



**Universitat Autònoma
de Barcelona**

Facultad de Psicología

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud

**Abuso infantil y ajuste psicológico en la edad
adulta: Aportaciones del estudio con pacientes
con y sin psicopatología alimentaria**

Sílvia Vilanova i Salichs

Programa de Doctorado en Psicopatología Infanto-juvenil

Tesis Doctoral dirigida por:

Dra. Rosa Maria Raich i Escursell

Dra. Mariona Portell i Vidal

2015

*“Las dificultades preparan a personas comunes
para destinos extraordinarios”*

C. S. LEWIS

*“Hay mucho dolor en la vida y
quizás el único dolor que se puede
evitar es el que proviene de intentar
evitar el dolor”.*

R. D. LAING

(Las mujeres que aman demasiado)

*“Todos los mayores han sido primero niños
pero pocos lo recuerdan”*

ANTOINE DE SAINT-EXUPÉRY

AGRADECIMIENTOS:

Durante la elaboración de este proyecto que se ha ido gestando lentamente y que me ha acompañado a lo largo de un sinfín de experiencias vitales, es el momento de agradecer a todas las personas que de alguna forma u otra me han ayudado a poder llevar a cabo esta ilusión. A todos vosotros, muchísimas gracias.

Agradezco muy especialmente toda la motivación, confianza y generosidad humana e intelectual que la Dra. Rosa M^a Raich y la Dra. Mariona Portell han mostrado conmigo desde el primer momento en que empezó este proyecto y que gracias a su sublime dirección y supervisión, hoy es una realidad. Gracias por toda la paciencia, palabras de ánimo y sobre todo, vuestra afectuosa amistad. Ha sido un honor poder aprender de dos grandes mujeres como vosotras.

Mi gratitud a todo el equipo de ITA, y en especial a la directora Montse Sánchez y al responsable de investigación, Toni Grau, por abrirme las puertas de su entidad y colaborar en la obtención de la muestra clínica con trastornos alimentarios del estudio. Asimismo, expresar mi agradecimiento al Dr. Farré, responsable de la Consulta de Psiquiatría y de Psicología de la Clínica Dexeus, así como también al resto de terapeutas de su equipo por haberme ofrecido su ayuda para la obtención de la muestra psiquiátrica general. Y finalmente, a las psicólogas Cinta Sancho y Natàlia Gabarró, por su gran implicación en la recolección de la muestra y constantes muestras de apoyo e interés hacia esta investigación.

Mil gracias a mis amigas Anita y Miriam por su colaboración en la obtención de la muestra comunitaria de estudiantes universitarios, y sobre todo por los buenos momentos compartidos.

A mis amigos, por estar ahí siempre y por alentarme a seguir adelante cuando las cosas no han ido demasiado bien. Gracias por no dejarme caer.

A mis afectuosos padres y abuelos, mis pilares en cada paso dado y aquellos con los que siempre puedo contar. Gracias por hacerme sentir tan querida.

Y a mi pareja, Albert, por su apoyo incondicional y por ser la persona que consigue hacerme reír pase lo que pase.

Finalmente, un reconocimiento muy especial para todas las mujeres que han participado en el estudio y que tan sincera y desinteresadamente, han abierto sus corazones y lo han puesto al servicio de esta investigación. A todas estas grandes mujeres que tanto han sufrido y todavía sufren, mi más sentido agradecimiento por permitirme entrar en su vida. Sin vuestra colaboración y ayuda, esta investigación no hubiera sido posible.

Mil gracias a todos y a todas.

