras, Telch, Arnow, Eldredge y Marnell, 1997; Wilfley et al., 2002). Además, el 80% de los pacientes finalizan el tratamiento con mejorías en la depresión y el funcionamiento psicosocial.

En cuanto a comparaciones con otros tratamientos, Grilo, Masheb y Wilson (2005) encontraron que la TCC era significativamente más eficaz que la fluoxetina y el placebo. En dos estudios sobre tratamientos psicológicos alternativos para el TA se ha encontrado que la terapia interpersonal ha demostrado resultados a corto plazo y a largo plazo similares a la TCC (Wilfley et al., 1993, 2002). Por otra parte, la terapia dialectico comportamental también ha demostrado eficacia y permanencia de los logros a largo plazo (Telch, Agras, y Linehan, 2001). Estos resultados se deben a que las estrategias utilizadas son adecuadas para abordar los patrones de alimentación caóticos y al alto afecto negativo que se caracteriza en el TA.

Es importante destacar, que se han hecho progresos en el desarrollo de los manuales de autoayuda para el TA (Fairburn, Marcus y Wilson, 1993). Estos materiales pueden ser de gran utilidad y los clínicos pueden recomendar este método en los casos que se necesita una terapia menos intensiva (Wilson, Vitousek y Loeb, 2000). Además, se trata de una manera de llegar a la mayoría de la población.

1.5 PREDICTORES, MODERADORES Y MEDIADORES EN LOS TRATAMIENTOS PARA LOS TCA

Como hemos visto en el apartado anterior, se han realizado grandes avances en la evaluación de los tratamientos en los TCA, sin embargo, son menos conocidos los predictores y moderadores de la respuesta al tratamiento (Agras et al., 2014; Agras et al., 2000; Grilo et al., 2012; Iacovino et al., 2012; Le Grange et al., 2014; Le Grange et al., 2012; Le Grange et al., 2008; Steinhausen and Weber, 2009; Thompson-Brenner et al., 2013; Vall and Wade, 2015). Conocer los predictores de respuesta al tratamiento y los factores que moderan el efecto de los resultados del tratamiento es importante a la hora de tomar decisiones clínicas más precisas y promover un tratamiento individualizado (Kraemer, 2013). La identificación de tales predictores puede ayudar a hacer una selección de pacientes que responderán o no al tratamiento. Esta distinción puede reducir los costes en el tratamiento e identificar de forma temprana a aquellos que tienen una alta probabilidad de no respuesta al tratamiento y que pueden responder a otra intervención.

Cuando hablamos de mecanismos de acción nos referimos a los procesos y acontecimientos que ocurren dentro del tratamiento y que provocan el cambio terapéutico

(Kazmin, 2007). Encontrar estos mecanismos de acción mejoraría la eficacia del tratamiento ya que podría cambiar y mejorar los elementos que activan estos mecanismos y eliminar aquellos que no producen cambios (Murphy, Cooper, Hollon, Fairburn, 2009). Los mediadores son variables que intervienen entre el comienzo del tratamiento y el resultado (Kraemer, 2002). Aunque no pueden predecir el tratamiento ni se les puede atribuir relación con el resultado. Los mediadores cambian debido al tratamiento y estos cambios se asocian al resultado (Kraemer, 2002). Por el contrario, las variables que influyen en el resultado del tratamiento son los moderadores o predictores. Identificar moderadores nos proporciona conocimiento sobre qué tratamiento funciona mejor, para quien y bajo qué condiciones (Kraemer, 2016), mientras que los predictores proporcionan importante información que pronostica el probable éxito del tratamiento. Ambos dos, pueden utilizarse juntos, con el objetivo de maximizar los resultados del tratamiento (Agras et al., 2000).

Estudiar los resultados en los TCA es sumamente complejo, debido al curso de la enfermedad, la alta transición entre las categorías diagnósticas de los trastornos alimentarios y las frecuentes recaídas (Ackard et al., 2011; Carter et al., 2012; Eddy et al., 2008; Hilbert et al., 2014; Milos et al., 2005; Stice y Fairburn, 2003). A pesar de estas dificultades, existen ya algunas investigaciones que se han centrado en estudiar los predictores que median en el resultado de los TCA (Agencia de Investigación y Calidad de la Salud, 2015; Berkman, Lohr y Bulik, 2007; Shapiro et al., 2007; Vall y Wade, 2015).

En el caso de la AN; la información encontrada acerca de los factores predictores del resultado para la AN es inconsistente (Berkman et al., 2007; Hilbert et al., 2014), aunque en general los predictores de resultado en la AN con mayor evidencia son la edad de inicio, el bajo peso, la gravedad de las preocupaciones y comportamientos relacionados con el trastorno alimentario, conductas purgativas como el atracón y el vómito autoinducido, la existencia de comorbilidades psiquiátricas y duración de la enfermedad (Bachner-Melman et al., 2006; Berkman et al., 2007; Couturier y Lock, 2006; Fichter et al., 2006; Keski-Rahkonen et al., 2014; Strober et al., 1997; Steinhausen, 2002; Yackobovitch-Gavan et al., 2009; Zerwas et al., 2013).

Por su parte, los predictores de resultado en la BN se relacionan con antecedentes personales y familiares de obesidad, la presencia de otros diagnósticos comórbidos psiquiátricos, problemas en el entorno familiar, dificultad de adaptación en el entorno social y baja motivación (Berkman et al., 2007; Carter et al., 2012; Fichter y Quadglieg, 2004; Hilbert et al., 2014). Entre las variables de pretratamiento asociadas a un pobre resultado en el

tratamiento de la BN se encuentran en la literatura la baja autoestima (Baell y Wertheim, 1992; Fairburn, Kirk, O'Connor, Cooper, 1987; Fairburn, Peveler, Jones, Hope, Doll, 1993), bajo peso o diagnóstico de anorexia nerviosa previo (Lacey, 1983; Wilson, Rossiter, Kiefield, Lindholm, 1986), una elevada frecuencia o gravedad del atracón (Baell y Wertheim, 1992; Bossert, Schmeolz, Wiegand, Junker y Krieg, 1992; Bulik, Sullivan, Joyce, Carter, McIntosh, 1998; Garner, Olmsted, Davis, Rockert, Goldbloom y Eagle, 1990; Tumbull, Schmidt, Troop, Tiller, Todd y Treasure, 1997; Wilson, Loeb, Walsh, Labouvie, Petkova, Liu y Watermaux, 1999), la existencia de comorbilidad con trastornos de personalidad (Garner et al., 1990; Rossiter, Agras, Telch, Schneider, 1993; Stieger, Leung, Thibaudeau y Houle, 1993; Waller, 1997) o depresión mayor (Bossert, 1992; Bulik, 1998; Davis, Olmsted y Rockert, 1992) e historia previa de obesidad (Bulik, 1998).

En el estudio longitudinal de Mekuri et al. (2016) con mujeres adolescentes hospitalizadas con un diagnóstico de TCA, se analizaron diferentes variables clínicas y descriptivas de las pacientes con el objetivo de encontrar mayor claridad respecto a los predictores de resultado. Los resultados indicaron que los intentos de suicidio, un trastorno comórbido en eje I y la gravedad de la sintomatología alimentaria que reflejaba el EAT-26 predecía el estado de remisión de las pacientes. Por otra parte, puntuaciones altas en el STAI-E indicaban la posibilidad de presentar una posible recaída del problema alimentario. La remisión parcial del TCA (Patton et al., 2008; Strober et al., 1997, Wentz et al., 2009) parece indicar que lo predicen sintomatología comórbida de ansiedad y depresión y dificultades de adaptación en el área social.

Por otra parte, Castro et al. (2004) realizan un trabajo algo similar, analizando las variables relacionadas con la rehospitalización después de la recuperación de peso en pacientes con diagnóstico de AN. Los resultados muestran que el 24,8% de las pacientes requirieron reingreso tras la recuperación del peso. La duración del trastorno, la pérdida de peso, el IMC al primer ingreso y la distorsión global de la imagen corporal fueron similares en todas las pacientes. Sin embargo, las pacientes que necesitaron una readmisión hospitalaria tuvieron una menor tasa de aumento de peso, una edad media más baja, una puntuación más alta en el EAT y una mayor sobreestimación de las caderas. Por lo que estas tres variables: la edad menor de 15 años, la puntuación de EAT por encima de 55, y una tasa de aumento de peso inferior a 150 gramos por día se asociaron con un mayor porcentaje de reingresos.

Un estudio realizado por Agras (2000) muestra que existen variables clínicas que

diferencian a los sujetos que abandonan el tratamiento y los que consiguen completarlo, como la elevada preocupación por el cuerpo y la intensa impulsividad. Además, encuentran diferencias entre los que se recuperan tras el tratamiento y los que no lo hacen. En este sentido parece indicar que un diagnóstico de depresión mayor, un IMC bajo y dificultades a nivel social eran predictores de una no recuperación. Concluyen que la variable que mejor predecía el resultado del tratamiento era la ausencia de purgas alrededor de la semana cuatro de tratamiento.

En un reciente meta-análisis realizado por Linardon, Piedad Garcia y Brennan (2016) encontraron que en la BN se identificaban cuatro mediadores de buenos resultados en el tratamiento: 1) los cambios tempranos (semana cuatro aproximadamente) de los síntomas conductuales como los atracones y las purgas (Agras et al., 2000; Marrone, Mitchell, Crosby, Wonderlich y Jollie-Trottier, 2009; Thompson-Brenner, Shingleton, Sauer-Zavala, Richards y Pratt, 2015); 2) una alianza terapéutica positiva (Constantino et al., 2005); 3) cambios en la dieta restrictiva y 4) cambios en las preocupaciones acerca el cuerpo (Spangler, Baldwin y Agras, 2004; Wilson et al., 2002). En el trastorno por atracón sólo encontraron los cambios tempranos de los síntomas conductuales como mediador de buen resultado de tratamiento.

Los mismos autores, intentaron identificar moderadores del tratamiento de los TCA. El único moderador con cambios significativos en el tratamiento fue la edad de inicio tardía en el trastorno por atracón (Grilo et al., 2012a). Con respecto a los predictores, se han estudiado una gran cantidad de variables que no han demostrado ser significativas a la hora de predecir buenos resultados en el tratamiento. Sin embargo, los autores atribuyen la falta de consistencia de los resultados a las dificultades metodológicas que han encontrado a la hora de analizar los diferentes estudios.

Como podemos observar, aunque aún queda muyco camino por recorrer, ya existen estudios que señalan qué variables pueden actuar como predictores de buena o mala respuesta al tratamiento en los distintos TCA. A pesar de esta incipiente línea de investigación, se necesitan más estudios empíricos que permitan indentificar los mejores tratamientos para los distitnos eprfiles de pacientes. Como comentábamos anteriormente, este conocimiento podría mejorar la eficiencia y al efectividad de los tratamientos dispobieles, reducir los tiempos de tratamiento y hospitalización, y los costes en el tratamiento, lo que reundará en una mejor asistencia a las personas que padecen estos problemas.

2. DISPOSITIVOS ASISTENCIALES PARA ATENDER A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En este apartado nos vamos a centrar en describir los distintos dispositivos asistenciales que actualmente hay disponibles para la evaluación y tratamiento de las personas que sufren TCA, así como en el proceso común de asistencia que se suele ofrecer a estos pacientes.

2.1 DETECCIÓN DE CASOS

En este punto describiremos los pasos habituales que se suelen realizar en los casos detectados de TCA.

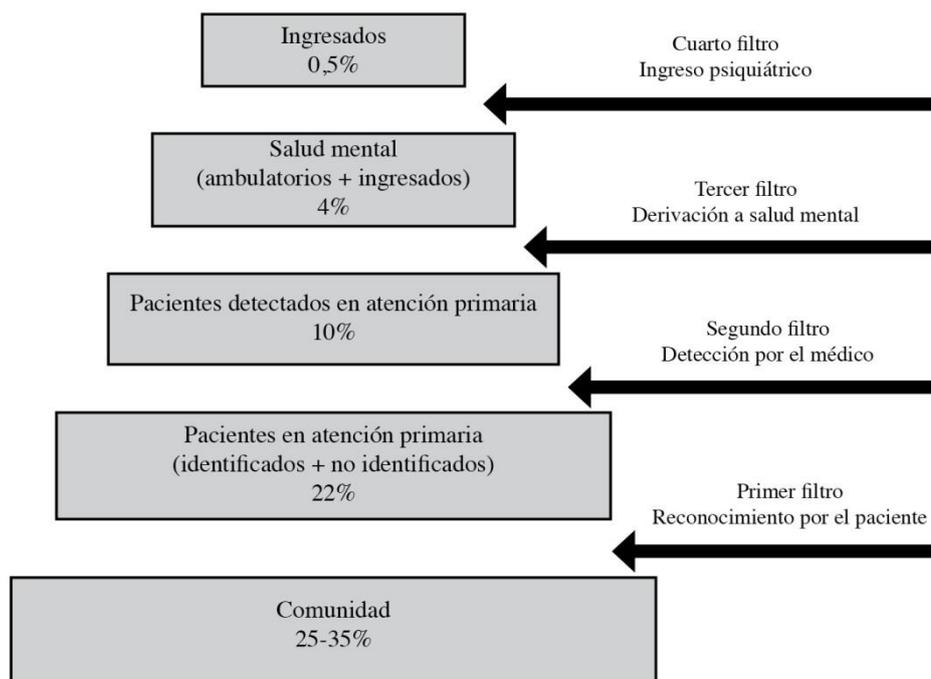
En primer lugar, la primera evaluación suele ser realizada por parte del pediatra o del médico de familia. Si éstos detectan el TCA lo derivan al centro de salud mental (CSM) que le corresponde para que realicen la evaluación completa y el diagnóstico apropiado, así como la valoración del tratamiento terapéutico. En los casos más graves y crónicos, en los que se ha objetivado una imposibilidad de tratamiento ambulatorio y las condiciones físicas del paciente lo permiten, el paciente puede ser derivado desde el CSM a:

- Hospital de Día Psiquiátrico, en los casos en los que el peso de la comorbilidad con otras patologías mentales así lo indiquen.
- Unidad de Hospitalización. En situaciones de descompensación aguda del estado físico o mental que requieren un ingreso hospitalario a tiempo completo.
- Unidades de Endocrinología del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital de referencia del Área donde vive el paciente.
- Subunidades de Hospitalización de TCA, en los casos que reúnan los criterios de ingreso para las mismas.

En los casos en los que por la gravedad de su situación clínica debutan con un ingreso hospitalario, el tratamiento al alta se realiza en el Hospital de Día, según las indicaciones concretas para cada paciente.

Sin embargo, los estudios indican que hay más pacientes con diagnóstico de TCA de los que son detectados por el sistema de salud mental. En este sentido, el modelo de Golberg y Hurxley (1990) (ver figura 7) sobre los flujos de demanda en salud mental es una referencia para la epidemiología de las patologías psiquiátricas. En ellas establece una prevalencia de las enfermedades mentales del 25% al 35 %. Sin embargo, acude a atención primaria sólo un 22% y sólo se detecta en estos servicios patología mental a un 10 % del total. Desde atención primaria se deriva a los servicios de salud mental menos de un 4% de los pacientes y precisan ingreso en unidades de hospitalización general o específica un 0,5% (Imaz, Ballesteros, Higuera, Conde, 2008).

Figura 7 - Modelo de Golberg y Hurxley sobre flujos de patrones de demanda en salud mental



Por otra parte, en relación a estudios realizados en los TCA, Hoek y Hoeken (2003) pone de manifiesto la existencia de sesgos en la detección de dichos trastornos. En la AN hay una falta de conciencia de enfermedad, también presente en la BN, pero en la BN las conductas de ocultamiento de los atracones, por los sentimientos de culpabilidad y de vergüenza y la ausencia de signos externos visibles, como el adelgazamiento, dificultan su

detección, reduciéndose la atención en los servicios de salud mental de 34% a un 6% de los casos.

Otros estudios concluyen que sólo el 16% del total de los casos detectados en la comunidad llegan a ser atendidos por atención primaria y/o los servicios sociales. Estos datos se justifican por la baja demanda por la propia paciente, pero también por la falta de conocimiento o de experiencia del profesional, siendo en la mayor parte de los casos demandas encubiertas; así, la demanda más frecuente son los problemas físicos o somáticos (estreñimiento, caída del cabello, etc.). Además de la baja detección, pone de manifiesto la escasa derivación a los servicios de salud mental; así, el 63,7 % de los casos detectados son derivados a psiquiatría y el resto a otros servicios (medicina interna, 20 %, pediatría, 10%; ginecología, 5%, y otros, 1,3%) (Cullberg y Engström-Lindberg, 1988; Nakamura et al., 2000).

Sin embargo, no todos los autores defienden esta baja detección y atención para los TCA y apuntan a porcentajes más altos en la utilización de los servicios.

La existencia de estudios epidemiológicos, coincidentes espacio-temporalmente, permite concluir que en atención primaria en la comunidad de Valladolid (Imaz, 2008) se detectan un 23% de los casos nuevos, mientras que el porcentaje de los atendidos por los servicios psiquiátricos infantojuveniles se reduce al 2,56 %, de los que un 16 % se derivan para ingreso hospitalario.

Los datos reflejan una realidad que se considera poco satisfactoria, con un porcentaje alto de casos no detectados y sobre todo con una baja derivación a los servicios ambulatorios de psiquiatría. Esta situación puede reflejar la percepción de la insuficiencia e inadaptación de los recursos de la red a este tipo de patología, como los relativos a la falta de conciencia de enfermedad y al rechazo a la atención psiquiátrica, tanto de los pacientes como de las familias, que se da en muchos de estos cuadros.

2.2 TIPOS DE DISPOSITIVOS ASISTENCIALES PARA LOS TCA

Los TCA, como hemos visto, son una enfermedad compleja que implica tanto factores sociales, culturales y estilos de vida que afectan a procesos fisiológicos y psicológicos en un proceso con tendencia a cronificarse. La gravedad de estas patologías ha provocado alarma social y ha puesto de manifiesto la carencia de dispositivos eficaces para el tratamiento. Los

TCA no han recibido gran atención en las estructuras sanitarias, encontrándonos con falta de recursos y en muchas ocasiones, estos pacientes son excluidos de la red asistencial, por lo que no reciben el tratamiento recomendado por las guías clínicas.

Al tratarse de patologías graves con complicaciones físicas, mentales y conductuales, es necesario que el abordaje terapéutico este compuesto por un equipo multidisciplinar compuesto por especialistas en psiquiatría, psicología, endocrinología, nutrición y enfermería.

Debido en parte a la complejidad de estos trastornos, la duración de los distintos tratamientos a realizar es generalmente larga y cuentan con diferentes recursos asistenciales. El modo de llevar a cabo el tratamiento también varía en función de la gravedad del trastorno (Cash y Smolak, 2011; Smolak y Thomson, 2009). De acuerdo con American Psychiatric Association (Rio, Borda, Torres, Lozano y Durán, 2002), en los casos de menor gravedad se deriva a los centros de salud mental y se utiliza terapia ambulatoria (individual, grupal y familiar) con el objetivo de proporcionar los cuidados necesarios para que la paciente recupere la salud; cuando la sintomatología es más grave y el tratamiento ambulatorio no resulta suficiente, se recurre al tratamiento en hospitales de día, unidades residenciales o ingreso hospitalario.

Las diferentes actuaciones en los TCA se pueden realizar en tres diferentes dispositivos asistenciales:

El **tratamiento ambulatorio** para un TCA es beneficioso y se adapta a un perfil de pacientes con un trastorno de gravedad leve o moderado. Es, además, muy relevante en la fase de incorporación a la normalidad en todas las pacientes. Los pacientes para los que el tratamiento ambulatorio es ineficaz, pueden beneficiarse de un programa de tratamiento de hospital de día.

El **hospital de día** es un recurso de atención continuada, de tratamiento intensivo y estructurado, limitado en el tiempo y orientado a la continuidad de cuidados en la comunidad. Se considera un tratamiento de *hospital de día* en TCA a aquella intervención terapéutica intensiva durante todos los días de la semana desde tres hasta ocho horas al día y ofrecen varias sesiones terapéuticas y realización de las ingestas. El hospital de día permite que el paciente viva en su casa y a menudo puede seguir trabajando o estudiando. A lo largo del día se conforma un programa de intervenciones psicológicas, de recomendaciones conductuales, de controles y monitorizaciones que hacen que este programa sea más intensivo y eficaz que las simples consultas externas.

En España, los hospitales de día están abiertos a distintos trastornos mentales a excepción de los TCA, que se están derivando a unidades de hospital de día específicos para ellos. Generalmente están incluidos en unidades propias y específicas de tratamiento de los TCA o en Servicios Psiquiátricos con hospitalización completa. Cuentan con dispositivos comunes y programas propios con unos objetivos comunes. Hay que tener en cuenta que un porcentaje alto de las pacientes ingresadas en hospitalización completa se derivaran al dispositivo de hospital de día.

Al hospital de día se puede llegar en distintos momentos del tratamiento: 1) Al principio del tratamiento por presentar un TCA grave pero sin que exista riesgo de complicaciones físicas graves; 2) Tras un ingreso hospitalario donde los pacientes han mejorado pero siguen requiriendo tratamiento intensivo; 3) Cuando es insuficiente el tratamiento ambulatorio; 4) Como prevención de un posible ingreso en régimen hospitalario y 5) En entornos familiares con conflictos.

La mayoría de los hospitales de día tienen programas terapéuticos comunes e intervenciones grupales similares. Se aplican técnicas para corregir y mejorar la recuperación ponderal, asesoramiento dietético y nutricional, técnicas para monitorizar las comidas a través de autorregistros, técnicas de control de estímulos con prevención de respuesta, reestructuración cognitiva y resolución de problemas. También hay programas de prevención de recaídas, de habilidades sociales, tratamiento de la imagen corporal a través de la videoconfrontación, terapia psicomotora, expresión corporal y técnicas de relajación.

Las ventajas que se pueden observar de este dispositivo son múltiples. Por un lado, se ha posicionado como una buena alternativa, por liberar camas hospitalarias y disminuir la presión asistencial del tratamiento ambulatorio. Además, se puede tratar a un mayor número de pacientes que en hospitalización completa, se reducen los gastos. Al mismo tiempo, no se pierde la relación del paciente con su entorno, la familia participa en mayor medida de las medidas terapéuticas fundamentando así el compromiso y la colaboración en el tratamiento. Sin embargo, también existen desventajas de este dispositivo. El tiempo libre de la paciente puede interferir en el proceso terapéutico y la motivación de la paciente.

Los objetivos prioritarios del hospital de día para pacientes con AN son los siguientes:

- Normalización biológica: se deben corregir las desviaciones provocadas por la malnutrición y las conductas de purga, especialmente las alteraciones neuroendocrinas, cardiocirculatorias, electrolíticas y digestivas.

- Recuperación ponderal.

- Reestructuración cognitiva: Los programas psicoterápicos tienen como objetivo la reestructuración y normalización de los pensamientos alterados relativos a la dieta, la figura o el peso.

- Restauración de las relaciones familiares: reorganización de la dinámica familiar, eliminando tanto los conflictos que indujeron la enfermedad como aquellos que la propia enfermedad genera en la familia.

- Colaboración familiar: Se debe buscar la colaboración de la familia y transformarla en un eficaz instrumento de co-terapia.

- Reestructuración de las relaciones interpersonales que la enfermedad ha deteriorado.

Por otro lado, los objetivos del hospital de día para pacientes con BN deben ser los siguientes:

- Normalización biológica: estabilización del peso, rehidratación, corrección de algunas anomalías físicas y especialmente la normalización electrolítica, alterada por los vómitos y laxantes, el reflujo gastroesofágico.

- Restablecer las pautas nutricionales normales: establecer una dieta normal y una secuencia de alimentación normalizada.

- Tratar la comorbilidad asociada: abuso de fármacos y sustancias, depresión, trastornos del control de los impulsos y alteraciones de conducta asociadas a los trastornos de personalidad.

- Normalización del estado mental, regulando el estado de ánimo, corrigiendo el estilo cognitivo y reestructurando pensamientos y emociones vinculadas a la figura y a la dieta.

- Restablecer unas relaciones familiares más adecuadas, con mayor participación, mejor comunicación, con pautas normalizadas, huyendo de los sentimientos de fracaso.

- Corregir las pautas de interacción social alterada.

El **tratamiento hospitalario** ofrece un entorno estructurado, donde el apoyo terapéutico es de 24 horas al día. En ocasiones los pacientes son tratados en unidades de

psiquiatría general con los individuos de otras patologías psiquiátricas, en lugar de unidades específicas para TCA. Los ingresos hospitalarios se llevan a cabo cuando la salud del paciente es muy precaria debido a la desnutrición o a las conductas purgativas graves que lleven a descompensaciones electrolíticas y cuando exista riesgo de conductas autolesivas graves. Existen criterios de hospitalización según la OMS: 1) Pérdida de peso muy rápida y grave que generalmente es inferior al 85% del peso normativo correspondiente a la edad, talla y sexo; 2) Complicaciones médicas graves (descompensación electrolítica, alteraciones cardíacas, etc.); 3) Presencia de trastornos psiquiátricos asociados graves; 4) Falta de respuesta a un tratamiento ambulatorio, sin conseguir mejoría en el peso o en las conductas purgativas y/o atracones; 5) Imposibilidad de tratamiento ambulatorio debido a un ambiente familiar disfuncional que actúa como mantenedor del problema; 6) Tentativas de suicidio graves, ya que algunas pacientes con anorexia pueden tener un alto riesgo de suicidio como una forma de huida por el sufrimiento psicológico que supone el rechazo a subir de peso. Es pues fundamental establecer pautas de prevención del suicidio, por lo que el hospital de día no es el lugar adecuado cuando éstas son de medio o alto riesgo; 7) Cuando la paciente resida lejos del hospital de día más cercano.

Los ingresos hospitalarios pueden ser voluntarios, pero también forzosos si el equipo clínico considera de extrema gravedad la condición física de la paciente y ésta se niega al ingreso. (Calvo, 2002; Raich, 2011).

Dentro de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta alimentaria (2009) se recogen algunas recomendaciones para el tratamiento:

- El objetivo del tratamiento psicológico es la reducción del riesgo, lograr un aumento de peso con una alimentación saludable, reducir síntomas asociados y facilitar su recuperación.
- La mayor parte de los tratamientos psicológicos en personas con AN pueden ser realizados de forma ambulatoria.
- La duración del tratamiento debe ser al menos de 6 meses cuando se realiza de manera ambulatoria y de 12 meses en pacientes que han estado en hospitalización completa.
- En personas afectadas con AN tratadas con terapia ambulatoria y que no exista mejoría de debe considerar tratamientos más intensivos (hospital de día o hospitalización).

- Para personas con AN hospitalizadas conviene establecer un programa de tratamiento dirigido a suprimir los síntomas y normalizar el peso.
- Los tratamientos psicológicos deben ir orientados a modificar las actitudes hacia el peso y la figura corporal y el miedo a ganar peso.
- En personas con AN hospitalizadas no es conveniente utilizar programas de modificación de conducta rígidos.
- Tras el alta hospitalaria las personas con anorexia nerviosa deberían de recibir atención ambulatoria.
- En niños y adolescentes con anorexia nerviosa que necesiten hospitalización deberían tenerse en cuenta las necesidades educativas y sociales correspondientes a su edad.

2.3 SISTEMA DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA Y EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

El sistema de salud en España dispone de diferentes recursos en los distintos niveles de atención: primaria y especializada. La atención primaria es el primer nivel de acceso. Sus actuaciones se centran en la detección precoz y derivación a otro nivel asistencial en los casos necesarios. También se coordinan con la atención especializada para efectuar el seguimiento de las complicaciones físicas (Rodrigo, Moreno, Hernández y Solano, 2003). Por su parte, en la atención especializada podemos encontrar diferentes servicios: hospitalización completa, hospital de día y consultas ambulatorias (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Para que optimizar todos estos recursos y se realice una intervención eficaz, es necesaria la colaboración de un equipo multidisciplinar de profesionales que lleven a cabo una labor adecuada durante el periodo de evaluación y tratamiento (Arrufat, Badia, Benítez, Cuesta, Duño y Estrada, 2009).

El Decreto 148/86 por el que se regula la prestación de servicios en materia de salud mental, y el Decreto 81/98, por el que se definen y estructuran los recursos sanitarios dirigidos a Salud Mental definen el modelo de atención sanitaria para la salud mental en la Comunidad Valenciana. De acuerdo con el tipo de asistencia que prestan podemos clasificar los recursos sanitarios actuales en salud mental en:

1- Unidades de Salud Mental (USM). Dentro de este apartado se encuentran las Unidades de Salud Mental Infantil y de la Adolescencia (USMI o USMI-A).

2- Unidades de Conductas Adictivas (UCAs).

3- Hospitales de Día de salud mental.

4- Programas de Atención Domiciliaria.

A finales de 2007, esta red se compone de los siguientes dispositivos:

58 Unidades de Salud Mental (USM): son los dispositivos básicos de atención especializada a la salud mental, constituyendo su primer nivel de atención y con los que se coordinan el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental. Prestan una atención integral a pacientes de su ámbito poblacional en régimen ambulatorio o domiciliario.

8 Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J). Las USMI-J prestan una atención especializada, tanto en régimen ambulatorio como de hospitalización completa o parcial, a la población infantil y adolescente menor de edad, derivada desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia.

5 Hospital de día de Salud Mental: son dispositivos asistenciales de salud mental, configurados como recursos intermedios entre las unidades de salud mental comunitaria y las unidades de hospitalización de salud mental. Prestan una atención especializada, en régimen de hospitalización diurna, a pacientes derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia.

En la Comunidad Valencia se disponen de 3 Unidades de Trastorno Alimentarios (UTCA) ubicadas en el Hospital Provincial de Castellón, La Fe de Valencia, y el Hospital San Juan de Alicante.

2.4 PERFILES DE LAS PACIENTES CON TCA Y LOS TIPOS DE DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

La existencia de diversos recursos asistenciales lleva a la preocupación de emparejar estos recursos con las demandas y necesidades de los pacientes. Además, y teniendo en cuenta la cronicidad y complejidad de los TCA, también es necesario estudiar qué variables estarían implicadas en la predicción de estancias hospitalarias más cortas, donde en tratamiento sea el más óptimo y rentable posible.

Como hemos visto la AN es un trastorno psicológico grave y las directrices de los países europeos consideran que el tratamiento hospitalario es el tratamiento de elección para una gravedad moderada o grave o pacientes que no han mejorado con el tratamiento ambulatorio. En los últimos años el número de hospitalizaciones de niñas con un diagnóstico de AN ha aumentado en Europa (German Institute for federal Statistics, 2013; Pavlova, Uher, Dragomirecka, Papezova, Trends, 2010; Health and Social Care Information Centre, 2013), por ejemplo en Inglaterra del año 2011 al año 2012, se incrementó un 16% los ingresos hospitalarios, las adolescentes con AN representaban casi la mitad de las admisiones hospitalarias, además la duración de las estancias aumentó en más de 4 semanas.

Sin embargo, hay líneas que prefieren el centro de día a la hospitalización ya que le encuentran numerosas ventajas, como el aprendizaje de numerosas estrategias que se podrían transferir más fácilmente a la vida cotidiana, un ambiente menos aversivo que el hospitalario, no pérdida de las relaciones sociales (Guarda, Pinto, Coughlin, Hussain, Haug, Heinberg, 2007; Krug et al., 2013). El estudio de Goldstein (2011) encuentra que las pacientes con AN consiguen un aumento de peso significativo, objetivo prioritario en el tratamiento de la AN, en un dispositivo asistencial de centro de día y esta mejoría se mantiene a los 12 meses. Por otra parte, Herpertz-Dahlmann et al. (2014) realizaron un estudio multicéntrico con pacientes con AN entre 11 y 18 años de edad en 6 centros de Alemania. Los criterios de elección fueron un bajo IMC y que fuera el primer ingreso hospitalario, en el que estuvieron ingresadas. Un grupo al azar permanecieron hospitalizadas y otro grupo al azar continuaron el tratamiento en régimen de centro de día. Los resultados sugieren que ambos grupos consiguieron un aumento de peso y que estos resultados se mantienen después de 12 meses de seguimiento. El 20 % de los pacientes sufrieron una recaída en el primer año. La duración media del tratamiento hospitalario fue de 14,6 semanas y la duración media del régimen de centro de día fue 16,5 semanas.

En cuanto a la duración del tratamiento hospitalario, la literatura revela diferencias entre países. Por ejemplo, el tratamiento hospitalario en países como Canadá es más largo que en Estados Unidos. Los estudios muestran que la estancia hospitalaria en el Reino Unido es de 18,4 semanas (Royal College of Psychiatrists, 2012) y en Francia de 19 semanas (Strik, 2009). Por otra parte, la duración del tratamiento en régimen de centro de día en países como Canadá y Australia es de 10 a 12 semanas (Gowers et al., 2007; Goldstein et al., 2011; Olmsted et al., 2010).

Según Huntley et al (1998) la duración de la estancia hospitalaria en pacientes con AN depende de tres factores: factores relacionados con el sistema de salud, factores relacionados con el paciente y factores relacionados con el tratamiento. Pero la mayoría de estudios se centran en los factores relacionados con el paciente. Nozoe, et al. (1995) evaluaron posibles predictores en 55 sujetos, los resultados indican que las hospitalizaciones más largas correlacionan con la mala adaptación social, con la presencia de ansiedad o un diagnóstico de trastorno de personalidad antes del inicio del TCA. Además, también la edad de inicio tardía del problema alimentario, que el ingreso sea a una edad más avanzada, un IMC bajo, mayor duración de la enfermedad, ingresos previos y abuso de alcohol son factores que resultaron relevantes. Aunque el análisis de regresión reveló que el IMC después del inicio y la edad de ingreso explicaban el 47 % de la varianza en la duración del tratamiento hospitalario. Maguire et al. (2003) realizaron un estudio multicéntrico con 154 pacientes y encontraron 4 predictores: mínimo peso corporal tras el inicio de la enfermedad, edad de admisión, IMC en el momento de admisión y número ingresos previos.

A pesar de que las variables significativas en los estudios son muy limitadas, se consideran como factores relacionados de la estancia hospitalaria la presencia de trastornos psicológicos en la infancia, intentos de suicidio, vivir lejos de su vivienda, consumo de tóxicos, conductas delictivas en el inicio de la enfermedad, años de evolución, el subtipo de AN, la presencia de comorbilidad (trastorno obsesivo compulsivo, depresión mayor o trastorno de la personalidad) (Strick et al. 2009).

Strick et al. (2009) realizaron un estudio en Francia con una muestra amplia de 268 pacientes hospitalizados con diagnóstico de AN, y encontraron que las variables significativas que repercutían en la duración de la estancia hospitalaria eran los años de evolución de la AN antes del ingreso, la utilización de la sonda gástrica durante el tratamiento, la presencia de un trastorno comórbido durante el ingreso.

La relación entre los años de evolución y la duración de la estancia ha sido con frecuencia señalado como un factor que predice la relación con la evolución de la enfermedad (Strick et al., 2009). Una enfermedad más larga es probable que sea psicopatológicamente más complicada, y por lo tanto, ser menos sensible a la intervención. Estos pacientes pueden tener una historia más larga de intentos de tratamiento ineficaces. Según Agras (2004), identificar los años de evolución de los pacientes en el ingreso permitirá preparar a los pacientes y a su familia durante el tiempo de tratamiento.

Algunos estudios ponen de manifiesto las numerosas ventajas que tiene el tratamiento en régimen de centro de día en comparación con la hospitalización. Por ejemplo, Marshall (2011) analiza las diferencias entre la hospitalización y el centro de día en patologías psiquiátricas y los resultados muestran resultados similares respecto a las readmisiones, calidad de vida y satisfacción con el tratamiento y menores costes por parte del tratamiento de centro de día. Sin embargo señala algunas desventajas como que es menos eficaz para la intervención en crisis. También hay estudios que indican que ambos tratamientos promueven ganancia de peso, pero las pacientes que recibieron tratamiento en centro de día obtuvieron mejores puntuaciones en bienestar psíquico y ajuste psicosexual lo que refleja que están más preparados para la incorporación a la vida cotidiana (Herpertz-Dahlmann, 2014). Por otro lado, el gasto económico es sustancialmente inferior en un tratamiento de centro de día que en el hospitalario.

Como hemos visto los TCA son alteraciones en los comportamientos con la comida que repercuten sobre la salud de quienes la padecen. Aunque hemos avanzado mucho en su comprensión, siguen quedando muchas preguntas por responder, tanto sobre su etiología y explicación, como de su tratamiento. Es importante conocer las causas que han llevado a una persona a tener y mantener un TCA, pero también qué diferencias se dan entre las personas con diferentes diagnósticos de TCA y qué características tienen las pacientes que responden al tratamiento administrado. De esta manera se podrán aplicar tratamientos más eficaces lo que reducirá el costo económico y los recursos asistenciales, ya que hablamos de patologías de larga duración y con un porcentaje elevado de recaídas.

Es necesario seguir aportando datos en esta línea y analizar si existen diferentes perfiles (clínico, sociodemográfico y de respuestas a tratamientos anteriores) dentro de los TCA, para poder derivarlos al recurso asistencial más eficaz y adecuado, teniendo en cuenta sus características y su gravedad, lo que puede asegurar el tratamiento idóneo. Justo éste es el objetivo al que se dirige esta tesis doctoral.

MARCO EXPERIMENTAL

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo general

El objetivo general de la presente tesis es analizar las variables descriptivas relevantes en pacientes diagnosticadas de un TCA (AN, BN o TCANE) en distintos dispositivos asistenciales (ambulatorio, centro de día, centro 24 horas), y analizar la respuesta de estos perfiles en dichos dispositivos.

Objetivos específicos

Los objetivos específicos que se plantearon fueron los siguientes:

- 1) Describir una muestra de pacientes con diagnóstico de TCA que piden ayuda en un centro especializado, desde Enero de 2001 hasta febrero de 2014, en función de las siguientes variables:
 - Edad
 - Sexo
 - Diagnóstico
 - Comorbilidad en eje I y eje II
 - Gravedad
 - Años de evolución
 - Antecedentes familiares
 - Consumo de tóxicos
 - Ideación suicida
 - Intentos previos de suicidio
 - Ingresos previos
 - Acontecimientos vitales
 - Antecedentes familiares psiquiátricos

- IMC
 - Gravedad general valorada por el profesional
 - Duración, total dispositivos utilizados y resultado del de tratamiento en los diferentes dispositivos asistenciales.
- 2) Analizar las diferencias en estas variables en función del diagnóstico de TCA (AN, BN y TCANE).
 - 3) Analizar el posible papel mediador de variables relevantes en la presencia de sintomatología alimentaria (eso solo se pudo realizar con la importancia de la apariencia física por problemas de tamaño muestrales).
 - 4) Describir el perfil de pacientes (utilizando las variables anteriormente mencionadas) en función del primer dispositivo en el que ingresan:
 - Centro de Atención Continuada (CAC).
 - Centro de Día (CD).
 - Tratamiento ambulatorio (AMB).
 - 5) Estudiar las diferencias entre los perfiles, en función del dispositivo asistencial de inicio.
 - 6) Analizar el recorrido más común de los pacientes entre los diferentes dispositivos asistenciales.
 - 7) Analizar el total de dispositivos utilizados y el tiempo de duración en el que se permanece en cada dispositivo.
 - 8) Analizar los cambios en el Índice de Masa Corporal (IMC) tras el tratamiento.
 - 9) Examinar perfiles en los pacientes dependiendo de los dispositivos que han utilizado a lo largo del tratamiento.

Hipótesis

Teniendo en cuenta los objetivos anteriormente planteados las hipótesis puestas a prueba fueron las siguientes:

- 1) En cuanto a las variables demográficas, se espera que los pacientes con un diagnóstico de AN tengan una edad de inicio inferior a las pacientes con BN y TCANE. En las 3 categorías diagnósticas se espera un mayor número de mujeres que de hombres. En cuanto a comorbilidad en Eje I del DSM, se espera que sea más frecuente en la AN con diagnósticos como el TOC y en el eje II con diagnósticos dentro del Clúster C. En pacientes con diagnóstico de BN se espera que presenten comorbilidad en eje I con diagnósticos emocionales y en eje II con trastornos de personalidad clúster B, por lo que será también más frecuente en este trastorno el consumo de tóxicos y los intentos previos de suicidio. Con respecto al IMC, se espera que los pacientes con AN tengan un IMC inferior a 18,5 y las pacientes con BN y TCANE un IMC a partir de 18,5, entre parámetros de normopeso y sobrepeso. Se espera que no haya diferencias en los 3 diagnósticos en cuanto a la presencia de antecedentes familiares y acontecimientos vitales. La duración y el número de dispositivos totales utilizados será mayor en las categorías de TCA completas como los son la AN y la BN. Además, tanto la AN como la BN se espera que hayan tenido ingresos previos.
- 2) A mayor preocupación por la apariencia física se espera que los pacientes experimenten mayor número de síntomas propios de un TCA.
- 3) Por lo que se refiere a las diferencias en las características de los usuarios de los distintos dispositivos asistenciales, se espera que los pacientes que ingresan en el CAC tendrán una edad menor, mayor comorbilidad diagnóstica tanto en eje I como en eje II, la gravedad valorada por el profesional será mayor y el IMC será bajo o de riesgo. Además, es más probable que presenten consumo de tóxicos, ingresos previos, intentos previos de suicidio e ideación suicida en mayor proporción. Se espera que utilicen mayor número de dispositivos y que la duración del tratamiento sea mayor que en los pacientes que ingresan en CD o AMB.

- 4) En cuanto al recorrido más común, se espera que si un paciente inicia en CAC, después utilice el dispositivo CD y posteriormente el dispositivo AMB. Si el paciente inicia en CD, se espera que pase posteriormente al dispositivo AMB. Cuando un paciente inicia en AMB, se espera que lo más probable sea que permanezca durante todo el tratamiento en él, a no ser que se produzca un empeoramiento, lo que llevaría a un ingreso en CD.
- 5) Con respecto al número de dispositivos utilizados en función del diagnóstico, se espera que los pacientes con diagnóstico de AN y la BN utilicen mayor número de dispositivos que los pacientes con diagnóstico de TCANE. La duración del tratamiento en días será mayor en el dispositivo CAC, debido a la intensidad del abordaje, que en el tratamiento AMB.
- 6) El IMC tras el tratamiento deberá aumentar para los pacientes con diagnóstico de AN, tendrá que mantenerse o disminuir para los pacientes con diagnóstico de BN y TCANE.
- 7) Cuando los pacientes utilicen todos los dispositivos asistenciales existentes, se espera que el inicio de su problema alimentario sea a más temprana edad y que los años de evolución del problema sea mayor. Además, es más probable que presenten ingresos previos con más asiduidad que las pacientes que solo han utilizado el dispositivo CD y AMB y solo el dispositivo AMB. Por otra parte, los pacientes que utilizan todos los dispositivos presentaran mayor comorbilidad en eje I y eje II, consumo de tóxicos, intentos previos de suicidio, mayor ideación suicida, y será menos probable que obtengan el alta y más probable que abandonen el tratamiento. Por otro lado, serán pacientes valorados con mayor gravedad por el profesional.