*A Albert, mi soñado
compañero de vida*

ÍNDICE GENERAL

PRESENTACIÓN	1
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. CONCEPTO Y DEFINICIÓN DE MALTRATO INFANTIL	5
1.1.1. TIPOLOGÍAS DE MALTRATO INFANTIL	6
1.1.2. CONCEPTO DE ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)	7
1.1.3. PREVALENCIA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI).....	8
1.1.4. CONCEPTO DE ABUSO FÍSICO INFANTIL (AFI)	11
1.1.5. PREVALENCIA DE ABUSO FÍSICO INFANTIL (AFI).....	12
1.2. ABUSO INFANTIL Y AJUSTE PSICOLÓGICO	13
1.2.1. CONCEPTO DE AJUSTE PSICOLÓGICO	13
1.2.1.1. Abuso infantil y sintomatología depresiva y ansiosa	15
1.2.1.2. Abuso infantil e ideación suicida	24
1.2.1.3. Abuso infantil y autoestima	26
1.3. RELACIÓN ENTRE EL ABUSO INFANTIL Y LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO	28
1.3.1. PREVALENCIA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS	28
1.3.2. PREVALENCIA DE ABUSO FÍSICO INFANTIL EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS	29
1.3.3. ABUSO INFANTIL COMO FACTOR DE RIESGO DE TCA	30
1.3.3.1. Presencia de abuso infantil en la anorexia y la bulimia nerviosas	36
1.3.4. ABUSO SEXUAL INFANTIL Y GRAVEDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA	45
1.3.4.1. Características específicas del abuso y gravedad de sintomatología alimentaria.....	49
1.3.5. FACTORES MEDIADORES EN LA RELACIÓN ENTRE EL ABUSO INFANTIL Y LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS	51
1.3.6. ABUSO INFANTIL, TCA E INSATISFACCIÓN CORPORAL	56
1.3.7. ABUSO INFANTIL, PSICOPATOLOGÍA GENERAL Y TCA	56
1.3.8. ABUSO INFANTIL, AUTOESTIMA, PERSONALIDAD Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS	62
1.3.9. OTROS TIPOS DE ABUSO Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS	65
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	69
2.1. Objetivos	69

2.2. Hipótesis	70
3. MÉTODO.....	73
3.1 PARTICIPANTES	73
3.2. INSTRUMENTOS	86
3.2.1. TRAUMATIC LIFE EVENTS QUESTIONNAIRE (TLEQ), KUBANY Y HAYNES, 2001. CUESTIONARIO DE ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES.....	87
3.2.2. EATING DISORDER EXAMINATION - QUESTIONNAIRE (EDE-Q). FAIRBURN Y BEGLIN (1994).....	90
3.2.3. EATING DISORDER INVENTORY-2 (EDI-2); GARNER (1991)	95
3.2.4. BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ); COOPER, TAYLOR, COOPER Y FAIRBURN (1987)	99
3.2.5. BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI); BECK, WARD, MENDELSON, MOCK Y ERBAUGH (1961).....	101
3.2.6. STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI); SPIELBERGER, GORSUCH Y LUSHENE (1970)	104
3.2.7. ROSENBERG SELF-ESTEEM SCALE (RSS); ROSENBERG (1965).....	105
3.2.8. OTROS INSTRUMENTOS	107
3.4. DISEÑO Y PROCEDIMIENTO	108
3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	124
4. RESULTADOS.....	127
4.1. RELACIÓN ENTRE EL ABUSO INFANTIL Y LA CONDICIÓN DIAGNÓSTICA	127
4.2. RELACIÓN ENTRE EL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) Y LA SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA	131
4.2.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE CADA CONDICIÓN DIAGNÓSTICA	132
4.2.1. RELACIÓN ENTRE EL ASI Y LA CONDUCTA ALIMENTARIA ALTERADA.....	134
4.2.2. RELACIÓN ENTRE EL ASI Y LA ACTITUD ALIMENTARIA ALTERADA	138
4.2.3. RELACIÓN ENTRE EL ASI Y LA INSATISFACCIÓN CORPORAL.....	141
4.3. RELACIÓN ENTRE EL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) Y OTRA SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA	143
4.4. ESTUDIO DE LA INTERACCIÓN ENTRE EL ABUSO SEXUAL INFANTIL Y LA CONDICIÓN DIAGNÓSTICA SOBRE LAS VARIABLES DE PERSONALIDAD Y LA AUTOESTIMA	147
4.5 RELACIÓN ENTRE EL ABUSO FÍSICO INFANTIL (AFI) Y LA SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA	157
4.5.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE CADA CONDICIÓN DIAGNÓSTICA	157
4.5.2. RELACIÓN ENTRE EL AFI Y LA CONDUCTA ALIMENTARIA ALTERADA.....	159