4. MÉTODO

4.1 RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Los pacientes que conforman la muestra de este estudio provenían de la Unidad de Trastornos Alimentarios PREVI. Concretamente, de la red asistencial formada por 4 dispositivos en la Comunidad Valenciana que dispone: 3 Hospitales de día en Valencia, Castellón y Alicante y 1 Mini-residencia de Atención Continuada 24 horas en Valencia. La recogida de esta muestra se llevó a cabo desde Enero de 2001 hasta febrero de 2014.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes diagnosticadas de un TCA según los criterios del DSM-IV (APA, 1994). En este estudio, no se utilizaron criterios de exclusión. Para llegar a cabo el proceso de evaluación, diagnóstico y toma de decisiones, se siguió el siguiente procedimiento:

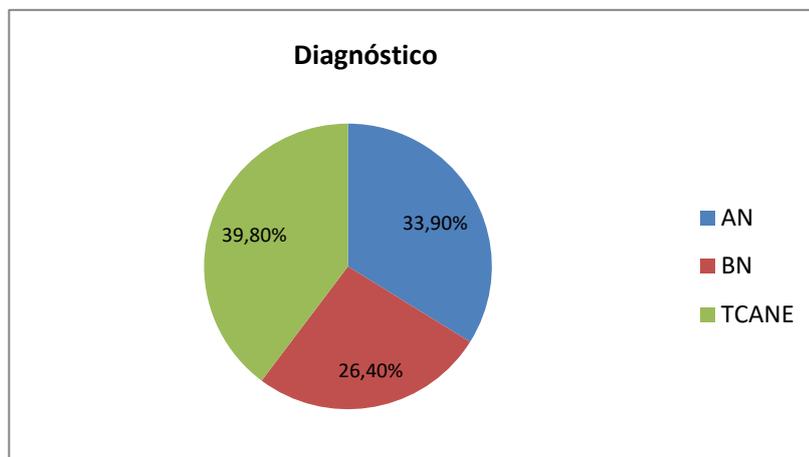
- 1) 1ª Fase: Evaluación y diagnóstico por parte del equipo clínico compuesto por psicólogos, psiquiatra y endocrino.
- 2) 2ª Fase: Se realiza una sesión clínica con todo el equipo terapéutico con el objetivo de planificar el tratamiento y el dispositivo asistencial más adecuado en cada caso.

4.2 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

El total de la muestra (N=322), estuvo compuesta en su mayoría por mujeres 95,3%. El rango de edad se situó entre los 10 y los 50 años con una media de 23,62 (DT=8,94). Respecto al diagnóstico, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2002), 60 de los pacientes (18,6 %) cumplían criterios de AN restrictiva, 49 pacientes (15,2%) cumplían criterios de AN purgativa, 15 pacientes (4,7%) cumplían criterios para BN no purgativa, 70 pacientes (21,7%) cumplían criterios para BN purgativa, 8 pacientes (2,5%) cumplían criterios para el diagnóstico de trastorno por atracón y, el mayor porcentaje de la muestra ,120 pacientes (37,3%) cumplían criterios diagnósticos para un TCANE. Para mayor claridad, la gráfica 1

muestra el diagnóstico sin tener en cuenta los subtipos, aun así, el TCANE era el más frecuente entre los diagnósticos de TCA. El rango de IMC se situó entre 14,70 y 40,10 con una media total de 20,70 (DT= 5,32). Los años de evolución que los pacientes llevaban sufriendo el TCA tenía un rango entre 0 y 23 con una media de 5,63 años (DT=5,27). El resto de variables descriptoras de la muestra se expone en el apartado de resultados.

Gráfico 1 - Diagnóstico TCA sin tener en cuenta el subtipo



Nota. AN = anorexia nerviosa; BN = bulimia nerviosa; TCANE = trastorno de la conducta alimentaria no especificado (incluye el trastorno por atracón).

4.3 INSTRUMENTOS

La evaluación incluye los principales autoinformes y cuestionarios validados para la valoración de los TCA y de la IC que recoge la literatura científica (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1993*). Además, se utilizaron otros instrumentos con el objetivo de evaluar psicopatología secundaria de las pacientes. En el protocolo de evaluación se incluyeron tanto entrevistas, como medidas de autoinforme de clínica general. El protocolo de evaluación utilizado en el presente trabajo se incluye en el Anexo X. Las características de estos instrumentos se describen a continuación.

Entrevista de Admisión. Se trata de una entrevista utilizada de forma habitual por el Servicio de Asistencia Psicológica de la Universidad Jaime I. Se administra de forma individual y el tiempo aproximado de administración es de 50 a 60 minutos, en la que se recoge en primer lugar el motivo de consulta y el grado de interferencia que le provoca en su día a día. También se recoge la causalidad de la sintomatología y los posibles desencadenantes. Por otra parte, permite valorar la presencia de otros trastornos mentales (trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, consumo de sustancias). Finalmente, proporciona otro tipo de información que puede ser valiosa para el diagnóstico y el tratamiento como la existencia de tratamientos psicológicos anteriores, historia de consumo de sustancias o presencia de problemas médicos relevantes.

Entrevista Biográfica (Labpsitec, 1995). Permite obtener información acerca de una serie de variables socio-demográficas: sexo, fecha de nacimiento, edad, lugar de residencia, estado civil, nivel de estudios y situación laboral. Además, recoge las áreas más importantes de la vida de la persona y se le pide que haga una valoración sobre cada una de ellas. Estas áreas son las siguientes: 1) la familia, en la que se indaga sobre los diferentes miembros que la componen, las relaciones entre éstos y si existen antecedentes familiares de problemas psicológicos y/o psiquiátricos; 2) la vida laboral del paciente, que incluye cuestiones sobre el trabajo que la persona está desempeñando en la actualidad, su satisfacción con el mismo y la situación económica en la que se encuentra; 3) el área social; 4) el área sexual; 5) el área que incluye la pareja y los hijos, en caso de que la persona los tenga y 6) el área de la salud.

Entrevista de Trastornos Alimentarios (Perpiñá, 1999). Es una entrevista de evaluación de los TCA que se administra de forma individual y la duración de la administración es de 1 hora aproximadamente. Su objetivo es discriminar si la persona presenta un TCA, la gravedad y la historia del problema. Contiene 4 apartados: 1) Historia del peso, 2) Historia de los hábitos alimentarios, 3) Área social y 4) Autoestima. Mediante la entrevista se obtiene una descripción de la evolución del peso, enfatizando detalles como peso máximo, peso mínimo, oscilaciones de peso, edad de menarquia, hábitos alimentarios antes y durante el problema alimentario, se valoran la presencia de atracones y de conductas purgativas y las características y frecuencia de estos. También se valora el grado de malestar con el cuerpo y el

peso.

Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II; First et al., 1999). Esta entrevista diagnóstica recoge los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) para los trastornos de la personalidad del grupo A (esquizoide, esquizotípico y paranoide), del grupo B (antisocial, histriónico, límite y narcisista) y del grupo C (dependiente, depresivo, evitativo, obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo). La evaluación mediante la SCID-II incluye tres columnas: en la primera de ellas aparecen las preguntas, en la segunda se enumeran los criterios diagnósticos del DSM-IV y, en la última, se puntúa el ítem de la siguiente manera: ¿?= información inadecuada; 1:= ausencia de síntoma; 2= el criterio casi se alcanza, pero no plenamente; 3= se cumple el criterio. Aparte de esta entrevista, es posible la administración de un cuestionario de personalidad auto-cumplimentado que actúa como cribado. Consta de 119 ítems de respuesta dicotómica (SI/NO) y su corrección se basa en el número de respuestas positivas que la persona ha dado en cada uno de los posibles trastornos evaluados. Para agilizar el proceso de evaluación en el presente estudio se ha hecho uso de ambos instrumentos. Así, en primer lugar, se ha utilizado el cuestionario y, posteriormente, en aquellos ítems contestados de forma afirmativa y que superaban la puntuación de corte, se ha evaluado en mayor profundidad administrando la parte de la entrevista diagnóstica correspondiente. Los estudios de fiabilidad y validez realizados muestran gran variabilidad en los resultados, pero en su mayoría arrojan índices aceptables (First *et al.*, 1999).

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II: *Beck Depression Inventory-Second Edition*; Beck, Steer y Brown, 1996. Validado en población española por Sanz, Navarro y Vázquez, 2003). Este instrumento es uno de los más utilizados en la evaluación del estado de ánimo deprimido. Está constituido por 21 grupos de afirmaciones que evalúan síntomas y cogniciones relacionadas con la depresión. Cada grupo presenta 4 alternativas de respuesta ordenadas en función de su intensidad creciente que se puntúa en una escala de 0 a 3. El participante debe responder de acuerdo con la afirmación que mejor describa el modo en el que se ha sentido durante las últimas dos semanas. Se suma para obtener la puntuación total, que puede ser de un máximo de 63 puntos. De acuerdo con el manual del BDI-II, las puntuaciones de 0-13

denotan depresión mínima, las puntuaciones de 14 a 19 depresión leve, las puntuaciones de 20 a 28 depresión moderada y más de 28 denota una depresión grave (Segal, Coolidge, Cahill y O' Rille, 2008). El BDI-II es sensible a los cambios en la depresión: una diferencia de 5 puntos corresponde a una diferencia clínica mínimamente importante, de 10 a 19 señala una diferencia moderada y de 20 puntos o más una gran diferencia (Hiroe *et al.*, 2005). El instrumento presenta una adecuada consistencia interna (*alfa de Cronbach* oscila de 0,76 a 0,95) y una fiabilidad test-retest de alrededor de 0,8 (Beck *et al.*, 1996). La versión española de este instrumento también ha mostrado una consistencia interna elevada (*alfa de Cronbach* de 0,87) para la población general y para la población clínica (*alfa de Cronbach* de 0,89) (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún, y Vázquez, 2005).

Inventario de Esquemas de Apariencia (IEA) (Appearance Schemas Inventory: ASI; Cash y Labarge, 1996). Consiste en un instrumento que evalúa el componente cognitivo de la imagen corporal. Concretamente, se centra en la existencia de creencias o supuestos específicos sobre la apariencia física y la importancia que esta tiene en la vida de una persona. Está compuesto por 14 afirmaciones que se puntúan como 0=totalmente de acuerdo, 1=en desacuerdo, 2=ni de acuerdo ni en desacuerdo, 3= bastante de acuerdo y 4=totalmente de acuerdo, siendo el valor máximo 56, y el mínimo, 0. A mayor puntuación en el inventario, mayor valoración del aspecto físico como definición de la propia valía personal. Las puntuaciones del inventario sobre esquemas acerca de la apariencia presentan una consistencia interna de 0,84 y una fiabilidad test-retest de 0,71.

Body Shape Questionnaire (BSQ) Cuestionario de la forma corporal; adaptado por Mora y Raich, 1993). Consiste en un cuestionario sobre la forma corporal que trata de medir la ansiedad ante el propio cuerpo. Consta de 34 ítem con una escala tipo likert con 6 posibles respuestas: 1= nunca, 2= raramente, 3= algunas veces, 4= a menudo, 5= muy a menudo, 6= siempre. Las puntuaciones iguales o superiores a 105 se consideran de claro riesgo. La fiabilidad de este cuestionario ha quedado asegurada con los altos índices de consistencia interna que se obtuvieron en el estudio de adaptación (*alfa de Cronbach* entre 0,95 y 0,97). El BSQ muestra elevada validez concurrente con otros instrumentos similares como el *Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire* (MBSRQ) y la subescala de insatisfacción corporal del *Eating Disorders Inventory* (EDI) (Raich, Torras y Figueras, 1996).

Test de las Actitudes Corporales (BAT: Body Attitud Test; Probst, Vandereycken, Van Coppenolle y Vanderlinden, 1995). Es una escala que evalúa distintos aspectos de la insatisfacción con el cuerpo como son pensamientos, emociones y las actitudes hacia determinadas características corporales y del cuerpo en su totalidad. Se compone de 20 ítems que se puntúan en una escala tipo likert de 5 puntos en la que 0 es nunca y 5 siempre. La puntuación oscila entre 0 y 100. El punto de corte que distingue entre población general y población clínica en la versión original realizada por (Probst, Vandereycken, Van Coppenolle y Vanderlinden, 1995) es de 36. En estudios con población española el coeficiente de consistencia interna es de .92 y la fiabilidad test-retest de .91 (Gila, Castro, Gómez, Toro y Salamero, 1999). En población española también se ha obtenido una consistencia interna de .92 y la fiabilidad test- retest .87. Además, se han obtenido muy buenas correlaciones con el ASI 0,67, BASS 0,71, BIATQ 0,78, SIBID 0,77 (Salvador, Quero, Baños, Perpiñá y Botella, 2004).

Cuestionario sobre los pensamientos automáticos a cerca de la imagen corporal (BIATQ: Body Image Automatic Thoughts Questionnaire; Cash, Lewis, Keeton, 1987). Es un cuestionario que evalúa el componente cognitivo de la IC. Evalúa la frecuencia con la que la persona ha tenido pensamientos negativos o positivos acerca del cuerpo o de su aspecto. Está formado por 52 ítems, en los que se recogen posibles pensamientos automáticos sobre el aspecto físico y el cuerpo. Cada pensamiento se puntúa de 1 (nunca) a 5 (muy a menudo). Presenta dos subescalas, una que evalúa pensamientos positivos (15 ítems) y otra que evalúa los pensamientos negativos (37 ítems). Se han obtenido coeficientes de consistencia interna de 0,90 para población normal como en población de pacientes con bulimia, una fiabilidad test-retest es de 0,90 en la escala negativa y de 0,71 en la escala positiva (Cash y col., 1987). Se ha realizado una validación en población española donde se ha obtenido una consistencia interna de 0,91 la escala general, 0,97 la escala negativa, 0,91 la escala positiva. Lo mismo se ha encontrado con la fiabilidad test-retest 0,91 para la general, 0,88 para la negativa, 0,76 para la positiva. Respecto a la validez predictiva, el BIATQ discrimina entre pacientes y no pacientes y entre población general, subclínica y clínica. También presenta una validez convergente con el BAT de 0,86, BASS de 0,80, con el SIBID de 0,78 y el ASI de 0.63 (Borra, Baños, Botella, Quero y Jorquera, 2003).

The Eating Attitudes Test -EAT- (Test de Actitudes Alimentarias) (Garner y Garfinkel, 1979; Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982). Versión española adaptada por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991). Consiste en un cuestionario diseñado para evaluar la patología alimentaria, cuyo objetivo es evaluar la presencia de actitudes y conductas asociadas con la anorexia nerviosa, especialmente aquellas relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso a adelgazar y los patrones alimentarios restrictivos.

Se trata de un auto-informe que, en su versión original, consta de 40 ítems (EAT-40), cada uno de los cuales se evalúa en una escala Likert de 6 puntos (desde "siempre" hasta "nunca"). La estructura factorial del EAT revela 7 factores: preocupación por la comida, imagen corporal por la delgadez, vómitos y abuso de laxantes, hacer dieta, comer lento, comer clandestino y presión social percibida por ganar peso (Garner y Garfinkel, 1979).

Las puntuaciones altas son indicativas de presencia de síntomas, pero no necesariamente de un diagnóstico de anorexia. Según sugieren los autores, la puntuación de corte que identifica actitudes y comportamientos alimentarios alterados es de 30.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, y con respecto a la fiabilidad, la consistencia interna de la puntuación total es de 0,79 en muestras clínicas (pacientes anoréxicas), de 0,94 para la población general, y de 0,94 al agruparse ambas muestras (33 pacientes con anorexia y 59 controles) (Garner y Garfinkel, 1979). La fiabilidad test retest para un intervalo de 2-3 semanas es de 0,84 (Carter y Moss, 1984).

Por lo que respecta a su validez concurrente, el EAT presenta unas correlaciones de moderadas a altas con las tres escalas de síntomas del EDI (Garner, Olmsted y Polivy, 1983), concretamente 0,81 con impulso a adelgazar; 0,50 con insatisfacción corporal y 0,42 con bulimia, y con el BITE se encuentra una correlación de 0,70 (Henderson y Freeman, 1987).

Y por último, en cuanto a su validez discriminante, el EAT es útil para detectar en la población general a personas que tienen problemas importantes relacionados con los trastornos alimentarios, si bien la mayoría de las personas que obtienen las puntuaciones más altas no tienen por qué presentar el síndrome completo de anorexia nerviosa (Carter y Moss, 1984).

En definitiva, el EAT es un buen instrumento para discriminar entre grupos clínicos de trastornos alimentarios (bien sea de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno por atracón) y población general; sin embargo no es un instrumento capaz de diferenciar entre grupos de anorexia y bulimia nerviosas (Williamson, Cubic and Gleaves, 1993). Comentar que este instrumento es sensible al cambio y refleja cambios en la sintomatología de las

pacientes recuperadas (Garner y Garfinkel, 1979). Podemos decir que el EAT es el cuestionario autoaplicado más usado, de fácil utilización, ya que requiere de un nivel de lectura comprensiva equivalente a quinto año de primaria. Su fiabilidad test-retest oscila entre el 77 y 95%, con valor predictivo positivo del 82% y predictivo negativo del 93%.

De este cuestionario disponemos de datos elaborados en nuestro país (Toro, de la versión española del EAT-40 (Castro, Toro, Salamero y Guimerá, 1991). En este último trabajo, llevado a cabo con un grupo de 78 mujeres adolescentes y un grupo de 78 anoréxicas, se obtuvo un índice de consistencia interna de 0.93 para ambos grupos y de 0.92 para la muestra anoréxica. En la validación española, a diferencia del trabajo original, se recomienda una puntuación de corte de 20 ya que permite una sensibilidad del 91% y una especificidad 69.2%.

Eating Disorder Inventory (EDI-2; Garner et al., 1991). Se trata de una prueba que consta de 91 ítems, que proporciona datos sobre los aspectos psicológicos y conductuales de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Cada uno de ellos debe contestarse indicando si cada situación les ocurre “nunca”, “pocas veces”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre” o “siempre”.

Consta de diferentes subescalas clínicamente relevantes: deseo de delgadez, síntomas bulímicos, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a madurar, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. En esta prueba la puntuación de cada subescala tiene más valor que la puntuación total. Resulta muy interesante su uso para ver la evolución psicológica durante el tratamiento, y la escala de deseo o tendencia a la delgadez, se ha usado como prueba de screening.

La fiabilidad del cuestionario refleja una consistencia interna que oscila entre 0,83 y 0,92, excepto la subescala de Miedo a la Madurez que es de 0,65. La fiabilidad test-retest oscila entre 0,79 y 0,95 (tras una semana), excepto la subescala de conciencia interoceptiva que es de 0,67. Tras tres semanas la fiabilidad oscila entre 0,81 y 0,97, excepto la subescala de Miedo a Madurar que es de 0,65. Tras un año la fiabilidad oscilaba entre 0,41 y 0,75. Con respecto a la validez, la correlación de la subescala de Motivación para Adelgazar con el Test de Actitudes hacia la Comida (EAT) fue de 0,71; la subescala de Restricciones Alimentarias y el EAT tuvo una correlación de 0,61; la subescala de Bulimia con las subescalas de Bulimia y Preocupación por la Comida del EAT fue de 0,68. Discrimina entre pacientes con trastornos de alimentación de personas sin trastorno. Es sensible al cambio producido tras el tratamiento en

pacientes con bulimia.

5. RESULTADOS

Para el análisis de datos del presente trabajo se ha utilizado el SPSS versión 20.0. Con la finalidad de estructurar y clarificar la exposición de los resultados, las variables analizadas han sido agrupadas en las siguientes categorías:

- Datos descriptivos de la muestra.
- Diferencias entre las tres categorías diagnósticas en cada una de las variables analizadas.
- Resultado de los diferentes autoinformes administrados.
- Datos descriptivos de la muestra, en función del dispositivo asistencial al que cada paciente es asignado en primer lugar.
- Diferencias entre los tres dispositivos asistenciales en cada una de las variables analizadas.
- Análisis del recorrido más común de los pacientes entre los diferentes dispositivos asistenciales.
- Modelo de Mediación.
- Cambios en el IMC tras el tratamiento.
- Diferencias entre pacientes, teniendo en cuenta los diferentes dispositivos asistenciales que utilizan a lo largo del tratamiento.

A continuación se presentan los resultados obtenidos relacionados con los diferentes objetivos del presente estudio.

5.1 DATOS DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA

En primer lugar, se exponen los resultados de los análisis llevados a cabo con el objetivo de describir la muestra en las variables socio-demográficas y clínicas. En la tabla 7 se pueden observar los estadísticos descriptivos de la muestra.

Como ya hemos señalado previamente, el total de la muestra (N=322) estuvo compuesta en su mayoría por mujeres (95,3%). El rango de edad se situó entre los 10 y los 50

años con una media de 23,62 y una desviación típica de 8,94. Respecto al diagnóstico, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2002), 60 de los pacientes (18,6 %) cumplían criterios de AN restrictiva, 49 pacientes (15,2%) cumplían criterios de AN purgativa, 15 pacientes (4,7%) cumplían criterios para BN no purgativa, 70 pacientes (21,7%) cumplían criterios para BN purgativa, 8 pacientes (2,5%) cumplían criterios para el diagnóstico de TA y, el mayor porcentaje de la muestra, 120 pacientes (37,3%) cumplían criterios diagnósticos para un TCANE.

El rango de IMC se situó entre 14,70 y 40,10 con una media total de 20,70 y una desviación típica de 5,32.

Los años de evolución que los pacientes llevaban sufriendo el TCA tenía un rango entre 0 y 23 con una media de 5,63 años y una desviación típica de 5,27.

Como se muestra en la tabla 7, 105 pacientes (32,6%) presentan comorbilidad diagnóstica en eje I, cumpliendo 14 de ellos los criterios para un trastorno de ansiedad (4,3%), 32 para un trastorno de depresión mayor (9,9%), 17 para un trastorno de abuso de sustancias (5,3%), 3 de ellos los criterios para un trastorno somatomorfo (0,9%), 15 para un trastorno de estrés postraumático (4,7%), 2 para un trastorno bipolar (0,6%), 17 para un trastorno de abuso de alcohol (5,3%), 2 para un trastorno esquizoafectivo (0,6%) y 3 de ellos para un trastorno obsesivo compulsivo (0,9%). Con respecto al diagnóstico en eje II, 268 pacientes presentaban un diagnóstico comórbido de personalidad siendo el trastorno límite de personalidad (27,3 %) el más frecuente seguido del trastorno de personalidad no especificado (15,5%) y el trastorno de personalidad obsesivo compulsivo (15,2%).

La mayor parte de la muestra (84,7%) no presentaba consumo de tóxicos en el momento de la evaluación. Los pacientes que sí presentaban consumo, solían consumir cocaína (5,6%) y alcohol (4,7%).

En relación a la ideación suicida, 16 pacientes (13%) referían experimentar ideas activas de muerte y 34 pacientes (26,8%) intentos previos de conductas suicidas.

Tabla 7 - Variables socio-demográficas y clínicas: estadísticos descriptivos

	<i>n</i>	Muestra total (<i>N</i> = 322)
Sexo		
Mujeres (%)	307	95,3%
Hombres (%)	15	4,7%
Edad <i>M(DT)</i>	-	23,62 (8,94)
Diagnóstico		
AN restrictiva (%)	60	18,6%
AN purgativa (%)	49	15,2%
BN no purgativa (%)	15	4,7%
BN purgativa (%)	70	21,7%
Trastorno por atracón (%)	8	2,5%
TCANE (%)	120	37,3%
IMC <i>M(DT)</i>	-	20,70 (5,32)
Años de evolución <i>M(DT)</i>	-	5,63 (5,27)
Comorbilidad eje I		
Ninguno (%)	217	67,4%
Trastorno Ansiedad (%)	14	4,3%
Depresión Mayor (%)	32	9,9%
Abuso de Sustancias (%)	17	5,3%
Trastornos Somatomofos (%)	3	0,9%
TEPT (%)	15	4,7%
Trastorno Bipolar (%)	2	0,6%
Abuso Alcohol (%)	17	5,3%
Trastorno Esquizoafectivo (%)	2	0,6%
TOC (%)	3	0,9%
Comorbilidad eje II		
Ninguno (%)	54	16,6%
TLP (%)	88	27,3%
TPOC (%)	49	15,2%
TP Dependiente (%)	6	1,9%
TP Histriónico (%)	25	7,8%
TP Evitación (%)	10	3,1%
TP Paranoide (%)	1	0,3%
TP Esquizotípico (%)	3	0,9%
TPNE (%)	50	15,5%
Rasgos Clúster B (%)	28	8,7%
Rasgos Clúster C (%)	8	2,5%
Tóxicos		
Ninguno (%)	273	84,7%
Alcohol (%)	15	4,7%
Cocaína (%)	18	5,6%
Cannabis (%)	7	2,2%
Benzodiazepinas (%)	1	0,3%
Alcohol y Cocaína (%)	8	2,5%
Ideación suicida*	16	13%
Intentos previos de suicidio*	34	26,8%

Nota. M = Media; DT = Desviación típica; AN = Anorexia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa; TCANE = Trastorno de conducta alimentario no especificado; IMC = Índice de masa corporal. TEPT = Trastorno estrés postraumático; TOC = Trastorno obsesivo compulsivo; TLP = Trastorno límite de personalidad; TP = Trastorno de personalidad; TPOC = Trastorno de personalidad obsesivo compulsiva; TPNE = Trastorno de personalidad no especificado; *n =123 y n= 127 respectivamente.

5.1.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA DE VARIABLES PREDISONENTES

La Tabla 8 muestra los datos descriptivos en cuanto a las variables predisponentes analizadas. Como se puede observar, 78 de los pacientes (60%) presentaba antecedentes familiares psiquiátricos, siendo los TCA el más común con 28 participantes (21,5%), seguido de trastornos afectivos con 19 pacientes (14,6%) y otros problemas psicológicos con 15 pacientes (11,5%), consumo de tóxicos lo referían 14 pacientes (10,8%) y trastornos psicóticos 2 de ellos (1,5%).

Es importante destacar que gran parte de la muestra presentaba algún acontecimiento negativo/estresante que le había generado, o le generaba, interferencia en sus vidas.

Tabla 8 - Datos descriptivos de la muestra respecto a las variables predisponentes

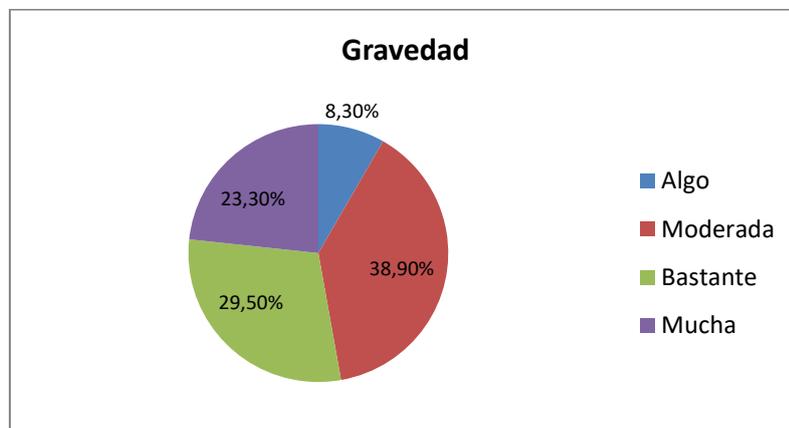
	<i>n</i>	Muestra total (<i>N</i> = 130)
AF psiquiátricos		
Ninguno	52	40 %
Afectivos (%)	19	14,6 %
Psicóticos (%)	2	1,5 %
Tóxicos (%)	14	10,8 %
TCA (%)	28	21,5 %
Otros (%)	15	11,5 %
Acontecimientos vitales		
		Muestra total (<i>N</i> = 123)
Ninguno (%)	65	52,8 %
Duelo (%)	12	9,8 %
Burlas (%)	13	10,6 %
Maltrato (%)	10	8,1 %
Otros (%)	23	18,7 %

Nota. AF = Antecedentes familiares; TCA = Trastorno de la conducta alimentaria.

5.1.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVOS ACERCA DE LA GRAVEDAD GENERAL OBSERVADA POR EL CLÍNICO

Los terapeutas valoraron la gravedad que percibían en los pacientes tras la evaluación inicial de estos. La gravedad se dividió en 4 categorías, algo, moderada, bastante y mucha. Como se puede observar en el gráfico 2, 16 de los pacientes (8,3%) fueron valorados como “algo” graves, 75 de ellos (38,9%) fueron valorados con una gravedad “moderada”, 57 (29,50%) con una “bastante” gravedad y 45 (23,3%) con “mucha” gravedad.

Gráfico 2 - Descriptivos de la variable gravedad general observada por el clínico



Nota. La muestra de la variable es N = 193.

5.1.3 ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LA DURACIÓN Y RESULTADO DEL TRATAMIENTO EN LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

Los resultados que hacen referencia a la duración del tratamiento total en días de los pacientes en los diferentes dispositivos utilizados, muestran un rango entre los 0 y 3.249 días de tratamiento con una media de 894,49 (DT= 739,38). Los pacientes como promedio utilizaron entre 2 y 3 dispositivos asistenciales (M=2,55; DT= 2,18). El resultado del tratamiento global en la muestra indica que 195 participantes (66,6%) obtienen el alta clínica, 53 pacientes (18%) abandonan el tratamiento, 16 pacientes (5,4%) fueron derivados a un dispositivo externo por la dificultad de llevar a cabo el tratamiento en el centro y 30 de los participantes (10,2%) continuaban en tratamiento en el momento del análisis de los datos. La Tabla 9

presenta con mayor detalle estas características de la muestra.

Tabla 9 - Datos descriptivos de la muestra en relación a la duración del tratamiento y los dispositivos asistenciales utilizados

	<i>n</i>	Muestra total
Duración del tratamiento <i>M (DT)</i>	-	894,49 (739,38)
Total dispositivos <i>M (DT)</i>	-	2,55 (2,18)
Resultado del tratamiento		
Alta (%)	195	66,6 %
Abandono (%)	53	18 %
Derivación dispositivo externo (%)	16	5,4 %
En tratamiento (%)	30	10,2 %

Nota. M = Media; DT = Desviación típica. La n de cada variable varía de la siguiente manera: n=249; n= 300; n= 294.

5.2 DIFERENCIAS ENTRE LAS 3 CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS EN LAS VARIABLES ANALIZADAS

Para realizar estos análisis, se han utilizado las 3 categorías diagnósticas (AN, BN, TCANE), sin tener en cuenta los subtipos dentro de los diagnósticos y el TA se ha incluido dentro de los TCANE. Para analizar la relación entre distintas variables categóricas se llevaron a cabo pruebas chi-cuadrado. En algunas tablas de contingencia se observó un porcentaje mayor al 20% de casillas con una frecuencia esperada inferior a 5, por lo que los resultados del contraste chi-cuadrado con el método asintótico típico podrían no ser fiables. Los resultados asintóticos obtenidos a partir de conjuntos de datos pequeños o dispersos, o de tablas no equilibradas pueden llevar a conclusiones erróneas. Las pruebas exactas permiten obtener un nivel de significación exacto sin confiar en supuestos que los datos podrían no cumplir, por lo que se realizó una prueba de chi-cuadrado mediante muestreo Monte Carlo, con 10.000 muestras y un nivel de confianza del 99%. La estimación de Monte Carlo es una estimación no sesgada del nivel de significación exacto, calculada mediante el muestreo repetido a partir de un conjunto de tablas con iguales dimensiones y marginales de fila y columna que la tabla observada. El método de Monte Carlo permite estimar la significación exacta sin tener que

confiar en los supuestos que requiere el método asintótico.

Para analizar la relación entre las distintas categorías de las variables, se utilizaron los Residuos Tipificados Corregidos (RTC). Cabe mencionar que si el RTC es grande (en valores absolutos), las categorías correspondientes estarán relacionadas. Así pues, si el RTC es mayor a 1.96 (95% Nivel de confianza) podremos afirmar que la relación es significativa. Además, el signo del RTC nos informará del tipo de relación entre las categorías implicadas.

Por último, para analizar el grado de asociación entre las variables, se utilizó el coeficiente V de Cramer, que oscila entre 0 (nada de relación) y 1 (relación perfecta). Según Cohen (1988, el valor 0.1 representa un valor pequeño, 0.3 un valor medio, y 0.5 un valor grande. Se utilizó dicho coeficiente debido a que resulta más útil cuando las variables tienen más de dos categorías.

Este tipo de análisis se llevó a cabo para una serie de variables como la comorbilidad, la gravedad general observada por el clínico, ideación suicida, la comorbilidad con trastornos del eje II, como los trastornos de personalidad. A continuación, se describen con más detalle estos resultados.

5.2.1 DIFERENCIAS EN RELACIÓN A VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA MUESTRA

En la tabla 10 se presentan los estadísticos descriptivos de las variables socio-demográficas y clínicas, teniendo en cuenta cada una de las categorías diagnósticas. Respecto a los análisis llevados a cabo, para la variable edad de consulta, edad de inicio del problema, IMC, años de evolución de la enfermedad, ingresos previos, duración del tratamiento y número de dispositivos utilizados a lo largo del tratamiento se utilizó un ANOVA de un factor. Los resultados indican que los pacientes con un diagnóstico de AN tienen menor edad cuando acuden a buscar ayuda que los pacientes con un diagnóstico de BN y TCANE, $F(2,277) = 5.62, p = .004$. Además, la edad de inicio de la enfermedad es más temprana en la AN que en la BN, $F(2,189) = 6.43, p = .002$. Por otra parte, los resultados muestran que los pacientes con un diagnóstico de AN tienen un peso significativamente inferior a los pacientes con un diagnóstico de BN o de TCANE, $F(2,132) = 22.41, p < .001$. En el gráfico 3 se muestran los resultados más

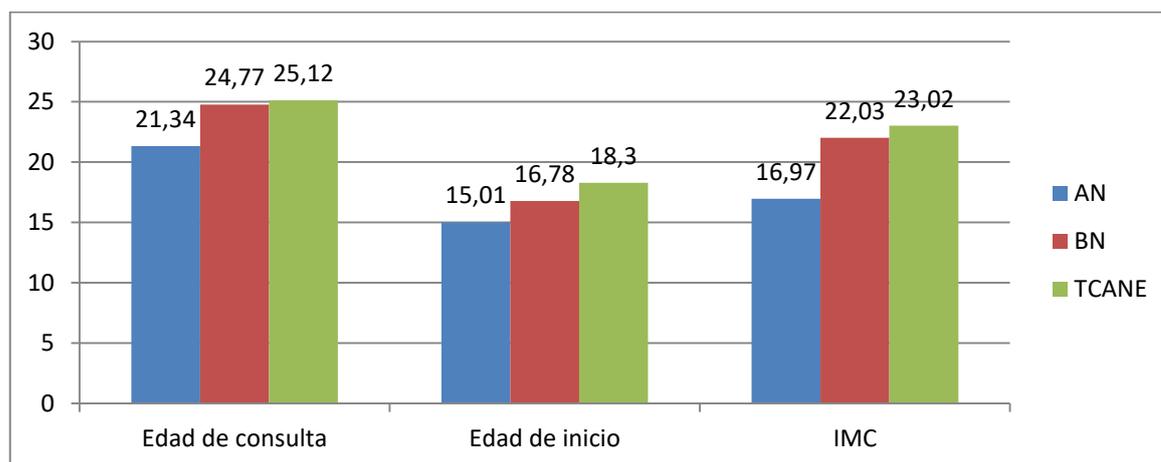
relevantes.

Tabla 10 - Estadísticos descriptivos y resultados de los ANOVAS en las distintas variables clínicas

	<i>AN</i> M (DT)	<i>BN</i> M (DT)	<i>TCANE</i> M (DT)	<i>F</i>	<i>p</i>
Edad de consulta	21,34(8,22)	24,77(7,77)	25,12(9,96)	5,62	.004
Edad de inicio	15,01(2,89)	16,78(4,68)	18,30(7,48)	6,42	.002
IMC	16,97 (1,08)	22,03 (3,97)	23,02 (6,69)	22,41	.001
Años de evolución	4,91 (5,48)	6,79 (4,78)	5,36 (5,36)	2,17	.117
Ingresos previos	0,90 (1,43)	1,42 (3,08)	0,98 (2,59)	0,85	.431
Duración del tto.	807,88 (700,08)	991 (782,46)	909,79 (744,25)	1,13	.324
Dispositivos	2,47 (1,99)	2,76 (2,26)	2,48 (2,28)	0,46	.633

Nota. M = Media; DT = Desviación típica; AN = Anorexia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa; TCANE = Trastorno de la conducta alimentaria no especificado; IMC = Índice de masa corporal; tto. = Tratamiento.

Gráfico 3 - Medias de las variables socio-demográficas y clínicas en las distintas submuestras



Nota. AN = Anorexia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa; TCANE = Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

En cuanto a la relación entre el tipo de diagnóstico y el tipo de comorbilidad en el eje I que presentan los pacientes, la significación exacta mediante el método Monte Carlo indica que no se puede mantener la hipótesis nula de independencia, $\chi^2 (18, N = 322) = 34,12, p = .006$, por lo que existe una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de diagnóstico y el tipo de comorbilidad que presentan los pacientes. Concretamente, atendiendo a los residuos tipificados corregidos (RTC), hay un porcentaje mayor al que cabría esperar por azar de pacientes con AN (RTC = 3,2) que no tienen ninguna comorbilidad con otro trastorno del eje I. Existe un mayor porcentaje al esperado de pacientes con AN que presentan un Trastorno Esquizoafectivo (RTC = 2,0). Por otra parte, se observa un porcentaje mayor a lo esperado de pacientes con BN que presentan comorbilidad con abuso de sustancias y TEPT (RTC = 2,6 y 2,4, respectivamente) que las pacientes con AN (RTA = -0,9 y -1,7, respectivamente). En el caso de pacientes con un TCANE se observa un porcentaje mayor a lo esperado que presenten más comorbilidad con un Trastorno Depresivo Mayor (RTC = 2,0).

El estadístico V de Cramer fue 0,23 ($p = ,006$), lo que representa una asociación pequeña-media entre el tipo de diagnóstico y el tipo de comorbilidad presentado. La tabla 11 muestra estos resultados.

Tabla 11 - Relación entre el diagnóstico de TCA y la comorbilidad observada con otros diagnósticos del eje I

		Comorbilidad eje I										
		Ninguno	TA	TDM	TAS	TSOM	TEPT	TB	TAA	TEA	TOC	TOTAL
AN	Recuento	86	4	9	4	1	2	0	1	2	0	109
	FE	73,5	4,7	10,8	5,8	1,0	5,1	0,7	5,8	0,7	1,0	
	% del tot.	26,7%	1,2%	2,8%	1,2%	0,3%	0,6%	0%	0,3%	0,6%	0	33,9%
	RTC	3,2	-0,4	-0,07	-0,9	0,0	-1,7	-1,0	-2,5	2,0	-1,2	
BN	Recuento	52	3	5	9	0	8	1	6	0	1	85
	FE	57,3	3,7	8,4	4,5	0,8	4,0	0,5	4,5	0,5	0,8	
	% del tot.	16,1%	0,9%	1,6%	2,8%	0%	2,5%	0,3%	1,9%	0%	0,3%	26,4%
	RTC	-1,4	-0,4	-1,5	2,6	-1,0	2,4	0,8	0,9	-0,8	0,3	
TCANE	Recuento	79	7	18	4	2	5	1	10	0	2	128
	FE	86,3	5,6	12,7	6,8	1,2	6,0	0,8	6,8	0,8	1,2	
	% del tot.	24,5%	2,2%	5,6%	1,2	0,6%	1,6%	0,3%	3,1%	0%	0,6%	39,8%
	RTC	-1,8	0,8	2	-1,4	1,0	-0,5	0,3	1,7	-1,2	1,0	
TOTAL	Recuento	217	14	32	17	3	15	2	17	2	3	322
	% del tot.	67,4%	4,3%	9,9%	5,3%	0,9%	4,7%	0,6%	5,3%	0,6%	0,9%	100%

Nota. AN =Anorexia nerviosa; BN =Bulimia nerviosa; TCANE =Trastorno de la conducta alimentaria; TA =Trastornos de ansiedad; TDM =Trastorno de depresión mayor; TAS = Trastorno de abuso de sustancias; TSOM =Trastornos somatomorfos; TEPT =Trastornos somatomorfos; TEPT =Trastorno por estrés postraumático; TB =Trastorno bipolar; TAA =Trastorno por abuso de alcohol; TEA = Trastorno esquizoafectivo, TOC = Trastorno obsesivo compulsivo; FE =Frecuencia esperada; tot =Total; RTC =Residuos tipificados corregidos.

En la tabla 12 se presentan los estadísticos que muestran la relación entre el diagnóstico de TCA y la gravedad general observada por el clínico. Como se puede observar, existe una relación significativa, lo que indica que no se puede mantener la hipótesis nula de independencia, $\chi^2(6, N = 193) = 13,20, p = .040$, los datos muestran que existe una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de diagnóstico y la gravedad observada por el clínico. En concreto, se observa un porcentaje mayor al que cabría esperar por azar de pacientes con BN valorados por el clínico como teniendo “mucha” gravedad (RTC =2,6). Además, también se observa un porcentaje mayor de lo esperado por azar que pacientes con AN sean valorados con “bastante” gravedad (RTC=-2,0), mientras que pacientes con TCANE presentan “algo” de gravedad (RTC =2,2).

El estadístico V de Cramer fue 0,19 ($p = .040$), lo que representa una asociación pequeña-media entre el tipo de diagnóstico y la gravedad general percibida por el clínico.

Tabla 12 - Relación entre diagnóstico de TCA y la gravedad general valorada por el clínico

		GRAVEDAD GENERAL				
DIAGNÓSTICO		ALGO	MODERADA	BASTANTE	MUCHO	TOTAL
AN	Recuento	3	28	27	13	71
	FE	5,9	27,6	21,0	16,6	
	% del tot.	1,6%	14,5%	14%	6,7%	36,8%
	RTC	-1,6	0,1	2,0	-1,3	
BN	Recuento	4	23	12	21	60
	FE	5,0	23,3	17,7	14,0	
	% del tot.	2,1%	11,9%	6,2%	10,9%	31,1%
	RTC	-0,5	-0,1	-2,0	2,6	
TCANE	Recuento	9	24	18	11	62
	FE	5,1	24,1	18,3	14,5	
	% del tot.	4,7%	12,4%	9,3%	5,7%	32,1%
	RTC	2,2	0,0	-0,1	-1,3	
TOTAL	Recuento	16	75	57	45	193
	% del tot.	8,3%	38,9%	29,5%	23,3%	100%

Nota. AN = Anorexia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa; TCANE = Trastorno de la conducta alimentaria; FE = Frecuencia esperada; tot. = Total; RTC = Residuos tipificados.

En cuanto a la relación entre el diagnóstico y los intentos previos de suicidio que presentan los pacientes, los resultados indican que no se puede mantener la hipótesis nula de independencia, $\chi^2(2, N = 127) = 14,24, p = .001$, ya que existe una asociación estadísticamente

significativa entre el tipo de diagnóstico y la ideación suicida. Concretamente, se observa un porcentaje mayor del que cabría esperar por azar de que los pacientes con BN (RTC= 3,7) presenten un mayor número de intentos previos suicidas. El estadístico V de Cramer fue 0,34 ($p = ,001$), lo que representa una asociación pequeña-media entre el tipo de diagnóstico y la ideación suicida. Se puede observar con más detalle en la tabla 13.

Tabla 13 - Relación entre el diagnóstico de TCA y los intentos previos de suicidio

DIAGNÓSTICO		Intentos previos de suicidio		TOTAL
		NO	SI	
AN	Recuento	37	6	43
	FE	31,5	11,5	
	% del tot.	29,1%	4,7%	33,9%
	RTC	2,3	-2,3	
BN	Recuento	20	19	39
	FE	28,6	10,4	
	% del tot.	15,7%	15,0%	30,7%
	RTC	-3,7	3,7	
TCANE	Recuento	36	9	45
	FE	33,0	12,0	
	% del tot.	28,3%	7,1%	35,4%
	RTC	1,3	-1,3	
TOTAL	Recuento	93	34	127
	% del tot.	73,2%	26,8%	100%

Nota. AN = Anorexia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa; TCANE = Trastorno de la conducta alimentaria; FE= Frecuencia esperada; tot.= Total; RTC = Residuos tipificados.

En la tabla 14 se muestra la relación entre el diagnóstico de TCA y el diagnóstico comórbido con los trastornos de personalidad. Los datos indican que no se puede mantener la hipótesis nula de independencia, $\chi^2 (20, N = 322) = 45,98, p = .001$, ya que existe una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de diagnóstico y el Trastorno de Personalidad. Los resultados van en la siguiente dirección: hay un porcentaje mayor de lo esperado de pacientes con BN que tengan Trastorno de la Personalidad Límite (RTC = 2,8) y un Trastorno de Personalidad Dependiente (RTC = 2,3). Por el contrario, hay un porcentaje mayor de lo esperado de pacientes con AN que tengan un Trastorno de Personalidad Obsesivo (RTC = 3,4), y un Trastorno de la Personalidad por Evitación (RTC = 3,1).

El estadístico V de Cramer fue 0,27 ($p < .001$), lo que representa una asociación pequeña-media entre el tipo de diagnóstico y la posibilidad de experimentar un Trastorno de la Personalidad comórbido.