4.5.3. RELACIÓN ENTRE EL AFI Y LA ACTITUD ALIMENTARIA ALTERADA	163
4.5.4. RELACIÓN ENTRE EL AFI Y LA INSATISFACCIÓN CORPORAL	165
4.6. RELACIÓN ENTRE EL ABUSO FÍSICO INFANTIL (AFI) Y OTRA SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA	166
4.7. RELACIÓN ENTRE EL ABUSO FÍSICO INFANTIL Y LAS VARIABLES DE PERSONALIDAD Y AUTOESTIMA	169
5. DISCUSIÓN.....	173
5.1. PRESENCIA DE ABUSO INFANTIL	173
5.1.1. PRESENCIA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI).....	173
5.1.2. PRESENCIA DE ABUSO FÍSICO INFANTIL (AFI).....	177
5.2. ABUSO INFANTIL Y SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA	180
5.2.1. ABUSO SEXUAL INFANTIL Y SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA: ASPECTOS ACTITUDINALES	180
5.2.2. ABUSO SEXUAL INFANTIL Y SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA: ASPECTOS COMPORTAMENTALES.....	182
5.2.3. ABUSO FÍSICO INFANTIL Y SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA: ASPECTOS ACTITUDINALES y COMPORTAMENTALES	184
5.3. ABUSO INFANTIL E IMAGEN CORPORAL.....	186
5.3.1. ABUSO SEXUAL INFANTIL E IMAGEN CORPORAL	186
5.3.2. ABUSO FÍSICO INFANTIL E IMAGEN CORPORAL	187
5.4. ABUSO INFANTIL Y SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA: SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD.	188
5.4.1. ABUSO SEXUAL INFANTIL Y SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA DEPRESIVA Y ANSIOSA.....	188
5.4.2. ABUSO FÍSICO INFANTIL Y SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA DEPRESIVA Y ANSIOSA.....	190
5.5. ABUSO INFANTIL E IDEACIÓN SUICIDA	192
5.5.1. ABUSO SEXUAL Y FÍSICO INFANTIL E IDEACIÓN SUICIDA	192
5.6. ABUSO INFANTIL Y AUTOESTIMA.....	193
5.6.1. ABUSO SEXUAL INFANTIL Y AUTOESTIMA	193
5.6.2. ABUSO FÍSICO INFANTIL Y AUTOESTIMA	195
5.7. ABUSO INFANTIL Y CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD	196
5.7.1. ABUSO SEXUAL INFANTIL Y CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD.....	196
5.7.2. ABUSO FÍSICO INFANTIL Y CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD.....	200
5.8. ABUSO INFANTIL Y CONDUCTAS COMPENSATORIAS PURGATIVAS	201
5.9. CONSIDERACIONES FINALES.....	202

6. CONCLUSIONES	207
7. REFERENCIAS	211
8. ANEXOS	233
8.1. ANEXO I: DATOS PERSONALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS	234
8.2. ANEXO II: EATING DISORDER EXAMINATION- QUESTIONNAIRE	237
8.3. ANEXO III: ROSENBERG SELF-ESTEEM SCALE	241
8.4. ANEXO IV: BECK DEPRESSION INVENTORY	242
8.5. ANEXO V: BODY SHAPE QUESTIONNAIRE	245
8.6. ANEXO VI: TRAUMATIC LIFE EVENTS QUESTIONNAIRE.....	248
8.7. ANEXO VII: EATING DISORDER INVENTORY-2	259
8.8. ANEXO VIII: STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY	264
8.9. ANEXO IX: DESCRIPCIÓN DE LAS PARTICIPANTES EXCLUIDAS EN SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA, PSICOPATOLOGÍA GENERAL, AUTOESTIMA Y PERSONALIDAD	266
8.9.1. DESCRIPCIÓN DE LAS MUJERES EXCLUIDAS POR PRESENTAR ABUSO SEXUAL SÓLO EN LA EDAD ADULTA.....	267
8.9.2. DESCRIPCIÓN DE LAS MUJERES EXCLUIDAS POR PRESENTAR ABUSO FÍSICO SÓLO EN LA EDAD ADULTA.....	270

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1.1: Tipologías de malos tratos.....	7
Tabla 1.2: Investigaciones sobre el abuso sexual infantil como factor de riesgo específico para los TCA.....	34
Tabla 1.3: Investigaciones sobre el abuso sexual infantil y bulimia nerviosa.....	41
Tabla 1.4: Investigaciones sobre el abuso sexual infantil y AN y BN.....	44
Tabla 1.5: Investigaciones sobre el abuso sexual y gravedad del TCA.....	48
Tabla 1.6: Investigaciones sobre el ASI y comorbilidad psiquiátrica.....	60
Tabla 1.7: Investigaciones sobre diferentes tipos de abuso en relación a los TCA.....	66
Tabla 3.1: Media y desviación estándar de la edad, peso y altura e Índice de Masa Corporal de la muestra.....	77
Tabla 3.2: Clasificación del Índice de Masa Corporal (WHO, 2000).....	77
Tabla 3.3: Constructos de interés e instrumentos de evaluación.....	86
Tabla 3.4: Ítems relativos a los dos tipos de maltrato (físico y sexual) del <i>Traumatic Life Events Questionnaire</i> (TLEQ).....	88
Tabla 3.5: Subescalas del EDE-Q de Fairburn y Beglin (1994) y los ítems y aspectos actitudinales que evalúan.....	91
Tabla 3.6: Descripción de las subescalas del EDI-2 (Garner, 1998).....	97
Tabla 3.7: Ítem 9 sobre ideación suicida del Beck Depression Inventory.....	103
Tabla 3.8: Ítems del cuestionario Rosenberg.....	105
Tabla 3.9: Definición operacional de la variable “abuso sexual infantil” y de la variable “abuso físico infantil”.....	111
Tabla 3.10: Aspectos evaluativos de la variable “Sintomatología Alimentaria”.....	112
Tabla 3.11: Aspectos evaluativos de la variable Imagen Corporal.....	115
Tabla 3.12: Subescalas del EDI-2 con sus correspondientes ítems y rango de puntuaciones totales utilizadas para medir las características de personalidad.....	117