En cuanto a la relación entre el diagnóstico y el sexo de los pacientes, los datos indican que se puede mantener la hipótesis nula de independencia, $\chi^2 (2, N = 322) = 3,95, p = .137$, ya que no existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, aunque parece que hay un porcentaje mayor del esperado de que los pacientes con BN sean mujeres (RTC = 1,8) y una probabilidad mayor de la esperada de que los pacientes con TCANE sean varones (RTC = 1,6). El estadístico V de Cramer fue 0,11 ($p = .137$), lo que representa una asociación pequeña entre el tipo de diagnóstico y el sexo de los pacientes. Se puede observar con más detalle en la tabla 15.

Tabla 14 - Relación entre el diagnóstico de TCA y la comorbilidad con un Trastorno de la Personalidad

		Trastornos de Personalidad											
		Ninguno	TLP	TPOC	TPD	TPH	TPE	TPP	TPET	TPNE	RCB	RCC	TOTAL
AN	Recuento	22	18	27	1	8	8	1	0	16	6	2	109
	FE	18,3	29,8	16,6	2,0	8,5	3,4	0,3	1,0	16,9	9,5	2,7	
	% del tot.	6,8%	5,6%	8,4%	0,3%	2,5%	2,5%	0,3%	0%	5%	1,9%	0,6%	33,9%
	RTC	1,2	-3,1	3,4	-0,9	-0,2	3,1	1,4	-1,2	-0,3	-1,5	-0,5	
BN	Recuento	11	33	10	4	5	0	0	2	10	7	3	85
	FE	14,3	23,2	12,9	1,6	6,6	2,6	0,3	0,8	13,2	7,4	2,1	
	% del tot.	3,4%	10,2%	3,1%	1,2%	1,6%	0%	0%	0,6%	3,1%	2,2%	0,9%	26,4%
	RTC	-1,1	2,8	-1,0	2,3	-0,8	-1,9	-0,6	1,6	-1,1	-0,2	0,7	
TCANE	Recuento	21	37	12	1	12	2	0	1	24	15	3	128
	FE	21,5	35,0	19,5	2,4	9,9	4,0	0,4	1,2	19,9	11,1	3,2	
	% del tot.	6,5%	11,5%	3,7%	0,3%	3,7%	0,6%	0%	0,3%	7,5%	4,7%	0,9%	39,8%
	RTC	-0,1	0,5	-2,4	-1,2	0,9	-1,3	-0,8	-0,2	1,3	1,6	-0,1	
TOTAL	Recuento	54	88	49	6	25	10	1	3	50	28	8	322
	%del tot.	16,8%	27,3%	15,2%	1,9%	7,8%	3,1%	0,3%	0,9%	15,5%	8,7%	2,5%	100%

Nota. AN = Anorexia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa; TCANE = Trastorno de la conducta alimentaria no especificado; TLP = Trastorno límite de la personalidad; TPOC = Trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo; TPD = Trastorno de la personalidad dependiente; TPH = Trastorno de la personalidad histriónico; TPE = Trastorno de la personalidad evitativo; TPP = Trastorno de la personalidad paranoide; TPET = Trastorno de la personalidad esquizotípico; TPNE = Trastorno de la personalidad no especificado; RCB = Rasgos disfuncionales de la personalidad clúster B; RCC = Rasgos disfuncionales de la personalidad clúster C; FE =Frecuencia esperada; tot. = Total; RTC = Residuos tipificados.

Tabla 15 - Relación entre el diagnóstico de TCA y el sexo de los pacientes

DIAGNÓSTICO		Sexo del paciente		
		Mujer	Hombre	TOTAL
AN	Recuento	104	5	109
	FE	103,9	5,1	
	% del tot.	32,3 %	1,6 %	33,9 %
	RTC	0,0	0,0	
BN	Recuento	84	1	85
	FE	81,0	4,0	
	% del tot.	26,1 %	0,3 %	26,4 %
	RTC	1,8	-1,8	
TCANE	Recuento	119	9	128
	FE	122,0	6,0	
	% del tot.	37 %	7%	39,8%
	RTC	-1,6	1,6	
TOTAL	Recuento	307	15	322
	% del tot.	95,3 %	4,7 %	100%

Nota. AN = Anorexia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa; TCANE = Trastorno de la conducta alimentaria no especificado; FE = Frecuencia esperada; tot. = Total; RTC = Residuos tipificados.

Con respecto a la relación entre el diagnóstico y el consumo de tóxicos, los resultados señalan que se puede mantener la hipótesis nula de independencia, $\chi^2(10, N = 322) = 17,87, p = .040$, ya que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de diagnóstico y el consumo de tóxicos de los pacientes. El estadístico V de Cramer fue 0,17 ($p = .083$), lo que representa una asociación pequeña entre el tipo de diagnóstico y el consumo de tóxicos de los pacientes (ver tabla 16).

Tabla 16 - Relación entre el diagnóstico y el consumo de tóxicos por parte de los pacientes

Diagnostico		Tóxicos						Total
		Ninguno	Alcohol	Cocaína	Cannabis	Bzd	Alcohol y Cocaína	
AN	Recuento	101	2	2	2	1	1	109
	FE	92,4	5,1	6,1	2,4	0,3	2,7	
	% del tot.	31,4%	0,6%	0,6%	0,6%	0,3%	0,3%	33,9%
	RTC	2,8	-1,7	-2,1	-0,3	1,4	-1,3	
BN	Recuento	68	4	5	3	0	5	85
	FE	72,1	4,0	4,8	1,8	0,3	2,1	
	% del tot.	21,1%	1,2%	1,6%	0,9%	0%	1,6%	26,4%
	RTC	-1,4	0,0	0,1	1,0	-0,6	2,3	
TCANE	Recuento	104	9	11	2	0	2	128
	FE	108,5	6,0	7,2	2,8	0,4	3,2	
	% del tot.	32,3%	2,8%	3,4 %	0,6%	0 %	0,6%	39,8 %
	RTC	-1,4	1,6	1,9	-0,6	-0,8	-0,9	
TOTAL	Recuento	273	15	18	7	1	8	322
	% del tot.	84,8%	4,7%	5,6 %	2,2%	0,3%	2,5%	100 %

Nota. AN = Anorexia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa; TCANE = Trastorno de la conducta alimentaria no especificado; FE = Frecuencia esperada; tot. = Total; Bzd = Benzodiazepinas; RTC = Residuos tipificados corregidos.

En la tabla 17 se encuentran los resultados sobre la relación entre el diagnóstico y la ideación suicida. Se observa que no existe asociación estadísticamente significativa entre estas variables $\chi^2 (2, N = 123) = 0,74, p = .748$. El estadístico V de Cramer fue 0,78 ($p = 0,748$).

Tabla 17 - Relación entre el diagnóstico de TCA y la ideación suicida

DIAGNÓSTICO		Ideación suicida		
		NO	SI	TOTAL
AN	Recuento	38	4	42
	FE	36,5	5,5	
	% del tot.	30,9%	3,3%	34,1%
	RTC	0,8	-0,8	
BN	Recuento	32	6	38
	FE	33,1	4,9	
	% del tot.	26%	4,9%	30,9%
	RTC	-0,6	0,6	
TCANE	Recuento	37	6	43
	FE	37,4	5,6	
	% del tot.	30,1%	4,9%	35%
	RTC	-0,2	0,2	
TOTAL	Recuento	107	16	123
	% del tot.	87%	13%	100%

Nota. AN = Anorexia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa; TCANE = Trastorno de la conducta alimentaria no especificado; FE = Frecuencia esperada; tot. = Total; RTC = Residuos tipificados.

Siguiendo la misma línea de análisis, no se observa una asociación estadísticamente significativa entre el diagnóstico y el resultado del tratamiento $\chi^2(6, N = 294) = 6,14, p = .405$. El estadístico V de Cramer fue 0,10 ($p = 0,405$). Un resultado similar aparece, en la relación del diagnóstico y los acontecimientos vitales experimentados y la relación del diagnóstico y los antecedentes psiquiátricos familiares, $\chi^2(8, N = 123) = 6,64, p = .597$ y $\chi^2(2, N = 130) = 0,79, p = .672$. El estadístico V de Cramer fue 0,16 ($p = 0,597$) y 0,78 ($p = .672$) respectivamente.

5.3 RESULTADO DE LOS AUTOINFORMES

Se llevaron a cabo los oportunos análisis para determinar si existían diferencias significativas en cada uno de los autoinformes entre las 3 categorías diagnósticas. La tabla 18 muestra los datos descriptivos de los ANOVAS de cada una de las variables evaluadas.

En general, las puntuaciones de los diferentes autoinformes son elevadas. En primer lugar, las puntuaciones del BDI son superiores a 20, lo que refleja una depresión moderada o grave (Segal, Coolidge, Cahill y O' Riley, 2008). Con respecto al Inventario de

Esquemas de Apariencia (IEA), las puntuaciones de las 3 categorías diagnósticas oscilan entre 27 y 36, por lo que se trata de pacientes que realizan una valoración del aspecto físico como aspecto central de la propia valía personal. En el BSQ, todos los subgrupos obtienen puntuaciones superiores a 105, lo que indica que todos se consideran de claro riesgo. Del mismo modo, las puntuaciones del BAT son superiores a 36, punto de corte establecido, por lo que la insatisfacción corporal es relevante en estos pacientes. El componente cognitivo de la imagen corporal es evaluado a través del BIATQ, las puntuaciones obtenidas son elevadas en las 3 categorías diagnósticas, donde los pensamientos negativos son mucho mayores que los pensamientos positivos. El EAT 40, encargado de evaluar la presencia de actitudes y conductas patológicas alimentarias, muestra medias que oscilan entre 41 y 50 lo que indican que todos ellos muestran sintomatología alimentaria propia de un TCA. Todas las subescalas del EDI-2 presentan puntuaciones altas con independencia de la categoría diagnóstica. Las subescalas que muestran puntuaciones más elevadas son el deseo de adelgazar, la insatisfacción corporal, la ineficacia y la alexitimia.

Sin embargo no se detectan muchas diferencias significativas entre las 3 submuestras. Únicamente, los datos indican que, los pacientes con un diagnóstico de AN tenían puntuaciones significativamente más bajas en el IEA que los pacientes con un diagnóstico de TCANE. Asimismo, los pacientes con AN presentaban una menor puntuación en el BSQ y en el BAT que los pacientes con BN y TCANE. En las subescala del EDI-2 que se refieren a la bulimia y a la alexitimia, los pacientes con AN tenían una puntuación menor que los pacientes con TCANE.

Tabla 18 - Estadísticos descriptivos y resultados de los ANOVA de los autoinformes administrados durante la evaluación inicial en cada una de las submuestras

	<i>AN M (DT)</i>	<i>BN M (DT)</i>	<i>TCANE M (DT)</i>	F	p
BDI-II	29,86(19,51)	24,31 (12,65)	33 (11,41)	1,51	.235
IEA	27,21(9,50)	33,92 (9,04)	35,83 (8,77)	3,73	.032
BSQ	105,13 (35,82)	138 (44,62)	149,84 (17,86)	8,32	.001
BAT	45,06 (19,01)	68 (14,43)	65,33 (12,63)	9,40	.000
BIATQ	-49,73 (27,73)	-36,82 (8,82)	-41,37 (19,69)	1,31	.282
EAT40	42,93 (24,22)	41 (19,38)	50,05 (20,31)	0,80	.457
EDI2-DA	14,23 (6,15)	14,55 (2,26)	15,84 (4,99)	0,35	.704
EDI2-BU	3,64 (4,25)	8,36 (7,5)	10,82 (7,53)	4,59	.016
EDI2-IC	17,25 (5,94)	19,09 (9,12)	22,80 (7,40)	2,24	.120
EDI2-I	15,17 (8,79)	19 (7,29)	16,58 (6,78)	0,76	.474
EDI2-P	9,29 (4,53)	11,36 (4,93)	8,47 (5,36)	1,17	.319
EDI2-D	9 (6,63)	9 (5,64)	9,31 (5,34)	0,01	.986
EDI2-A	10,46 (5,84)	15,73 (8,01)	18,28 (7,66)	4,43	.018
EDI2-MC	11,75 (6,15)	13,80 (5,77)	10,89 (6,60)	0,70	.505
EDI2-AS	7,50 (4,38)	10 (4,64)	9,79 (4,28)	1,15	.330
EDI2-IM	11,17 (6,34)	12,10 (7,58)	12,21 (6,34)	0,09	.914
EDI2-IN	12,42 (4,46)	11,20 (5,31)	11,89 (5,22)	0,16	.853

Nota. M = Media; DT = Desviación típica; AN = Anorèxia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa; TCANE = Trastorno de la conducta alimentaria no especificado; ; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck; IEA = Inventario de esquemas de apariencia; BSQ = Cuestionario de la forma corporal; BAT = Test de actitudes corporales; BIATQ = Cuestionario de pensamientos automáticos de la imagen corporal; EAT40 = Cuestionario de actitudes hacia la comida; EDI 2 = Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (DA = Deseo de adelgazar; BU = Bulimia; IC = Insatisfacción corporal; I = Ineficacia; P = Perfeccionismo; D =Desconfianza; A = Alexitimia; MC = Miedo a crecer; AS = Asceticismo; IM = Impulsividad; IN = Inseguridad).

5.4 DATOS DESCRIPTIVOS EN FUNCIÓN DEL DISPOSITIVO ASISTENCIAL ASIGNADO EN PRIMER LUGAR

En este apartado se analiza el papel del tipo de dispositivo al que es asignado cada paciente al inicio del tratamiento (AMB, CD y CAC). Para ello, se han llevado a cabo ANOVAs de un factor. La tabla 19 y la gráfico 4 muestran los resultados.

Como se puede observar, existen diferencias significativas en las siguientes variables:

- Edad de consulta, $F(2,251) = 6,91$ $p = .001$: los pacientes que ingresan en el dispositivo AMB tienen mayor edad que los que ingresan en el CD. Los pacientes que ingresan en CAC tienen una edad mayor que los que ingresan en CD, aunque esta diferencia no es significativa.
- Edad de inicio, $F(2,166) = 6,99$ $p = .001$: la edad de inicio de la enfermedad en los pacientes de AMB era mayor que la de los pacientes de CD.
- IMC del momento de la evaluación, $F(2,129) = 5,22$ $p = .007$: los pacientes de AMB tienen un IMC mayor que el de los pacientes de CDCD.
- Años de evolución de la enfermedad, $F(2,164) = 5,11$ $p = .007$: los pacientes de CAC llevan más años de evolución de la enfermedad que los pacientes de CD y AMB.
- Número de dispositivos utilizados, $F(2,293) = 18,04$ $p < .001$: es mayor para los pacientes de CAC que en el caso de los pacientes de CD y AMB.

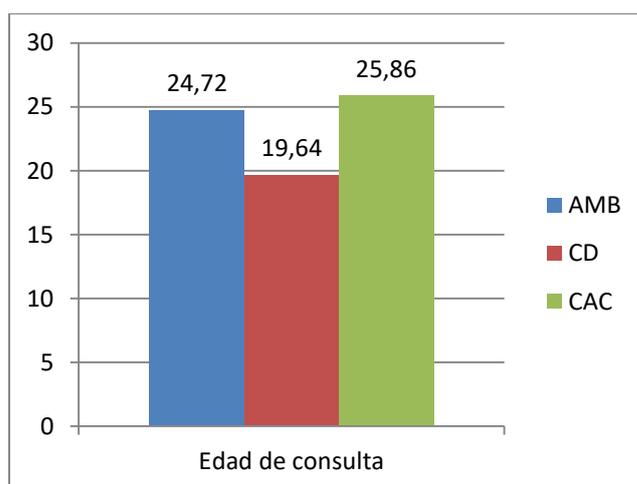
Para el resto de variables no existían diferencias significativas entre los dispositivos: ingresos previos, $F(2,170) = 1,07$ $p = .347$, y duración del tratamiento, $F(2,242) = 1,35$ $p = .262$.

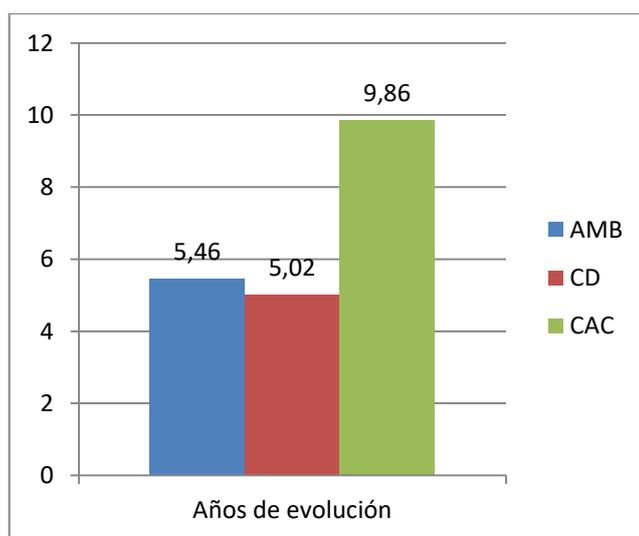
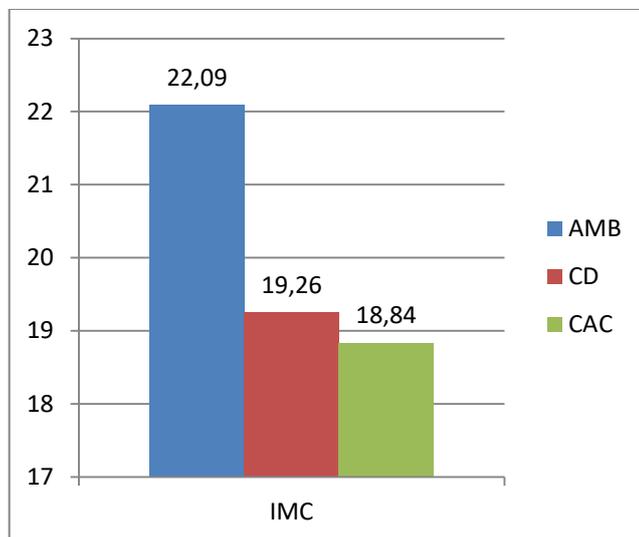
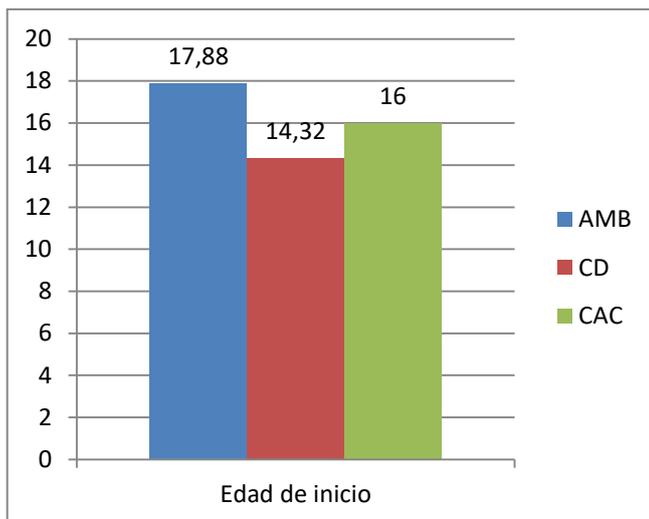
Tabla 19 - Estadísticos descriptivos y resultados de los ANOVAs de distintas variables clínicas en los pacientes, en los distintos dispositivos asistenciales

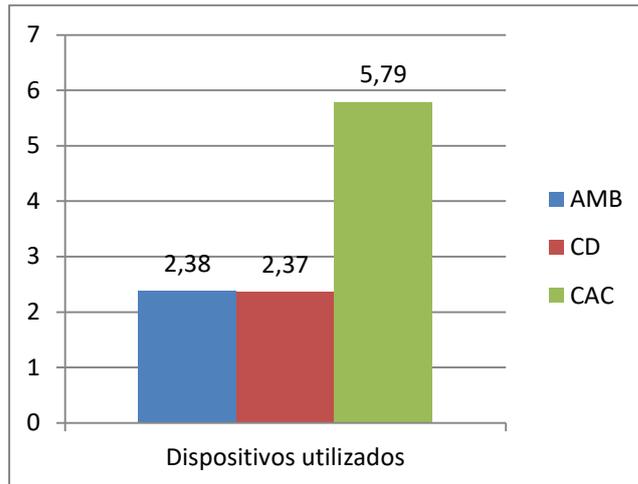
	<i>AMB</i> <i>M (DT)</i>	<i>CD</i> <i>M (DT)</i>	<i>CAC</i> <i>M (DT)</i>	F	p
Edad de consulta	24,72 (9,34)	19,64 (6,31)	25,86 (9,97)	6,91	.001
Edad de inicio	17,88 (6,68)	14,32 (3,24)	16 (5,05)	6,99	.001
IMC	22,09 (6,28)	19,26 (3,76)	18,84 (2,52)	5,22	.007
Años de evolución	5,46 (5,07)	5,02 (4,85)	9,86 (6,63)	5.11	.007
Ingresos previos	1,11 (2,37)	1,08 (2,93)	2,14 (2,63)	1,07	.347
Duración del tto.	905,52 (714,33)	792,31 (744,96)	1169,50 (1008,59)	1,35	.262
Dispositivos	2,38 (1,98)	2,37 (1,37)	5,79 (4,46)	18,04	<.001

Nota. M = Media; DT = Desviación típica; AMB = Ambulatorio; CD = Centro de día; CAC = Centro de atención 24 horas; IMC = Índice de masa corporal; tto. = Tratamiento.

Gráfico 4 - Medias de las variables clínicas estadísticamente significativas en los pacientes en los distintos dispositivos asistenciales







Nota. AMB = Ambulatorio; CD = Centro de día; CAC = Centro de atención continuada.

A continuación, en la tabla 20 se presentan los estadísticos descriptivos y resultados de los ANOVAS de los autoinformes administrados en la evaluación inicial del presente estudio. Los resultados indican que existen diferencias significativas en dos subescalas del EDI2, la subescala de ineficacia, $F(2,38) = 5,16$ $p = .010$, y la subescala de impulsividad, $F(2,32) = 4$ $p = .028$. Es decir, los pacientes que ingresan en CD en primera instancia, tienen menor puntuación en la subescala de ineficacia del EDI2 que los que ingresan en CAC. Por otra parte, los pacientes que ingresan en CD tienen una menor puntuación en la subescala de impulsividad del EDI2 que los que ingresan en el CAC. En el resto de subescalas y autoinformes no se observan diferencias significativas entre los pacientes que ingresan en los diferentes dispositivos asistenciales.

Tabla 20 - Estadísticos descriptivos y resultados de los ANOVAs de los autoinformes administrados en el estudio durante la evaluación inicial en los distintos dispositivos asistenciales

	<i>AMB M (DT)</i>	<i>CD M (DT)</i>	<i>CAC M (DT)</i>	F	p
BDI-II	28,04 (13,68)	30 (15,82)	42 (15,57)	0,91	.411
IEA	32,62 (10,47)	30 (8,33)	37,60 (6,11)	1,34	.273
BSQ	134,35 (40,28)	125,81 (36,61)	134,60 (28,04)	0,26	.772
BAT	60,14 (19,17)	52,53 (19,11)	66,80 (12,97)	1,35	.271
BIATQ	-50,67 (24,77)	-36,44 (14,85)	-30,80 (11,15)	3,41	.043
EAT40	39,67 (17,42)	45,75 (23,59)	59,14 (22,70)	2,35	.108
EDI2-DA	14,43 (6,28)	14,64 (5,30)	19 (2,35)	1,38	.263
EDI2-BU	7,95 (7,80)	8 (6,91)	4,80 (4,87)	0,42	.659
EDI2-IC	19,79 (8,81)	20,15 (7,15)	22 (3,81)	0,16	.853
EDI2-I	17,71 (6,59)	12,93 (8,02)	23,80 (2,28)	5,16	.010
EDI2-P	10,78 (5,35)	7,13 (3,64)	10,20 (6,02)	2,59	.088
EDI2-D	9,77 (5,98)	8,46 (4,18)	8,80 (9,04)	0,22	.806
EDI2-A	14,64 (8,27)	14,40 (7,16)	18,25 (7,46)	0,41	.666
EDI2-MC	12,29 (7,01)	11,15 (5,57)	11,80 (6,02)	0,12	.884
EDI2-AS	8,90 (4,80)	8,30 (4)	10,50 (3,87)	0,34	.713
EDI2-IM	12,40 (7,24)	8,18 (3,89)	17,75 (2,75)	4	.028
EDI2-IN	12,82 (5,32)	9,29 (3,52)	14,75 (4,19)	3,35	.046

Nota. M = Media; DT = Desviación típica; AMB = Ambulatorio; CD = Centro de día; CAC = Centro de atención 24 horas; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck; IEA = Inventario de esquemas de apariencia; BSQ = Cuestionario de la forma corporal; BAT = Test de actitudes corporales; BIATQ= Cuestionario de pensamientos automáticos de la imagen corporal; EAT40 = Cuestionario de actitudes hacia la comida; EDI 2 = Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (DA = Deseo de adelgazar; BU = Bulimia; IC = Insatisfacción corporal; I = Ineficacia; P = Perfeccionismo; D = Desconfianza; A = Alexitimia; MC = Miedo a crecer; AS = Ascetismo; IM = Impulsividad; IN = Inseguridad).

Para analizar la relación del resto de variables teniendo en cuenta el dispositivo asistencial que los pacientes utilizan en primer lugar, se utilizó de nuevo el método Monte Carlo. Los resultados encontrados se presentan en la tabla 21. Los datos indican que existe una asociación estadísticamente significativa entre el dispositivo asistencial de ingreso y el diagnóstico $\chi^2(4, N = 296) = 10,27, p = .037$. Se observa un mayor porcentaje del que cabría esperar por azar en los pacientes que acceden al CD como primer dispositivo sí presentan un diagnóstico de AN (RTC = 2,9). Sin embargo, hay un porcentaje mayor de lo esperado que los pacientes acceden a AMB como primer dispositivo asistencial si presentan un diagnóstico de TCANE (RTC = 2,6). El estadístico V de Cramer fue 0,13 ($p = .036$).

Tabla 21- Relación entre el primer dispositivo asistencial al que acceden los pacientes y los distintos diagnósticos de TCA

DISPOSITIVO		DIAGNÓSTICO			
		AN	BN	TCANE	TOT
AMB	Recuento	70	56	105	231
	FE	78	57	96	
	% del tot.	23,6%	18,9%	35,5%	78%
	RTC	-2,4	-0,3	2,6	
CD	Recuento	26	12	13	51
	FE	17,2	12,6	21,2	
	% del tot.	8,8 %	4,1%	4,4%	17,2%
	RTC	2,9	-0,2	-2,6	
CAC	Recuento	4	5	5	14
	FE	4,7	3,5	5,8	
	% del tot.	1,4%	1,7%	1,7%	4,7%
	RTC	-0,4	1,0	-0,5	
TOTAL	Recuento	100	73	123	296
	% del tot.	33,8%	24,7%	41,6%	100%

Nota. AMB = Ambulatorio; CD = Centro de día; CAC= Centro de atención continuada; AN = Anorexia nerviosa; BN =Bulimia nerviosa; TCANE = Trastorno de la conducta alimentaria no especificado; FE = Frecuencia esperada; tot. = Total; RTC = Residuos tipificados.

En cuanto a la comorbilidad en el eje I, los resultados muestran que existe una asociación estadísticamente significativa, $\chi^2(18, N = 296) = 57,78, p = .002$. Esto es, se observa que los pacientes que son atendidos en CAC presentan un porcentaje menor del esperado en los pacientes que son atendidos en CAC que no presenten ningún trastorno comórbido en el eje I (RTC=-3,4); mientras que hay un porcentaje mayor del esperado que estos pacientes

presenten un diagnóstico comórbido en el eje I, como abuso de sustancias (RTC=2,6), Trastorno bipolar (RTC= 3,0) y Trastorno obsesivo compulsivo (RTC= 5,1). En la tabla 22 se pueden observar los datos con más detalle. El estadístico V de Cramer fue 0,31 ($p= .002$).

Tabla 22 - Relación entre el dispositivo asistencial utilizado en primer lugar y la comorbilidad con otros diagnósticos del eje I

		Comorbilidad eje I										
		Ninguno	TA	TDM	TAS	TSOM	TEPT	TB	TAA	TEA	TOC	TOTAL
AMB	Recuento	163	12	16	11	2	10	1	13	2	1	231
	FE	160	10,1	21,1	13,3	1,6	8,6	1,6	10,9	1,6	2,3	
	% del tot.	55,1%	4,1%	5,4%	3,7%	0,7%	3,4%	0,3%	4,4%	0,7%	0,3%	78%
	RTC	0,9	1,3	-2,5	-1,4	0,8	1,1	-1,0	1,4	0,8	-1,9	
CD	Recuento	38	0	8	3	0	1	0	1	0	0	51
	FE	35,3	2,2	4,7	2,9	0,3	1,9	0,3	2,4	0,3	0,5	
	% del tot.	12,8%	0%	2,7%	1%	0%	0,3%	0%	0,3%	0%	0%	17,2%
	RTC	0,9	-1,7	1,8	0,0	-0,6	-0,7	-0,6	-1,0	-0,6	-0,8	
CAC	Recuento	4	1	3	3	0	0	1	0	0	2	14
	FE	9,7	0,6	1,3	0,8	0,1	0,5	0,1	0,7	0,1	0,1	
	% del tot.	1,4%	0,3%	1%	1%	0%	0%	0,3%	0%	0%	0,7%	4,7%
	RTC	-3,4	0,5	1,6	1,6	-0,3	-0,8	3,0	-0,9	-0,3	5,1	
TOTAL	Recuento	205	13	27	17	2	11	2	14	2	3	296
	%del tot.	69,3%	4,4%	9,1%	5,7%	0,7%	3,7%	0,7%	4,7%	0,7%	1%	100%

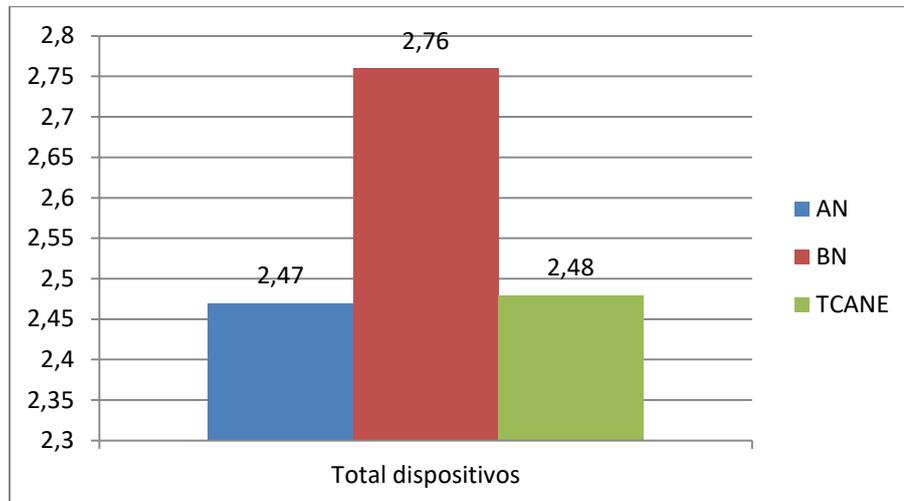
Nota. AMB = Ambulatorio; CD = Centro de día; CAC = Centro de atención continuada; TA = Trastornos de ansiedad; TDM = Trastorno de depresión mayor; TAS= Trastorno de abuso de sustancias; TSOM = Trastornos somatomorfos; TEPT = Trastornos somatomorfos; TEPT = Trastorno por estrés postraumático; TB = Trastorno bipolar; TAA = Trastorno por abuso de alcohol; TEA = Trastorno esquizoafectivo, TOC = Trastorno obsesivo compulsivo; FE= Frecuencia esperada; tot. = Total; RTC = Residuos tipificados corregidos.

En cuanto a la relación entre los distintos dispositivos asistenciales utilizados y una serie de variables como: presencia de Trastornos de Personalidad, tratamientos previos, intentos de suicidio previos, ideación suicida, acontecimientos vitales, antecedentes psiquiátricos familiares y consumo de tóxicos, para ninguna de estas variables se encontraron correlación estadísticamente significativa: Trastornos de Personalidad, $\chi^2(20, N = 296) = 31,58$, $p = .090$, el estadístico V de Cramer fue 0,23 ($p = .090$); consumo de tóxicos, $\chi^2(10, N = 296) = 15,27$, $p = .145$, el estadístico V de Cramer fue 0,25 ($p = .009$); tratamientos previos, $\chi^2(2, N = 127) = 2,87$, $p = .228$, el estadístico V de Cramer fue 0,15 ($p = .228$); intentos de suicidio, $\chi^2(2, N = 124) = 3,98$, $p = .129$, el estadístico V de Cramer fue 0,18 ($p = .129$); ideación suicida, $\chi^2(2, N = 120) = 4,77$, $p = .086$, el estadístico V de Cramer fue 0,19 ($p = .086$) y acontecimientos vitales, $\chi^2(8, N = 120) = 6,95$, $p = .551$, el estadístico V de Cramer fue 0,17 ($p = .551$); antecedentes psiquiátricos familiares, $\chi^2(2, N = 127) = 1,88$, $p = .407$, el estadístico V de Cramer fue 0,12 ($p = .407$).

5.5 ANÁLISIS DEL RECORRIDO MÁS COMÚN DE LAS PACIENTES ENTRE LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

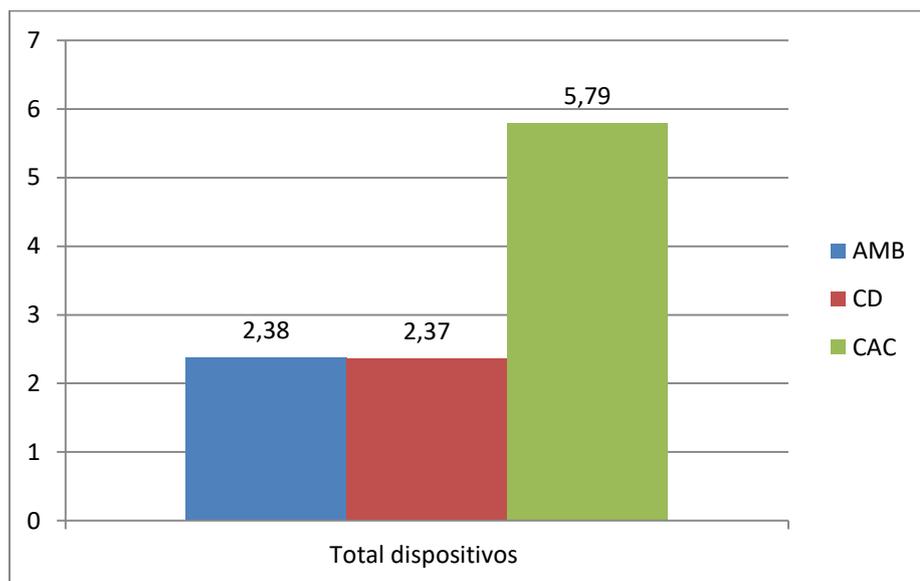
En el siguiente apartado se analizarán los resultados acerca del recorrido más común que realizan los pacientes de este estudio. En primer lugar, se utilizó un ANOVA de un factor para la variable total de dispositivos utilizados según el diagnóstico y según el dispositivo asistencial que se utiliza en primera instancia. Los resultados indicaron que no existían diferencias significativas en el número de dispositivos utilizados en función del diagnóstico, $F(2,1) = 0,46$ $p = .633$. Sin embargo, sí que existen diferencias significativas en el número de dispositivos asistenciales utilizados y el dispositivo al que se accede al inicio del tratamiento, $F(2,1) = 18,04$ $p < .001$. Los pacientes que acceden al CAC como primer dispositivo utilizan de media un mayor número de dispositivos en comparación con aquellos pacientes que acceden a AMB o CD. En las gráfico 5 y gráfico 6 se muestran los resultados.

Gráfico 5 - Medias de los dispositivos asistenciales utilizados según las categorías diagnósticas



Nota. AN = Anorexia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa; TCANE = Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

Gráfico 6 - Medias de los dispositivos asistenciales utilizados según el dispositivo inicial

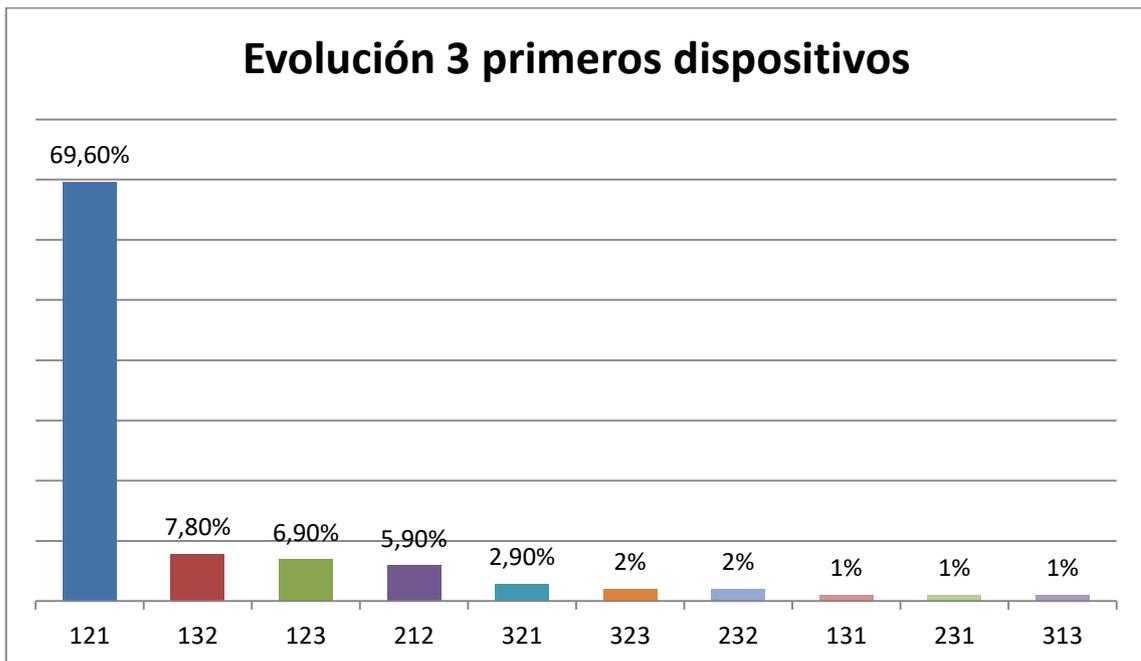


Nota. AMB = Ambulatorio; CD = Centro de día; CAC = Centro de atención continuada.

En segundo lugar, se analizó la trayectoria de transferencia de los pacientes entre los distintos dispositivos, es decir, el orden más común de uso de los dispositivos asistenciales. Para ello se tuvieron en cuenta los primeros 3 dispositivos y posteriormente los primeros 4 dispositivos. Los resultados revelan que seleccionando los 3 primeros dispositivos, el 69,6% de las pacientes realiza el recorrido 1-2-1 que significa ingreso en AMB, después CD y por último

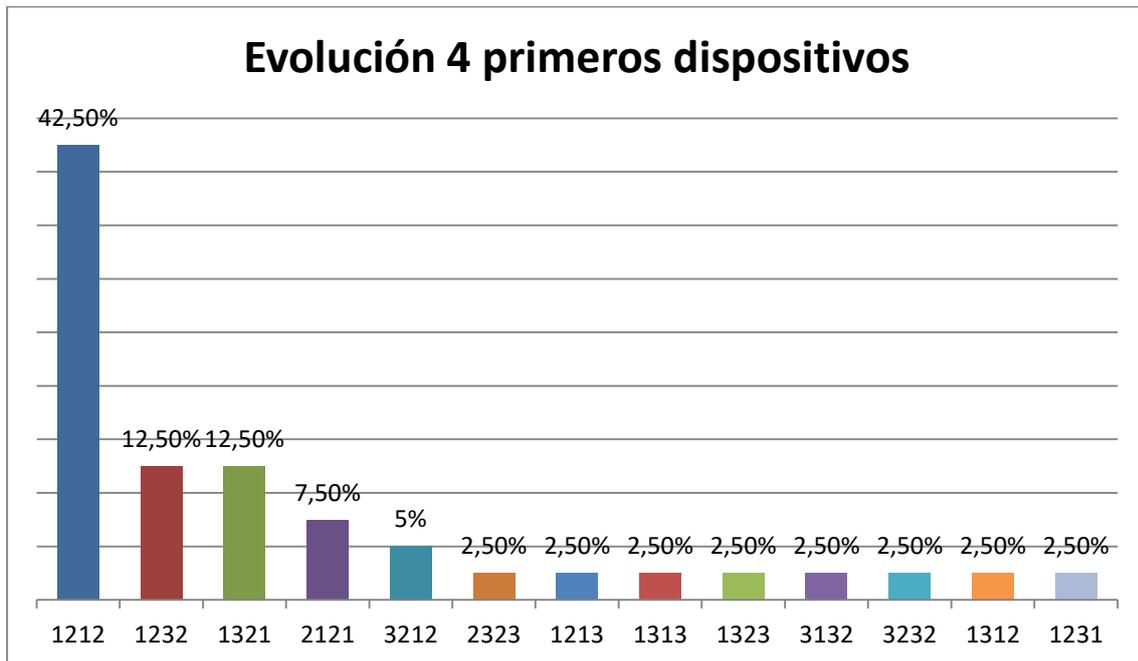
de nuevo AMB. Teniendo en cuenta los primeros 4 dispositivos, el 42,5 % de las pacientes realizaron el siguiente recorrido 1-2-1-2 que significa ingreso en AMB, después CD, de nuevo AMB y por último CD. En los gráficos 7 y 8 se presentan los porcentajes de la evolución del recorrido de los 3 y 4 primeros dispositivos utilizados por las pacientes.

Gráfico 7 - Porcentajes de la evolución de los 3 primeros dispositivos



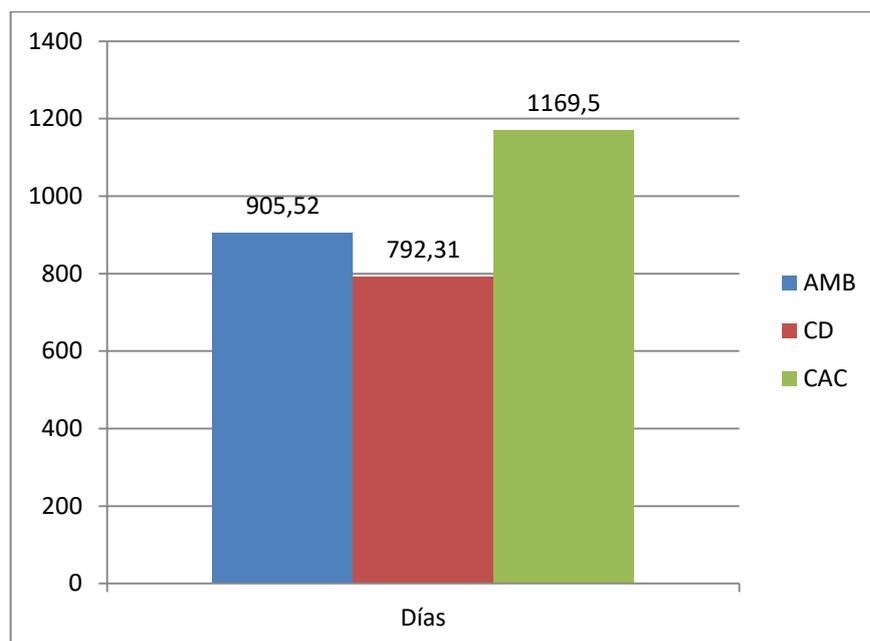
Nota. 1 = Ambulatorio; 2 = Centro de día; 3 = Centro de atención continuada.

Gráfico 8 - Porcentajes de la evolución de los 4 primeros dispositivos



Nota. 1 = Ambulatorio; 2 = Centro de día; 3 = Centro de atención continuada.

Posteriormente, se analizó el tiempo (en días) que se permanecía en cada uno de los dispositivos asistenciales. Para ello se realizó un ANOVA de un factor. No se encontraron diferencias significativas en el tiempo (en días) en el que permanecían en cada uno de los dispositivos, $F(2,1) = 1,35$ $p = .26$. En la gráfica 9 se muestran los resultados descriptivos.

Gráfico 9 - Medias de tiempo en cada dispositivo asistencial

Nota. AMB = Ambulatorio; CD = Centro de día; CAC = Centro de atención continuada.

5.6 ANÁLISIS DE MEDIACIÓN DE DISTINTAS VARIABLES CLÍNICAS

Para el análisis de mediación realizado en este punto se han utilizado únicamente las variables que tenían un tamaño de la muestra suficiente para realizar tal análisis, en este caso la N era de 44 y 45, por ello se han tenido que descartar otras variables que no cumplían con este requisito.

Se llevó a cabo un análisis de mediación simple para explorar si la importancia que los pacientes otorgan a la apariencia física (ASI) mediaba la relación entre la insatisfacción corporal (BSQ) y la sintomatología alimentaria (EAT-40). Para ello, se llevó a cabo el procedimiento descrito por Hayes (2013) utilizando la marco PROCESS para SPSS, versión 2.15 (modelo 4).

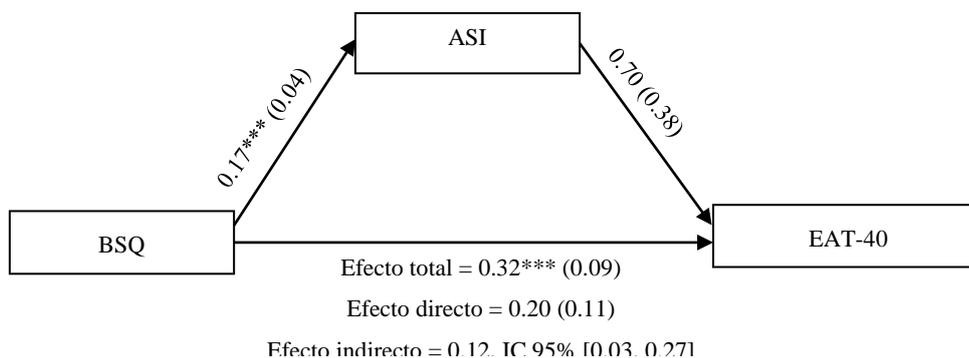
Este procedimiento permite obtener distintos tipos de efectos: el efecto de la variable independiente (BSQ) sobre la variable mediadora propuesta (ASI), el efecto de la variable mediadora (ASI) sobre la variable dependiente (EAT-40), el *efecto directo* de la variable independiente (BSQ) sobre la variable dependiente (EAT-40), manteniendo constante la variable mediadora (ASI), el *efecto indirecto* de la variable independiente (BSQ) sobre la variable dependiente (EAT-40) a través de la variable mediadora (ASI), y el *efecto total* de la

variable independiente (BSQ) sobre la variable dependiente (EAT-40) (que representa la suma del efecto directo e indirecto). La mediación se produce cuando la relación entre la variable independiente y la variable dependiente se reduce cuando se incluye otra variable en el modelo, y se evalúa a través del tamaño del efecto indirecto y su intervalo de confianza (IC). Para su evaluación, en el procedimiento original, se calcularon los IC del 95% con el sesgo corregido basados en 5.000 muestras usando *bootstrapping*. Cuando el intervalo de confianza del efecto indirecto no incluye el valor cero, se puede concluir que se ha producido la mediación. En la Figura 8 se muestra el modelo de mediación.

Los resultados muestran que hay un efecto indirecto de la insatisfacción corporal (BSQ) en la sintomatología alimentaria (EAT-40) a través de la importancia que se le otorga a la apariencia física (ASI), ya que el intervalo de confianza del efecto indirecto no incluye el cero, $b^1 = 0.12$, IC 95% [0.03, 0.27]. Según Preacher y Kelley (2011), el tamaño del efecto de dicho efecto indirecto se consideraría entre medio y grande, $\kappa^2 = 0.18$. Además, el efecto total fue significativo, $b = 0.32$, $t = 3.63$, $p < .001$, pero el efecto directo no fue significativo, $b = 0.02$, $t = 1.89$, $p = .067$. Es decir, los pacientes que tienen mayor insatisfacción corporal otorgan una mayor importancia a su apariencia física, y aquellos que le otorgan una mayor importancia a su apariencia física tienen mayor sintomatología alimentaria. Por tanto, la importancia que se le otorga a la apariencia física media la relación entre insatisfacción corporal y sintomatología alimentaria. Sin embargo, no hay evidencia de que una mayor insatisfacción corporal influya en tener una mayor gravedad de sintomatología alimentaria, independientemente de su efecto en la importancia que se le otorga a la apariencia física.

¹ Los valores b representan los coeficientes de regresión no estandarizados del modelo de mediación.

Figura 8 - Modelo simple de mediación



Nota. Los valores representan los coeficientes de regresión no estandarizados (y el error estándar entre paréntesis). * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Debido a los valores perdidos, los análisis de mediación se han llevado con $n = 38$. BSQ = Body Shape Questionnaire; EAT-40 = Eating Attitudes Test; ASI = Appearance Schemas Inventory.

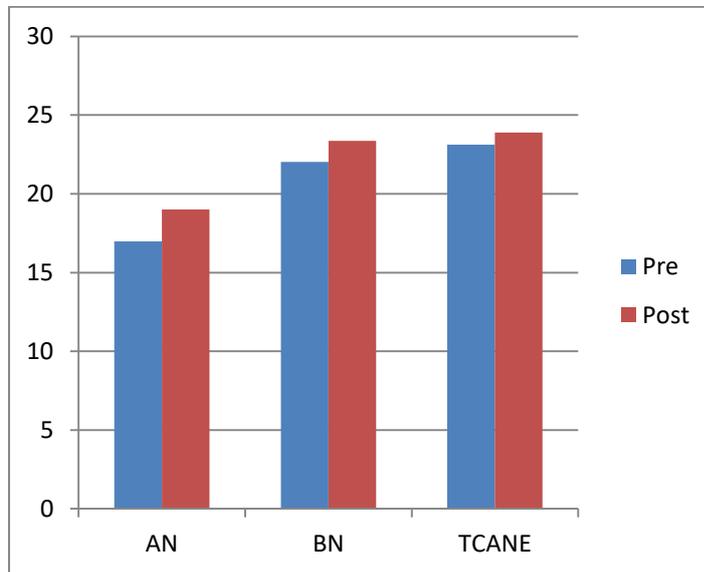
5.7 CAMBIOS EN EL IMC TRAS EL TRATAMIENTO

Para analizar los cambios en el IMC de los pacientes tras el tratamiento se llevaron a cabo pruebas “*t*” de Student para muestras relacionadas. Los resultados indicaron que las pacientes con AN aumentaron de forma significativa el IMC tras el tratamiento, $t = -5,05$; $g. l. = 44$; $p < .001$. Lo mismo sucedió con las pacientes con un diagnóstico de BN, se produjeron cambios significativos entre el IMC pre- tratamiento y IMC post- tratamiento, $t = -2,16$; $g. l. = 40$; $p = .037$. Sin embargo no existieron diferencias significativas para las pacientes con TCANE, $t = -1,46$; $g. l. = 47$; $p = .151$.

Teniendo en cuenta los subtipos de las 3 categorías diagnósticas con respecto a los cambios en el IMC post tratamiento se encontraron diferencias significativas en las pacientes que presentaban un diagnóstico de AN restrictiva $t = -5,86$; $g. l. = 23$; $p = .000$; BN purgativa, $t = -2,02$; $g. l. = 32$; $p = .052$. Sin embargo, no hay cambios significativos en el IMC para los pacientes con diagnóstico de AN purgativa, $t = -1,94$; $g. l. = 20$; $p = .067$, BN no purgativa, $t = -0,71$; $g. l. = 7$; $p = .501$, Trastorno por atracón, $t = 0,17$; $g. l. = 1$; $p = .894$ y TCANE, $t = -1,51$; $g. l. = 45$; $p = .139$. Las medias del IMC pre y post tratamiento según las 3 categorías diagnósticas y según los

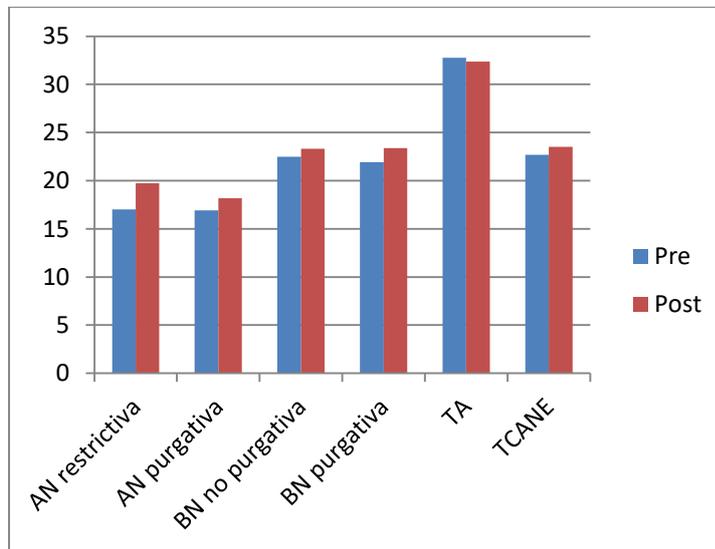
subtipos se pueden observar en los gráficos 10 y 11.

Gráfico 10 - Medias del IMC pre y post tratamiento según las 3 categorías diagnósticas



Nota. AN = Anorexia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa; TCANE = Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

Gráfico 11 - Medias del IMC pre y post tratamiento según los subtipos en cada una de las categorías diagnósticas



Nota. AN = Anorexia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa; TA = Trastorno por atracón; TCANE = Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

5.8 PERFILES DE LOS PACIENTES EN FUNCIÓN DE LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS ASISTENCIALES A LO LARGO DEL TRATAMIENTO

En siguiente punto tiene como objetivo establecer perfiles en nuestra muestra de pacientes dependiendo de los dispositivos que han utilizado a lo largo del tratamiento. Para ello, se ha agrupado a los pacientes de la siguiente manera: 1) pacientes que han utilizado únicamente AMB; 2) pacientes que han utilizado dos dispositivos asistenciales (AMB y CD) y 3) por último pacientes que han utilizado todos los dispositivos (AMB, CD y CAC). Los resultados de los estadísticos descriptivos de las variables clínicas y de los autoinformes y los resultados de la prueba ANOVA de un factor obtenidos en las submuestras de pacientes agrupadas en función de los dispositivos utilizados se pueden ver en las tablas 23 y 24. Los datos revelan que existen diferencias significativas entre las submuestras de pacientes en las variables clínicas de: edad de inicio, $F(2,164) = 4,25$ $p = .016$, ingresos previos, $F(2,168) = 10,84$ $p < .001$, duración del tratamiento, $F(2,241) = 14,95$ $p < .001$, y dispositivos utilizados en total, $F(2,291) = 140,31$ $p < .001$. En las variables clínicas que miden los autoinformes administrados no se han encontrado diferencias significativas entre los pacientes que utilizan diferentes dispositivos asistenciales a lo largo del tratamiento.

Tabla 23 - Estadísticos descriptivos y resultados de los ANOVAS de las variables clínicas durante la evaluación inicial teniendo en cuenta los diferentes dispositivos asistenciales que utilizan a lo largo del tratamiento

	<i>AMB M (DT)</i>	<i>AMB+CD M (DT)</i>	<i>TODOS M (DT)</i>	F	p
Edad de consulta	25,13 (9,75)	22,60 (8,74)	23,69 (8,12)	2,02	.135
Edad de inicio	18,85 (7,88)	16,04 (4,70)	15,75 (4,43)	4,25	.016
IMC	22,44 (6,27)	20,30 (4,79)	21,05 (6,26)	1,08	.343
Años de evolución	4,90 (5,40)	5,38 (4,98)	7,23 (5,65)	2,34	.099
Ingresos previos	0,61 (1,21)	0,74 (1,29)	2,73 (4,47)	10,84	.000
Duración del tto.	620,51 (471,12)	1031,24 (805,97)	1264,81 (860,27)	14,95	.000
Dispositivos	1,01 (0,09)	2,88 (1,28)	5,49 (3,36)	140,31	.000

Nota. M = Media; DT = Desviación típica; AMB = Ambulatorio; CD = Centro de día; IMC = Índice de masa corporal; tto. = Tratamiento.

Tabla 24 - Estadísticos descriptivos y resultados de los ANOVAS de las variables clínicas que miden los autoinformes, teniendo en cuenta los diferentes dispositivos asistenciales que utilizan a lo largo del tratamiento

	<i>AMB M (DT)</i>	<i>AMB +CD M (DT)</i>	<i>TODOS M (DT)</i>	F	p
BDI-II	22,40 (16,70)	30,15 (15,31)	30,80 (10,27)	0,68	.516
IEA	36 (.)	31,65 (8,08)	32,75 (11,62)	0,15	.863
BSQ	115 (31,58)	135,44 (40,55)	127,81 (33,48)	0,50	.610
BAT	55,33 (17,16)	57,09 (19,96)	60,38 (18,17)	0,18	.840
BIATQ	-49,50 (20,51)	-42,52 (22,12)	-41,80 (20,74)	0,11	.894
EAT40	44 (19,13)	45,26 (20,73)	44,82 (23,66)	0,01	.994
EDI2-DA	18 (3)	14,83 (6,13)	14,81 (5,60)	0,42	.662
EDI2-BU	9 (7,87)	8,41 (8,05)	6 (5,54)	0,58	.563
EDI2-IC	22,50 (5,20)	19,82 (9,18)	20,06 (6,34)	0,20	.823
EDI2-I	12,50 (6,56)	15,26 (7,75)	20,29 (6,38)	2,86	.069
EDI2-P	8,50 (3,42)	9,75 (4,81)	9,20 (6,04)	0,12	.883
EDI2-D	11 (6,56)	9,05 (4,43)	9,13 (7,52)	0,15	.863
EDI2-A	13,50 (4,80)	13,83 (7,06)	17,07 (9,22)	0,84	.440
EDI2-MC	11,75 (7,54)	11,52 (6,62)	12,36 (5,92)	0,07	.932
EDI2-AS	7,25 (1,26)	8,29 (4,01)	10,23 (5,31)	1,04	.367
EDI2-IM	10,50 (4,66)	10,20 (6,77)	14,82 (6,06)	1,94	.161
EDI2-IN	10,75 (5,62)	11,36 (4,80)	12,71 (5,23)	0,40	.672

Nota. M = Media; DT = Desviación típica; AMB = Ambulatorio; CD = Centro de día; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck; IEA = Inventario de esquemas de apariencia; BSQ = Cuestionario de la forma corporal; BAT = Test de actitudes corporales; BIATQ = Cuestionario de pensamientos automáticos de la imagen corporal; EAT40 = Cuestionario de actitudes hacia la comida; EDI 2 = Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (DA = Deseo de adelgazar; BU = Bulimia; IC = Insatisfacción corporal; I= Ineficacia; P = Perfeccionismo; D =Desconfianza; A = Alexitimia; MC = Miedo a crecer; AS = Asceticismo; IM =Impulsividad; IN = Inseguridad).

Con respecto a la comorbilidad en eje I, los análisis indican que existe una asociación estadísticamente significativa con el número de dispositivos utilizados durante el tratamiento $\chi^2 (18, N = 294) = 37,87, p = .004$. El estadístico V de Cramer fue 0,25 ($p = .004$): un porcentaje mayor del esperado por azar de las pacientes que pasan por todos los dispositivos presentan más comorbilidad con diagnósticos del eje I, como el abuso de sustancias (RTC = 2,5), el trastorno bipolar (RTC = 3,3) y el TOC (RTC = 3,3). Por otra parte, hay un porcentaje mayor del esperado por azar que las pacientes que únicamente utilizan AMB no presenten ninguna comorbilidad (RTC = 2). Se pueden observar con más detalle los datos en la tabla 25.

Tal y como se puede ver en la tabla 26, la relación entre los dispositivos asistenciales utilizados a lo largo del tratamiento y el consumo de tóxicos tiene una asociación estadísticamente significativa, $\chi^2 (10, N = 294) = 29,72, p = .002$. El estadístico V de Cramer fue 0,23 ($p = .002$). Los resultados muestran que hay un porcentaje mayor del esperado de pacientes que utilizan como único recurso asistencial AMB, que no consumen ningún tóxico (RTC= 3,0) que las pacientes que utilizan otros dispositivos como CD y CAC. Además, hay un porcentaje mayor del esperado de pacientes que utilizan todos los recursos asistenciales que consumen cannabis (RTC= 3,5) y benzodiazepinas (RTC= 2,4).

Como se puede ver en la tabla 27 no existen diferencias significativas entre los dispositivos utilizados durante el tratamiento y el diagnóstico de TCA, $\chi^2 (4, N = 294) = 3,61, p = .468$. El estadístico V de Cramer fue 0,08 ($p = .468$).

Tabla 25 - Relación entre los distintos dispositivos asistenciales utilizados durante el tratamiento y la comorbilidad con otros diagnósticos del eje I

		Comorbilidad eje I										
		Ninguno	TA	TDM	TAS	TSOM	TEPT	TB	TAA	TEA	TOC	TOTAL
AMB	Recuento	90	4	10	3	1	3	0	6	1	0	118
	FE	82,3	5,2	10,8	6,4	0,8	4,4	0,8	5,6	0,8	0,8	
	% del tot.	30,6%	1,4%	3,4%	1%	0,3%	1%	0%	2%	0,3%	0%	40,1%
	RTC	2,0	-0,7	-0,3	-1,8	0,3	-0,9	-1,2	0,2	0,3	-1,2	
AMB+CD	Recuento	93	6	13	7	1	6	0	5	0	0	131
	FE	91,3	5,8	12	7,1	0,9	4,9	0,9	6,2	0,9	0,9	
	% del tot.	31,6%	2%	4,4%	2,4%	0,3%	2%	0%	1,7%	0%	0%	44,6%
	RTC	0,4	0,1	0,4	-0,1	0,2	0,7	-1,3	-0,7	-1,3	-1,3	
TODOS	Recuento	22	3	4	6	0	2	2	3	1	2	45
	FE	31,4	2,0	4,1	2,4	0,3	1,7	0,3	2,1	0,3	0,3	
	% del tot.	7,5%	1,0%	1,4%	2%	0%	0,7%	0,7%	1%	0,3%	0,7%	15,3%
	RTC	-3,3	0,8	-0,1	2,5	-0,6	0,3	3,3	0,7	1,4	3,3	
TOTAL	Recuento	205	13	27	16	2	11	2	14	2	2	294
	%del tot.	69,7%	4,4%	9,2%	5,4%	0,7%	3,7%	0,7%	4,8%	0,7%	0,7%	100%

Nota. AMB = Ambulatorio; CD = Centro de día; CAC = Centro de atención continuada; TA = Trastornos de ansiedad; TDM = Trastorno de depresión mayor; TAS= Trastorno de abuso de sustancias; TSOM = Trastornos somatomorfos; TEPT = Trastornos somatomorfos; TEPT = Trastorno por estrés postraumático; TB = Trastorno bipolar; TAA = Trastorno por abuso de alcohol; TEA = Trastorno esquizoafectivo, TOC = Trastorno obsesivo compulsivo; FE= Frecuencia esperada; tot. = Total; RTC = Residuos tipificados corregidos.

Tabla 26 - Relación entre los distintos dispositivos asistenciales utilizados durante el tratamiento y el consumo de tóxicos

DISPOSITIVO		Tóxicos					Alcohol y Cocaína	Total
		Ninguno	Alcohol	Cocaína	Cannabis	Bzd		
AMB	Recuento	109	4	4	1	0	0	118
	FE	99,9	5,2	6,8	2,4	0,4	3,2	
	% del tot.	37,1%	1,4%	1,4%	0,3%	0%	0%	40,1%
	RTC	3,0	-0,7	-1,4	-1,2	-0,8	-2,3	
AMB+CD	Recuento	109	5	10	1	0	6	131
	FE	110,9	5,8	7,6	2,7	0,4	3,6	
	% del tot.	37,1%	1,7%	3,4%	0,3%	0%	2%	44,6%
	RTC	-0,6	-0,5	1,2	-1,4	-0,9	1,8	
TODOS	Recuento	31	4	3	4	1	2	45
	FE	38,1	2,0	2,6	0,9	0,2	1,2	
	% del tot.	10,5%	1,4%	1 %	1,4%	0,3%	0,7%	15,3 %
	RTC	-3,2	1,6	0,3	3,5	2,4	0,8	
TOTAL	Recuento	249	13	17	6	1	8	294
	% del tot.	84,7%	4,4%	5,8 %	2%	0,3%	2,7%	100 %

Nota. AMB = Ambulatorio; CD = Centro de día; FE =Frecuencia esperada; tot. = Total; Bzd = Benzodicepinas; RTC = Residuos tipificados corregidos.

Tabla 27 - Relación entre los distintos dispositivos asistenciales utilizados durante el tratamiento y el diagnóstico de TCA

DISPOSITIVO		DIAGNÓSTICO			TOTAL
		AN	BN	TCANE	
AMB	Recuento	37	27	54	118
	FE	40,1	28,5	49,4	
	% del tot.	12,6%	9,2%	18,4%	40,1%
	RTC	-0,8	-0,4	1,1	
AMB+CD	Recuento	48	29	54	131
	FE	44,6	31,6	54,8	
	% del tot.	16,3 %	9,9%	18,4%	44,6%
	RTC	0,9	-0,7	-0,2	
TODOS	Recuento	15	15	15	45
	FE	15,3	10,9	18,8	
	% del tot.	5,1%	5,1%	5,1%	15,3%
	RTC	-0,1	1,6	-1,3	
TOTAL	Recuento	100	71	123	294
	% del tot.	34%	24,1%	41,8%	100%

Nota. AMB = Ambulatorio; CD = Centro de día; AN = Anorexia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa; TCANE = Trastorno de la conducta alimentaria; FE = Frecuencia esperada; tot. = Total; RTC = Residuos tipificados.

En cuanto a intentos previos de suicidio, se encuentra una asociación estadísticamente significativa con el número de dispositivos asistenciales utilizados, $\chi^2 (2, N = 123) = 8,10, p = .020$. El estadístico V de Cramer fue 0,26 ($p = .020$). En la tabla 28 se pueden ver los resultados que muestran que hay un porcentaje mayor del esperado de que las pacientes que utilizan todos los dispositivos asistenciales presenten un mayor número de intentos de suicidio previos (RTC = 2,8).

Sin embargo, no se encuentra una asociación significativa entre los dispositivos utilizados durante el tratamiento y la ideación suicida, $\chi^2 (2, N = 119) = 1,48, p = .508$. El estadístico V de Cramer fue 0,11 ($p = .508$). En la tabla 29 se pueden ver con más detalle estos resultados.

Tabla 28 - Relación entre los distintos dispositivos asistenciales utilizados durante el tratamiento y los intentos previos de suicidio

Dispositivos		Intentos previos de suicidio		
		NO	SI	TOTAL
AMB	Recuento	15	3	18
	FE	13,2	4,8	
	% del tot.	12,2%	2,4%	14,6%
	RTC	1,1	-1,1	
AMB+CD	Recuento	57	15	72
	FE	52,7	19,3	
	% del tot.	46,3%	12,2%	58,5%
	RTC	1,8	-1,8	
TODOS	Recuento	18	15	33
	FE	24,1	8,9	
	% del tot.	14,6%	12,2%	26,8%
	RTC	-2,8	2,8	
TOTAL	Recuento	90	33	123
	% del tot.	73,2%	26,8%	100%

Nota. AMB = Ambulatorio; CD = Centro de día; F.E.= Frecuencia esperada; tot. = Total; RTC = Residuos tipificados.

Tabla 29 - Relación entre los distintos dispositivos asistenciales utilizados durante el tratamiento y la ideación suicida

Dispositivos		Ideación suicida		
		NO	SI	TOTAL
AMB	Recuento	16	1	17
	FE	14,7	2,3	
	% del tot.	13,4%	0,8%	14,3%
	RTC	1,0	-1,0	
AMB+CD	Recuento	60	9	69
	FE	59,7	9,3	
	% del tot.	50,4%	7,6%	58%
	RTC	0,2	-0,2	
TODOS	Recuento	27	6	33
	FE	28,6	4,4	
	% del tot.	22,7%	5%	27,7%
	RTC	-0,9	0,9	
TOTAL	Recuento	103	16	119
	% del tot.	86,6%	13%	100%

Nota. AMB = Ambulatorio; CD = Centro de día; FE = Frecuencia esperada; tot. = Total; RTC = Residuos tipificados.

Por otra parte, se ha encontrado una asociación significativa entre los dispositivos asistenciales utilizados a lo largo del tratamiento y el resultado global del tratamiento, $\chi^2 (6, N = 270) = 20,74, p = .002$, siendo el estadístico V de Cramer de 0,20 ($p = .002$). Lo mismo sucede entre los dispositivos utilizados y la gravedad valorada por el clínico $\chi^2 (6, N = 167) = 24,67, p < .001$. El estadístico V de Cramer fue 0,27 ($p < .001$). En las tablas 30 y 31 se presentan estos resultados con más detalle. En primer lugar, hay un porcentaje mayor del esperado de pacientes que utilizan todos los dispositivos y finalmente abandonen el tratamiento (RTC= 3,3), de hecho se observa una mayor probabilidad de la esperada respecto a los abandonos que de altas en pacientes que utilizaban los tres dispositivos. Por el contrario, hay un porcentaje mayor del esperado de pacientes que utilizan únicamente AMB y que obtienen el alta clínica (RTC = 2,4) que de las pacientes que utilizan el resto de dispositivos. Con respecto a la gravedad, se observa en la tabla 31, que hay un porcentaje mayor del esperado de pacientes con “mucho” gravedad (RTC = 4,6) que utilizan los 3 dispositivos asistenciales.

Tabla 30 - Relación entre los distintos dispositivos asistenciales utilizados durante el tratamiento y el resultado global del tratamiento

RESULTADO TRATAMIENTO						
Dispositivos		ALTA	ABANDONO	EXTERNO	TRATAMIENTO	TOTAL
AMB	Recuento	79	16	6	6	107
	FE	69,7	19,4	5,9	11,9	
	% del tot.	29,3%	5,9%	2,2%	2,2%	39,6%
	RTC	2,4	-1,1	0,0	-2,3	
AMB+CD	Recuento	80	18	5	19	122
	FE	79,5	22,1	6,8	13,6	
	% del tot.	29,6%	6,7%	1,9%	7%	45,2%
	RTC	0,1	-1,3	-0,9	2,1	
TODOS	Recuento	17	15	4	5	41
	FE	26,7	7,4	2,3	4,6	
	% del tot.	6,3%	5,6%	1,5%	1,9%	15,2%
	RTC	-3,5	3,3	1,3	0,2	
TOTAL	Recuento	176	49	15	30	270
	% del tot.	65,2%	18,1%	5,6%	11,1%	100%

Nota. AMB = Ambulatorio; CD = Centro de día; FE = Frecuencia esperada; tot. = Total; RTC = Residuos tipificados.

Tabla 31 - Relación entre los dispositivos utilizados durante el tratamiento y la gravedad general valorada por el clínico

		GRAVEDAD GENERAL				
Dispositivos		ALGO	MODERADA	BASTANTE	MUCHO	TOTAL
AMB	Recuento	6	17	14	4	41
	FE	3,2	15,7	12,3	9,8	
	% del tot.	3,6%	10,2%	8,4%	2,4%	24,6%
	RTC	1,9	0,5	0,7	-2,5	
AMB+CD	Recuento	6	38	27	16	87
	FE	6,8	33,3	26	20,8	
	% del tot.	3,6%	22,8%	16,2%	9,6%	52,1%
	RTC	-0,4	1,5	0,3	-1,8	
TODOS	Recuento	1	9	9	20	39
	FE	3	14,9	11,7	9,3	
	% del tot.	0,6%	5,4%	5,4%	12%	23,4%
	RTC	-1,4	-2,2	-1,1	4,6	
TOTAL	Recuento	13	64	50	40	167
	% del tot.	7,8%	38,3%	29,9%	24%	100%

Nota. AMB = Ambulatorio; CD = Centro de día; FE = Frecuencia esperada; tot. = Total; RTC = Residuos tipificados.

A la hora de analizar la relación entre los distintos dispositivos asistenciales utilizados durante el tratamiento y las variables predisponentes consideradas en el estudio como, los antecedentes familiares psiquiátricos y los acontecimientos relevantes a lo largo de su vida no se encontró una relación estadísticamente significativa, $\chi^2 (2, N = 126) = 1,78, p = .402$, siendo el estadístico V de Cramer de 0,12 ($p = .402$) y, $\chi^2 (8, N = 119) = 10,43, p = .232$, y de 0,21 ($p = .232$). En la tabla 32 y 33 se muestran los resultados.

Tabla 32 - Relación entre los distintos dispositivos asistenciales utilizados durante el tratamiento y los antecedentes psiquiátricos familiares

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES				
Dispositivos		NO	SI	TOTAL
AMB	Recuento	9	8	17
	FE	6,9	10,1	
	% del tot.	7,1%	6,3%	13,5%
	RTC	1,1	-1,1	
AMB+CD	Recuento	28	49	77
	FE	31,2	45,8	
	% del tot.	22,2%	38,9%	61,1%
	RTC	-1,2	1,2	
TODOS	Recuento	14	18	32
	FE	13	19	
	% del tot.	11,1%	14,3%	25,4%
	RTC	0,4	-0,4	
TOTAL	Recuento	51	75	126
	% del tot.	40,5%	59,5%	100%

Nota. AMB = Ambulatorio; CD = Centro de día; FE = Frecuencia esperada; tot = Total; RTC = Residuos tipificados.

Tabla 33 - Relación entre los dispositivos utilizados durante el tratamiento y acontecimientos vitales

ACONTECIMIENTOS VITALES							
Dispositivos		NINGUNO	DUELO	BURLAS	MALTRATO	OTROS	TOTAL
AMB	Recuento	13	2	2	0	0	17
	FE	8,9	1,7	1,9	1,4	3,1	
	% del tot.	10,9%	1,7%	1,7%	0%	0%	14,3%
	RTC	2,2	0,2	0,1	-1,3	-2,1	
AMB+CD	Recuento	32	7	8	6	18	71
	FE	37	7,2	7,8	6	13,1	
	% del tot.	26,9%	5,9%	6,7%	5%	15,1%	59,7%
	RTC	-1,9	-0,1	0,1	0	2,3	
TODOS	Recuento	17	3	3	4	4	31
	FE	16,2	3,1	3,4	2,6	5,7	
	% del tot.	14,3%	2,5%	2,5%	3,4%	3,4%	26,1%
	RTC	0,4	-0,1	-0,3	1,1	-0,9	
TOTAL	Recuento	62	12	13	10	22	119
	% del tot.	52,1%	10,1%	10,9%	8,4%	18,5%	100%

Nota. AMB = Ambulatorio; CD = Centro de día; FE = Frecuencia esperada; tot. = Total; RTC = Residuos tipificados.

6. DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente trabajo ha sido analizar las variables descriptivas relevantes en pacientes diagnosticados de un TCA (AN, BN o TCANE) en distintos dispositivos asistenciales (ambulatorio, centro de día, centro 24 horas), e intentar identificar posibles perfiles en función de los dispositivos asistenciales asignados. Para ello, se realizó un estudio descriptivo de una amplia muestra de pacientes que provenían de una unidad especializada en TCA.

La primera parte de la discusión se centrará en el análisis de las características de la muestra estudiada. Posteriormente, se analizarán los resultados obtenidos en relación a cada uno de los objetivos específicos e hipótesis planteadas. Finalmente, se expondrán las limitaciones que presenta la investigación llevada a cabo y se expondrán las conclusiones finales.

A continuación, se muestra un resumen de los resultados más relevantes encontrados en la presente tesis:

1. Con respecto a la descripción de la muestra, los resultados indican que la mayoría de las pacientes eran mujeres (95,3%) y buscaban ayuda con una media de edad de 23,62 años (de 10 a 50 años). La media de años de evolución de la enfermedad era de 5,63 (de 0 a 23 años) y el IMC en el momento de la evaluación era de media 20,70 (de 14,70 a 40,10). El diagnóstico más común encontrado entre las diferentes posibilidades del espectro de los TCA era el TCANE (37,3%). Un porcentaje importante de la muestra (32,6%) presentaba comorbilidad con otro diagnóstico de eje I, siendo el trastorno más común la depresión mayor (9,9%), y la mayoría de las pacientes presentaban comorbilidad diagnóstica con el eje II, siendo el TLP (27,3%) el más frecuente. La mayor parte de la muestra no presentaba consumo de tóxicos (84,7%). Las pacientes que sí que refirieron presentar consumo solían consumir cocaína y alcohol. Por otra parte, el 13% de la muestra presentaba ideación suicida y el 26,8% había presentado intentos de suicidio previos. En cuanto a la gravedad general, el mayor porcentaje era considerado por el profesional sanitario como “moderada” (38,9%), seguido de “bastante” grave (29,50%).

El análisis de las variables predisponentes muestra que es común la presencia de

antecedentes psiquiátricos familiares, siendo el TCA el más común. También presentaban algún acontecimiento negativo/estresante que le había generado o le generaba interferencia en sus vidas, como fueron burlas (10,6%), duelo (9,8%) y maltrato (8,1%) entre otros.

En cuanto al tratamiento, la media de duración en días es de 894,49 (de 0 a 3.249) y la media de dispositivos utilizados es de 2,55 (de 1 a 14). Como muestran los datos del presente trabajo, la duración del tratamiento es elevada, al igual que el número de dispositivos utilizados y la gravedad del TCA. Sin embargo, hay que señalar que la mayoría de los pacientes (66,6%) finalizaron el tratamiento con éxito y fueron dados de alta, aunque, desgraciadamente, un 18% abandono el tratamiento antes de finalizarlo.

Las características encontradas en nuestra muestra van en la línea de las halladas en este tipo de población en otros estudios. Como ya hemos comentado en la introducción de este trabajo, la dificultad de cumplir todos los criterios para poder diagnosticar un TCA tiende a producir que el diagnóstico más común sea el TCANE, lo que ha generado la evolución y mejoras del DSM, con el objetivo de paliar esta situación. Estos datos están en la línea de estudios anteriores, como los realizados por el Instituto Nacional de Salud (Insalud, 1995) y la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, DSM-IVTR, 2000) y también en otros estudios más recientemente (p.ej., Nicholls, 2011; Ruiz-Lázaro, 2010).

En cuanto al sexo de los participantes, los datos no dejan lugar a duda acerca de que los TCA son problemas que afectan mayoritariamente a mujeres. En este sentido, un estudio realizado por Nagl (2016) obtuvo una prevalencia de TCA de 2,9% en mujeres y 0,1% entre los hombres y se señala una incidencia comparativa hombre-mujer estimada en 1:10 para AN y en 1:5 para BN (López y Treasure, 2011).

Por lo que se refiere a la comorbilidad en eje I y en eje II, también los datos son similares a los informados en la literatura. Los trastornos mentales más comunes en los TCA son los afectivos, principalmente la depresión mayor, que aparece en el 40% de los pacientes (Braum, 1994) y los datos de comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los TCA estima la presencia de este tipo de alteraciones, según diferentes estudios entre un 53% y un 93% (Gartner, Marcus et al. 1989; Martín, 2009; Powers, Coovert et al. 1988; Skodol, Oldham et al. 1993; Yager, Landsverk et al. 1989; Zanarini, Frankenburg et al. 1990).

En cuanto a la duración del tratamiento, los datos también señalan lo indicado por otros estudios. Debido a la complejidad de estos trastornos, la duración suele ser larga y

requieren diferentes recursos asistenciales. El modo de llevar a cabo el tratamiento también varía en función de la gravedad del trastorno (Smolak y Thomson, 2009; Cash y Smolak, 2011).

2. En relación a las diferentes variables descriptivas según las 3 categorías diagnósticas consideradas en el trabajo (AN, BN, TCANE), y tal y como era de esperar, los resultados muestran como los pacientes con un diagnóstico de AN tienen un peso significativamente inferior ($M=16,97$) que los pacientes con BN ($M=22,03$) y TCANE ($M=23,02$). En cuanto a la edad, los pacientes con un diagnóstico de AN son más jóvenes ($M=21,34$) cuando acuden a buscar ayuda que los pacientes con un diagnóstico de BN ($M=24,77$) y TCANE ($M=25,12$). Además, la edad de inicio de la enfermedad también es más temprana en la AN ($M=15,01$) que en la BN ($M=16,78$).

Con respecto a la comorbilidad en eje I, la AN puede tener asociados distintos trastornos mentales, mientras que lo más habitual es que los pacientes con BN es más probable que presentaran comorbilidad con abuso de sustancias y TEPT, y las pacientes con TCANE es más probable que presenten un Trastorno Depresivo Mayor.

Con respecto a la comorbilidad en eje II, las pacientes con AN presentan con más frecuencia un Trastorno de Personalidad Obsesivo y un Trastorno de la Personalidad por Evitación, mientras que las pacientes con BN tienden a presentar un TLP y un Trastorno de Personalidad Dependiente.

La gravedad general observada por el clínico para la BN muestra que era más probable que tuvieran “mucho” gravedad, mientras que en el caso de la AN presentaba “bastante” gravedad y el TCANE presentaba “algo” de gravedad. Además, los pacientes con diagnóstico de BN presentaban más intentos previos de suicidio.

No se observaron diferencias significativas entre el diagnóstico y el sexo de los pacientes. Tampoco se detectaron diferencias con el resultado del tratamiento, los acontecimientos vitales experimentados y los antecedentes psiquiátricos familiares.

En cuanto a los autoinformes, los pacientes con AN tenían puntuaciones más bajas en el IEA, en el BSQ, en el BAT y en las subescalas del EDI-2 de bulimia y alexitimia. Todo ello indica que los pacientes con diagnóstico de AN estaban menos preocupados que los pacientes pertenecientes a las otras categorías diagnósticas por su apariencia física, y daban menor importancia al papel que dicha apariencia pudiera tener en sus vidas, además de presentar

menor ansiedad e insatisfacción con el propio cuerpo.

En la presente tesis, se planteó que la edad de inicio y el IMC de las pacientes con AN sería inferior a los de las pacientes con BN o TCANE, y atendiendo a los datos cabe afirmar que los resultados van parcialmente a favor de las hipótesis planteadas. Las diferencias en la edad de inicio entre las diferentes categorías diagnósticas va en la línea de la literatura previa, ya que varios estudios indican que la AN suele iniciarse de manera más temprana, lo cual además implica una gran alarma social, dado que cada vez el inicio de este trastorno es más prematuro (Micali et al., 2013; Ortega y Laverde, 2000; Pierre, 1998; Sauval, 1999).

Por otra parte, se planteó que la comorbilidad más frecuente con el eje I de la AN sería el TOC, sin embargo, los resultados han revelado que no había un trastorno más típicamente comórbido en la AN. Por lo que respecta a la comorbilidad en el eje I, la literatura indica que la mayoría de pacientes con diagnóstico de AN presentan otro trastorno como la ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, TOC (Bullick, Sullivan, Fear y Pickering, 1997; Speranza et al., 2001). En la muestra de la presente tesis estos datos no se confirman, ya que la mayoría de las pacientes con AN no presentaban ningún trastorno comórbido en el eje I.

Con respecto a la BN, se esperaba una comorbilidad en eje I con diagnósticos emocionales, mientras que los resultados indican comorbilidad con abuso de tóxicos y TEPT. Estos datos van en la línea de otros estudios publicados, que señalan como trastornos comórbidos más frecuentes los trastornos de ansiedad, depresivos, bipolares y el consumo de sustancias (APA, 2014).

Por lo que se refiere a la comorbilidad en eje II de la AN y la BN, los resultados confirman nuestra hipótesis, siendo el TLP el diagnóstico más común en la BN y los trastornos del Clúster C los más frecuentes en la AN. La comorbilidad de los TCA con los trastornos de la personalidad ha sido ampliamente estudiada en los últimos años, y los estudios suelen indicar una relación entre la AN y los trastornos del clúster C (Johnson y Wonderlich, 1992) y la BN y el TLP (APA, 2014), tal y como se confirma en esta investigación.

En cuanto a la gravedad, tanto para la AN como para la BN, los profesionales valoraron la presencia de una gravedad elevada, lo que no es de extrañar, dada la complejidad de estos problemas, y su tendencia a la cronificación y necesidad, en algunos casos, de hospitalización (APA, 1994; Carla, 2014; Hoek, 1993; Keski-Rahkonen et al., 2007).

Por último, señalar que no se encontraron diferencias en los 3 diagnósticos en cuanto a la presencia de antecedentes familiares y acontecimientos vitales, tal y como se había planteado inicialmente.

3. Tras la evaluación realizada a los pacientes, se determinaba qué dispositivo asistencial era el más adecuado para iniciar el tratamiento (AMB, CD y CAC). Los datos muestran que los pacientes que ingresan en AMB y en CAC tienen más edad que los que ingresan en CD. Además, la edad de inicio de la enfermedad es más alta en los pacientes que ingresan en primera instancia en AMB que los que ingresan en CD. En cuanto a años de evolución, los pacientes que ingresan en CAC llevan más años con el problema que los que ingresan en AMB y en CD. Además, el IMC en el momento de la evaluación es mayor en los pacientes que eran asignados a AMB. Los pacientes que utilizaban el CAC como primer recurso asistencial utilizan un mayor número de dispositivos.

Con respecto a los auto-informes administrados, los pacientes que ingresan en CD en primera instancia, tienen puntuaciones más bajas en la subescala de ineficacia y en la subescala de impulsividad del EDI2, que los que ingresan en CAC, sugiriendo esto que los pacientes que ingresan en CAC son pacientes con una mayor psicopatología y problemática.

En cuanto a diferencias en función del tipo de diagnóstico, los pacientes con TCANE suelen utilizar en primer lugar el dispositivo asistencial de AMB, mientras que los que presentan un diagnóstico de AN suelen utilizar como primer dispositivo el CD.

En relación a la comorbilidad con el eje I, es más común que los pacientes que ingresan en CAC tengan otro trastorno en eje I como abuso de sustancias, trastorno bipolar y Trastorno Obsesivo Compulsivo.

No se encontraron diferencias significativas en otras variables, en función de los dispositivos asistenciales utilizados, como presencia de trastornos de personalidad, tratamientos previos, intentos de suicidio previos, ideación suicida, acontecimientos vitales, antecedentes psiquiátricos familiares y consumo de tóxicos.

Resumiendo, los pacientes que ingresan en primer lugar en CAC presentan un IMC más bajo, utilizan mayor número de dispositivos y suelen tener comorbilidad con otro diagnóstico en eje I. Además, suelen tener una mayor edad, y su edad en el momento de iniciarse el problema también es más alta. Asimismo, presentan una mayor impulsividad, y un sentido de

auto-eficacia más bajo. Estos resultados están de acuerdo con las recomendaciones y criterios usuales que se indican para la hospitalización y tratamiento para los TCA, en los que se enfatiza que un IMC bajo requiere de un tratamiento intensivo como es el CD o CAC (Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta alimentaria, 2009). Por ese motivo, es esperable que el IMC de los pacientes que ingresan en tratamiento AMB sea mayor. Además, según la OMS, el motivo de ingreso en CD o en CAC no depende únicamente del IMC, sino que se considera que la impulsividad también tiene un papel relevante. En el presente estudio, se observa que los pacientes ingresados en CAC presentan una mayor impulsividad en la escala del EDI2 de impulsividad que los pacientes de CD. Los estudios que han analizado variables clínicas en pacientes hospitalizados revelan resultados similares a los de la presente tesis, es decir, se trata de pacientes con comorbilidad diagnóstica en el eje I. Mekuri, et al. (2016) añade a esta información, que además estas variables se consideran predictores del resultado del tratamiento.

Por último, hay que destacar que otras variables que inicialmente pudieran parecer relevantes, como consumo de tóxicos, ingresos previos, intentos previos de suicidio e ideación suicida no fueron capaces de discriminar entre los pacientes asignados a los distintos dispositivos asistenciales.

4. En cuanto al tipo de diagnóstico y los dispositivos utilizados, los resultados no mostraron diferencias significativas en el número de dispositivos utilizados. Estos datos no van a favor de la hipótesis planteada. Se esperaba que los pacientes con AN o con BN utilizarían mayor número de dispositivos que los pacientes con TCANE, pero los resultados muestran que no hay diferencias significativas.