Tabla 4.1: Distribución porcentual de los diferentes tipos de abuso en función de las tres condiciones diagnósticas y de la muestra total.....	128
Tabla 4.2: Relación entre los diferentes tipos de abuso y el tipo de grupo: universitarias vs muestras clínicas (TCA + psiquiátricas sin TCA).....	130
Tabla 4.3: Distribución de la variable abuso: muestra clínica psiquiátrica vs muestra clínica TCA.....	131
Tabla 4.4: Relación entre el abuso sexual infantil y las variables "hacer dieta actualmente", "obesidad infantil" y "menarquia precoz" en el grupo de estudiantes universitarias.....	132
Tabla 4.5: Relación entre el abuso sexual infantil y las variables "hacer dieta actualmente", "obesidad infantil" y "menarquia precoz" en el grupo clínico de pacientes con TCA.....	133
Tabla 4.6: Relación entre el abuso sexual infantil y las variables "hacer dieta actualmente", "obesidad infantil" y "menarquia precoz" en el grupo clínico de pacientes psiquiátricas sin TCA.....	133
Tabla 4.7: Comparación de los aspectos comportamentales claves de los trastornos alimentarios entre las estudiantes universitarias según el estatus de ASI.....	135
Tabla 4.8: Comparación de los aspectos comportamentales claves de los trastornos alimentarios entre las pacientes con TCA según el estatus de ASI.....	136
Tabla 4.9: Comparación en la utilización de conductas compensatorias de tipo purgativo de las pacientes con TCA según el estatus de ASI.....	137
Tabla 4.10: Comparación de los aspectos comportamentales claves de los trastornos alimentarios entre las pacientes psiquiátricas sin TCA según el estatus de ASI.....	137
Tabla 4.11: Comparación de los aspectos actitudinales claves de los trastornos alimentarios en función del estatus de ASI para cada condición diagnóstica.....	140
Tabla 4.12: Comparación de las medias de insatisfacción corporal en función del estatus de ASI para las estudiantes universitarias.....	141
Tabla 4.13: Comparación de las medias de insatisfacción corporal en función del estatus de ASI para las pacientes con TCA.....	142
Tabla 4.14: Estadísticos descriptivos y prueba no paramétrica <i>U</i> de Mann-Whitney de comparación en las medidas de insatisfacción corporal según el estatus de ASI para las pacientes psiquiátricas sin TCA.....	142

Tabla 4.15: Comparación de las medias en sintomatología depresiva y ansiosa en función del estatus de ASI para las estudiantes universitarias.....	144
Tabla 4.16: Comparación de las medias en sintomatología depresiva y ansiosa en función del estatus de ASI para las pacientes con TCA.....	145
Tabla 4.17: Comparación de las medias en sintomatología depresiva y ansiosa en función del estatus de ASI para las pacientes psiquiátricas sin TCA.....	146
Tabla 4.18: Comparación de la proporción de mujeres con ideación suicida en función del estatus de ASI para las tres condiciones diagnósticas	147
Tabla 4.19: Estadísticos descriptivos de las variables de personalidad y la autoestima para el grupo de estudiantes universitarias.....	147
Tabla 4.20: Estadísticos descriptivos de las variables de personalidad y la autoestima para el grupo de pacientes con TCA.....	148
Tabla 4.21: Estadísticos descriptivos de las variables de personalidad y la autoestima para el grupo de pacientes psiquiátricas sin TCA.....	148
Tabla 4.22: ANOVA factorial 2x3 (abuso sexual infantil [ausencia, presencia] x condición diagnóstica [TCA, otra psicopatología, universitarias] para las variables de autoestima y personalidad.....	150
Tabla 4.23: Efectos simples del abuso sexual infantil para cada nivel de la variable Condición Diagnóstica.....	151
Tabla 4.24: Efectos simples del tipo de psicopatología para la submuestra de participantes abusadas sexualmente.....	156
Tabla 4.25: Relación entre el abuso físico infantil y las variables "hacer dieta actualmente", "obesidad infantil" y "menarquia precoz" en el grupo de estudiantes universitarias.....	158
Tabla 4.26: Relación entre el abuso físico infantil y las variables "hacer dieta actualmente", "obesidad infantil" y "menarquia precoz" en el grupo de pacientes con TCA.....	158
Tabla 4.27: Relación entre el abuso físico infantil y las variables "hacer dieta actualmente", "obesidad infantil" y "menarquia precoz" en el grupo de pacientes psiquiátricas sin TCA.....	159
Tabla 4.28: Comparación de los aspectos comportamentales claves de los trastornos alimentarios entre las estudiantes universitarias según el estatus de AFI.....	160
Tabla 4.29: Comparación de los aspectos comportamentales claves de los trastornos alimentarios entre las pacientes con TCA según el estatus de AFI.....	161