Sí se encontraron diferencias en el número de dispositivos utilizados, en función de cuál es el que se accede al inicio. Los pacientes que acceden al CAC en primera instancia utilizan de media un mayor número de dispositivos, en comparación con aquellos que acceden a AMB o CD.

Tras analizar el recorrido más común de uso de los dispositivos asistenciales, nos encontramos con que el 69,6% ingresa primero en AMB, después CD y por último de nuevo AMB. Cuando consideramos los primeros 4 dispositivos, el 42,5 % de los pacientes primero ingresa en AMB, después CD, de nuevo AMB y por último CD. Estos resultados cumplen parcialmente estas hipótesis.

El tiempo (en días) que se permanecía en cada uno de los dispositivos asistenciales era

similar para los tres dispositivos. Aunque inicialmente esperábamos que la duración fuera mayor en el dispositivo CAC, debido a la intensidad del abordaje terapéutico que se ofrece, sin embargo los resultados muestran que el tiempo fue similar en todos los dispositivos. Los estudios realizados en otros países en cuanto a la duración del tratamiento hospitalario muestran que es de 18-19 semanas y la duración del tratamiento en CD es de 12 semanas aproximadamente (Gowers et al., 2007; Goldstein et al., 2011; Olmsted et al., 2010; Royal College of Psychiatrists, 2012; Strik, 2009). Las estancias largas no se han relacionado directamente con el diagnóstico, pero sí con variables como la presencia de comorbilidad, la edad tardía en la aparición del problema, ingresos previos, consumo de tóxicos y años de evolución. Aunque sí que existen estudios que comparan el tratamiento en pacientes de CAC y CD, no se han encontrado estudios que analicen la transferencia entre los diferentes dispositivos asistenciales.

5. El análisis de mediación simple realizado con los diferentes autoinformes (ASI, BSQ, EAT-40) reveló que hay un efecto indirecto de la insatisfacción corporal (BSQ) en la sintomatología alimentaria (EAT-40) a través de la importancia que se le otorga a la apariencia física (ASI). Es decir, los pacientes que tienen mayor insatisfacción corporal otorgan una mayor importancia a su apariencia física, y aquellos que le otorgan una mayor importancia a su apariencia física tienen mayor sintomatología alimentaria. Por tanto, la importancia que se le otorga a la apariencia física media la relación entre insatisfacción corporal y sintomatología alimentaria.

Aunque no se puede hablar de una relación directa, sí que se puede observar cómo la preocupación por la apariencia física hace que aumente el número de síntomas propios de un TCA, por lo que estos resultados van en la línea de la hipótesis planteada previamente.

Estos resultados apoyan la idea de la mayoría de modelos explicativos de los TCA que asocia la relación entre la insatisfacción corporal, las preocupaciones por la apariencia física, el peso, la comida y el inicio de conductas propias de los TCA.

6. Tras el tratamiento, el IMC de los pacientes aumentó en todos los casos con independencia del diagnóstico que presentaban. Este aumento de peso fue significativo en la AN restrictiva y en la BN purgativa. Inicialmente, esperábamos solo cambios de peso significativos en pacientes con AN, y no con BN y TCANE, pero sin embargo, los resultados indican que todos los pacientes incrementaron de peso.

7. En cuanto a los perfiles de pacientes en función de los dispositivos utilizados a lo largo del tratamiento, podemos concluir lo siguiente:

Los pacientes que utilizan todos los dispositivos (AMB+CD+CAC) tienen una edad de inicio del problema más baja, presentan mayor número de ingresos previos y están más tiempo (en días) en tratamiento. Además, los pacientes que pasan por todos los dispositivos presentan más comorbilidad con diagnósticos del eje I como el abuso de sustancias, el trastorno bipolar y TOC. Los tóxicos más comunes en el consumo de tóxicos son el cannabis y las benzodiazepinas. También se trata de pacientes con mayor número de intentos de suicidio previos. En el caso de los pacientes que utilizan todos los dispositivos, es más probable que acaben abandonando el tratamiento. Con respecto a la gravedad observada por el profesional, es más probable que utilicen todos los dispositivos aquellos valorados de “mucho” gravedad.

Los pacientes que utilizaban AMB+CD suelen presentar consumo de tóxicos como el cannabis y las benzodiazepinas, como sucede también con los pacientes que utilizaban todos los dispositivos.

Por otra parte, los pacientes que únicamente utilizan AMB son los que presentan menos comorbilidad y un menor consumo de tóxicos. Además, estos pacientes tienen una mayor probabilidad de recibir el alta clínica que el resto.

Los resultados encontrados en este punto apoyan la hipótesis planteada, ya que avala la idea de que los pacientes que utilizan todos los dispositivos presentan mayor gravedad del problema alimentario.

Como se ha comentado, no hay datos acerca la relación de las características de los pacientes con TCA y la transferencia de los diferentes dispositivos asistenciales que utilizan. La utilización de diferentes dispositivos en algunos casos se puede considerar recaídas y estancias más largas. La relación entre los años de evolución y la duración de la estancia ha sido con frecuencia señalado como un factor que predice la relación con la evolución de la enfermedad (Strik et al., 2009). Una enfermedad más larga es probable que sea psicopatológicamente más complicada y, por lo tanto, ser menos sensible a la intervención. Estos pacientes pueden tener una historia más larga de intentos de tratamiento ineficaces (Agras, 2004).

En cuanto a las *limitaciones de este trabajo*, hay que destacar, en primer lugar, la pérdida de datos clínicos relevantes de algunas variables analizadas. Es decir, como se ha podido observar en el apartado de los resultados, a pesar de que la muestra total es de 322 pacientes, no se disponía de la totalidad de los datos de todos los pacientes en todas las variables clínicas. Por otra parte, al tratarse de un estudio retrospectivo, cuando se plantearon las medidas de evaluación relevantes que podían ser objeto de análisis, no estaban recogidos algunos datos ni se había administrado los autoinformes a todos los pacientes. Esto provocó que el tamaño de la muestra de los autoinformes fuera pequeño, limitando en gran medida la generalización de los resultados. Además, la presente tesis se tuvo que limitar a las variables que estaban establecidas y recogidas previamente.

Otra limitación relevante, es la falta de información acerca del tratamiento psicológico llevado a cabo con los pacientes y la ausencia de variables relacionadas con el éxito terapéutico. Asimismo, únicamente se ha recogido la muestra en una Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria en el que el tratamiento que se ofrece es de corte cognitivo conductual, hecho que limita el poder comparar con otras situaciones como pueden ser los diferentes abordajes terapéuticos y diferentes protocolos de actuación.

7. CONCLUSIONES

Este trabajo ha intentado buscar diferencias entre pacientes con TCA que son asignadas a distintos dispositivos asistenciales, con el fin de encontrar variables que sirvan como potenciales predictores y mediadores de un mejor resultado terapéutico. Como hemos visto a lo largo de estas páginas, los TCA son un problema de salud pública que supone un elevado coste económico y de recursos, por lo que se requieren más investigaciones en este campo que ayuden a mejorar la eficacia, eficiencia y efectividad de la asistencia a estos pacientes.

Los datos reflejan una realidad poco satisfactoria a la hora de detectar los casos en atención primaria y como consecuencia hay una baja derivación a los servicios de psiquiatría. Esta situación refleja la insuficiencia e inadaptación de los recursos de la red asistencial ante este tipo de patologías. Por ello, es de gran relevancia la existencia de unidades funcionales para la atención a los TCA que puedan trabajar en los diferentes dispositivos asistenciales.

Una pregunta relevante es la posible presencia de perfiles dentro de los TCA, en función de variables demográficas y clínicas relevantes. Si estos perfiles pudieran ser identificados, se podría derivar a las personas al recurso asistencial más eficaz y adecuado para ellos, teniendo en cuenta sus características y su gravedad, lo que aseguraría que recibiese el tratamiento con mayores probabilidades de éxito. En este sentido, la presente tesis aporta datos de los diferentes grupos de pacientes de TCA y se han relacionado con los diferentes dispositivos asistenciales existentes. Se trata del primer estudio que analiza el recorrido más común que realizan las pacientes con un diagnóstico de TCA. Estudios posteriores demostrarán hasta qué punto la derivación en los diferentes recursos asistenciales se convierte en un dispositivo para la cronicidad o para la rehabilitación y remisión de la psicopatología de la conducta alimentaria.

No hay que olvidar, que se trata de pacientes que con frecuencia son readmitidos en los diferentes dispositivos y que la duración en estos es elevada. Este argumento ha fomentado el inicio de la investigación entre la eficacia de diferentes dispositivos asistenciales (p.ej. CD y hospitalización) y logrando resultados similares respecto a la mejoría en el peso de los pacientes y obteniendo mayor autonomía y autoeficacia en el dispositivo de CD (Herpertz-Dahlmann, 2014). Se trata de ofrecer en cada momento de la enfermedad, el tratamiento más

adecuado y con la intensidad adecuada con el objetivo que el paciente requiera una forma de intervención cada vez menos intrusiva, obteniendo una mayor autonomía en las distintas áreas de su vida de una forma progresiva, realizando un seguimiento, y finalizando con un tratamiento en régimen ambulatorio, cuyo objetivo es el mantenimiento de la recuperación y la prevención de recaídas.

La identificación de predictores, moderadores y mediadores del resultado es un objetivo importante en la búsqueda de mejores resultados en el tratamiento de los TCA. La literatura ha empezado a destacar como predictores consistentes del resultado de tratamiento la motivación, las preocupaciones acerca el peso y la figura y las conductas purgativas (Vall, 2015).

Realizar un proceso de cambio estable lleva mucho tiempo. Un TCA puede implicar años de tratamiento intensivo (el promedio de duración es de 2-4 años) y debe continuar aunque los aspectos alimentarios se hayan estabilizado. Durante este tiempo de terapia, se tendrán que abordar numerosos obstáculos como la falta de motivación y la ganancia de peso, fundamentales para la recuperación. La duración del tratamiento, dependerá principalmente del tiempo de evolución del trastorno y su gravedad (Calvo, 2002). De forma general, los pacientes consiguen mejorías y estabilidad, se trata de pacientes que recuperan su peso, disminuyen sus preocupaciones y aceptan su cuerpo. Otros se recuperan de forma parcial. Generalmente, recuperan parte de su peso, mantienen alimentos prohibidos y preocupación por el peso y la figura. Un grupo pequeño, no se recupera y mantiene las conductas patológicas a lo largo de los años.

Aunque queda mucho camino por recorrer, estos datos pueden aportar luz a la hora de realizar árboles de decisión cuando un paciente con TCA busca ayuda y hay que decidir que dispositivo asistencial y tratamiento es el más idóneo. Sin duda, las características de la psicopatología y la gravedad que presente van a ser factores de gran importancia, pero es necesario avanzar tomando en consideración muchas otras variables y factores para poder disponer de información adicional que resulte relevante y nos ayude a tomar decisiones informadas que repercutan en una mejor atención a cada uno de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Spinhoven, P., van Ginkel, J. R., de Rooij, M., y van Furth, E. F. (2016). Web-based fully automated self-help with different levels of therapist support for individuals with eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *18*, 159. Doi: org/ 10.2196/jmir.5709.
- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Spinhoven, P., y Van Furth, E. F. (2013). Treating eating disorders over the internet: A systematic review and future research directions. *International Journal of Eating Disorders*, *46*, 539-552. doi: org/10.1002/eat.22135.
- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., y Van Furth, E. F. (2016). E-health interventions for eating disorders: Emerging findings, issues, and opportunities. *Current Psychiatry Reports*, *18*, 42. doi: org/10.1007/s11920-016-0673-6.
- Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Preda, S., Comba, E., Brustolin, A. y Fassino A. (2009). Day hospital programmes for eating disorders: A review of the similarities, differences and goals. *Eat Weight Disord*, *14* (2-3), 31-41.
- Adambegan, M., Wagner, G., Nader, I. W., Fernández-Aranda, F., Treasure, J., y Karwautz, A. (2012). Internalizing and externalizing behaviour problems in childhood contribute to the development of anorexia and bulimia nervosa - A study comparing sister pairs. *European Eating Disorders Review*, *20* (2), 116-120.
- Addis, M. E., Wade, W. A., y Hatgis, C. (1999). Barriers to dissemination of evidence-based practices: Addressing practitioners' concerns about manual-based psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *6*, 430-441.
- Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. (2005). *Guías de Práctica Clínica en el SNS. AATRM*.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2015). *Management and outcomes of binge eating disorder*. USA: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Agras W. S., Crow S. J., Halmi K. A., Mitchell J. E., Wilson G. T. y Kraemer H. C. (2000). Outcome predictors for the cognitive behavior treatment of bulimia nervosa: Data from a multisite study. *The American Journal of Psychiatry*, *157* (8), 1302-1308.

- Agras W. S., Lock J., Brandt H., Bryson S.W., Dodge E., Halmi K.A., ...Woodside B. (2014). Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa. *JAMA Psychiatry*, 71 (11), 1279.
- Agras W. S., Walsh B. T., Fairburn C. G., Wilson G. T. y Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57 (5), 459–466.
- Agras, W. S., Brandt, H. A., Bulik, C. M., Dolan-Sewell, R., Fairburn, C. G., Halmi, K. A., ... Wilfrey, D. E. (2004). Report of the National Institutes of Health Workshop on Overcoming Barriers to Treatment Research in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 509– 521.
- Agras, W. S., Telch, C. F., Arnow, B., Eldredge, K., Detzer, M. J., Henderson, J., y Marnell, M. (1995). Does interpersonal therapy help patients with binge eating disorder who fail to respond to cognitivebehavioral therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 356–360.
- Agras, W. S., Telch, C. F., Arnow, B., Eldredge, K., Wilfley, D. E., Raeburn, S. D., ... Marnell, M. (1994). Weight loss, cognitive-behavioral, and desipramine treatments in binge eating disorder: An additive design. *Behavior Therapy*, 25, 225–238.
- Agras, W. S., Telch, C. F., Arnow, B., Eldredge, K., y Marnell, M. (1997). One-year follow-up of cognitive-behavioral therapy for obese individuals with binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 343–347.
- Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., y Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459–466.
- Alger, S. A., Schwalberg, M. D., Bigaouette, J. M., Michalek, A. V., y Howard, L. J. (1991). Effect of a tricyclic antidepressant and opiate antagonist on binge-eating behavior in normoweight bulimic and obese, binge-eating subjects. *American Journal of Clinical Nutrition*, 53, 865– 871.
- Allison, K. C., Grilo, C. Masheb, R. M., y Stunkard, A. J. (2005). Binge eating disorder and night eating syndrome: A comparative study of disordered eating. *Journal of Consulting and*

Clinical Psychology, 73, 1107–1115.

- American Dietetic Association. (2006). Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *J Am Diet Assoc.*, 106, 2073- 82.
- American Psychiatric Association (1952). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-I (1a Ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1968). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-II (2a Ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III (3a Ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R (3a Ed. Revised)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV (4a Ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado: DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V (5a Ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, APA (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5*. Editorial médica panamericana.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC, USA: Author.
- American Psychiatric Association. (2006). Treatment of patients with eating disorders, third edition. *Am J Psychiatry*, 163 (7), 4-54
- Andersen, A. E. (1998). Treatment of eating disorders in the context of managed health care in the United States: A clinician's perspective. En W. Vandereycken y P. J. V. Beumont (Eds.), *Treating eating disorders: Ethical, legal and personal issues (pp. 261–282)*. New York, USA: New York University Press.

- Appolinario, J. C., Bacaltchuk, J., Sichieri, R., Claudino, A. M., Gody Matos, A., Morgan, C., ... Coutinho, W. (2003). A randomized, double-blind, placebo-controlled study of sibutramine in the treatment of binge eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 1109–1116.
- Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C., y Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical psychology review*, *33* (1), 156-167.
- Arnold, L. M., McElroy, S. L., Hudson, J. I., Welge, J. A., Bennett, A. J. y Keck, P. E. (2002). A placebo-controlled, randomized trial of fluoxetine in the treatment of binge-eating disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *63*, 1028–1033.
- Arrufat, F. J. (2006). *Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona* (tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona, 2006.
- Arrufat, F. J., Badía, G., Benítez, D., Cuesta, L., Duño, L., Estrada, M. D., ... Voltás, M. (2009). *Guía Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria [acceso 7 marzo 2010]*. Recuperado de http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria/completa/index.html
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.). Washington, DC, USA..
- Attia, E. y Schroeder, L. (2005). Pharmacologic treatment of anorexia nervosa: Where do we go from here? *International Journal of Eating Disorders*, *37*, 60–63.
- Attia, E., Haiman, C., Walsh, B. T., y Flater, S. R. (1998). Does fluoxetine augment the inpatient treatment of anorexia nervosa? *American Journal of Psychiatry*, *155*, 548–551.
- Attie, I. y Brooks-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, *25* (1), 70.
- Avena, N. M., Rada, P., y Hoebel, B. G. (2009). Sugar and fat bingeing have notable differences in addictive-like behavior. *The Journal of nutrition*, *139* (3), 623-628.
- Ayllon, T., Houghton, E., y Osmond, H. O. (1964). Chronic anorexia: A behaviour problem. *Canadian Psychiatric Association Journal*, *258*, 147.

- Bachner-Melman, R., Zohar, A. H. y Ebstein, R. P. (2006). An examination of cognitive versus behavioral components of recovery from anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis.*, 194, 697–703.
- Bachrach, A. J., Erwin, W. J., y Mohr, J. P. (1965). The control of eating behavior in an anorexic by operant conditioning techniques. *Case studies in behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 153-163.
- Baell, W.K. y Wertheim, E. H. (1992). Predictors of outcome in the treatment of bulimia nervosa. *Br J Clin Psychol*, 31, 330–332.
- Ball, J. y Mitchell, P. (2004). A randomized controlled study of cognitive behavior therapy and behavioral family therapy for anorexia nervosa patients. *Eating Disorders*, 12, 303–314.
- Ballesteros, C. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en paidopsiquiatría. *Monografías de Psiquiatría*, 99 (2), 21-22.
- Banas, A., Januszkiewicz-Grabias, A. y Radziwillowicz, P. (1998). Multifactorial aspects of eating disorders. *Psychiatr Pol*, 32 (2), 165-175.
- Banasiak, S. J., Paxton, S. J., y Hay, P. (2005). Guided self-help for bulimia nervosa in primary care: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 35, 1283–1294.
- Barbarich, N., McConaha, C., Halmi, K., Gendall, K., Sunday, S., Gaskill, J., ... Kaye, H. (2004). Use of Nutritional Supplements to Increase the Efficacy of Fluoxetine in the Treatment of AN. *International Journal of Eating Disorders*, 35 (1), 10-15.
- Barbee, J. (2003). Topiramate in the Treatment of Severe BN with Comorbid Mood Disorders: A Case Series. *International Journal of Eating Disorders*, 33 (4), 468-472.
- Barlow, D. H., Levitt, J. T., y Bufka, L. F. (1999). The dissemination of empirically supported treatments: A view to the future. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S147–S162.
- Beaumont, P. J. V. (1995). The clinical presentation of anorexia nervosa and bulimia nervosa. En K. D. Brownell y C. G. Fairburn (eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. New York, USA: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX, USA: Psychological Corp.

- Ben-Tovim, D. I., Walker, K., Gilchrist, P., Freeman, R., Kalucy, R., y Esterman, A. (2001). Outcome in patients with eating disorders: A 5-year study. *Lancet*, *357*, 1254–1257.
- Berkman, N. D., Lohr, K. N., y Bulik, C. M. (2007). Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, *40*, 293–309.
- Borrego, H. (2000). *Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud (Vol. 24)*.
- Bossert, S., Schmeolz, U., Wiegand, M., Junker, M., y Krieg, J. C. (1992). Predictors of short-term treatment outcome in bulimia nervosa inpatients. *Behav Res Ther*, *30*, 193–199.
- Bould, H., De Stavola, B., Magnusson, C., Micali, N., Dal, H., Evans, J., ... Lewis, G. (2016). The influence of school on whether girls develop eating disorders. *International Journal of Epidemiology*. Advance Access published April 20.
- Braun, D. L., Sunday, S. R. y Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, *24*, 859-867.
- Breen, H. B. y Espelage, D. L. (2004). Nutrition expertise in eating disorders. *Eat Weight Disord*, *9*, 120-5.
- Brockmeyer, T., Holtforth, M. G., Bents, H., Kämmerer, A., Herzog, W., & Friederich, H. C. (2013). The Thinner the Better: Self-Esteem and Low Body Weight in Anorexia Nervosa. *Clinical psychology & psychotherapy*, *20* (5), 394-400.
- Brooks, S., Prince, A., Stahl, D., Campbell, I. C., y Treasure, J. (2011). A systematic review and meta-analysis of cognitive bias to food stimuli in people with disordered eating behaviour. *Clinical psychology review*, *31* (1), 37-51.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. New York, USA: Basic Books.
- Bulik, C. M., Berkman, N. D., Brownley, K. A., Sedway, J. A. y Lohr, K. N. (2007). Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord*, *40*, 310-20.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L. y Pickering, A. (1997). Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental*

Diseases, 185, 704-707.

- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Joyce, P. R., Carter, F.A. y McIntosh, V. V. (1998). Predictors of 1-year treatment outcome in bulimia nervosa. *Compr Psychiatry*, 39, 206–214.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Wade, T. D., y Kendler, K. S. (2000). Twin studies of eating disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 27 (1), 1-20.
- Cachelin, F. M. y Striegel-Moore, R. (2006). Help seeking and barriers to treatment in a community sample of Mexican American and European American women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 154–161.
- Caglar-Nazali, H. P., Corfield, F., Cardi, V., Ambwani, S., Leppanen, J., Olabintan, O., ... Treasure, J. (2014). A systematic review and meta-analysis of 'Systems for Social Processes' in eating disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 42, 55-92.
- Calvo, R. (2002). *Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona, España: Editorial Planeta.
- Carney, T., Tait, D., Saunders, D., Touyz, S. y Beumont, P. (2003). Institutional options in management of coercion in anorexia treatment: The antipodean experiment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 647–675.
- Carter, J. C. y Fairburn, C. G. (1998). Cognitive-behavioral self-help for binge eating disorder: A controlled effectiveness study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 616–623.
- Carter, J. C., Blackmore, E., Sutandar-Pinnock, K., y Woodside, D. B. (2004). Relapse in anorexia nervosa: a survival analysis. *Psychological medicine*, 34 (04), 671-679.
- Carter, J. C., Mercer-Lynn, K. B., Norwood, S. J., Bewell-Weiss, C. V., Crosby, R. D., Woodside, D. B. y Olmsted, M. P. (2012). A prospective study of predictors of relapse in anorexia nervosa: implications for relapse prevention. *Psychiatry Res*, 200, 518–523.
- Carter, P. I., y Moss, R. A. (1984). Screening for anorexia and bulimia nervosa in a college population: Problems and limitations. *Addictive Behaviors*, 9, 417-419.
- Cash, T. F. y Hrabosky J. L. (2004). Treatment of body Image Disturbance. En Thompson, J. K. (eds.) *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 515-541). Wiley and sons.

- Cash, T. F. y Labarge, A. S. (1996). Development of the appearance schemas inventory: A new cognitive body- image assessment. *Cognitive therapy and Research*, 20, 37-50.
- Cash, T. F. y Smolak, L. (2011). *Body image. A handbook of science, practice and prevention*. New York, USA: Guilford Press.
- Cash, T. F., Lewis, R. J. y Keeton, P. (1987). Development and validation of the Body- Image Automatic Thoughts Questionnaire: A measure of body- related cognitions. *Paper presented at the meeting of the Southeastern Psychological Association*, Atlanta, GA.
- Casper, R. C. (1983). On the emergence of bulimia nervosa as a syndrome a historical view. *International Journal of Eating Disorders*, 2 (3), 3-16.
- Casper, R. C., y Jabine, L. N. (1996). An eight-year follow-up: outcome from adolescent compared to adult onset anorexia nervosa. *Journal of Youth and Adolescence*, 25 (4), 499-517.
- Cassin, S. E., y von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical psychology review*, 25 (7), 895-916.
- Castro, J., Deulofeu, R., Gila, A., Puig, J. y Toro, J. (2004). Persistence of Nutritional Deficiencies after Short-Term Weight Recovery in Adolescents with AN. *International Journal of Eating Disorders*, 35 (2), 169-178.
- Castro, J., Gila, A., Puig, J., Rodríguez, S. y Toro, J. (2004). Predictors of rehospitalization after total weight recovery in adolescents with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 36, 22–30. doi: 10.1002/eat.20009
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: validation of the Spanish version. *Psychological Assessment*, 7, 175-190.
- Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research. Working group of the Clinical Practice Guideline for Eating Disorders. Clinical Practice Guideline for Eating Disorders. (2009). *Quality Plan for the National Health System of the Ministry of Health and Consumer Affairs*. Madrid, España.
- Cervera, S., Lahortiga, F., Martínez-González, M., Gual, P., Irala-Estévez, J. D., y Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a

- prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 33 (3), 271-280.
- Chandy, J. M., Harris, L., Blum, R. W., y Resnick, M. D. (1995). Female adolescents of alcohol misusers: disordered eating features. *International Journal of Eating Disorders*, 17 (3), 283-289.
- Channon, S., de Silva, P., Hemsley, D., y Perkins, R. (1989). A controlled trial of cognitive-behavioural and behavioural treatment of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 529-535.
- Chen, E., Touyz, S. W., Beumont, P., Fairburn, C. G., Griffiths, R., Butow, P., ... Basten, C. (2003). Comparison of group and individual cognitivebehavioral therapy for patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 241-254.
- Chinchilla, A. (1995). *Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa* (pp. 70-73; 89-121). Barcelona, España: Editorial Masson, S.A.
- Claes, L., Vandereycken, W., y Vertommen, H. (2002). Impulsive and compulsive traits in eating disordered patients compared with controls. *Personality and Individual Differences*, 32 (4), 707-714.
- Cockfield, A. y Philpot, U. (2009). Feeding size 0: the challenges of anorexia nervosa. Managing anorexia from a dietitian's perspective. *Proc Nutr Soc*, 68, 281-8.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power and analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Colton, A. y Pistrang, N. (2004). Adolescents' experiences of inpatient treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 307-315.
- Commission on Adolescent Eating Disorders. (2005). Eating disorders. En D. L. Evans et al. (Eds.), *Treating and preventing adolescent mental health disorders: What we know and what we don't know*. New York, USA: Oxford University Press, The Annenberg Foundation Trust at Sunnylands, and the Annenberg Public Policy Center of the University of Pennsylvania.
- Connors, M.E. (1996). Developmental vulnerabilities for eating disorders. En L. Smolak, M. P. Levine, R. Striegel-Moore (eds.), *The developmental psychopathology of eating disorders:*

implications for research, prevention and treatment (pp. 285–310). New Jersey, USA: Lawrence Erlbaum.

Constantino, M. J., Arnow, B. A., Blasey, C., y Agras, W. S. (2005). The association between patient characteristics and the therapeutic alliance in cognitive-behavioral and interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 203–211.

Cooper, M. J. (2005). Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress, development and future directions. *Clinical Psychology Review, 25* (4), 511-531.

Cooper, M. J., Wells, A., y Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology, 43* (1), 1-16.

Cooper, Z. (1995). The development and maintenance of eating disorders. En K. D. Brownell y C. G. Fairburn (Eds.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook (pp. 199-206)*. New York, USA: Guilford.

Cooper, Z., Allen, E., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Murphy, R., O'Connor, M. E. y Fairburn, C. (2016). Predictors and moderators of response to enhanced cognitive behaviour therapy and interpersonal psychotherapy for the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy 84*, 9-13.

Corsica, J. A., y Pelchat, M. L. (2010). Food addiction: true or false? *Current opinion in gastroenterology, 26* (2), 165-169.

Couturier, J. y Lock, J. (2006). What is recovery in adolescent anorexia nervosa? *Int J Eat Disord, 39*, 550–555.

Couturier, J. y Mahmood, A. (2009). Meal support therapy reduces the use of nasogastric feeding for adolescents hospitalized with anorexia nervosa. *Eat Disord 2009; 17*: 327-32.

Crow, S. J., Mitchell, J. E., Roerig, J. D. y Steffen, K. (2009). What potential role is there for medication treatment in anorexia nervosa? *Int J Eat Disord, 42*, 1-8.

Crow, S. J., Mussell, M. P., Peterson, C. B., Knopke, A., y Mitchell, J. E. (1999). Prior treatment received by patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 25*, 39–44.

- Crow, S. J., Peterson, C., Levine, A. S., Thuras, P., y Mitchell, J. E. (2004). A survey of binge eating and obesity treatment practices among primary care providers. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 348–353.
- Crow, S. J., y Nyman, J. A. (2004). The cost-effectiveness of anorexia nervosa treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 155–160.
- Cuadro, E. y Baile, J. I. (2015). Binge eating disorder: analysis and treatment. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 97-107
- Cucchi, A., Ryan, D., Konstantakopoulos, G., Stroumpa, S., Kaçar, A., Renshaw, S., Landau, S. y Kravariti, E. (2016). Lifetime prevalence of non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46, 1345–1358.
- Cuesta, J. P., Saiz, J., Roca, M. y Noguer, I. (2016). Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatría Biológica*.
- Dakanalis, A., Carrà, G., Calogero, R., Zanetti, M. A., Gaudio, S., Caccialanza, R., ... Clerici, M. (2014). Testing the cognitive-behavioural maintenance models across DSM-5 bulimic-type eating disorder diagnostic groups: a multi-centre study. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 1-14.
- Dakanalis, A., Timko, C. A., Clerici, M., Zanetti, M. A., y Riva, G. (2014). Comprehensive examination of the trans-diagnostic cognitive behavioral model of eating disorders in males. *Eating behaviors*, 15 (1), 63-67.
- Dare, C. y Eisler, I. (1997). Family therapy for anorexia nervosa. En D. Garner y P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders (2nd ed., pp. 333–349)*. Chichester, England: Wiley.
- Dare, C., Eisler, I., Russell, G., Treasure, J., y Dodge, L. (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomised controlled trial of out-patient treatments. *British Journal of Psychiatry*, 178, 216–221.
- Davidson, M. H., Hauptman, J., DiGirolamo, M., Foreyt, J. P., Halsted, C. H., Heber, D., ... Heymsfield S. B. (1999). Weight control and risk factor reduction in obese subjects treated for 2 years with orlistat: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 281, 235–242.

- Davis, C. (1992). Body image, dieting behaviours, and personality factors: A study of high-performance female athletes. *International Journal of Sport Psychology*, 23 (3), 179-192.
- Davis, C., Katzman, D. K., Kaptein, S., Kirsh, C., Brewer, H., Kalmbach, K., ... Kaplan, A. S. (1997). The prevalence of high-level exercise in the eating disorders: etiological implications. *Comprehensive Psychiatry*, 38 (6), 321-326.
- Davis, R., Olmsted, M. P. y Rockert, W. (1992). Brief group psychoeducation for bulimia nervosa, II: prediction of clinical outcome. *Int J Eat Disord*, 11, 205-211.
- De la Serna, I. (1998). *Comer no es un placer: anorexia, bulimia, obesidad (pp. 21-31; 86-96; 141)*. Madrid, España: Editorial Litofinter, S.A.
- De Zwaan, M., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Mussell, M. P., Raymond, N. C., Specker, S. M., y Seim, H. C. (2005). Short-term cognitive behavioral treatment does not improve outcome of a comprehensive very-low-calorie diet program in obese women with binge eating disorder. *Behavior Therapy*, 36, 89-99.
- Del Rio, C., Borda, M., Torres, I., Lozano, J. L. y Durán, P. (2002). Conductas de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes y adolescentes. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*, 1 (2), 1-10.
- Delinsky, S. S. y Wilson, G. T. (2006). Mirror exposure for the treatment of body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 108-116.
- Dennis, A. B., y Sansone, R. (1997). Treatment of patients with personality disorders. En D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment of eating disorders* (pp. 437-449). New York: Guilford Press.
- Devlin, M. J., Goldfein, J. A., y Dobrow, I. (2003). What is this thing called BED? Current status of binge-eating disorder nosology. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 2-18.
- Deudero, M. y Díaz, M. Los trastornos de la conducta alimentaria: Evolución histórica y situación actual. *Trabajo fin de grado Isabel Cala Romero*. Cadiz, España: Universidad de Cadiz.
- Devlin, M. J., Goldfein, J. A., Petkova, E., Jiang, H., Raizman, P. S., Wolk, S., ... Walsh B. T. (2005). Cognitive behavioral therapy and fluoxetine as adjuncts to group behavioral therapy for binge eating disorder. *Obesity Research*, 13, 1077-1088.

- Díaz-Marsá, M., Carrasco, J. y Sáiz, J. (2000). A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 14 (4), 352-359.
- Dueñas Y., Murray M., Rubio B., Murjani H., y Jiménez A. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica: una patología en auge. *Nutr Hosp*, 32 (5), 2091-2097.
- Dwyer, J. T. (1986). Role of the nutritionist in eating disorders. *New Dir Ment Health Serv.*, 31, 21-8.
- Eddy, K. T., Dorer, D. J., Franko, D. L., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H. y Herzog, D. B. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *Am J Psychiatry*, 165, 245–250.
- Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E., y le Grange, D. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: The results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 727–736.
- Eisler, I., Dare, C., Russell, G. F. M., Szmukler, G. I., le Grange, D. y Dodge, E. (1997). Family and individual therapy in anorexia nervosa: A 5-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1025–1030.
- Eldredge, K. L., Agras, W. S., Arnow, B., Telch, C. F., Bell, S., Castonguay, L., y Marnell, M. (1997). The effects of extending cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder among initial treatment nonresponders. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 347–352.
- Engström-Lindberg, C. J. (1988). Prevalence and incidence of eating disorder in a suburban area. *Acta Psychiatr Scand*, 9, 78-314.
- Fairburn Ch. (1995). *La superación de los atracones de comida*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S. A.
- Fairburn, C. G. (1985). Cognitive behavioral treatment for bulimia. En D. M. Garner y P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia (pp.160–192)*. New York, USA: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. (1995). *Overcoming binge eating*. New York, USA: Guilford Press.

- Fairburn, C. G. (2004). *The relationship between treatment research and clinical practice*. Paper presented at the International Conference on Eating Disorders of the Academy of Eating Disorders, Orlando, Florida, USA.
- Fairburn, C. G. (2005). Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 26–30.
- Fairburn, C. G. (2006). *Treatment of eating disorders*. Unpublished report to the Wellcome Trust, Oxford University.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York, NY: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. y Garner, D. M. (1986). The diagnosis of bulimia nervosa. *International journal of eating disorders*, 5, 403-419.
- Fairburn, C. G. y Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361 (9355), 407-416.
- Fairburn, C. G., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., ... Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 64–71.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Cooper, P. J. (1986). The clinical features and maintenance of bulimia nervosa. En K. D. Brownell y J. D. Foreyt (eds.) *Handbook of eating disorders: physiology, psychology and treatment of obesity, anorexia and bulimia* (pp. 389–404). New York, USA: Basic Books.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41 (5), 509-528.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P., y O’Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 659–665.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O’Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., ... Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive behavioral therapy for patients with eating disorders: A

- two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311–319.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Dool, H. A. y Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives General of Psychiatry*, 56, 468 – 476.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–529.
- Fairburn, C. G., Cowen, P. J. y Harrison, P. J. (1999). Twin studies and the etiology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 26 (4), 349-358.
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., y O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Archives of general psychiatry*, 55 (5), 425-432.
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A., y O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: The longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419–428.
- Fairburn, C. G., Kirk, J., O'Connor, M., Anastasiades, P. y Cooper, P.J. (1987). Prognostic factors in bulimia nervosa. *Br J Clin Psychol*, 26, 223–224.
- Fairburn, C. G., Marcus, M. D., y Wilson, G. T. (1993). Cognitive behaviour therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. En C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment (pp. 361–404)*. New York, USA: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Peveler, R. C., Jones, R., Hope, R. A. y Doll, H. A. (1993). Predictors of 12-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *J Consult Clin Psychol*, 61, 696–698.
- Fairburn, C. G., Shafran, R. y Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1–13.
- Fairburn, C. G., Walsh, B. T. Agras, W. S., Wilson, G. T., y Stice, E. (2004). Early change in treatment predicts outcome in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2322–2324.

- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A. y O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54 (6), 509-517.
- Fairburn, C. G., y Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363–370.
- Fairburn, C. G., y Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome “Not Otherwise Specified” (NOS) category in DSM–IV. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 691–701.
- Fairburn, C. G., y Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407–416.
- Fairburn, C. y Brownell, K. (2002). *Eating Disorders and Obesity, a Comprehensive Handbook*. The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A. y Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case–control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468–476.
- Fichter, M. M. y Quadflieg, N. (2004). Twelve-year course and outcome of bulimia nervosa. *Psychol Med*, 34, 1395–1406.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N. y Hedlund, S. (2006). Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 39, 87–100.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., y Williams, J. B. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV*. Versión Clínica. Barcelona: MASSON.
- García, F. (1993). *Las adoradoras de la delgadez. Anorexia nerviosa (pp. 79-89)*. Madrid, España: Editorial Díaz de Santos.
- Garfinkel, P. E. y Garner, D. M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York, USA: Brunner/Mazel.
- Gargallo, M., Fernández-Aranda, F. y Raich, R.M. (2003). Resumen de Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad: una revisión teórica de la literatura. *International Journal of Clinical and Health psychology*, 3 (2), 335-349.

- Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*, 5, 341-1631.
- Garner, D. M. y Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive therapy and research*, 6 (2), 123-150.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychology and Medicine*, 9, 273- 279.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., Polivy, J. y Garfinkel, P. E. (1984). Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 46 (3), 255-266.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International journal of eating disorders*, 2 (2), 15-34.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Davis, R., Rockert, W., Goldbloom, D. y Eagle, M. (1990). The association between bulimic symptoms and reported psychopathology. *Int J Eat Disord*, 9, 1-15.
- Garner, D. M.; Olmstead, M. P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Garner, D. y Garfinkel, P. (1997). *Handbook of Treatment for Eating Disorders (Second Edition)*. The Guilford Press.
- Garner, D. M. y Bemis, K. M. (1985). Cognitive therapy for anorexia nervosa. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia* (pp. 107-146). New York, USA: Guilford Press.
- Gartner, A. F., Marcus, R. N., Halmi, K. y Loranger, A. W. (1989). Personality disorders in patients with eating disorders: DSM-III-R. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1585-1591.
- Geller, J., Johnston, C., Madsen, K., Goldner, E. M., Remick, R. A. y Birmingham, C. L. (1998). Shape-and weight-based self-esteem and the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 24 (3), 285-298.
- Gentile, M. G., Pastorelli, P., Ciceri, R., Manna, G. M. y Collimediaglia, S. (2010). Specialized refeeding treatment for anorexia nervosa patients suffering from extreme undernutrition.

Clin Nutr., 21. doi: 10.1016/j.clnu.2010.03.008.

German Institute for Federal Statistics. (2000). *Diagnosedaten der Krankenhäuser*. Recuperado de www.destatis.de , www.gbe-bund.de (accessed May 29, 2013).

Gila, A., Castro, J., Gómez, M. J., Toro, J. y Salamero, M. (1999). The body attitudes test: Validation of the Spanish version. *Eating and Weight Disorders*, 4, 175-178.

Gilbert, S. (1986). *Pathology of Eating*. London, UK: Routledge & Kegan Paul.

Gillberg, I. C., Råstam, M., y Gillberg, C. (1995). Anorexia nervosa 6 years after onset: Part I. Personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 36 (1), 61-69.

Golberg, D., Huxley, P. y Mental Illness in the Community. (1990). *The Pathway to Psychiatric Care*. Londres, Tavistock.

Gold, M. S., Frost-Pineda, K. y Jacobs, W. S. (2003). Overeating, binge eating, and eating disorders as addictions. *Psychiatric Annals*, 33 (2), 117-122.

Goldberg, D. (1982). The Concept of a Psychiatric 'Case' in General Practice'. *Soc. Psychiatry*, 17 (14), 61-65.

Goldberg, D. y Huxley, P. (1992). *Common Mental Disorders. A Biosocial Model*. Londres: Routledge.

Golden, N. H., Jacobson, M. S., Sterling, W. M. y Hertz, S. (2008). Treatment goal weight in adolescents with anorexia nervosa: Use of BMI Percentiles. *Int J Eat Disord*, 41, 301-6.

Goldstein, M., Peters, L., Baillie, A., McVeagh, P., Minshall, G. y Fitzjames, D. (2011). The effectiveness of a day program for the treatment of adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 44, 29-38.

Gómez, C., De Cos, A. I., Armero, M., Calvo, I., Díaz, J., Rico, M. A., ... Zurita, L. (2004). *Trastornos de la Alimentación: Programa de Educación Nutricional. Unidad de Nutrición Clínica y dietética*. Madrid, España: Hospital Universitario La Paz.

Gómez, M. A. (2007). *Bulimia*. Madrid, España: Síntesis.

Gowers, S. G., Clark, A., Roberts, C., Griffiths, A., Edwards, V., Bryan, C., ...Barrett, B. (2007). Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised

- controlled trial. *Br J Psychiatry*, 191, 427–35.
- Grabe, S., Ward, L. M. y Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological bulletin*, 134 (3), 460.
- Grave, R. D. (1997). Guided self-help of bulimia nervosa in a specialist setting: A pilot study. *Eating and Weight disorders*, 2, 169-172.
- Grilo C. M., Masheb R. M. y Crosby R. D. (2012). Predictors and moderators of response to cognitive behavioral therapy and medication for the treatment of binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80 (5), 897–906.
- Grilo, C. M. (2006). Eating and weight disorders. Psychology Press American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of patients with eating disorder (3rd edn). *Am J Psychiatry*, 163, 4–54.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., Wilson, G. T., y Crosby, R. D. (2012). Predictors and moderators of response to cognitive behavioral therapy and medication for the treatment of binge eating disorder. *Obesity*, 18, S84–S84.
- Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerios de Sanidad y Consumo.
- Guarda, A. S., Pinto, A. M., Coughlin, J. W., Hussain, S., Haug, N. A. y Heinberg, L. J. (2007). Perceived coercion and change in perceived need for admission in patients hospitalized for eating disorders. *Am J Psychiatry*, 164, 108–14.
- Guidano, V. F. y Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. New York, USA: Guilford Press.
- Hadad, N. A. y Knackstedt, L. A. (2014). Addicted to palatable foods: comparing the neurobiology of Bulimia Nervosa to that of drug addiction. *Psychopharmacology*, 231 (9), 1897-1912.
- Halmi, K. A. (1992). *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa (1st ed.)*. Washington, D.C., USA: American Psychiatric Press.

- Halmi, K., Brodland, G. y Loney, J. (1973) Prognosis in anorexia nervosa. *Annals of Internal Medicine*, 78, 907-909.
- Hay, P. J., Bacaltchuk, J., Stefano, S., y Kashyap, P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1–170.
- Health and Social Care Information Centre. Provisional Monthly Hospital Episode Statistics for Admitted Patient Care, Outpatient and Accident and Emergency Data - April to June 2012. (2013). *Topic of Interest - Eating Disorders*. Recuperado de <https://catalogue.ic.nhs.uk/>
- Heatherton, T.F. y Polivy, J. (1992). Chronic dieting and eating disorders: A spiral model. En J. H. Crowther, S. E. Hobfall, M. Stephens y D. Tennenbaum (Eds.), *The etiology of bulimia: The individual and familial context* (pp. 133–155). Washington, DC, USA: Hemisphere.
- Henderson, M. y Freeman, C. (1987). A self-rating Scale for bulimia: the BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.
- Hernando, B. (2000). Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. *Inf Ter Sist Nac Salud*, 24, 44-50.
- Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B., Fichter, M., Tuschen-Caffier, B., y Zeeck, A. (2011). *Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Esstorungen* (eds. III). Berlin Heidelberg: Springer.
- Herpertz-Dahlmann, B. y Salbach-Andrae, H. (2009). Overview of treatment modalities in adolescent anorexia nervosa. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 18, 131-45.
- Herpertz-Dahlmann, B., Schwarte, R., Krei, M., Egberts, K., Warnke, A., Wewetzer, C., ...Dempfle, A. (2014). Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial. *The Lancet*, 383, 1222–29. Recuperado de www.thelancet.com. doi: S0140-6736(13)62411-3
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Lavori, P. W., Kenny, G.M. y Sacks, N. R. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53 (5), 147-52.
- Herzog, T., Zeeck, A., Hartmann, A. y Nicket, T. (2004). Lower targets for weekly weight gain lead to better results in inpatient treatment of anorexia nervosa: a pilot study. *Eur Eat*

Disord Rev, 12, 164-8.