Tabla 4.30: Comparación en la utilización de conductas compensatorias de tipo purgativo de las pacientes con TCA según el estatus de AFI.....	162
Tabla 4.31: Comparación de los aspectos comportamentales claves de los trastornos alimentarios entre las pacientes psiquiátricas sin TCA según el estatus de AFI.....	162
Tabla 4.32: Comparación de los aspectos actitudinales claves de los trastornos alimentarios en función del estatus de AFI para cada condición diagnóstica	164
Tabla 4.33: Estadísticos descriptivos y prueba no paramétrica <i>U</i> de Mann-Whitney de comparación en las medidas de insatisfacción corporal según el estatus de AFI para las tres condiciones diagnósticas.....	166
Tabla 4.34: Comparación de las medias de sintomatología depresiva, ansiosa y autoestima en función del estatus de AFI para cada condición diagnóstica.....	168
Tabla 4.35: Comparación de la proporción de mujeres con ideación suicida en función del estatus de AFI para las tres condiciones diagnósticas.....	169
Tabla 4.36: Estadísticos descriptivos y prueba no paramétrica <i>U</i> de Mann-Whitney de comparación en las medidas de características de personalidad y autoestima según el estatus de AFI para cada condición diagnóstica.....	171
Tabla 8.1.: Descripción del grupo de mujeres excluidas del grupo comunitario y del grupo clínico con TCA por presentar abuso sexual sólo en la edad adulta en los aspectos generales y actitudinales asociados a los trastornos alimentarios.....	267
Tabla 8.2.: Descripción del grupo de mujeres excluidas del grupo comunitario y del grupo clínico con TCA por presentar abuso sexual sólo en la edad adulta en los aspectos comportamentales asociados a los trastornos alimentarios.....	268
Tabla 8.3.: Descripción del grupo de mujeres excluidas del grupo comunitario y del grupo clínico con TCA por presentar abuso sexual sólo en la edad adulta en los aspectos relativos a insatisfacción corporal, psicopatología general, autoestima y características de personalidad.....	269
Tabla 8.4: Descripción del grupo de mujeres excluidas de las tres condiciones diagnósticas por presentar abuso físico sólo en la edad adulta, en los aspectos generales y actitudinales asociados a los trastornos alimentarios.....	270
Tabla 8.5: Descripción del grupo de mujeres excluidas de las tres condiciones diagnósticas por presentar abuso físico sólo en la edad adulta, en los aspectos comportamentales asociados a los trastornos alimentarios.....	271

Tabla 8.6: Descripción del grupo de mujeres excluidas de las tres condiciones diagnósticas por presentar abuso físico sólo en la edad adulta en los aspectos relativos a insatisfacción corporal, psicopatología general, autoestima y características de personalidad.....	271
--	-----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 3.1: Diagrama de flujo de la composición de la muestra de estudio.....	74
Figura 3.2: Distribución porcentual de las pacientes según el centro de tratamiento....	76
Figura 3.3: Distribución porcentual del Índice de Masa Corporal de las pacientes con TCA	78
Figura 3.4: Distribución porcentual de los diagnósticos clínicos específicos del grupo de pacientes con TCA	79
Figura 3.5: Distribución porcentual del grupo clínico de pacientes psiquiátricas sin TCA según el centro de tratamiento.....	81
Figura 3.6: Distribución porcentual del Índice de Masa Corporal de las pacientes psiquiátricas sin TCA del estudio	82
Figura 3.7: Distribución porcentual de los diferentes diagnósticos clínicos presentados por las pacientes del grupo psiquiátrico sin TCA.....	83
Figura 3.8: Distribución porcentual por licenciaturas de la submuestra comunitaria de estudiantes universitarias	84
Figura 3.9: Distribución porcentual del Índice de Masa Corporal de la submuestra de estudiantes universitarias	85
Figura 3.10: Protocolo de las sesiones de administración de pruebas.....	123
Figura 4.1: Distribución porcentual del abuso infantil y del abuso global en función de la condición diagnóstica.....	127
Figura 4.2: Efectos simples del abuso sexual infantil en la autoestima de cada condición diagnóstica.....	153
Figura 4.3: Efectos simples de la condición diagnóstica en la autoestima en función del estatus de abuso sexual infantil.....	153
Figura 4.4: Efectos simples del abuso sexual infantil en el miedo a la madurez de cada condición diagnóstica.....	154
Figura 4.5: Efectos simples de la condición diagnóstica en el miedo a la madurez en función del estatus de abuso sexual infantil.....	154
Figura 4.6: Efectos simples del abuso sexual infantil en la impulsividad de cada condición diagnóstica.....	155
Figura 4.7: Efectos simples de la condición diagnóstica en la impulsividad en función del estatus de abuso sexual infantil.....	155