- Hilbert, A., Pike, K., Goldschmidt, A., Wilfley, D., Fairburn, C., Dohm, F. A., ... Striegel Weissman, R. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research*, 220 (1-2), 500-506.
- Hiroe, T., Kojima, M., Yamamoto, I., Nojima, S., Kinoshita, Y., Hashimoto, N., ... y Furukawa, T. A. (2005). Gradations of clinical severity and sensitivity to change assessed with the Beck Depression Inventory-II in Japanese patients with depression. *Psychiatry Research*, 135 (3), 229-235.
- Hoek, H. W. (1991). The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. *Psycholog Med*, 60, 21-455.
- Hoek, H. W. y Hoeken, D. V. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord*, 96, 34-383.
- Holland, A. J., Sicotte, N. y Treasure, J. (1988). Anorexia nervosa: evidence for a genetic basis. *Journal of Psychosomatic Research*, 32 (6), 561-571.
- Holtom-Viesel, A. y Allan, S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical psychology review*, 34 (1), 29-43.
- Hsu, L. K. G. (1990). *Eating Disorders*. Nueva York: The Guilford Press.
- Huntley, D. A., Cho, D. W., Christman, J. y Csernansky, J. G. (1998). Predicting length of stay in an acute psychiatric hospital. *Psychiatr Serv*, 49, 1049-1053.
- Iacovino J. M., Gredysa D. M., Altman M., Wilfley D. E. (2012). Psychological treatments for binge eating disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14, 432-446.
- Ifland, J. R., Preuss, H. G., Marcus, M. T., Rourke, K. M., Taylor, W. C., Burau, K., ... Manso, G. (2009). Refined food addiction: a classic substance use disorder. *Medical hypotheses*, 72 (5), 518-526.
- Imaz, C., Ballesteros, M., Higuera, M. y Conde, V. (2008). Análisis asistencial en los trastornos del comportamiento alimentario en Valladolid. *Actas españolas de psiquiatría*, 36, 75-81.

- Imbierowicz, K., Braks, K., Jacoby, G. E., Geiser, F., Conrad, R., Schilling, G. y Liedtke, R. (2002). High-caloric supplements in anorexia treatment. *Int J Eat Disord*, *32*, 135-45.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C. y Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological bulletin*, *130* (1), 19.
- Jacobson, C. M. y Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, *11*, 129–147.
- Jansen, A. (1998). A learning model of binge eating: Cue reactivity and cue exposure. *Behaviour research and therapy*, *36* (3), 257-272.
- Jáuregui, I. y Bolaños, P. (2012). Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nerviosa. *Rev. Med. Chile*, *140*, 98-107.
- Jáuregui-Lobera, I. y Bolaños-Ríos, P. (2012). Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nerviosa. *Rev Med Chile*, *140*, 98-107.
- Johnson, F. y Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: a prospective analysis. *Journal of abnormal psychology*, *114* (1), 119.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S. y Brook, J.S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *Am J Psychiatry*, *159*, 394–400.
- Kanbur, N. y Harrison, A. (2016). Co-occurrence of Substance Use and Eating Disorders: An Approach to the Adolescent Patient in the Context of Family Centered Care. *A Literature Review, Substance Use & Misuse*, *51* (7), 853-860.
- Kaplan, A. S. y Garfinkel, P. E. (1993). *Medical Issues and the Eating Disorders*. Brunner Mazel.
- Kaye, W. y Barbarich, N. (2003). Serotonin in AN: a New Study Supports a Familiar Hypothesis. *International Journal of Eating Disorders*, *33* (3), 268-270.
- Kaye, W., Gendall, K. y Strober, M. (1998). Serotonin neuronal function and selective serotonin reuptake inhibitor treatment in anorexia and bulimia nervosa. *Biological Psychiatry*, *44* (9), 825-838.

- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 1–27.
- Keery, H., Van den Berg, P. y Thompson, J. K. (2004). An evaluation of the tripartite influence model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. *Body image, 1* (3), 237-251.
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Sihvola, E., Raevuori, A., ... Rissanen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry, 164* (8), 1259-65.
- Keski-Rahkonen, A., Raevuori, A., Bulik, C. M., Hoek, H. W., Rissanen, A. y Kaprio, J. (2014). Factors associated with recovery from anorexia nervosa: a population-based study. *Int J Eat Disord, 47*, 117–123.
- Klonsky, E. D. y Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: a research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology, 63*, 1045–1056.
- Klump, K. L., McGue, M. y Iacono, W. G. (2000). Age differences in genetic and environmental influences on eating attitudes and behaviors in preadolescent and adolescent female twins. *Journal of abnormal psychology, 109* (2), 239.
- Kostro, K., Lerman, J.B. y Attia, E. (2014). The current status of suicide and self-injury in eating disorders: a narrative review. *Journal of Eating Disorders, 2*, 19.
- Kraemer H. C. (2013). Discovering, comparing, and combining moderators of treatment on outcome after randomized clinical trials: A parametric approach. *Statistics in Medicine, 32*, 1964–1973.
- Krug, I., Penelo, E., Fernández-Aranda, F., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., ... Treasure, J (2013). Low social interactions in eating disorder patients in childhood and adulthood: a multicentre European case control study. *J Health Psychol, 18*, 26–37.
- Lacey, J. H. (1983). Bulimia nervosa, binge eating and psychogenic vomiting: controlled treatment and long-term outcome. *Br Med J, 286*, 1609–1613.
- Latner, J. y Wilson, T. (2004). Binge Eating and Satiety in BN and BED: Effects of Macronutrient Intake. *International Journal of Eating Disorders, 36* (4), 402-415.

- Le Grange D., Crosby R. D. y Lock J. (2008). Predictors and moderators of outcome in family-based treatment for adolescent bulimia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47 (4), 464–470.
- Le Grange D., Fitzsimmons-Craft E. E., Crosby R. D., Hay P., Lacey H., Bamford B., ...Touyz S. (2014). Predictors and moderators of outcome for severe and enduring anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 56, 91–98.
- Le Grange D., Lock J., Agras W. S., Moye A., Bryson S. W. y Jo B. (2012). Moderators and mediators of remission in family-based treatment and adolescent focused therapy for anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 50 (2), 85–92.
- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K. y Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 1-5.
- Leitenberg, H., Agras, W. S. y Thomson, L. E. (1968). A sequential analysis of the effect of selective positive reinforcement in modifying anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 6 (2), 211-218.
- Lievers, L. S., Curt, F., Wallier, J., Perdereau, F., Rein, Z., Jeammet, P. y Godart, N. (2009). Predictive factors of length of inpatient treatment in anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 18, 75–84.
- Lim, S. L., Sinaram, S., Ung, E. K. y Kua, E. H. (2007). The pursuit of thinness: an outcome study of anorexia nervosa. *Singapore Med. J.*, 48, 222-6.
- Linardon, J., Garcia, X. y Brennan, L. (2016). Predictors, Moderators and Mediators of Treatment Outcome Following Manualised Cognitive-Behavioural Therapy for Eating Disorders: A Systematic Review. *Eur. Eat. Disorders Rev.*
- Imsted, M. P., McFarlane, T. L., Carter, J. C., Trottier, K., Woodside, D. B. y Dimitropoulos, G. (2010). Inpatient and day hospital treatment for anorexia nervosa. En C. Grilo y J. E. Mitchell (eds). *The Treatment of Eating Disorders: A Clinical Handbook (pp. 198-211)*. New York, USA: Guilford Press.
- López, S. (1998). *Guía farmacológica en psiquiatría (3ª ed., pp. 239)*. Jaén, España: Editorial Grafiranzo.

- Loria, V., Gómez, C., Lourenço, T., Pérez, A., Castillo, R., Villarino, M., ... Zurita, L. (2009). Evaluation of the utility of a nutrition education program with eating disorders. *Nutr. Hosp.*, 24, 558-67.
- Lowe, B., Zipfel, S., Buchholz, C., Dupont, Y., Reas, D. L. y Herzog, W. (2001). Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychol Med*, 31 (5), 881-90.
- Manfred, M., Fichter, M. D. y Norbert, Q. (2016). Mortality in Eating Disorders - Results of a Large Prospective Clinical Longitudinal Study. *Int J Eat Disord*, 49, 391-401.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York, USA: Guilford.
- Marrone, S., Mitchell, J. E., Crosby, R., Wonderlich, S., y Jollie-Trottier, T. (2009). Predictors of response to cognitive behavioral treatment for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 222-227.
- Marshall, M., Crowther, R., Sledge, W. H., Rathbone, J. y Soares-Weiser, K. (2011). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, 12.
- Martín, F. M., Cangas, A., Pozo, E., Martínez, M. y López, M. (2009). Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Psicothema*, 21, 33-38.
- Martínez-Mallén, E., Castro-Fornieles, J., Lázaro, L., Moreno, E., Morer, A., Font, E., ... Toro, J. (2007). Cue exposure in the treatment of resistant adolescent bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40 (7), 596-601.
- Mascolo, M., Chu, E. y Mehler, P. (2011). Abuse and Clinical Value of Diuretics in Eating Disorders Therapeutic Applications. *Int J Eat Disord*, 44, 200-202
- Matton, A., Goossens, L., Vervaet, M. y Braet, C. (2015). Temperamental differences between adolescents and young adults with or without an eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 229-38.
- Mc Elroy, S. L., Crow, S., Blom, T. J., Biernacka, J. M., Winham, S. J., Geske, J., Cuellar-Barboza, A. B., Bobo, W. B., Prieto, M. L., Veldic, M., Mori, N., Seymour, L. R., Bond, D. J. y Frye, M.

- A. (2016). Prevalence and correlates of DSM-5 eating disorders inpatients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 191, 216–221.
- Mehler, Ph. y Andersen, A. (1999). *Eating Disorders: A Guide to Medical Care and Complications*. The John Hopkins University Press.
- Mekori, E., Halevy, L., Ziv, S. I., Moreno, A., Enoch-Levy, A., Weizman, A. y Stein, D. (2016). Predictors of short-term outcome variables in hospitalised female adolescents with eating disorders. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. doi: 10.1080/13651501.2016.1229794
- Micali, N., Hagberg, K. W., Petersen, I. y Treasure, J. L. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open* 3 (5).
- Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U. y Fairburn, C. G. (2005). Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. *Br J Psychiatry*, 187, 573–578.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia en SM del SNS*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de publicaciones.
- Minuchin, S., Rosman, B. y Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Harvard University Press: Cambridge, UK.
- Mischoulon, P., Kamryn T. E., Keshaviah, A., Dinescu, D., Ross, S. L., Kass, A. E., Franko, D. L. y Herzog, D. B. (2011). Depression and Eating Disorders: Treatment and Course. *Affect Disord*, 130 (3), 470–477.
- Moradi, B., Dirks, D. y Matteson, A. V. (2005). Roles of Sexual Objectification Experiences and Internalization of Standards of Beauty in Eating Disorder Symptomatology: A Test and Extension of Objectification Theory. *Journal of Counseling Psychology*, 52 (3), 420.
- Moser, D. J., Benjamin, M. L., Bayless, J. D., McDowell, B. D., Paulsen, J. S., Bowers, W. A., ... Andersen, A. E. (2003). Neuropsychological Functioning Pretreatment and Posttreatment in an Inpatient Eating Disorders Program. *International Journal of Eating Disorders*, 33 (1), 64-70.
- Murphy, R., Cooper, Z., Hollon, S. D., y Fairburn, C. G. (2009). How do psychological treatments

- work? Investigating mediators of change. *Behaviour Research and Therapy*, 47 (1), 1–5.
- Nakamura, K., Yamamoto, M., Yamkazi, O., Kawashima, Y., Muto, K., Someya, T., Sakurai, K. y Nozoe, S. (2000). Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a geographically defined area in Japan. *Int J Eat Disord*, 80, 28-173.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2004). *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. London, United Kingdom: National Institute for Clinical Excellence.
- Nielsen, S. (2002). Eating disorders in females with type 1 diabetes: an update of a meta-analysis. *Eur eat disord rep*, 10 (4), 241-254.
- Nozoe, S., Soejima, Y., Yoshioka, M., Naruo, T., Masuda, A., Nagai, N. y Tanaka, H. (1995). Clinical features of patients with anorexia nervosa: assessment of factors influencing the duration of inpatient treatment. *J Psychosom Res*, 39, 271–281.
- O'Reardon, J., Stunkard, A. y Allison, K. (2004). Clinical Trial of Sertraline in the Treatment of Night Eating Syndrome. *International Journal of Eating Disorders*, 35 (1), 16-26.
- O'Brien, K. M. y Vincent, N. K. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical psychology review*, 23 (1), 57-74.
- Olmsted, M. P., McFarlane, T. L., Carter, J. C., Trottier, K., Woodside, D. B. y Dimitropoulos, G. (2010). Inpatient and day hospital treatment for anorexia nervosa. En C. Grilo y J. E. Mitchell (eds). *The Treatment of Eating Disorders: A Clinical Handbook* (pp. 198-211). New York: Guilford Press.
- Ortega, M. y Laverde, A. (2000). Anorexia, en niñas. *El tiempo. Salud*, 3-8.
- Patton, G. C., Coffey, C., Carlin, J. B., Sanci, L. y Sawyer, S. (2008). Prognosis of adolescent partial syndromes of eating disorder. *Br J Psychiatry*, 192, 294–299.
- Pavlova, B., Uher, R., Dragomirecka, E. y Papezova, H. (2010). Trends in hospital admissions for eating disorders in a country undergoing a socio-cultural transition, the Czech Republic 1981–2005. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45, 541–50.
- Peláez, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2007). Prevalence of eating disorders among

- adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *J Psychosom Res*, 62 (6), 681-90.
- Peñas-Lledó, E., Vaz Leal, F. J. y Waller, G. (2002). Excessive exercise in anorexia nervosa and bulimia nervosa: relation to eating characteristics and general psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 31 (4), 370-375.
- Perpiñá C. (1996). Trastornos Alimentarios. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de Psicopatología, volumen: 1*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Perpiñá, C. (1995). Trastornos alimentarios. En A. Benlloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología (vol 1)*, Madrid: MacGraw-Hill.
- Perpiñá, C. (1999). Trastornos alimentarios. Anorexia y Bulimia. Madrid: UNED-FUE
- Perpiñá, C., Borra, C., Baños, R., Botella, C., Quero, S. y Jorquera, M. (2003). Psychometric properties of the Body Image Automatic Thoughts Questionnaire (BIATQ) in a Spanish population. Poster presentado en *37th Annual Convention of Association for Advancement of Behavior Therapy*, Boston, EEUU.
- Pierre, P. C. (1988). *El lenguaje Secreto de los Trastornos de la Alimentación*. Buenos Aires, Argentina: Vergara J. editor.
- Pike, K. M., Hilbert, A., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., Walsh, B. T. y Striegel-Moore, R. (2008). Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: a case-control study. *Psychological Medicine*, 38, 1443–1453.
- Placidi, R. J., Chandler, P. C., Oswald, K. D., Maldonado, C., Wauford, P. K. y Boggiano, M. M. (2004). Stress and Hunger Alter the Anorectic Efficacy of Fluoxetine in Binge-Eating Rats with a History of Caloric Restriction. *International Journal of Eating Disorders*, 36 (3), 328-341.
- Polivy, J. y Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, 53 (1), 187-213.
- Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S. I., Folke, S., Mathiesen, B. B., Katznelson, H. y Fairbum, C.G. (2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 171, 109–116.

- Powers, P. S., Coovert, D. L., Brightwell, D. R., y Stevens, B. A. (1988). Other psychiatric disorders among bulimic patients. *Comprehensive psychiatry*, 29 (5), 503-508.
- Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H. y Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for Patients with an Eating Disorder: Psychometric Characteristics of a New Questionnaire. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 3, 133-145.
- Raich, R. M., Torras, J. y Figueras, M. (1996). Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 604-624.
- Ratnasuriya, R. H., Eisler, Y., Smukler, G. I. y Russel, G. F. M. (1991). Anorexia nervosa: outcome and prognosis factors after twenty years. *Br J Psychiatry*, 158, 495-502.
- Rava, M. F. y Silber, T. J. (2004). Bulimia nerviosa. Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Arch argent Pediatr*, 5 (1), 102.
- Rivest, S. y Richard, D. (1990). Involvement of corticotropin-releasing factor in the anorexia induced by exercise. *Brain research bulletin*, 25 (1), 169-172.
- Rodrigo, M., Moreno, J.M., Hernández, R., y Solano, N. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine*, 8 (116), 6217-6224.
- Rolls, B.J., Federoff, I. C. y Guthrie, J. F. (1991). Gender differences in eating behaviour and body weight regulation. *Health Psychology*, 102, 133-142.
- Rosen, J. C. (1992). Body Image Disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders. En J. H. Crowther, D. L. Tennenbaum, S. E. Hobfoll y M. A. P. Stephens (Eds.). *The etiology of bulimia: The individual and familiar context* (pp. 157-177). Washington D.C., USA: Hemisphere Publishing Corporation.
- Rossi, G., Balottin, U., Rossi, M., Chiappedi, M., Fazzi, E. y Lanzi, G. (2007). Pharmacological treatment of anorexia nervosa: a retrospective study in preadolescents and adolescents. *Clin. Pediatr. (Phila)*, 46, 806-11.
- Rossiter, E. M., Agras, W. S., Telch, C. F. y Schneider, J. A. (1993). Cluster B personality disorder characteristics predict outcome in the treatment of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 13.
- Royal College of Psychiatrists. (2012). *Eating disorders in the UK: service distribution, service*

development and training. London.

Russell, G. (1979). Bulimia Nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 9, 429-448.

Salvador, S., Quero, S., Baños, B., Perpiñá, C. y Botella, C. (2004). Propiedades psicométricas del cuestionario de Actitudes hacia el propio Cuerpo (BAT) en población española. *Poster presentado en el congreso VII European Conference on Psychological Assessment*, Málaga, España.

Sánchez-Planell, L. (1993). Trastornos de la alimentación. En J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría*. Barcelona, España: Masson-Salvat.

Sansone, R. A. y Levitt, J. L. (2002). Self-harm behaviors among those with eating disorders: an overview. *Brunner-Mazel Eating Disorders Monograph Series*, 10, 205–213.

Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck- II (BDI-II): Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16, 121-142.

Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 29, 239-288.

Sauval, M. (1999). Anorexia y Locura. *Psiconet*, 10. Recuperado en: <http://www.psiconet.com/michel/articulos/anorexia.htm/ms@psiconet.com>

Schmidt, U. y Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45 (3), 343-366.

Schmidt, U., Tiller, J., Blanchard, M., Andrews, B., y Treasure, J. (1997). Is there a specific trauma precipitating anorexia nervosa? *Psychological Medicine*, 27 (03), 523-530.

Secretaría Autónoma de Sanidad Dirección General de Asistencia Sanitaria. (2000). *Cartera de servicios de salud mental*.

Segal, D. L., Coolidge, F. L., Cahill, B. S., y O' Riley, A. A. (2008). Coolidge, Cahill y O' Riley Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory–II (BDI-II). Among Community-

- Dwelling Older Adults. *Behavior Modification*, 32, 3-20.
- Shapiro, J. R., Berkman, N. D., Brownley, K. A., Sedway, J. A., Lohr, K. N., y Bulik, C. M. (2007). Bulimia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 321–336.
- Shoebri, P. J. y Gowers, S. G. (2000). Parental high concern and adolescent-onset anorexia nervosa A case-control study to investigate direction of causality. *The British Journal of Psychiatry*, 176 (2), 132-137.
- Shroff, H. y Thompson, J. K. (2006). Peer influences, body-image dissatisfaction, eating dysfunction and self-esteem in adolescent girls. *Journal of Health Psychology*, 11 (4), 533-551.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Hyler, S. E., Kellman, H. D., Doidge, N. y Davies, M. (1993). Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14 (4), 403-16.
- Slade, P. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21 (3), 167-179.
- Slade, P. D. (1996). Modelo explicativo causal para la anorexia y bulimia nerviosa. *Psicopatología en niños y adolescentes*, 400-410.
- Slade, P. D. y Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior modification*, 22 (3), 372-390.
- Smolak, L. y Thompson J.K. (2009). *Body image, eating disorders and obesity in youth. Assessment, prevention and treatment*. Washington DC, USA: American psychological Association.
- Spangler, D. L., Baldwin, S. A., y Agras, W. S. (2004). An examination of the mechanisms of action in cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa. *Behavior Therapy*, 35, 537–560.
- Speranza, M., Corcos, M., Godart, N., Loas, G., Guilbaud, O., Jeammet, P. y Flament, M. (2001), Obsessive compulsive disorders in eating disorders. *Eating Behaviors*, 2, 193–207.
- Staiger, P., Dawe, S. y McCarthy, R. (2000). Responsivity to food cues in bulimic women and controls. *Appetite*, 35 (1), 27-33.

- Steinhausen H. C. y Weber S. (2009). The outcome of bulimia nervosa: Findings from one-quarter century of research. *American Journal of Psychiatry*, *166* (12), 1331–1341.
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*, *159*, 1284–1293.
- Steinhausen, H. C., Rauss-Mason, C. y Seidek, R. (1991). Follow up studies of anorexia nervosa: a review of four decades of outcome research. *Psychol Med*, *81*, 447–454.
- Stewart, W. y Hagler, R. (2008). Forty years of progress in the treatment of the eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, *62* (47), 19-24. doi: 10.1080/08039480802315632
- Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical psychology review*, *14* (7), 633-661.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, *128* (5), 825.
- Stice, E. y Shaw, H. E. (1994). Adverse effects of the media portrayed thin-ideal on women and linkages to bulimic symptomatology. *Journal of social and clinical psychology*, *13* (3), 288-308.
- Stice, E., Marti, C. N. y Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour research and therapy*, *49* (10), 622-627.
- Stice, E., Nemeroff, C. y Shaw, H. E. (1996). Test of the dual pathway model of bulimia nervosa: Evidence for dietary restraint and affect regulation mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *15* (3), 340-363.
- Stice, E. y Fairburn, C. G. (2003). Dietary and dietary-depressive subtypes of bulimia nervosa show differential symptom presentation, social impairment, comorbidity and course of illness. *J Consult Clin Psychol*, *71*, 1090–1094.
- Stieger, H., Leung, F., Thibaudeau, J. y Houle, L. (1993). Prognostic utility of subcomponents of the “borderline personality construct” in bulimia nervosa. *Br J Clin Psychol*, *32*, 187–197.
- Striegel-Moore, R. H. y Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, *62* (3), 181.

- Striegel-Moore, R. H., Fairburn, C. G., Wilfley, D. E., Pike, K. M., Dohm, F. A. y Kraemer, H. C. (2005). Toward an understanding of risk factors for binge-eating disorder in black and white women: a community-based case-control study. *Psychological Medicine*, 35 (06), 907-917.
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R. y Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41 (3), 246.
- Striegel-Moore, R. y Smolak, L. (2001). *Eating Disorders, Innovative Directions in Research and Practice*. American Psychological Association.
- Striegel-Moore, R. H. (1993). Etiology of binge-eating: A developmental perspective. En C. G. Fairburn y W. T. Wilson (eds.), *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: The Guilford Press.
- Strik Lievers, L., Curt, F., Wallier, J., Perdereau, F., Rein, Z., Jeammet, P. y Godart, N. (2009). Predictive factors of length of inpatient treatment in anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 18, 75–84.
- Strober, M. (1991). Disorders of the self in anorexia nervosa: An organismic-developmental paradigm. En C. L. Johnson (Ed.), *Psychodynamic Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia* (pp. 354–373). New York, USA: Guilford Press.
- Strober, M., Freeman, R. y Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10–15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 22 (4), 339-360.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. y Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157 (3), 393-401.
- Su, X., Liang, H., Yuan, W., Olsen, J., Cnattingius, S. y Li, J. (2016). Prenatal and early life stress and risk of eating disorders in adolescent girls and young women. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. DOI 10.1007/s00787-016-0848-z.
- Svirko, E. y Hawton, K. (2007). Self-injurious behavior and eating disorders: the extent and nature of the association. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 409–421.

- Szmukler, G. I. y Tantam, D. (1984). Anorexia nervosa: Starvation dependence. *British Journal of Medical Psychology*, 57 (4), 303-310.
- Terence, G., Rutgers, W., Grilo, C. y Vitousek, K. (2007). Psychological Treatment of Eating Disorders. *American Psychological Association*, 62 (3), 199–216. doi: 10.1037/0003-066X.62.3.199
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. y Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington DC, USA: American Psychological Association.
- Thompson-Brenner H., Franko D. L., Thompson D. R., Grilo C. M., Boisseau C. L., Roehrig J. P., ...Wilson G. T. (2013). Race/ethnicity, education, and treatment parameters as moderators and predictors of outcome in binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81 (4), 710–721.
- Thompson-Brenner, H., Eddy, K. T., Franko, D. L., Dorer, D.J., Vashchenko, M., Kass, A. E. y Herzog, D. B. (2008). A personality classification system for eating disorders: a longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 551–560.
- Thompson-Brenner, H., Shingleton, R. M., Sauer-Zavala, S., Richards, L. K., y Pratt, E. M. (2015). Multiple measures of rapid response as predictors of remission in cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. *Behavior Research and Therapy*, 64, 9–14.
- Thompson-Brenner, H., Shingleton, R. M., Thompson, D. R., Satir, D. A., Richards, L. K., Pratt, E. M. y Barlow D. H. (2016). Focused vs broad enhanced cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa with comorbid borderline personality: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 49, 36–49.
- Thompson-Brenner, H., Shingleton, R. M., Thompson, D. R., Satir, D. A., Richards, L. K., Pratt, E. M. y Barlow, D. H. (2016). Focused vs. broad enhanced cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa with comorbid borderline personality: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 49, 36–49.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona, España: Editorial Martínez Roca.
- Toro, J., Gila, A., Castro, J., Pombo, C., y Guete, O. (2005). Body image, risk factors for eating disorders and sociocultural influences in Spanish adolescents. *Eating and Weight*

Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 10 (2), 91-97.

Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

Psicomed - CIE 10, 50-59. Recuperado de http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F50-F59.html

Treasure, J. y Schmidt, U. (2013). The Cognitive-Interpersonal Maintenance Model of Anorexia Nervosa Revisited: A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders*, 1, 13.

Treasure, J., Corfield, F. y Cardi, V. (2012). A Three-phase Model of the Social Emotional Functioning in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 20 (6), 431-438.

Treasure, J., Schmidt, U. y Van Furth, E. (2003). *Handbook of eating disorders*. Nueva York, USA: John Wiley & Sons.

Treasure, J., Sepulveda, A. R., MacDonald, P., Whitaker, W., Lopez, C., Zabala, M., ... Todd, G. (2008). The assessment of the family of people with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16 (4), 247-255.

Treat, T. A., McCabe, E. B., Gaskill, J. A. y Marcus, M. D. (2008). Treatment of anorexia nervosa in a specialty care continuum. *Int J Eat Disord*, 41, 564-72.

Trotzky, A. S. (2002). The treatment of eating disorders as addictions among adolescent females. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 14 (4), 269-274.

Turnbull, S. J., Schmidt, U., Troop, N. A., Tiller, J., Todd, G. y Treasure, J. L. (1997). Predictors of outcome for two treatments of bulimia nervosa: short and long-term. *Int J Eat Disord*, 21, 17-22.

Turner, B. J., Austin, S. B. y Chapman, A. L. (2014). Treating nonsuicidal self-injury: a systematic review of psychological and pharmacological interventions. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59, 576-585.

Turner, B. J., Layden, B. K., Butler, S. M. y Chapman, A. L. (2013). How often, or how many ways: clarifying the relationship between non-suicidal self-injury and suicidality. *Archives of Suicide Research*, 17, 397-415.

Vall E. y Wade T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating

- disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48 (7), 946–971.
- Vandereycken W., Castro J. y Vanderlinden J. (1991). *Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Vandereycken, W. (1993). The sociocultural roots of the fight against fatness: Implications for eating disorders and obesity. *Eating Disorders*, 1 (1), 7-16.
- Vandereycken, W., Kog, E. y Vanderlinden, J. (1989). *The Family Approach to Eating Disorders*. USA: PMA Publishing Corp.
- Vaquero, S. M. y Solano, P. N. (2013, abril, 4). Terapia ocupacional y unidades de trastornos de la conducta alimentaria: situación actual en España. *TOG*, 9 (15), 21. Recuperado en: <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/original3.pdf>
- Verkes, R. J., Pijl, H., Meinders, A. E. y Van Kempen, G. M. (1996). Borderline personality, impulsiveness, and platelet monoamine measures in bulimia nervosa and recurrent suicidal behavior. *Biological Psychiatry*, 40 (3), 173-80.
- Vitousek, K. B. y Ewald, L. S. (1993). Self-representation in eating disorders: A cognitive perspective. *The self in emotional distress: Cognitive and psychodynamic perspectives*, 221-257.
- Vitousek, K. B. y Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive therapy and research*, 14 (2), 191-214.
- Vitousek, K. y Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1), 137.
- Vitousek, K., Watson, S. y Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical psychology review*, 18 (4), 391-420.
- Vohs, K. D., Voelz, Z. R., Pettit, J. W., Bardone, A. M., Katz, J., Abramson, L. Y., ... Joiner, T. E. (2001). Perfectionism, body dissatisfaction, and self-esteem: An interactive model of bulimic symptom development. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20 (4), 476-497.
- Volpe, U., Tortorella, A., Manchia, M., Monteleone, A. M., Albert, U., Monteleone, P. (2016) Eating disorders: What age at onset? *Psychiatry Research*, 238, 225–227.

- Wade, T. D., Tiggemann, M., Bulik, C. M., Fairburn, C. G., Wray, N. R. y Martin, N. G. (2008). Shared temperament risk factors for anorexia nervosa: a twin study. *Psychosomatic Medicine*, 70 (2), 239-244.
- Waller, G. (1997). Dropout and failure to engage in individual outpatient cognitive-behavior therapy for bulimic disorders. *Int J Eat Disord*, 22, 35.
- Waller, G., Kennerley, H. y Ohanian, V. (2007). Schema-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Eating Disorders. En L. P. Riso, P. L. du Toit, D. J. Stein y J. E. Young (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (pp. 139-175). Washington, DC, USA: American Psychological Association.
- Wardle, J. y Walters, R. (2004). Sociocultural Influences on Attitudes to Weight and Eating: Results of a Natural Experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 35 (4), 589-593.
- Weiner, S. (1998). The addiction of overeating: Self-help groups as treatment models. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (2), 163–167
- Wentz, E., Gillberg, I. C., Anckarsater, H., Gillberg, C. y Rastam, M. (2009). Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *Br J Psychiatry*, 194, 168–174.
- Whitaker, A., Davies, M., Shaffer, D., Johnson, J., Adams, S., Walsh, B. T. y Kalikow, K. (1989). The struggle to be thin: a survey of anorexic and bulimic symptoms in a non-referred adolescent population. *Psycholog Med*, 143-63.
- Wildes, J. E., Ringham, R. M. y Marcus, M. D. (2010). Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: Initial test of a functional model. *International Journal of Eating Disorders*, 43 (5), 398-404.
- Williamson, D. A., Cubic, B. A. y Gleaves, D. H. (1993). Equivalence of body image disturbances in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 1-4.
- Wilson, G. T., Grilo, C. M. y Vitousek, M. (2007). Psychological Treatment of Eating Disorders April 2007. American Psychological Association, 62 (3), 199–216. doi: 10.1037/0003-066X.62.3.19
- Wilson, G. T., Loeb, K. L., Walsh, B. T., Labouvie, E., Petkova, E., Liu, X. y Wateraux, C. (1999). Psychological versus pharmacological treatments of bulimia nervosa: predictors and

- processes of change. *J Consult Clin Psychol*, 67, 451–459.
- Wilson, G. T., Rossiter, E., Kleifield, R.I. y Lindholm, L. (1986). Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa: a controlled evaluation. *Behav Res Ther*, 24, 277–288.
- Wilson, G.T. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. En W. S. Agras (ed.), *The Oxford handbook of eating disorders*. New york: Oxford university press.
- Wilson, T., Fairburn, C. C., Agras, W. S., Walsh, B. T., y Kraemer, H. (2002). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 267.
- Wilson, T., Wilfley, D. E., Agras, W. S., y Bryson, S. (2010). Psychological treatments of binge eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67, 94–101.
- Wolff, G. y Serpell, L. (1998). A Cognitive Model and Treatment Strategies for Anorexia Nervosa. En H. Wijbrand, J. Treasure y M. Katzman (Eds.), *Neurobiology in the treatment of eating disorders* (pp. 407). Nueva York, USA: John Wiley & Sons.
- Wonderlich, S., Peterson, C., Crosby, R., Smith, T., Klein, M., Mitchell, J. E., y Crow, S. J. (2014). A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 44, 543–553.
- Yackobovitch-Gavan, M., Golan, M., Valevski, A., Kreitler, S., Bachar, E., Lieblich, A., ... Stein, D. (2009). An integrative quantitative model of factors influencing remission and non remission in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 42, 306–317.
- Yager, J., Landsverk, J., Edelstein, C. K. y Hyler, S. E. (1989). Screening for Axis II personality disorders in women with bulimic eating disorders. *Psychosomatics*, 30 (3), 255-62.
- Yamashita, S., Kawai, K., Yamanaka, T., Inoo, T., Yokoyama. H., Morita, Ch. ... Kubo, Ch. (2010). BMI, body composition, and the energy requirement for body weight gain in patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 43, 365-71.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Pope Jr, H. G., Hudson, J. I., Yurgelun-Todd, D. y Cicchetti, c. J. (1990). Axis II comorbidity of normal-weight bulimia. *Comprehensive Psychiatry*, 31 (1), 20-4.

- Zerwas, S., Lund, B. C., Von Holle, A., Thornton, L. M., Berrettini, W. H., Brandt, H., ... Bulik, C. M. (2013). Factors associated with recovery from anorexia nervosa. *J Psychiatr Res*, *47*, 972–979.
- Zipfel, S., Lowe, B., Reas, D. L., Deter, H. C. y Herzog, W. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet*, *355* (9205), 721-2.
- Zipfel, S., Wild, B., Grob, G., Friederich, H. C., Teufel, M., Schellberg, D., ... ANTOP study group. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomised controlled trial. *The Lancet*, *383*, 127–137.

ANEXOS

ANEXO I: Entrevista de Admisión

TERAPEUTA:

FECHA:

1. DATOS PERSONALES

Nombre:

Apellidos:

Edad y Fecha de Nacimiento:

Sexo: H/M

Dirección:

C.P.:

Población:

Teléfono de contacto (fijo a ser posible):

N.I.F:

Estado civil:

Profesión:

Nivel de Estudios:

Religión:

Señale las personas que habitualmente viven en su casa:

¿Quién le ha dado referencias para acudir aquí?

2. DELIMITACIÓN DE LA CONDUCTA PROBLEMA.

2.1 ¿Cuál es el problema o los problemas que le han llevado a buscar tratamiento?

2.2 En la siguiente escala de 1 a 10 ¿dónde situaría Ud. la gravedad de su problema?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poca

Leve

Moderada

Grave

Muy grave

2.3 ¿En qué situaciones aparece el problema? (En qué lugares, con qué personas, a qué horas y qué días)

2.4 ¿Con qué frecuencia surge el problema en la actualidad?

2.5 ¿Qué hace Vd. cuando surge el problema? (antes, durante y después)

2.6 ¿Qué hacen los demás?

2.7 ¿Qué piensa o se dice a sí mismo cuando surge el problema?

4.3 ¿El problema ha permanecido igual desde entonces, ha mejorado, ha empeorado?
(Si hay cambios, cuándo ocurrieron, en qué circunstancias y qué acontecimientos lo acompañaron)

4.4 ¿Qué ha hecho Vd. hasta ahora para solucionar su problema? (Por sí mismo, tratamientos recibidos, medicación actual)

4.5 ¿Ha tenido Vd. algún problema psicológico antes de la aparición del problema actual? No () Sí () ¿Qué problema? ¿Recibió algún tipo de tratamiento? (especificar)

5. CAUSALIDAD

¿A qué atribuye Vd. su problema?

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y COMORBILIDAD

6.1 ¿Padece Vd. alguna enfermedad o problema físico (aparato cardiovascular, respiratorio...)? ¿Qué medicación toma?

6.2 ¿Toma bebidas alcohólicas en las comidas? ¿Y fuera de las comidas? ¿Y durante el fin de semana? (Frecuencia y cantidad)

6.3 ¿Consume otras sustancias como tabaco, estimulantes, tranquilizantes, hipnóticos, cocaína, heroína, éxtasis, “pastillas” etc.? (Frecuencia y cantidad)

6.4 ¿Cómo se siente Vd. últimamente? ¿Cómo ha sido su estado de ánimo últimamente?

6.5 ¿Le cuesta más trabajo de lo habitual hacer las tareas cotidianas? ¿Le cuesta levantarse de la cama para empezar un nuevo día?

6.6 ¿Ha perdido el interés por las cosas que antes le agradaban?

6.7 ¿Piensa que las cosas mejorarán? ¿Cómo ve Vd. el futuro?

6.8 ¿Siente que vale la pena vivir? ¿Piensa mucho en la muerte? ¿Se ha planteado acabar con su vida?

6.9 ¿Está preocupado o molesto por algo más de lo habitual en Vd.?

6.10 ¿Siente ansiedad o miedo intenso ante determinadas situaciones o lugares concretos? (Describir los síntomas) ¿Hay situaciones que evita o que le ponen nervioso?

6.11 ¿Tiene problema para dormirse?

6.12 ¿Tiene problemas con su apetito?

6.13 ¿Tiene pensamientos, impulsos o imágenes que le parezcan absurdos o desagradables y que le vuelven una y otra vez a pesar de que intenta detenerlos? (Por ejemplo, hacer daño a alguien, estar contaminado por gérmenes o suciedad, etc.)

6.14 ¿Hay alguna cosa que tenga que hacer una y otra vez sin poder resistirse a hacerlo? (Por ejemplo, lavarse las manos en repetidas ocasiones, revisar algo varias veces, etc.)

6.15 ¿Hay alguna conducta que haga de manera impulsiva, siendo muy difícil para Vd. controlarla? (Por ejemplo, arrancarse el pelo, jugar a las máquinas tragaperras, comer, agresiones físicas o verbales, etc.)

6.16 ¿Ha tenido alguna vez una experiencia realmente traumática (algo que no le suele ocurrir al resto de la gente)?(Poner ejemplos) ¿Hasta qué punto le sigue afectando?

6.17 ¿Le preocupa o tiene miedo de ganar peso?

6.18 ¿En qué medida está satisfecho con su cuerpo o con partes de él?

6.19 ¿Hay algún otro problema que no hayamos tratado aquí y del que quisiera hablar?

7. EXPECTATIVAS HACIA LA TERAPIA

7.1 ¿Qué resultados espera Vd. de la terapia?

8. OBSERVACIONES

8.1 Apariencia física, tono de voz, fluidez en el habla, postura, tics, estado de ánimo (al inicio, durante y al final de la entrevista), grado de colaboración con el terapeuta y algún otro dato que resulte relevante.

9. PRIMERA IMPRESIÓN (HIPÓTESIS)

ANEXO II: Entrevista Biográfica

INSTRUCCIONES

Vamos a hacerle una serie de preguntas para obtener un panorama amplio de su vida. Sus respuestas nos van a servir para abordar, del modo más completo y profundo que resulte posible, los problemas que le aquejan y, además, estas preguntas facilitarán su tratamiento.

Es comprensible que le preocupe lo que ocurra con la información personal que va a relatar. Sin embargo, puede estar seguro de que todos los informes son estrictamente confidenciales.

DATOS PERSONALES

Nombre: _____ Apellidos: _____

FAMILIA

1. Padre:

Nombre: _____ Edad: _____ Profesión: _____

Nivel educativo: _____ Religión: _____

¿Qué puede decirme de su padre? (describir brevemente, pedir tres cualidades positivas y tres negativas, etc.)

¿Cómo es su relación con él?

¿Ha sido siempre así? (Explicar brevemente)

Valorar: Pasado _____ y Presente _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mala

Algo mala

Normal

Buena

Muy buena

Si su padre ha fallecido ¿qué edad tenía Ud. cuando murió y qué efecto le produjo su muerte?

2. Madre:

Nombre: _____ Edad: _____ Profesión: _____

Nivel educativo: _____ Religión: _____

¿Qué puede decirme de su madre? (describir brevemente, pedir tres cualidades positivas y tres negativas, etc.)

¿Cómo es su relación con ella?

¿Ha sido siempre así? (Explicar brevemente)

Valorar: Pasado _____ y Presente _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mala

Algo mala

Normal

Buena

Muy buena

Si su madre ha fallecido ¿qué edad tenía Ud. cuando murió? ¿Qué efecto le produjo su muerte?

3. ¿Cómo es la relación entre sus padres? (Describir brevemente)

Valorar: Pasado _____ y Presente _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mala Algo mala Normal Buena Muy buena

4. Si su padre/madre han iniciado una nueva relación de pareja, indique la edad que tenía Ud. cuando su madre/padre la inició: _____

¿Cómo es la relación con la actual pareja de su padre/madre?

Valorar: _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mala Algo mala Normal Buena Muy buena

5. Hermanos/hermanastros/o algún tipo de relación "fraterna" (hijos de la pareja del padre/madre etc...)

Nombre: _____ Edad: _____

¿Qué me puede decir de su hermano/a? ¿Cómo se lleva con él/ella? ¿Ha sido siempre así? (Describir brevemente)

Valorar: _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mala Algo mala Normal Buena Muy buena

Nombre: _____ Edad: _____

¿Qué me puede decir de su hermano/a? ¿Cómo se lleva con él/ella? ¿Ha sido siempre así? (Describir brevemente)

Valorar: _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mala Algo mala Normal Buena Muy buena

Nombre: _____ Edad: _____

¿Qué me puede decir de su hermano/a? ¿Cómo se lleva con él/ella? ¿Ha sido siempre así? (Describir brevemente)

Valorar: _____

0 1 2 3 4 5

Muy mala Mala Regular Normal Buena Muy buena

6. Distribución de roles en la familia.

En su familia, ¿alguien es considerado...?

El "responsable"		El "cariñoso"	
La "oveja negra"		El "frío"	
El "quejica"		El "pasota"	
El "consentido"			
El que "lleva los pantalones"		El "que manda"	
El "fuerte"		El "débil"	
El "dominante"		El "bueno"	

¿Hay algún miembro de su familia que se le conozca por un apodo? ¿Por qué?

7. ¿Qué temas suelen ser objeto de discrepancia en su familia? ¿Se discute con frecuencia? ¿Cómo suelen ser las discusiones?

8. ¿Algún miembro de su familia sufre de alcoholismo, epilepsia, drogadicción, o de algún otro problema que pueda considerarse como alteración mental? (Describir)

Si la respuesta es SÍ ¿Ha recibido o recibe algún tipo de tratamiento por ello?
(Especificar)

9. ¿Actualmente, existe algún problema en su familia? ¿De qué modo les afecta?
(Especificar).

10. ¿Su familia conoce su problema? ¿Qué opinan de ello?

DATOS LABORALES

1. ¿Qué tipo de trabajo desempeña ahora?
2. ¿Qué tipos de trabajos desempeñó en el pasado?
3. ¿Está satisfecho con su trabajo actual? Exprese los motivos.

4. ¿Tiene problemas económicos?

5. ¿Tiene problemas laborales?

6. ¿Cuáles son sus aspiraciones actuales?

DATOS ACADÉMICOS

1. ¿Qué estudios está cursando?

2. ¿Cómo es su rendimiento académico?

3. ¿Está satisfecho con lo que está estudiando? ¿Por qué?

Valorar satisfacción: _____

0

1

2

3

4

5

Ninguna

Mucha

4 ¿Tiene alguna dificultad con sus estudios? (Asignaturas, profesores, etc.)

5 ¿Dónde realizó sus estudios? Especificar cómo ha vivido su educación, dificultades, logros, experiencias importantes, profesores que más le han influido etc.

Primarios:

Medios:

Superiores:

DATOS DEL ÁREA SOCIAL.

1. ¿Cómo es su vida social (actividades y/o contactos sociales)?

Valorar: _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mala Algo mala Normal Buena Muy buena

2. ¿Quiénes son las personas más importantes en su vida? ¿Por qué?

3. ¿Cree que alguna persona le ayuda/ayudaría a resolver su/s problema/s? (Especificar).

4. ¿Qué grado de satisfacción le produce estar con gente?

0	1	2	3	4	5
Nada	Muy poca	Poca	Algo	Bastante	Mucha

DATOS SOBRE LOS INTERESES Y MOTIVACIONES

1. ¿Cómo es un día laborable (entre semana) normal?

¿Y un día festivo (fin de semana, día libre, etc.)?

2. ¿Cuáles son sus aficiones/intereses más importantes en la actualidad?

¿Hay alguna afición o hobby del pasado que haya dejado de hacer? ¿Por qué?

DATOS SOBRE EL ÁREA SEXUAL

1. ¿Mantiene Ud. alguna actividad sexual? ¿De qué tipo (caricias, masturbación, con su pareja, esporádica...)? ¿Con qué frecuencia?
2. **Orientación sexual.** ¿Ud. se siente atraído por los miembros del sexo opuesto, de su propio sexo, o ambos?
3. ¿Es satisfactoria su vida sexual actual?

Valorar _____

0 1 2 3 4 5

Nada

Mucho

4. ¿Ha tenido alguna vez problemas importantes en sus relaciones sexuales? (Especificar).
5. ¿Toma medidas anticonceptivas y/o profilácticas en sus relaciones sexuales? ¿De qué tipo?
6. ¿Toma medidas para prevenir las enfermedades de transmisión sexual? ¿De qué tipo?

DATOS SOBRE LA PAREJA

1. Datos personales.

Nombre: _____ Edad: _____ Profesión: _____

Nivel educativo: _____ Religión: _____

2. ¿Cuánto hace que vive/está Ud. con su pareja?

3. ¿Qué puede decirme de su pareja? (describir brevemente, pedir tres cualidades positivas y tres negativas, etc.)

¿Cómo es la relación?

¿Ha sido siempre así? (Explicar brevemente)

Valorar: Pasado _____ y Presente _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mala

Algo mala

Normal

Buena

Muy buena

¿En qué cree Ud. que debe basarse una relación de pareja?

¿Es importante el sexo en su relación de pareja? ¿Por qué?

¿Y para su pareja?

Valorar: Para la persona _____ Para la pareja _____

0 1 2 3 4 5

Nada

Mucho

¿Son satisfactorias las relaciones sexuales con su pareja?

0 1 2 3 4 5

Nada

Mucho

¿Qué actividades de ocio realiza Ud. con su pareja? (tiempo, frecuencia y satisfacción)

¿Tiene su pareja algún problema importante? (de salud, económico, legal, etc.)

¿Ha tenido otras relaciones de pareja anteriores a esta? (Especificar duración, describirla brevemente y cómo se produjo la ruptura)

¿Su pareja conoce su problema? ¿Qué opinión tiene?

PATERNIDAD

1. Si tiene hijos indique su nombre, edad, sexo, y la relación que mantiene con cada uno de ellos.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: H M

Relación:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mala Algo mala Normal Buena Muy buena

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: H M

Relación:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mala Algo mala Normal Buena Muy buena

2. ¿Alguno de sus hijos presenta problemas especiales? Especifique.

3. ¿Cómo calificaría su relación con su familia política? Describir

Valorar _____

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mala		Algo mala		Normal			Buena		Muy buena	

DATOS SOBRE LA SALUD

1. Condición de su madre durante el embarazo y parto. ¿Hubo complicaciones durante ellos?
2. ¿Ha sufrido alguna enfermedad grave? Cítelas e indique qué edad tenía.
3. ¿Ha sufrido operaciones quirúrgicas? Cítelas e indique qué edad tenía.
4. ¿Cuándo se sometió por última vez a una revisión médica? ¿Qué resultados generales obtuvo sobre su estado de salud?
5. ¿Ha sufrido accidentes? Especifíquelos.
6. ¿Tiene algún problema para dormir (p. ej., tarda en dormirse, se despierta durante la noche, tiene pesadillas, no duerme bastante, se levanta cansado, etc.)?

7. ¿Cómo calificaría su apetito? (Rastrear nº de ingestas, si restringe alimentos, compensa, etc.)

Valorar _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Malo Algo malo Normal Bueno Muy Bueno

8. ¿Cómo calificaría Ud. su salud física? (Describir)

Valorar _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mala Algo mala Moderada Buena Muy buena

(En el caso que la entrevistada sea mujer y mayor de 45 años)

9. ¿Ha tenido la menopausia?

Si la respuesta es Sí ¿ha traído consigo algún cambio importante en su vida? ¿Le ha afectado de algún modo?

¿Está tomando medicación (tratamiento hormonal u otros)? Especificar

¿Hay alguna otra cuestión que no hayamos planteado y de la que quisiera hablar?

OBSERVACIONES.

GENOGRAMA

ANEXO III: Entrevista de TA
(Perpiñá, 1998)

Nombre:

Fecha:

HISTORIA DEL PESO.

1.- ¿Alguno de tus familiares ha tenido problemas con el peso?

(Especificar tanto por exceso como por defecto)

SI	NO
----	----

EXCESO	INFRA
--------	-------

2.- ¿Cómo era tu peso en la infancia?. Eras una niña gordita/delgaducha/normal

2.1. ¿Y en la adolescencia?

3.- ¿Peso/Altura/edad en la primera regla?

4.- Actualmente, ¿Tus períodos menstruales son regulares?. Si no es así, ¿Cuándo dejaste de tener la regla? (Explorar si toma anticonceptivos)

5.- Con la altura actual ¿Cuánto ha sido lo que más has pesado?

¿Cuándo?

¿A raíz de qué? ¿Hay alguna razón para ello? -Explorar estilo de vida-

5.1.- ¿Intentaste adelgazar en ese momento? ¿Cómo?

5.2.- Después de ello ¿ganaste peso? Cuánto (periodo de tiempo) Por qué

¿Ha habido más oscilaciones?

6.- Con la altura actual ¿Cuánto ha sido lo que menos has pesado?

¿Cuándo?

¿Cómo?

6.1. ¿Recuerdas algún acontecimiento clave en tu vida en ese momento?
¿Porque decidiste perder peso?

7.- ¿Cuál sería tu reacción si perdieras:?

1 kilo

2 kilos

5 kilos

7.1 - ¿Cuál si ganaras?

1 kilo

2 kilos

5 kilos

8.- Tal y como estás ahora, ¿Te gusta tu cuerpo? ¿Por qué?

8.1.- ¿Qué piensas, qué sientes sobre el hecho de estar gorda? ¿Piensas que ahora estas gorda (explorar si se “siente gorda”)?

9.- ¿En qué zonas de tu cuerpo te gustaría estar más delgada?

10.- ¿En qué medida estás satisfecha con tu peso actual? (Si el peso no les importa, retomar pregunta 8, o cambiar peso por cuerpo)

11.- ¿Crees que has perdido mucho peso? (o en su caso has ganado mucho peso)

12.- ¿Cuál sería tu peso ideal?

12.1 ¿En qué te basas para decir que ese sería tu peso ideal?

¿Crees que con ese peso te encontrarías mejor (física, estéticamente)?

13.- ¿Cuáles serían tus pesos límites?

lo mínimo que estarías dispuesta a pesar

lo máximo que estarías dispuesta a pesar

14.- ¿Qué actitud tiene tu familia con el peso y la apariencia corporal? Los más próximos (Matizar antes/después de empezar a perder peso)

15.- ¿Qué comentarios te molestan que hagan los demás sobre tu cuerpo?

15.1. ¿Hay gente que diga que estas gorda? ¿Quiénes son? ¿Han dicho eso en el pasado? ¿Quiénes eran?

16.- ¿Te pesas? ¿Con qué frecuencia? (Matizar pasado/presente, si es que ya no se pesa o no se pesaba antes).

¿Cuándo sentiste la necesidad de pesarte?

17.- ¿Qué es lo que piensas cuando te pesas? (Matizar antes/después del acto de pesarse)

18.- ¿Te gusta mirarte al espejo (explorar si utiliza marcadores: costillas, rodillas, tripa...)

19.- ¿Te gusta que tu ropa te quede ceñida? (Explorar si utiliza la ropa como marcador. Dar ejemplos)

20.- ¿Llevas una vida muy activa? Cuéntame qué haces un día normal

¿Y antes? (de empezar a preocuparte tanto por tu peso)

21.- ¿Practicas algún ejercicio? (incluido andar o bailar) ¿Cuál, con qué frecuencia, durante cuánto tiempo?

22.- Cuando haces ejercicio, ¿piensas en las calorías que estás quemando?

23.- ¿Te sientes cansada después del ejercicio?

24.- ¿Te notas más débil después de tu pérdida de peso?

25.- ¿Sientes que has perdido control sobre tu cuerpo? ¿Cómo vives esa pérdida de control, en qué lo notas?

-¿Cuándo te diste cuenta de que habías perdido el control?

HISTORIA DE HABITOS ALIMENTARIOS

1.- ¿Como describirías tu apetito antes de ahora? (Escaso, normal, exagerado?)

2.- ¿Eras una niña remilgada, delicada para comer?

3.- Habitualmente cuántas comidas al día hacías?

Desayuno/almuerzo/comida/sobremesa/merienda/cena/antes de dormir/durante la noche

4.- ¿Cuántas veces te has puesto a régimen o has intentado restringir tus comidas para controlar tu peso?

¿En qué consistían?

5.- Hay alguna situación o factor en el que parecía incrementarse o decrecer tus períodos de restricción? (Poner ejemplos: exámenes, enfados...)

6.- Dirías que tu apetito es escaso, normal, exagerado (Antes/ahora).

7.- Descríbeme las comidas de un día normal antes de ir al centro de salud (antes de iniciar intervención) (En su caso, qué comiste ayer)

- Sabes cuántas calorías ingerías por día?

8.- Dirías que tu patrón de alimentación ha cambiado en cantidad o CALIDAD

8.1 Qué alimentos evitas en tus comidas. Formas de preparación (poner ejemplos)

8.2 Qué reacción emocional tienes cuando comes esos alimentos “prohibidos” (culpable, nerviosa...)

9.-Temes perder el control sobre lo que comes, por ejemplo comer dos pastelitos en vez de uno o comer más de lo que pensabas? -atracones subjetivos-

¿Alguna vez lo has perdido. Descripción (preguntar por pensamientos, sentimientos, situación. Ejemplo de un episodio

Antes:

Durante:

Después:

¿Con qué frecuencia te pasa?

10.- ¿Te has “atracado” de comida alguna vez? -comer bastante cantidad de comida en poco tiempo-.

10.1 Con qué tipo de alimentos

10.2 Dónde ocurre

10.3 Qué ocurre

10.4 Qué emociones -estado de ánimo antes- /factores le preceden

10.5 Qué es lo que hace que pares de comer

10.6 Cuándo comenzaron los atracones

10.7 Frecuencia a la semana/mes

10.7 Qué hace que aumente/disminuyan su frecuencia

10.8 Cómo te sientes después

10.9 Qué haces después (purgas/ejercicio/ayuno posteriores)

11.- Si consideras que tienes control sobre la comida. Crees que es un logro. Te sientes orgullosa o feliz por ello ¿por qué?

12.- Has intentado alguna vez vomitar (cuándo, ingesta normal o atracón). Frecuencia.

¿El hecho de vomitar es un problema para ti?

¿Has usado alguna vez fármacos que te ayuden a vomitar?

¿Te has metido los dedos para poder vomitar?

¿Qué sientes antes de vomitar? ¿Y después de vomitar?

¿Qué sentimientos o acontecimientos te provocan que vomites?

¿Cuándo comenzaste a vomitar?

¿Con qué frecuencia vomitas?

¿Por qué vomitas?

¿Vomitas después de las comidas o de los atracones o sólo después de comer ciertos tipos de alimentos?

¿Cuándo fue la última vez que te provocaste el vómito?

¿Hay algún método que hayas descubierto para no vomitar aunque tengas ganas de hacerlo?

13.- ¿Has tomado diuréticos (herbolarios), laxantes o supresores del apetito? Cuándo. Cantidad. Frecuencia.

14.- ¿Has hecho ejercicio para quemar calorías? Cuándo. Duración. Frecuencia.

15.- (En caso de que ya esté en tratamiento) Descríbeme las comidas de un día normal de ahora ¿Qué comiste ayer?

- ¿Sabes cuántas calorías ingieres por día?

16.- ¿Te sientes hinchada después de comer? -cualquier ingesta, ingesta particular

17.- ¿Has tenido historia de estreñimiento?

¿Lo estás ahora?

18.- ¿Prefieres comer con o sin compañía? ¿Por qué?

19.- ¿Con quién comes habitualmente?

19.1 Conocen ellos tus problemas de comida

20.- ¿Qué comentarios te molestan?

21.- ¿En qué piensas, qué sientes cuando estás comiendo? (explorar culpa/disgusto aunque sea una comida normal)

22.- ¿Cómo comes? ¿Cuánto tiempo inviertes en comer?:

Deprisa/despacio

Masticas mucho/poco las porciones

Tomas bocados grandes/pequeños

Hay poco/mucho tiempo entre bocado y bocado

Cortas tu comida en trozos pequeños

Escondes alimentos con algún propósito

23.- ¿Piensas en la comida a lo largo del día (Ptos intrusivos)? ¿Le dedicas demasiado tiempo a pensar en la comida?

24.- Picas entre comidas ¿te gustaría hacerlo?

25.- ¿Te gusta hacer la compra?

26.- ¿Te gusta guisar para otros?

AREA SOCIAL

1.- ¿Cómo calificarías tu vida social (frecuencia de contactos sociales):
nula/moderada/intensa

2.- ¿Tienes dificultades en tus relaciones sociales?

3.- ¿Evitas salir con tus amigos para no ponerte en evidencia, para que no te observen?
¿Por qué?

4.- ¿Tienes más o menos amigos que antes?

5.- ¿Sales más o menos que antes?

6.- ¿Qué actividad haces durante el fin de semana? Casa, fuera de casa.

7.- ¿En qué empleas tu tiempo libre?

AUTOESTIMA

1.- Coméntame aspectos positivos sobre ti

2.- Coméntame aspectos negativos sobre ti

3.- Coméntame aspectos que te gustaría tener (y no tienes)

**ANEXO IV: Entrevista Clínica estructurada para los Trastornos de la
Personalidad del eje II del DSM-IV (SCID-II)**

SCID-II	Trastorno de la personalidad por evitación	3
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN	CRITERIOS PARA EL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN	
	Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:	
1. Ud. ha dicho que ha evitado [<i>¿Ha evitado?</i>] trabajos o tareas que implicaban tener que tratar con mucha gente. Deme algunos ejemplos. ¿Cuál fue la razón de que evitara [LISTA DE TRABAJOS O TAREAS]? ¿(Ha rechazado alguna vez una promoción laboral porque implicara tratar con un número mayor de personas del que le permitiría sentirse cómodo?)	(1) evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo 3 = da al menos dos ejemplos	? 1 2 3 25
2. Ud. ha dicho que evita [<i>¿Evita?</i>] entablar relación con otras personas a menos que esté seguro de que les va a caer bien. Si no sabe si le cae bien a alguien, ¿se atrevería a dar el primer paso para establecer contacto?	(2) es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar 3 = casi nunca toma la iniciativa para establecer contacto en una relación social	? 1 2 3 26
3. Ud. ha dicho que le resulta [<i>¿Le resulta?</i>] difícil ser «abierto» incluso con las personas con las que mantiene una relación cercana. ¿A qué se debe eso? (¿Tiene miedo de que se rían de Ud. o de hacer el ridículo?)	(3) demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado 3 = cierto en casi todas las relaciones	? 1 2 3 27
<p>? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera</p>		

4 Trastorno de la personalidad por evitación SCID-II

4.	Ud. ha dicho que le preocupa [<i>¿Le preocupa?</i>] con frecuencia ser criticado o rechazado en situaciones sociales. Deme algunos ejemplos. ¿Pasa Ud. mucho tiempo preocupándose sobre este tema?	(4) está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en situaciones sociales 3 = pasa mucho tiempo preocupándose por las situaciones sociales	? 1 2 3	28
5.	Ud. ha dicho que generalmente permanece callado [<i>¿Permanece generalmente callado?</i>] cuando conoce a gente nueva. ¿A qué se debe eso? (¿Es porque se siente de alguna manera incapaz o no suficientemente bueno?)	(5) está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de incapacidad 3 = admite el rasgo y da muchos ejemplos	? 1 2 3	29
6.	Ud. ha dicho que cree [<i>¿Cree Ud.?</i>] que no es tan bueno, tan listo o tan atractivo como la mayoría de las personas. Hábleme al respecto.	(6) se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás 3 = admite la creencia	? 1 2 3	30
7.	Ud. ha dicho que le da miedo [<i>¿Le da miedo?</i>] intentar cosas nuevas. ¿Es porque tiene miedo de hacer el ridículo? Deme algunos ejemplos.	(7) es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras 3 = varios ejemplos de evitación de actividades porque pueden resultar embarazosas	? 1 2 3	31

AL MENOS CUATRO ÍTEMS
CODIFICADOS CON UN «3»

1	3	32
↓		
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN		

? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA

CRITERIOS PARA EL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA

Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

8. Ud. ha dicho que necesita [*¿Necesita Ud.?*] dejarse aconsejar y desangustiar mucho por parte de otras personas antes de poder tomar decisiones cotidianas, como qué ropa ponerse o qué pedir en un restaurante.
- (1) tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo asesoramiento y reafirmación por parte de los demás ? 1 2 3 33
- 3 = da varios ejemplos

¿Puede darme ejemplos del tipo de decisiones sobre las que pediría consejo o desangustiar con otras personas?

(¿Le sucede eso la mayor parte del tiempo?)

9. Ud. ha dicho que depende [*¿Depende Ud.?*] de otras personas para controlar áreas importantes de su vida, como asuntos económicos, el cuidado de los hijos o decisiones sobre dónde y cómo vivir.
- (2) necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida ? 1 2 3 34

Deme algunos ejemplos: (¿Se trata de algo más que simplemente pedir consejo a los demás?)

[Nota: No debe incluirse el mero hecho de pedir consejo a otra persona o adoptar comportamientos subculturalmente aceptables]

3 = da varios ejemplos

(¿Le ocurre esto con la MAYORÍA de los asuntos importantes de su vida?)

? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera

6	Trastorno de la personalidad por dependencia	SCID-II
10.	<p>Ud. ha dicho que le resulta difícil [<i>¿Le resulta difícil?</i>] mostrarse en desacuerdo con otras personas incluso cuando considera que están equivocadas.</p> <p>Deme algunos ejemplos de situaciones en que le haya costado trabajo mostrarse en desacuerdo.</p> <p>¿Qué teme que podría pasar si lo hiciera?</p>	<p>(3) tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación.</p> <p>Nota: No se incluyen los temores reales a un castigo</p> <p>3 = admite el rasgo o da varios ejemplos</p> <p>? 1 2 3</p> <p>35</p>
11.	<p>Ud. ha dicho que le cuesta [<i>¿Le cuesta?</i>] empezar o realizar tareas cuando no hay nadie que le ayude.</p> <p>Deme algunos ejemplos.</p> <p>¿Por qué le sucede eso? (¿Es porque no se siente seguro de poder hacerlo bien?)</p>	<p>(4) tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía)</p> <p>3 = admite el rasgo</p> <p>? 1 2 3</p> <p>36</p>
12.	<p>Ud. ha dicho que se ha ofrecido [<i>¿Se ha ofrecido?</i>] con frecuencia voluntario para realizar tareas desagradables.</p> <p>Deme ejemplos de ese tipo de tareas.</p> <p>¿Por qué?</p>	<p>(5) va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables</p> <p>[Nota: No incluir comportamientos dirigidos a lograr objetivos diferentes de agrandar, como un ascenso profesional]</p> <p>3 = admite el rasgo y da al menos un ejemplo</p> <p>? 1 2 3</p> <p>37</p>
13.	<p>Ud. ha dicho que se siente [<i>¿Se siente Ud.?</i>] generalmente incómodo cuando está solo. ¿A qué se debe eso? (¿Es porque necesita a alguien que cuide de Ud.?)</p>	<p>(6) se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo</p> <p>3 = admite el rasgo</p> <p>? 1 2 3</p> <p>38</p>
<p>? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera</p>		

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| <p>14. Ud. ha dicho que, cuando finaliza una relación íntima, siente [<i>Cuando finaliza una relación íntima, ¿siente Ud.?</i>] que tiene que encontrar inmediatamente a otra persona que le cuide.</p> <p>Hábleme de eso.</p> <p>(¿Siempre que ha finalizado una relación íntima ha reaccionado de esa forma?)</p> | <p>(7) cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita</p> <p>3 = ocurre al finalizar la mayoría de las relaciones íntimas</p> | <p>? 1 2 3</p> <p>39</p> |
| <p>15. Ud. ha dicho que le preocupa [<i>¿Le preocupa?</i>] mucho que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.</p> <p>¿Le preocupa eso con frecuencia?</p> <p>¿Existen temporadas en que está preocupado todo el tiempo al respecto?</p> | <p>(8) está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo</p> <p>3 = preocupación injustificada y persistente</p> | <p>? 1 2 3</p> <p>40</p> |

AL MENOS CINCO ÍTEMS
CODIFICADOS CON UN «3»

1	3	41
	↓	
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA		

? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera



8 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad SCID-II

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD	CRITERIOS PARA EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD					
	Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionamiento y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:					
16. Ud. ha dicho que es [<i>¿Es Ud.?</i>] la clase de persona que se fija en los detalles, el orden y la organización, o a la que le gusta hacer listas y agendas.	(1) preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad	?	1	2	3	42
Deme algunos ejemplos.	3 = admite el rasgo y da al menos un ejemplo					
¿Se queda a veces tan absorto en [EJEMPLOS] que pierde de vista lo que está intentando llevar a cabo (algo así como no ver el bosque por culpa de los árboles)?						
(¿Le sucede eso a menudo?)						
17. Ud. ha dicho que tiene problemas [<i>¿Tiene problemas?</i>] a la hora de finalizar tareas o trabajos debido a que emplea demasiado tiempo tratando de hacer las cosas de forma perfecta.	(2) perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p. ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas)	?	1	2	3	43
Deme algunos ejemplos.	3 = da varios ejemplos de tareas no finalizadas o significativamente retrasadas a causa del perfeccionismo					
(¿Con qué frecuencia le sucede eso?)						
? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera						

- | | | | |
|--|--|----------------|-----------|
| <p>18. Ud. ha dicho que a Ud. mismo o a otras personas les parece [<i>¿Les parece a Ud. o a otras personas?</i>] que está tan dedicado a su trabajo (o estudios) que no le queda tiempo para nadie más o simplemente para divertirse.</p> <p>Hábleme al respecto</p> | <p>(3) dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes)</p> <p>[Nota: Tampoco explicable por necesidades de trabajo temporales]</p> <p>3 = admite el rasgo, o bien otras personas se lo han comentado</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>44</p> |
| <p>19. Ud. ha dicho que tiene [<i>¿Tiene Ud.?</i>] unos valores muy estrictos sobre lo que está bien y lo que está mal.</p> <p>Deme algunos ejemplos.</p> <p>(¿Sigue Ud. las reglas al pie de la letra, sin importar las circunstancias?)</p> <p>SI DA EJEMPLO RELIGIOSO: ¿Incluso la gente que comparte sus puntos de vista religiosos le comenta que es Ud. demasiado estricto sobre lo que está bien y lo que está mal?</p> | <p>(4) excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión)</p> <p>3 = da varios ejemplos de obligarse a sí mismo o a otros a adoptar valores morales rígidos y elevados</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>45</p> |
| <p>20. Ud. ha dicho que le cuesta [<i>¿Le cuesta a Ud.?</i>] mucho tirar las cosas porque algún día podrían serle útiles.</p> <p>Deme algunos ejemplos de cosas que haya sido incapaz de tirar.</p> <p>(¿Hasta qué punto está abarrotado el lugar donde vive por no poderse deshacer de las cosas?)</p> | <p>(5) incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental</p> <p>3 = da lugar a un espacio abarrotado</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>46</p> |

? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera

10 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad SCID-II

- | | | | | |
|-----|---|--|---------|----|
| 21. | Ud. ha dicho que le cuesta [<i>¿Le cuesta?</i>] dejar que otras personas le ayuden a menos que hagan las cosas exactamente como Ud. quiere.

Cuénteme algo más al respecto. (<i>¿Le sucede con frecuencia?</i>)

(<i>¿Suele acabar haciendo las cosas Ud. mismo para asegurarse de que se hacen bien?</i>) | (6) es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas

3 = admite el rasgo y da al menos un ejemplo | ? 1 2 3 | 47 |
| 22. | Ud. ha dicho que le cuesta [<i>¿Le cuesta a Ud.?</i>] mucho gastar dinero en Ud. mismo o en otros, incluso teniendo suficiente.

<i>¿Por qué? (¿Es porque teme no tener bastante en el futuro cuando realmente lo necesite?)</i>

Dígame algunas cosas en que no se haya gastado dinero por ahorrarlo para el futuro. | (7) adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras

3 = admite el rasgo y da al menos un ejemplo | ? 1 2 3 | 48 |
| 23. | Ud. ha dicho que a menudo está tan seguro [<i>¿Está a menudo tan seguro?</i>] de tener razón que no le importa lo que digan los demás.

Hábleme sobre ello. | (8) muestra rigidez y obstinación

3 = admite el rasgo o se lo han comentado otras personas | ? 1 2 3 | 49 |
| 24. | Ud. ha dicho que otras personas le han comentado [<i>¿Le han comentado otras personas?</i>] que es Ud. tozudo o rígido.

Hábleme al respecto. | | | 50 |

AL MENOS CUATRO ÍTEMS
CODIFICADOS CON UN «3»

1	3	50
	↓	
TRASTORNO OBSESIVO- COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD		

? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera

TRASTORNO PASIVO-AGRESIVO DE LA PERSONALIDAD
CRITERIOS PARA EL TRASTORNO PASIVO-AGRESIVO DE LA PERSONALIDAD

Patrón permanente de actitudes de oposición y respuestas pasivas ante las demandas que exigen un rendimiento adecuado, que se inicia a principios de la edad adulta y se refleja en una gran variedad de contextos, y que se caracteriza por cuatro (o más) de los siguientes síntomas:

- | | | | |
|---|--|----------------|-----------|
| <p>25. Ud. ha dicho que cuando alguien le pide que haga algo que Ud. no quiere hacer dice que sí, [<i>Cuando alguien le pide que haga algo que Ud. no quiere hacer, ¿dice que sí?</i>] pero luego lo hace despacio o mal.</p> <p>Deme algunos ejemplos.</p> | <p>(1) resistencia pasiva a rendir en la rutina social y en las tareas laborales</p> <p>3 = admite el rasgo y da al menos un ejemplo</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>51</p> |
| <p>26. Ud. ha dicho que, cuando no quiere hacer algo, suele simplemente «olvidarse» [<i>Cuando no quiere hacer algo, ¿suele simplemente «olvidarse» de hacerlo.</i>]</p> <p>Deme algunos ejemplos.</p> | | | |
| <p>27. Ud. ha dicho que con frecuencia siente [<i>¿Siente con frecuencia?</i>] que los demás no le comprenden o que no aprecian lo mucho que Ud. hace.</p> <p>Cuénteme más al respecto. (<i>¿Se queja Ud. a otras personas sobre eso?</i>)</p> | <p>(2) quejas de incomprensión y de ser despreciado por los demás</p> <p>3 = admite el rasgo</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>52</p> |
| <p>28. Ud. ha dicho que a menudo está [<i>¿Está Ud. a menudo?</i>] de mal humor y tiende a discutir.</p> <p>Dígame cuándo sucede eso.</p> | <p>(3) hostilidad y facilidad para discutir</p> <p>3 = admite el rasgo</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>53</p> |
- ? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera

12 Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad SCID-II

- | | | | | | | | |
|-----|--|--|---|---|---|---|----|
| 29. | Ud. ha dicho que le ha parecido [<i>¿Le ha parecido a Ud.?</i>] que la mayoría de sus jefes, profesores, supervisores, médicos y personas supuestamente expertas en realidad no lo son.

Hábleme de eso. | (4) crítica y desprecio irracionales por la autoridad

3 = da varios ejemplos | ? | 1 | 2 | 3 | 54 |
| 30. | Ud. ha dicho que a menudo piensa [<i>¿Piensa a menudo?</i>] que no es justo que otras personas tengan más que Ud.

Hábleme más al respecto. | (5) muestras de envidia y resentimiento hacia las personas aparentemente más afortunadas que él | ? | 1 | 2 | 3 | 55 |
| 31. | Ud. ha dicho que a menudo se queja [<i>Se queja Ud. a menudo?</i>] de haber tenido más mala suerte de lo normal.

Repasando su vida, ¿cree que las cosas malas siempre le ocurren a Ud.? | (6) quejas abiertas y exageradas por su mala suerte

3 = dice que siempre le ocurren cosas malas (no sólo en una mala época en concreto de la vida de una persona) | ? | 1 | 2 | 3 | 56 |
| 32. | Ud. ha dicho que a menudo rehúsa [<i>¿Rehúsa a menudo?</i>] con enfado hacer lo que quieren los demás, y luego se siente mal y se disculpa.

Cuénteme algo más sobre eso. | (7) alternancia de amenazas hostiles y arrepentimiento

3 = admite el rasgo y da al menos un ejemplo | ? | 1 | 2 | 3 | 57 |

AL MENOS CUATRO ÍTEMS
CODIFICADOS CON UN «3»

1 3 58

↓
 TRASTORNO
 PASIVO-AGRESIVO
 DE LA
 PERSONALIDAD

? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera

TRASTORNO DEPRESIVO DE LA PERSONALIDAD	CRITERIOS PARA EL TRASTORNO DEPRESIVO DE LA PERSONALIDAD					
<p>Nota: El criterio del DSM-IV excluye un diagnóstico de trastorno depresivo de la personalidad si el comportamiento se observa sólo durante episodios de depresión mayor o se explica mejor por un trastorno distímico. Véase la Guía del Usuario.</p>	<p>Patrón permanente de comportamientos y funciones cognoscitivos depresivos, que se inicia al principio de la edad adulta y se refleja en una amplia variedad de contextos, y que se caracteriza por cinco (o más) de los siguientes síntomas:</p>					
<p>33. Ud. ha dicho que habitualmente se siente [<i>¿Se siente habitualmente?</i>] infeliz o como si la vida no fuese agradable.</p>	<p>(1) el estado de ánimo habitual está presidido por sentimientos de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión e infelicidad</p>	?	1	2	3	59
<p>Hábleme de eso.</p>	<p>3 = admite el rasgo</p>					
<p>34. Ud. ha dicho que cree ser [<i>Cree Ud. ser?</i>] una persona básicamente incapaz, y con frecuencia no se siente bien consigo mismo.</p>	<p>(2) la concepción que el sujeto tiene de sí mismo se centra principalmente en sentimientos de impotencia, incapacidad y baja autoestima</p>	?	1	2	3	60
<p>Explíqueme más al respecto.</p>	<p>3 = admite el rasgo</p>					
<p>35. Ud. ha dicho que con frecuencia se descalifica a sí mismo [<i>¿Se descalifica a sí mismo con frecuencia?</i>].</p>	<p>(3) se critica, se acusa o se autodescalifica</p>	?	1	2	3	61
<p>Hábleme de eso.</p>	<p>3 = admite el rasgo</p>					
<p>(¿A menudo se siente culpable de cosas que no han salido bien?</p>						
<p>36. Ud. ha dicho que piensa mucho [<i>¿Piensa mucho?</i>] en cosas malas que han sucedido en el pasado o se preocupa por las que podrían sucederle en el futuro.</p>	<p>(4) cavila y tiende a preocuparse por todo</p>	?	1	2	3	62
<p>Hábleme de eso.</p>	<p>3 = admite el rasgo</p>					
<p>? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera</p>						

14 Trastorno depresivo de la personalidad SCID-II

- | | | | | |
|-----|---|---|---------|----|
| 37. | Ud. ha dicho que a menudo juzga [<i>¿Juzga a menudo?</i>] a los demás con dureza y les encuentra defectos con facilidad.

Deme algunos ejemplos de aspectos en los que sea crítico. | (5) critica, juzga y lleva la contraria a los demás

3 = admite el rasgo y da al menos un ejemplo | ? 1 2 3 | 63 |
| 38. | Ud. ha dicho que cree [<i>¿Cree Ud.?</i>] que la mayoría de las personas no son buenas.

Hábleme sobre eso. | | | |
| 39. | Ud. ha dicho que espera [<i>¿Espera Ud.?</i>] casi siempre que las cosas vayan mal.

Explíqueme algo más sobre ello. | (6) se muestra pesimista

3 = admite el rasgo | ? 1 2 3 | 64 |
| 40. | Ud. ha dicho que se siente [<i>¿Se siente Ud.?</i>] a menudo culpable de cosas que ha hecho o dejado de hacer.

<i>¿Qué clase de cosas</i> | (7) tiende a sentirse culpable o arrepentido

3 = admite el rasgo y da al menos un ejemplo | ? 1 2 3 | 65 |

AL MENOS CINCO ÍTEMS
CODIFICADOS CON UN «3»

1 3
↓
TRASTORNO DEPRESIVO DE LA PERSONALIDAD

? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera

TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD	CRITERIOS PARA EL TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD	
<p>Nota: No debe considerarse como una característica del trastorno paranoide de la personalidad el comportamiento que tiene lugar en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico, ni tampoco si es debido a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.</p>	<p>Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:</p>	
<p>41. Ud. ha dicho que a menudo tiene [<i>¿Tiene a menudo?</i>] que estar alerta para evitar que los demás abusen de Ud. o lo hieran. Hábleme sobre eso.</p>	<p>(1) sospechan, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar 3 = admite el rasgo y da al menos un ejemplo</p>	67
<p>42. Ud. ha dicho que pasa [<i>¿Pasa Ud.?</i>] mucho tiempo preguntándose si puede fiarse de sus amigos o compañeros de trabajo. Describa situaciones en que haya experimentado esa sensación. (<i>¿Se siente así a menudo?</i>)</p>	<p>(2) preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios 3 = reconoce que eso es característico de casi todas sus relaciones</p>	68
<p>43. Ud. ha dicho que cree [<i>¿Cree Ud.?</i>] que es mejor no dejar que otras personas sepan mucho sobre Ud. porque podrían utilizar la información en su contra. <i>¿Cuándo le ha sucedido algo similar?</i> Hábleme sobre eso.</p>	<p>(3) reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra 3 = reconoce que su recelo a confiar en los demás es debido a la desconfianza (y no es simplemente miedo al rechazo)</p>	69
<p>44. Ud. ha dicho que a menudo detecta [<i>¿Detecta Ud. a menudo?</i>] amenazas o insultos ocultos en lo que la gente dice o hace. Deme algunos ejemplos.</p>	<p>(4) en las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores 3 = admite el rasgo y da al menos un ejemplo</p>	70
<p>? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera</p>		

16 Trastorno paranoide de la personalidad SCID-II

45. Ud. ha dicho que es [*¿Es Ud.?*] la clase de persona que guarda rencor o tarda mucho tiempo en perdonar a las personas que le han insultado o menospreciado. (5) alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios ? 1 2 3 71
 3 = admite el rasgo y da al menos un ejemplo
 Hábleme sobre eso.
46. Ud. ha dicho que hay [*¿Hay?*] muchas personas a las que no puede perdonar por algo que le hicieron o le dijeron hace mucho tiempo. (6) percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar ? 1 2 3 72
 3 = admite el rasgo y da al menos un ejemplo
 Hábleme sobre eso.
47. Ud. ha dicho que con frecuencia [*¿Con frecuencia?*] se enfada o se pone furioso cuando alguien le critica o le insulta de alguna manera. (7) sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o pareja le es infiel ? 1 2 3 73
 3 = da ejemplos de sospechas injustificadas con varias parejas o en diversas ocasiones con la misma pareja, o bien admite el rasgo
 Deme algunos ejemplos.
 (¿Creen los demás que Ud. se ofende con demasiada facilidad?)
48. Ud. ha dicho que a menudo ha sospechado [*¿Ha sospechado a menudo?*] que su pareja le era infiel. (7) sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o pareja le es infiel ? 1 2 3 74
 3 = da ejemplos de sospechas injustificadas con varias parejas o en diversas ocasiones con la misma pareja, o bien admite el rasgo
 Hábleme de eso.
 (¿Qué pruebas tenía? ¿Qué hizo al respecto? ¿Tenía Ud. razón?)

AL MENOS CUATRO ÍTEMS
 CODIFICADOS CON UN «3»

1 3 74
 ↓
 TRASTORNO
 PARANOIDE
 DE LA
 PERSONALIDAD

? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera

TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD

CRITERIOS PARA EL TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD

Nota: No debe considerarse como una característica del trastorno esquizotípico de la personalidad la conducta que tiene lugar en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, otro trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos:

49. Ud. ha dicho que cuando está en público y ve personas hablando, a menudo le parece [*Cuando está en público y ve personas hablando, ¿a menudo le parece?*] que están hablando de Ud.

(1) ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia) ? 1 2 3

3 = da varios ejemplos

Cuénteme más sobre eso.

50. Ud. ha dicho que con frecuencia tiene la impresión [*¿Tiene con frecuencia la impresión?*] de que cosas que no poseen ningún significado especial para la mayoría de la gente de hecho contienen en realidad un mensaje especial para Ud.

Hábleme más sobre eso.

51. Ud. ha dicho que cuando está entre la gente, a menudo tiene la sensación [*Cuando está entre la gente, ¿tiene a menudo la sensación?*] de que lo están observando o mirando fijamente.

Cuénteme más sobre eso.

? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadero



18	Trastorno esquizotípico de la personalidad	SCID-II	
52.	<p>Ud. ha dicho que ha sentido [<i>¿Ha sentido alguna vez?</i>] que podría hacer que sucedieran cosas simplemente formulando un deseo o pensando en ellas.</p> <p>Hábleme sobre eso.</p> <p>(¿De qué modo le ha afectado eso?)</p>	<p>(2) creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o «sexto sentido», en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas)</p> <p>3 = da varios ejemplos de fenómenos semejantes que han influido en su comportamiento y que son inconsistentes con normas subculturales</p>	<p>? 1 2 3 76</p>
53.	<p>Ud. ha dicho que ha tenido [<i>¿Ha tenido?</i>] experiencias personales de tipo sobrenatural.</p> <p>Hábleme sobre eso.</p> <p>(¿De qué modo le ha afectado eso?)</p>		
54.	<p>Ud. ha dicho que cree tener [<i>¿Cree tener?</i>] un «sexto sentido» que le permite conocer y predecir cosas que otros no pueden.</p> <p>Cuénteme algo más al respecto.</p> <p>(¿De qué modo le ha afectado eso?)</p>		
55.	<p>Ud. ha dicho que a menudo le ha parecido como si [<i>¿Le ha parecido a menudo como si?</i>] los objetos o las sombras fueran realmente personas o animales, o que los ruidos fueran en realidad voces de personas.</p> <p>Deme algunos ejemplos.</p> <p>(¿Bebía o tomaba drogas entonces?)</p>	<p>(3) experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales</p> <p>3 = da varios ejemplos de experiencias perceptivas inhabituales no debidas a drogas ni a enfermedades médicas</p>	<p>? 1 2 3 77</p>
<p>? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera</p>			

56. Ud. ha dicho que ha tenido [<i>¿Ha tenido?</i>] la sensación de que alguna persona o fuerza se hallaba alrededor de usted, aunque no podía ver a nadie.						
	Hábleme más al respecto.					
	(¿Bebía o tomaba drogas entonces?)					
57. Ud. ha dicho que con frecuencia ve [<i>¿Ve con frecuencia?</i>] auras o campos de energía alrededor de las personas.						
	Cuénteme algo más al respecto.					
	(¿Bebía o tomaba drogas entonces?)					
OBSERVADO DURANTE LA ENTREVISTA	(4) pensamiento y lenguaje raros (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, sobrelaborado o estereotipado)	?	1	2	3	78
CODIFICAR CON UN «3» SI ALGUNO DE LOS CRITERIOS (1), (2), (3), (4) O (7) SON PUNTUADOS CON UN «3»	(5) suspicacia o ideación paranoide	?	1	2	3	79
OBSERVADA DURANTE LA ENTREVISTA	(6) afectividad inapropiada o restringida	?	1	2	3	80
OBSERVADO DURANTE LA ENTREVISTA	(7) comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar	?	1	2	3	81
58. Ud. ha dicho que hay [<i>¿Hay?</i>] muy pocas personas a las que se sienta próximo aparte de su familia inmediata.	(8) falta de amigos íntimos o de confianza aparte de los familiares de primer grado	?	1	2	3	82
	3 = no tiene amigos íntimos (aparte de familiares)					
	¿Cuántos amigos íntimos tiene?					
<p>? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera</p>						

20

Trastorno esquizotípico de la personalidad

SCID-II

59. Ud. ha dicho que con frecuencia se siente nervioso [*¿Se siente con frecuencia nervioso?*] cuando está con otras personas. (9) ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo

¿Qué le pone nervioso?

(¿Está nervioso incluso después de haberlas tratado durante un tiempo?)

3 = reconoce una ansiedad excesiva debido a su desconfianza sobre los comentarios de otras personas

? 1 2 3 83

AL MENOS CINCO ÍTEMS
CODIFICADOS CON UN «3»

1 3 84

TRASTORNO
ESQUIZOTÍPICO
DE LA
PERSONALIDAD

? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera

TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD**CRITERIOS PARA EL TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD**

Nota: No debe considerarse como una característica del trastorno esquizoide de la personalidad el comportamiento que tiene lugar exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, otro trastorno psicótico, un trastorno generalizado del desarrollo, o que se deba a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica.

Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

- | | | | |
|---|---|---------|----|
| 60. Ud. ha dicho que es poco [<i>¿Es poco?</i>] importante para Ud. si tiene o no relaciones personales.

Cuénteme más al respecto.

(¿Y con su familia?) | (1) ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia

3 = admite el rasgo | ? 1 2 3 | 85 |
| 61. Ud. ha dicho que prefiere [<i>¿Prefiere Ud.?</i>] casi siempre hacer las cosas solo y no con otras personas.

(¿Es así tanto en su trabajo como en su tiempo libre?) | (2) escoge casi siempre actividades solitarias

3 = admite el rasgo | ? 1 2 3 | 86 |
| 62. Ud. ha dicho que podría [<i>¿Podría?</i>] estar satisfecho sin tener jamás ninguna relación sexual con otra persona.

Cuénteme más al respecto.

(¿Siempre ha tenido Ud. tan poco interés por las relaciones sexuales?) | (3) tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona

3 = admite el rasgo | ? 1 2 3 | 87 |

? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera

22 Trastorno esquizoide de la personalidad SCID-II

63.	Ud. ha dicho que hay [<i>¿Hay?</i>] realmente muy pocas cosas que le proporcionen placer. Hábleme sobre eso. (¿Y en el caso de placeres físicos como una buena comida o el sexo?)	(4) disfruta con pocas actividades o ninguna [Nota: la ausencia de placer se refiere especialmente a experiencias sensoriales, corporales e interpersonales.] 3 = admite el rasgo	? 1 2 3	88
YA CODIFICADO EN EL ÍTEM (8) DEL TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD				
64.	Ud. ha dicho que le es [<i>¿Le es?</i>] totalmente indiferente lo que otras personas piensen de Ud. ¿Cómo se siente cuando la gente le alaba o le critica?	(6) se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás 3 = indiferencia a las alabanzas o las críticas	? 1 2 3	89
65.	Ud. ha dicho que cree [<i>¿Cree?</i>] que no hay nada que le ponga ni muy contento ni muy triste. Cuénteme algo más sobre eso. (CONSIDERAR TAMBIÉN EL COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA)	(7) muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad 3 = no se produce exclusivamente durante un trastorno del estado de ánimo	? 1 2 3	90

AL MENOS CUATRO ÍTEMS
CODIFICADOS CON UN «3»



? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera

TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD	CRITERIOS PARA EL TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD					
	Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:					
66. Ud. ha dicho que le gusta [<i>¿Le gusta?</i>] ser el centro de atención.	(1) no se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de atención	?	1	2	3	93
¿Cómo se siente cuando no lo es?	3 = se siente incómodo cuando no es el centro de atención					
67. Ud. ha dicho que coquetea [<i>¿Coquetea?</i>] mucho.	(2) la interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador	?	1	2	3	94
¿Se ha quejado alguien de eso?	3 = admite haber recibido quejas, describe comportamientos inapropiados o se muestra seductor de un modo inadecuado					
(CONSIDERAR TAMBIÉN EL COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA)						
68. Ud. ha dicho que se da cuenta [<i>¿Se da cuenta?</i>] a menudo de que se está comportando de forma seductora con otras personas.						
Hábleme de eso.						
(CONSIDERAR TAMBIÉN EL COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA)						
OBSERVADO DURANTE LA ENTREVISTA	(3) muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante	?	1	2	3	95
? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera						

24	Trastorno histriónico de la personalidad	SCID-II		
69.	Ud. ha dicho que trata de [<i>¿Trata de?</i>] llamar la atención a través de su forma de vestir o su aspecto físico. ¿De qué manera lo hace? ¿Lo hace siempre?	(4) utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo 3 = da ejemplos y reconoce que este comportamiento se produce todo el tiempo	? 1 2 3	96
	OBSERVADO DURANTE LA ENTREVISTA	(5) tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices	? 1 2 3	97
70.	Ud. ha dicho que a menudo se muestra [<i>¿Se muestra a menudo?</i>] como una persona dramática y pintoresca. Explíqueme algo más al respecto. (CONSIDERAR TAMBIÉN EL COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA) (¿Le gusta expresar sus emociones, como por ejemplo abrazar a gente incluso sin conocerla bien, o llorar con facilidad?)	(6) muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional 3 = admite el rasgo y da al menos un ejemplo	? 1 2 3	98
71.	Ud. ha dicho que a menudo cambia de opinión [<i>¿Cambia a menudo de opinión?</i>] según las personas con las que esté o según lo que acabe de leer o ver en la televisión. Cuénteme más sobre eso.	(7) es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciable por los demás o por las circunstancias 3 = admite el rasgo y da al menos un ejemplo	? 1 2 3	99
72.	Ud. ha dicho que tiene [<i>¿Tiene Ud.?</i>] muchos amigos a los que se siente muy próximo ¿Cuántos? ¿Quiénes son?	(8) considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad 3 = pretende tener muchos más amigos «íntimos» de lo creíble	? 1 2 3	100
	AL MENOS CINCO ÍTEMS CODIFICADOS CON UN «3»		1 3	101
			↓	
				TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD

? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera

TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD	CRITERIOS PARA EL TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD		
	Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:		
73. Ud. ha dicho que considera que a menudo los demás no saben apreciar [<i>¿Considera que a menudo los demás no saben apreciar?</i>] su talento o sus cualidades. Deme un ejemplo.	(1) tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. ej., exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados)	? 1 2 3	102
74. Ud. ha dicho que otras personas le han comentado [<i>¿Le han comentado otras personas?</i>] que tiene una opinión demasiado elevada de sí mismo. Deme algunos ejemplos.	3 = da al menos un ejemplo de grandiosidad		
75. Ud. ha dicho que piensa mucho [<i>¿Piensa mucho?</i>] en que algún día alcanzará el poder, la fama o el reconocimiento. Cuénteme más al respecto. (¿Cuánto tiempo pasa pensando en esas cosas?)	(2) está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez o amor imaginarios 3 = emplea mucho tiempo soñando despierto o pretendiendo lograr metas inalcanzables	? 1 2 3	103
76. Ud. ha dicho que pasa [<i>¿Pasa Ud.?</i>] mucho tiempo pensando que algún día disfrutará del romance perfecto. Cuénteme más sobre eso. (¿Cuánto tiempo pasa pensando en eso?)			
? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera			

26	Trastorno narcisista de la personalidad	SCID-II	
77.	<p>Ud. ha dicho que cuando tiene un problema casi siempre insiste [<i>Cuando tiene un problema, ¿insiste casi siempre?</i>] en ver al máximo responsable.</p> <p>Deme algunos ejemplos.</p> <p>(¿Por qué tiene que ver al máximo responsable?)</p>	<p>(3) cree que es «especial» y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto <i>status</i></p> <p>3 = admite el rasgo y da al menos un ejemplo</p>	<p>? 1 2 3 104</p>
78.	<p>Ud. ha dicho que considera [<i>¿Considera Ud.?</i>] que es importante dedicar el tiempo a personas especiales o influyentes.</p> <p>(¿Por qué?)</p>		
79.	<p>Ud. ha dicho que es muy importante [<i>¿Es muy importante?</i>] que la gente le preste atención o le admire de alguna manera.</p> <p>Cuénteme más sobre eso.</p>	<p>(4) exige una admiración excesiva</p> <p>3 = admite el rasgo y da al menos un ejemplo</p>	<p>? 1 2 3 105</p>
80.	<p>Ud. ha dicho que cree [<i>¿Cree Ud.?</i>] que no es necesario respetar ciertas reglas o convenciones sociales si suponen un obstáculo en su camino.</p> <p>Deme algunos ejemplos.</p> <p>¿Por qué piensa de ese modo?</p>	<p>(5) es muy pretencioso, por ejemplo, alberga expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas</p> <p>3 = da varios ejemplos</p>	<p>? 1 2 3 106</p>
81.	<p>Ud. ha dicho que considera que es [<i>¿Considera Ud. que es?</i>] la clase de persona que merece un trato especial.</p> <p>Cuénteme más al respecto.</p>		
<p>? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera</p>			

- | | | | |
|--|---|----------------|------------|
| <p>82. Ud. ha dicho que a menudo le resulta [<i>¿A menudo le resulta?</i>] necesario aprovecharse de otros para conseguir lo que quiere.</p> <p>Deme algunos ejemplos. (<i>¿Sucede a menudo?</i>)</p> | <p>(6) es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas</p> <p>3 = da varios ejemplos en que otra persona es explotada</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>107</p> |
| <p>83. Ud. ha dicho que con frecuencia tiene que [<i>¿Tiene con frecuencia que?</i>] anteponer sus necesidades a las de otras personas.</p> <p>Deme algunos ejemplos.</p> | | | |
| <p>84. Ud. ha dicho que a menudo [<i>¿Espera a menudo?</i>] que otras personas hagan lo que les pide sin vacilar, por ser Ud. quien es.</p> <p>(<i>¿Sucede eso con frecuencia?</i>)</p> | | | |
| <p>85. Ud. ha dicho que realmente no le interesan [<i>¿A Ud. realmente no le interesan?</i>] los problemas y sentimientos de los demás.</p> <p>Hábleme sobre eso.</p> | <p>(7) carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás</p> <p>3 = admite el rasgo o da varios ejemplos</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>108</p> |
| <p>86. Ud. ha dicho que algunas personas se han quejado [<i>¿Se han quejado algunas personas?</i>] de que Ud. no les escucha o de que no se preocupa por sus sentimientos.</p> <p>Hábleme al respecto.</p> | | | |

? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera



28 **Trastorno narcisista de la personalidad** SCID-II

87. Ud. ha dicho que a menudo tiene [*¿Tiene a menudo?*] envidia de otras personas. (8) frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él ? 1 2 3 109

Hábleme de eso. (*¿Con qué frecuencia se siente así?*) 3 = admite el rasgo y da al menos un ejemplo

88. Ud. ha dicho que cree [*¿Cree Ud.?*] que los demás a menudo le envidian a Ud.

¿Qué es lo que envidian de Ud.?

89. Ud. ha dicho que le parece [*¿Le parece?*] que hay muy pocas personas que merezcan que Ud. les dedique su tiempo y atención. (9) presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios ? 1 2 3 110

3 = admite el rasgo o éste es observado durante la entrevista

Hábleme sobre eso.

(CONSIDÉRESE TAMBIÉN EL COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA)

AL MENOS CINCO ÍTEMS
CODIFICADOS CON UN «3»

1 3 111
↓
TRASTORNO
NARCISISTA
DE LA
PERSONALIDAD

? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	CRITERIOS PARA EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD		
<p>90. Ud. ha dicho que se ha puesto furioso [<i>¿Se ha puesto furioso?</i>] con frecuencia cuando ha creído que alguien a quien realmente quería iba a abandonarle.</p> <p>¿Qué ha hecho Ud.?</p> <p>(¿Ha amenazado o le ha suplicado a esa persona?)</p>	<p>Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:</p> <p>(1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5</p> <p>3 = da varios ejemplos</p>	? 1 2 3	112
<p>91. Ud. ha dicho que las relaciones con las personas que verdaderamente quiere tienen [<i>Las relaciones con las personas que verdaderamente quiere, ¿tienen?</i>] muchos altibajos extremos.</p> <p>Hábleme de eso.</p> <p>(¿Hubo momentos en que pensaba que eran todo lo que podía desear y otros en que le parecía que eran horribles? ¿Cuántas relaciones así ha tenido?)</p>	<p>(2) un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación</p> <p>3 = una relación prolongada o varias breves, en las que se observa al menos dos veces el patrón de alternancia</p>	? 1 2 3	113

? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera

30	Trastorno límite de la personalidad	SCID-II	
92.	<p>Ud. ha dicho que cambia de repente [<i>¿Cambia a veces de repente?</i>] su sentido de quién es Ud. o hacia dónde va.</p> <p>Deme algunos ejemplos.</p>	<p>(3) alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusados y persistentemente inestables</p> <p>(Nota: No incluir la incertidumbre normal del adolescente)</p>	<p>? 1 2 3</p> <p>114</p>
93.	<p>Ud. ha dicho que su sentido de quién es a menudo cambia dramáticamente [<i>¿Cambia a menudo dramáticamente su sentido de quién es?</i>].</p> <p>Cuénteme más al respecto.</p>	<p>3 = admite el rasgo</p>	
94.	<p>Ud. ha dicho que es [<i>¿Es Ud.</i>] diferente con diferentes personas o en diferentes situaciones, de tal manera que a veces no sabe quién es Ud. en realidad.</p> <p>Deme algunos ejemplos. (¿Se siente así a menudo?)</p>		
95.	<p>Ud. ha dicho que se han producido [<i>¿Se han producido?</i>] muchos cambios bruscos en sus metas, planes profesionales, creencias religiosas, etc.</p> <p>Cuénteme más al respecto.</p>		
96.	<p>Ud. ha dicho que a menudo ha hecho [<i>¿Ha hecho a menudo?</i>] cosas impulsivamente.</p> <p>¿Qué clase de cosas? Por ejemplo...</p> <p>... ¿Comprarse cosas que no podía permitirse?</p> <p>... ¿Tener relaciones sexuales con personas apenas conocidas, o practicar «sexo no seguro»?</p> <p>... ¿Beber demasiado o consumir drogas?</p> <p>... ¿Conducir de forma temeraria?</p> <p>... ¿Comer de forma incontrolable?</p>	<p>(4) impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida)</p> <p>(Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.)</p> <p>3 = da varios ejemplos que indican un patrón de conducta impulsiva (no necesariamente limitada a los ejemplos expuestos)</p>	<p>? 1 2 3</p> <p>115</p>
<p>? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera</p>			

<p>SI RESPONDE AFIRMATIVAMENTE A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES: Hábleme al respecto. ¿Con qué frecuencia sucede? ¿Qué tipo de problemas le ha causado?</p>							
97.	<p>Ud. ha dicho que ha tratado de [¿Ha tratado de?] hacerse daño o matarse, o ha amenazado con hacerlo.</p>	(5) comportamiento, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación	?	1	2	3	116
98.	<p>Ud. ha dicho que alguna vez [¿Alguna vez?] se ha cortado, quemado o herido a sí mismo a propósito.</p> <p>Hábleme de eso.</p>	3 = dos o más episodios (que no se produzcan durante el transcurso de un episodio depresivo mayor)					
99.	<p>Ud. ha dicho que experimenta [¿Experimenta Ud.?] muchos cambios repentinos de estado de ánimo.</p> <p>Hábleme de eso.</p> <p>(¿Cuánto duran sus episodios de «malhumor»? ¿Con qué frecuencia se producen esos cambios de estado de ánimo? ¿Hasta qué punto son repentinos?)</p>	(6) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)	?	1	2	3	117
		3 = admite el rasgo					
100.	<p>Ud. ha dicho que con frecuencia se siente [¿Se siente con frecuencia?] vacío por dentro.</p> <p>Hábleme al respecto.</p>	(7) sentimientos crónicos de vacío	?	1	2	3	118
		3 = admite el rasgo					
101.	<p>Ud. ha dicho que tiene [¿Tiene Ud.?] a menudo arranques de cólera o se enfurece tanto que pierde el control.</p> <p>Hábleme sobre eso.</p>	(8) ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)	?	1	2	3	119
		3 = admite el rasgo y da al menos un ejemplo					
<p>? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera</p>							

102. Ud. ha dicho que, cuando se enfada, golpea [*¿Cuando se enfada, golpea Ud.?*] a las personas o arroja objetos.

Hábleme de ello.

(¿Le sucede a menudo?)

103. Ud. ha dicho que se pone muy furioso [*¿Se pone muy furioso?*] incluso por cosas sin importancia.

¿Cuándo le sucede eso?

(¿Le sucede con frecuencia?)

104. Ud. ha dicho que, cuando se halla bajo una gran tensión, se vuelve suspicaz [*Cuando se halla bajo una gran tensión, ¿se vuelve suspicaz?*] con otras personas o se siente especialmente distante y ausente.

Hábleme de ello.

(9) ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves

3 = da varios ejemplos que no ocurren exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno afectivo con síntomas psicóticos

? 1 2 3 120

AL MENOS CINCO ÍTEMS
CODIFICADOS CON UN «3»

1 3 121

↓
TRASTORNO
LÍMITE
DE LA
PERSONALIDAD

? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera

TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	CRITERIOS PARA EL TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	
<p>Nota: No debe considerarse como una característica del Trastorno antisocial de la personalidad el comportamiento que se da exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o de un episodio de manía.</p>	<p>B. El sujeto tiene al menos 18 años. ? 1 2 3</p> <p>C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de los 15 años [como evidencian al menos dos de los siguientes ítems:]</p>	122
<p>105. Ud. ha dicho que antes de los 15 años intimidaba o amenazaba a otros niños [<i>Antes de los 15 años, ¿intimidaba o amenazaba a otros niños?</i>].</p> <p>Hábleme de ello.</p>	<p>(1) (EXCEPCIONALMENTE, antes de los 15 años) a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros ? 1 2 3</p>	123
<p>106. Ud. ha dicho que antes de los 15 años Ud. provocaba peleas [<i>Antes de los 15 años, ¿provocaba Ud. peleas?</i>].</p> <p>¿Con qué frecuencia?</p>	<p>(2) (Antes de los 15 años) a menudo inicia peleas físicas ? 1 2 3</p>	124
<p>107. Ud. ha dicho que antes de los 15 años hirió o amenazó a alguien [<i>Antes de los 15 años, ¿hirió o amenazó a alguien?</i>] con un arma, como por ejemplo un palo, una piedra, una botella rota, una navaja o una pistola.</p> <p>Hábleme al respecto.</p>	<p>(3) (Antes de los 15 años) ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola) ? 1 2 3</p>	125
<p>108. Ud. ha dicho que antes de los 15 años torturó deliberadamente a alguien o le causó dolor y sufrimiento físico [<i>Antes de los 15 años, ¿torturó deliberadamente a alguien o le causó dolor y sufrimiento físico?</i>].</p> <p>¿Qué hizo?</p>	<p>(4) (Antes de los 15 años) ha manifestado crueldad física con personas ? 1 2 3</p>	126

? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera

109.	Ud. ha dicho que antes de los 15 años torturó o hirió a animales a propósito [<i>Antes de los 15 años, ¿torturó o hirió Ud. a animales a propósito?</i>]. ¿Qué hizo?	(5) (Antes de los 15 años) ha manifestado crueldad física con animales	?	1	2	3	127
110.	Ud. ha dicho que antes de los 15 años robó, atracó o arrebató por la fuerza [<i>Antes de los 15 años, ¿robó, atracó o arrebató por la fuerza? algo a alguien amenazándole.</i>]. Cuénteme más al respecto.	(6) (Antes de los 15 años) ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada)	?	1	2	3	128
111.	Ud. ha dicho que antes de los 15 años forzó a alguien [<i>Antes de los 15 años, ¿forzó a alguien?</i>] a tener relaciones sexuales con Ud., a desvestirse delante de Ud. o a tocarle sexualmente. Hábleme sobre ello.	(7) (Antes de los 15 años) ha forzado a alguien a una actividad sexual	?	1	2	3	129
112.	Ud. ha dicho que antes de los 15 años provocó algún incendio [<i>Antes de los 15 años, ¿provocó algún incendio?</i>]. Hábleme de ello.	(8) (Antes de los 15 años) ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves	?	1	2	3	130
113.	Ud. ha dicho que antes de los 15 años destruyó deliberadamente [<i>Antes de los 15 años, ¿destruyó deliberadamente?</i>] cosas que no eran suyas. ¿Qué fue lo que hizo?	(9) (Antes de los 15 años) ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)	?	1	2	3	131
114.	Ud. ha dicho que antes de los 15 años irrumpió [<i>Antes de los 15 años, ¿irrumpió Ud.?</i>] en casas, otros edificios o coches de otras personas. Hábleme de ello.	(10) (Antes de los 15 años) ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona	?	1	2	3	132

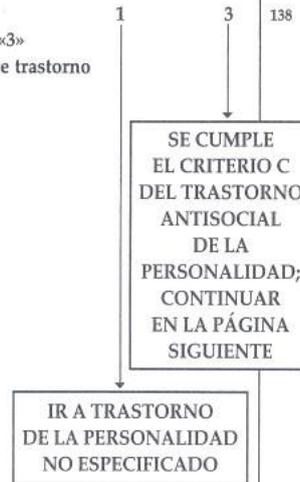
? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera

115.	Ud. ha dicho que antes de los 15 años mentía mucho o estafaba [Antes de los 15 años, ¿mentía mucho o estafaba?] a otras personas. ¿Sobre qué cosas mentía?	(11) (Antes de los 15 años) a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es «tíma» a otros)	?	1	2	3	133
116.	Ud. ha dicho que antes de los 15 años a veces robaba cosas (sin enfrentarse con la víctima) o falsificaba la firma de otras personas [Antes de los 15 años, ¿robaba cosas (sin enfrentarse con la víctima) o falsificaba la firma de otras personas?]. Cuénteme más sobre eso.	(12) (Antes de los 15 años) ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)	?	1	2	3	134
117.	Ud. ha dicho que antes de los 15 años se escapó de casa y pasó la noche fuera [Antes de los 15 años, ¿se escapó de casa y pasó la noche fuera?]. ¿Sucedió más de una vez? (¿Con quién vivía en aquel momento?)	(13) (Antes de los 15 años) se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)	?	1	2	3	135
118.	Ud. ha dicho que antes de los 13 años permanecía mucho tiempo [Antes de los 13 años, ¿permanecía mucho tiempo?] fuera de casa y llegaba mucho más tarde de la hora permitida. ¿Con qué frecuencia?	(14) (Antes de los 13 años) a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas	?	1	2	3	136

? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera

119. Ud. ha dicho que antes de los 13 años faltaba a menudo a clase [Antes de los 13 años, ¿faltaba a menudo a clase?].
 (15) (Antes de los 13 años) suele hacer novillos en la escuela ? 1 2 3 | 137
 ¿Con qué frecuencia?

AL MENOS DOS ÍTEMS
 CODIFICADOS CON UN «3»
 (es decir, «algún» indicio de trastorno
 del comportamiento)



? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera

Desde los 15 años en adelante:	A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:				
¿Ha realizado Ud. actos que vayan en contra de la ley (incluso aunque no le cogieran por ello), como robar, consumir o vender drogas, o firmar cheques falsos o sin fondos?	(1) fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención	?	1	2	3
SI RESPONDE NEGATIVAMENTE: ¿Ha sido arrestado alguna vez?	3 = da varios ejemplos				139
¿Ha tenido que mentir con frecuencia para conseguir lo que quería?	(2) deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un «alias», estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer	?	1	2	3
(¿Ha usado alguna vez un «alias» o ha fingido ser otra persona?)	3 = da varios ejemplos				140
(¿Ha estafado alguna vez a otras personas para conseguir lo que quería?)					
¿Suele actuar impulsivamente, sin pensar en las consecuencias que sus actos pueden tener para Ud. o para otras personas?	(3) impulsividad o incapacidad para planificar el futuro	?	1	2	3
¿Qué tipo de cosas hace?	3 = da varios ejemplos				141
¿Ha habido alguna época en que no tuviera un lugar fijo para vivir?					
(¿Durante cuánto tiempo?)					
<p>? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera</p>					

Desde que Ud. tenía 15 años, ¿ha participado en peleas?	(4) irritabilidad y agresividad, indicadas por peleas físicas repetidas o agresiones	? 1 2 3	142
(¿Con qué frecuencia?)	3 = da varios ejemplos		
¿Alguna vez ha golpeado o lanzado objetos a su esposo/a o pareja?			
(¿Con qué frecuencia?)			
¿Ha pegado alguna vez a un niño (suyo o de otra persona) tan fuerte que le causara contusiones o magulladuras, o que tuviera que guardar cama o ver a un médico?			
Hábleme de ello.			
¿Ha amenazado o agredido a alguien más?			
Hábleme de ello.			
(¿Con qué frecuencia?)			
¿Ha conducido estando borracho o drogado?	(5) despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás	? 1 2 3	143
¿Cuántas veces le han multado por exceso de velocidad, o cuántos accidentes de tráfico ha sufrido?	3 = da varios ejemplos		
¿Usa protección siempre que tiene una relación sexual con alguien a quien no conoce bien?			
(¿Ha dicho alguien alguna vez que Ud. permitió que un niño a su cuidado corriese algún peligro?)			

? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera

<p>En los últimos 5 años, ¿cuánto tiempo ha estado sin trabajar?</p> <p>SI HA ESTADO SIN TRABAJAR DURANTE UN PERÍODO PROLONGADO: ¿Por qué? (¿Había trabajo disponible?)</p> <p>Cuando estaba trabajando, ¿faltaba mucho al trabajo?</p> <p>EN CASO AFIRMATIVO: ¿Por qué?</p> <p>¿Dejó algún trabajo sin tener otro en perspectiva?</p> <p>EN CASO AFIRMATIVO: ¿Cuántas veces le ha sucedido eso?</p> <p>¿Alguna vez le ha debido dinero a alguien y no le ha pagado? (¿Con qué frecuencia?)</p> <p>¿Ha dejado de mantener económicamente a sus hijos o a alguna otra persona que dependiera de Ud.?</p>	<p>(6) irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas</p> <p>3 = da varios ejemplos</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>144</p>
<p>SI LOS ACTOS ANTISOCIALES SON EVIDENTES Y NO ESTÁ CLARO SI EL SUJETO SIENTE REMORDIMIENTOS: ¿Cómo se siente con respecto a [LISTA DE ACTOS ANTISOCIALES]?</p> <p>(¿Piensa Ud. que lo que hizo estuvo mal de alguna manera?)</p>	<p>(7) falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación de haber dañado, maltratado o robado a otros</p> <p>3 = ausencia de remordimiento acerca de actos antisociales</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>145</p>

? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera

AL MENOS TRES ÍTEMS
CODIFICADOS CON UN «3»

1 3 146

SE CUMPLE EL
CRITERIO A
DEL TRASTORNO
ANTISOCIAL
DE LA
PERSONALIDAD

CRITERIOS A, B Y C CODIFICADOS
CON UN «3»

1 3 147

TRASTORNO
ANTISOCIAL
DE LA
PERSONALIDAD

? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD NO ESPECIFICADO

Esta categoría se reserva para los trastornos de la personalidad que no cumplen los criterios de ningún trastorno específico. Un ejemplo es la presencia de características de más de un trastorno específico de la personalidad sin que se cumplan los criterios completos de ninguno («personalidad mixta») pero que, en conjunto, provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en una o más áreas importantes de la actividad del individuo (p. ej., social o laboral). Esta categoría también puede utilizarse cuando el clínico considere que un trastorno específico de la personalidad que no se halla incluido en la clasificación es pertinente (p. ej., el trastorno autodestructivo de la personalidad).

1 3 148

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD NO ESPECIFICADO

? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral



ANEXO V: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

BDI-II

FECHA:

Nombre:.....Edad:.....Sexo:.....
 Estado Civil:.....Profesión:.....Estudios:.....

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste habitualmente. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. 2 Me siento triste continuamente. 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desanimado sobre mi futuro. 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes. 2 No espero que las cosas mejoren. 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.</p> <p>3. Sentimientos de Fracaso</p> <p>0 No me siento fracasado. 1 He fracasado más de lo que debería. 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso. 3 Me siento una persona totalmente fracasada.</p> <p>4. Pérdida de Placer</p> <p>0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes. 1 No disfruto de las cosas tanto como antes. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba. 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento especialmente culpable. 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable constantemente.</p>	<p>6. Sentimientos de castigo</p> <p>0 No siento que esté siendo castigado. 1 Siento que puedo ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado</p> <p>7. Insatisfacción con uno mismo.</p> <p>0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo. 1 He perdido confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusto.</p> <p>8. Auto-Críticas</p> <p>0 No me critico o me culpo más que antes. 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser. 2 Critico todos mis defectos. 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos de Suicidio</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo. 2 Me gustaría suicidarme. 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo. 2 Lloro por cualquier cosa. 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p>
--	---

_____ Puntuación Página 1

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE⇒

<p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre. 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre. 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto. 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de Interés</p> <p>0 No he perdido el interés por otras personas o actividades. 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades. 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas. 3 Me resulta difícil interesarme en algo.</p> <p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo decisiones más o menos como siempre. 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre. 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Inutilidad</p> <p>0 No me siento inútil. 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser. 2 Me siento inútil en comparación con otras personas. 3 Me siento completamente inútil.</p> <p>15. Pérdida de Energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre. 1 Tengo menos energía de la que solía tener. 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas. 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.</p> <p>16. Cambios en el Patrón de Sueño.</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.</p> <hr/> <p>1a Duermo algo más de lo habitual. 1b Duermo algo menos de lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más de lo habitual. 2b Duermo mucho menos de lo habitual.</p> <hr/> <p>3a Duermo la mayor parte del día. 3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable de lo habitual. 1 Estoy más irritable de lo habitual. 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual. 3 Estoy irritable continuamente.</p> <p>18. Cambios en el Apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Mi apetito es algo menor de lo habitual. 1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes. 2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.</p> <hr/> <p>3a He perdido completamente el apetito. 3b Tengo ganas de comer continuamente.</p> <p>19. Dificultad de Concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente. 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo. 3 No puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre. 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre. 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer. 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar. 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora. 3 He perdido completamente el interés por el sexo.</p>
--	---

_____ Puntuación Página 1

_____ Puntuación Página 2

_____ PUNTUACIÓN TOTAL (Págs. 1+2)

ANEXO VI: Inventario de esquemas de apariencia (ASI)

Nombre.....	Código/DNI
Edad	Entrevistador
	Fecha

Instrucciones:

Evalúa las siguientes creencias según la siguiente escala:

0	1	2	3	4
Muy desacuerdo	en Bastante desacuerdo	en Ni en desacuerdo ni de acuerdo	Bastante de acuerdo	de Muy de acuerdo

1. Mi aspecto es una parte importante de lo que soy	
2. Lo que hay de malo en mi aspecto es una de las primeras cosas que la gente nota en mí	
3. La apariencia física externa es un signo del carácter de la persona que llevamos dentro	
4. Si pudiera tener el aspecto que deseo, mi vida sería mucho más feliz	
5. Si la gente supiera cómo es realmente mi aspecto, yo les gustaría menos	
6. Al controlar mi aspecto, yo puedo controlar muchos de los hechos sociales y emocionales de mi vida	

7. Mi aspecto es responsable de gran parte de lo que me ha ocurrido en la vida	
8. Debería hacer cualquier cosa a mi alcance para tener siempre el mejor aspecto posible	
9. Ir cumpliendo años me hará menos atractivo/a	
10. Para mujeres: Para ser femenina, una mujer ha de ser tan guapa como sea posible Para hombres: Para ser masculino, un hombre ha de ser tan apuesto como sea posible	
11. Los mensajes de los medios de comunicación en nuestra sociedad hacen imposible que yo esté satisfecha con mi aspecto	
12. La única forma en la que me podría gustar mi apariencia sería cambiando el aspecto que tengo	
13. La gente atractiva lo tiene todo	
14. La gente desaliñada lo tiene difícil para encontrar la felicidad	

ANEXO VII: Body Shape Questionnaire (BSQ)

Nombre.....Código/DNI
EdadEntrevistador Fecha

INSTRUCCIONES: Desearíamos saber cómo te has sentido respecto a tu aspecto en las ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS. Lee, por favor, cada una de las afirmaciones que siguen y señala la casilla que mejor se relacione contigo en la HOJA DE RESPUESTA. Contesta, por favor, a TODAS las preguntas.

1 Nunca	2 Rara vez	3 A veces	4 Con Frecuencia	5 Normalmente	6 Siempre
---------	------------	-----------	---------------------	---------------	-----------

1. ¿El aburrimiento ha hecho que te preocupes más por tu silueta?
2. ¿Has estado tan preocupado/a por tu silueta como para pensar que has de hacer dieta?
3. ¿Has pensado que tenías caderas, nalgas o muslos demasiado gruesos en relación con el resto del cuerpo?
4. ¿Has tenido miedo a engordar?
5. ¿Has estado preocupado/a porque tu carne no sea lo suficientemente firme?
6. ¿Sentirte lleno/a (ej. Después de una comida abundante) te ha hecho sentirte gordo/a?

7. ¿Te has sentido tan mal por tu figura que has llegado a llorar?
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara?
9. ¿Estar con chicas/ os delgadas/os te ha hecho tomar conciencia de tu figura?
10. ¿Te preocupa observar la forma de tus muslos cuando estás sentada?
11. El hecho de comer poca comida ¿Te ha hecho sentir gordo/a?
12. ¿Te has fijado en la silueta de otras chicas/ as y al compararlo con la tuya el balance ha sido negativo?
13. ¿Pensar en tu silueta ha interferido en tu capacidad de concentración (ej. mirando la televisión, leer, o manteniendo la conservación)?
14. ¿Desnudarte (ej. para bañarte o en la ducha) te hace sentir gordo/a?
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?
17. ¿Te has sentido gordo/a al comer dulces, pasteles u otras comidas con un alto contenido en calorías?
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (ej. fiestas) porque te sentías mal con tu figura?
19. ¿Te has sentido excesivamente grande o redondeado /a?
20. ¿Te has sentido avergonzado /a de tu cuerpo?
21. ¿Las preocupaciones acerca de tu silueta te han hecho empezar una dieta para adelgazar?
22. ¿Te has sentido más contento /a con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (ej. por la mañana)?
23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debido a tu falta de autocontrol?
24. ¿Te preocupa que otra gente vea que tienes celulitis en el estómago o en las caderas?
25. ¿Has pensado que no es justo que otras personas sean más delgadas que tú?
26. ¿Has vomitado para conseguir sentirte más delgado/a?
27. ¿Estando con otra gente, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (ej. al sentarte en un sofá o en el asiento de un autobús)?
28. ¿Te has preocupado porque tu carne tenga surcos?
29. ¿Ver tu imagen (ej. en un espejo o en el escaparate de una tienda), te ha hecho sentirte mal por tu figura?
30. ¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para comprobar la grasa que tenías?
31. ¿Has evitado situaciones en que la gente pudiera ver tu cuerpo? (ej. cambiarte de ropa en un lugar público o ir a la piscina)
32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgado /a?

33. ¿Has sido especialmente consciente de tu silueta estando con otras personas?

34. ¿Las preocupaciones acerca de tu silueta, te han hecho pensar que tienes que hacer ejercicio?

ANEXO VIII: Cuestionario de actitudes hacia el propio cuerpo (B.A.T.)

Nombre:..... Fecha:.....

Este cuestionario se refiere a lo que tú piensas y sientes acerca de tu cuerpo. Por favor, contesta cada pregunta cuidadosamente. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Contesta trazando una X en el número más adecuado para ti. Todos los resultados serán estrictamente confidenciales.

Descriptores:

0= nunca; 1= muy pocas veces; 2= algunas veces; 3= bastantes veces; 4= muchas veces;

5= siempre

1- Cuando me comparo con otras (compañeras) me siento descontenta con mi cuerpo	0	1	2	3	4	5
2- Mi cuerpo parece torpe, sin gracia	0	1	2	3	4	5
3- Mis caderas me parecen demasiado anchas	0	1	2	3	4	5
4- Me siento cómoda en mi cuerpo	0	1	2	3	4	5
5- Deseo intensamente estar más delgada	0	1	2	3	4	5
6- Pienso que mi pecho es demasiado grande	0	1	2	3	4	5
7- Procuero ocultar mi cuerpo (p ej, con ropas anchas, holgadas)	0	1	2	3	4	5
8- Cuando me miro en el espejo me siento descontenta con mi cuerpo	0	1	2	3	4	5

9- Me resulta fácil relajarme físicamente	0	1	2	3	4	5
10- Pienso que estoy demasiado gruesa	0	1	2	3	4	5
11- Siento mi cuerpo como si fuera una carga	0	1	2	3	4	5
12- Mi cuerpo es una amenaza para mi	0	1	2	3	4	5
13- Algunas partes de mi cuerpo parecen que estén hinchadas	0	1	2	3	4	5
14- Mi cuerpo parece como si no fuera mio	0	1	2	3	4	5
15- Mi apariencia física es muy importante para mi	0	1	2	3	4	5
16- Mi barriga parece como si yo estuviera embarazada	0	1	2	3	4	5
17- Noto que mi cuerpo está tenso	0	1	2	3	4	5
18- Envidio a otras por su apariencia física	0	1	2	3	4	5
19- Hay cosas de mi cuerpo que me asustan	0	1	2	3	4	5
20- Observo mi aspecto en el espejo	0	1	2	3	4	5

ANEXO IX: Cuestionario de Pensamientos automáticos de Imagen corporal (BIATQ)

Nombre.....	Código/DNI
Edad	Entrevistador
	Fecha

A continuación encontrarás una serie de pensamientos sobre el aspecto personal que, a veces, surgen de repente en la cabeza de las personas en diversas situaciones. Por favor, lee cada pensamiento e indica con cuánta frecuencia has tenido ese pensamiento a lo largo de la semana pasada. Lee cada frase atentamente y señala lo que se corresponda en tu caso siguiendo la siguiente escala:

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Siempre o casi siempre

PENSAMIENTOS NEGATIVOS	
1. Soy muy consciente de mi aspecto, de cómo es mi 'look'	
2. Me siento indefensa para cambiar mi aspecto	
3. Mi vida es espantosa debido a mi aspecto	
4. Mi aspecto me hace ser una "don nadie"	

5. Mi aspecto no es lo suficientemente bueno para estar aquí	
6. ¿Por qué nunca puedo tener un buen aspecto?	
7. Simplemente no es justo que mi aspecto sea el que es	
8. Con mi aspecto, nadie va a quererme nunca	
9. Ojalá fuera más guapa	
10. Sé que la gente piensa que no soy atractiva	
11. Tengo que perder peso	
12. Piensan que estoy gorda	
13. Se ríen de mi aspecto	
14. Quizá pueda parecerme a ella/él	
15. No soy atractiva	
16. No se querrá sentarse a mi lado porque no soy guapa	
17. Ojalá me pareciera a otra persona	
18. Creo que no les gustaré a los demás a causa de mi aspecto	
19. Nunca seré atractiva	
20. Odio mi cuerpo	
21. Algo en mi aspecto tiene que cambiar	
22. Mi aspecto me está arruinando en todo	
23. Nunca puede tener el aspecto que yo quiero	
24. Estoy muy decepcionada con mi aspecto	
25. Todo el mundo tiene mejor aspecto que yo	

26. Me siento poco atractiva, así que debe haber algo raro en mi aspecto	
27. Ojala no me importara mi aspecto	
28. Los demás se dan cuenta enseguida de lo que hay de raro en mi cuerpo	
29. La gente piensa que no soy atractiva	
30. Soy muy fea	
31. Los demás tienen mejor aspecto que yo	
32. Pienso que no soy atractiva sobre todo cuando estoy con gente atractiva	
33. No sé vestir con estilo	
34. Mi cuerpo necesita más definición	
35. La ropa simplemente no me queda bien	
36. Ojalá que los demás no me miraran	
37. No puedo soportar mi aspecto ni un momento más	

PENSAMIENTOS POSITIVOS

1. Los demás piensan que soy guapa	
2. Mi aspecto me ayuda a estar más segura de mí	
3. Estoy orgullosa de mi cuerpo	
4. Mi cuerpo está bien proporcionado	
5. Mi aspecto parece ayudarme socialmente	
6. Me gusta el aspecto que tengo	
7. Sigo pensando que soy atractiva incluso cuando estoy con gente más atractiva que yo	

8. Soy al menos tan atractiva como la mayoría de la gente	
9. No me importa que la gente me mire	
10. Estoy cómoda con mi apariencia	
11. Tengo un aspecto saludable	
12. Me siento cómoda con el aspecto que tengo en bañador	
13. Esa ropa me queda bien	
14. Mi cuerpo no es perfecto, pero creo que es atractivo	
15. No necesito cambiar el aspecto que tengo	

ANEXO X: E.A.T.-40: versión española (Castro, Toro, Salamero y Guimerá, 1991)

NOMBRE:

FECHA:

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me gusta comer con otras personas.						
2. Preparo comida para otros, pero yo no me las como.						
3. Me pongo nervioso cuando se acerca la hora de las comidas.						
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.						
5. Procuro 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.						
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 delgada/o.						
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 incómoda/o 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.						

ANEXO XI: EDI-2 (Garner et al., 1993)

Nombre:

Fecha:

	siempre	muy a menudo	a menudo	algunas veces	raramente	nunca
1. Como dulces e hidratos de carbono sin sentirme nerviosa.....	<input type="checkbox"/>					
2. Creo que mi estómago es demasiado grande.....	<input type="checkbox"/>					
3. Me gustaría volver a la seguridad de la niñez.....	<input type="checkbox"/>					
4. Cuando estoy mal, disgustada o alterada me pongo a comer.....	<input type="checkbox"/>					
5. Me atiborro de comida (me doy atracones).....	<input type="checkbox"/>					
6. Desearía ser más joven.....	<input type="checkbox"/>					
7. Pienso acerca de hacer régimen.....	<input type="checkbox"/>					
8. Me asusto cuando mis sentimientos son demasiado intensos.....	<input type="checkbox"/>					
9. Creo que mis muslos son demasiado gruesos.....	<input type="checkbox"/>					
10.Me siento inútil como persona.....	<input type="checkbox"/>					
11.Me siento culpable después de comer en exceso.....	<input type="checkbox"/>					
12.Creo que mi estómago tiene el tamaño justo.....	<input type="checkbox"/>					
13.En mi familia sólo es bueno lo que se hace de modo sobresaliente.....	<input type="checkbox"/>					
14.La niñez es la época más feliz de la vida.....	<input type="checkbox"/>					
15.Expreso abiertamente mis sentimientos.....	<input type="checkbox"/>					
16.Ganar peso me aterroriza.....	<input type="checkbox"/>					

17. Confío en los demás.....
18. Me siento sola en el mundo.....
19. Estoy satisfecha con la forma de mi cuerpo.....
20. Normalmente, siento que tengo control sobre los asuntos de mi vida.....
21. Me siento confusa sobre qué emoción estoy sintiendo.....
22. Prefiero ser adulta que niña.....
23. Tengo facilidad para comunicarme con los demás.....
24. Desearía ser otra persona.....
25. Exagero o magnifico la importancia del peso.....
26. Sé identificar claramente la emoción que estoy sintiendo.....
27. Me siento inadecuada.....
28. He tenido “atracones” en los que tenía la sensación de que no podía parar de comer.....
29. Cuando era niña me esforzaba mucho en evitar decepcionar a mis padres y maestros.....
30. Tengo amistades íntimas.....
31. Me gusta la forma de mis nalgas.....
32. Estoy preocupada por querer estar más delgada.....
33. No sé qué es lo que pasa en mi interior.....
34. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.....
35. Las exigencias de la edad adulta son demasiado grandes.....
36. Odio no hacer las cosas perfectamente.....

-
- 37.Me siento segura de mi misma.....
38. Pienso acerca de darme atracones (o en el comer en exceso).....
39. Me siento feliz de no ser ya una niña.....
- 40 .Me siento confusa acerca de si tengo hambre o no.....
- 41.Tengo una opinión muy pobre de mi misma.....
- 42.Creo que puedo conseguir mis propósitos.....
- 43.Mis padres han esperado mucho de mí.....
- 44.Me preocupa que mis sentimientos lleguen a estar fuera de control.....
- 45.Creo que mis caderas son demasiado grandes.....
- 46.Como moderadamente delante de los demás y me atiborro cuando se han ido..
- 47.Me siento hinchada después de una comida normal.....
- 48.Creo que la gente es más feliz en su niñez.....
- 49.Si gano un kilo, me preocupa que pueda seguir engordando.....
- 50.Creo que soy una persona valiosa.....
- 51.Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustada o enfadada.....
- 52.Creo que o hago las cosas perfectamente o mejor que no las haga.....
- 53.He pensado en intentar vomitar para perder peso.....
54. Necesito mantener a la gente a distancia (me incomoda que alguien intente intimar conmigo).....
- 55.Creo que mis muslos tienen el tamaño justo.....
- 56.Me siento vacía (emocionalmente).....
- 57.Puedo hablar de cosas o sentimientos personales.....

58. Los mejores años de la vida son cuando te haces adulto.....
59. Creo que mis nalgas son demasiado grandes.....
60. Tengo sentimientos que no sé identificar demasiado bien.....
61. Como o bebo en secreto.....
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño justo.....
63. Mis metas son demasiado altas.....
64. Cuando estoy mal me preocupa que me ponga a comer.....
65. La gente que realmente me gusta acaba decepcionándome
66. Me avergüenzan mis debilidades humanas.....
67. Otras personas dirían que soy emocionalmente inestable.....
68. Me gustaría tener un control absoluto sobre mis apetencias corporales....
69. Me siento relajada en la mayoría de las situaciones de grupo.....
70. Digo cosas de manera impulsiva que luego me arrepiento de haber dicho...
71. Me tomo mis molestias para experimentar placer.....
72. Debo tener cuidado con mi tendencia a abusar de las drogas.....
73. Soy abierta con la mayoría de la gente.....
74. Me siento atrapada en las relaciones.....
75. El renunciar a mis deseos me hace sentirme espiritualmente más fuerte...
76. Los demás comprenden mis verdaderos problemas.....
77. Tengo pensamientos extraños que no me puedo quitar de la cabeza.....
78. Comer por placer es un signo de debilidad moral.....
79. Soy propensa a tener estallidos de enfado o ira.....

-
80. Creo que la gente me reconoce los méritos que tengo.....
81. Debo tener cuidado con mi tendencia a abusar del alcohol.....
82. Creo que relajarse es simplemente una pérdida de tiempo.....
83. Los demás dirían que me irrito fácilmente.....
84. Me siento como si saliera perdiendo en todas partes.....
85. Experimento marcados cambios de humor.....
86. Mis apetencias corporales me parecen embarazosas.....
87. Prefiero pasar el tiempo sola que en compañía de otros.....
88. El sufrimiento te hace ser una mejor persona.....
89. Sé que la gente me quiere.....
90. Me siento como si debiera hacerme daño o hacérselo a los demás.....
91. Creo que sé quién soy realmente.....