LISTADO DE ABREVIACIONES

AFI: Abuso físico infantil

AN: Anorexia Nerviosa

AN-R: Anorexia Nerviosa Subtipo Restrictivo

AN-CP: Anorexia Nerviosa Subtipo Compulsivo-Purgativo

APA: American Psychiatry Association

ASI: Abuso sexual infantil

BAT: *Body Attitudes Test*

BDI: Beck Depression Inventory

BITE: *Bulimic Investigatory Test of Edinburgh*

BN: Bulimia Nerviosa

BN-P: Bulimia Nerviosa Subtipo Purgativo

BN-noP: Bulimia Nerviosa Subtipo no Purgativo

BSQ: Body Shape Questionnaire

BULIT-R: *Bulimia Test-Revised*

CAP: Centro de Atención Primaria

CD: Condición Diagnóstica

CECA: *Childhood Experience of Care and Abuse Interview*

DAPP-BQ: *Dimensional Assessment of Personality Pathology Basic Questionnaire*

DE: Desviación Estándar

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition
(Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición)

EAT: Eating Attitude Test

EDE-Q: Eating Disorder Examination-Questionnaire

EDI-2: Eating Disorders Inventory-2

EDI-2 DT: Obsesión por la delgadez

EDI-2 B: Bulimia

EDI-2 BD: Insatisfacción Corporal

EDI-2 I: Ineficacia

EDI-2 IA: Conciencia Interoceptiva

EDI-2 P: Perfeccionismo

EDI-2 ID: Desconfianza Interpersonal

EDI-2 MF: Miedo a la Madurez
EDI-2 A: Ascetismo
EDI-2 IR: Impulsividad o Regulación de Impulsos
EDI-2 SI: Inseguridad Social
IC: Intervalo de Confianza
IDP: Instituto de Diagnóstico Psicológico
IMC: Índice de Masa Corporal
ITA: Instituto de Trastornos Alimentarios
M: Media
Md: Mediana
RSS: Rosenberg Selfsteem Scale
SF-36: *Short Form- 36 Health Survey*
SLEI: *Sexual Life Events Instrument*
STAI: State Trait Anxiety Inventory
TCA: Trastornos del Comportamiento Alimentario
TCANE: Trastorno del Comportamiento Alimentario No Especificado
TLEQ: Traumatic Life Events Questionnaire
TSF: Thought Shape Fusion (Fusión Pensamiento-Forma)
UAB: Universidad Autónoma de Barcelona
UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund
VD: Variable Dependiente
VI: Variable Independiente
VS: Versus
WHO/OMS: World Health Organization /Organización Mundial de la Salud

PRESENTACIÓN

La presente investigación tiene como objetivo principal estudiar la relación entre el abuso infantil (sexual y físico) y el ajuste psicológico en mujeres jóvenes adultas de dos grupos clínicos (pacientes con trastornos alimentarios y pacientes psiquiátricas sin diagnóstico de trastorno alimentario), así como de un grupo comunitario de estudiantes universitarias. El concepto de ajuste psicológico se refiere a la capacidad del individuo para afrontar y adaptarse al entorno (Seaton, 2009); si esto no sucede por diferentes motivos (eventos estresores potencialmente traumáticos, por ejemplo), este equilibrio puede alterarse, con la consiguiente aparición de problemas emocionales y/o conductuales (incluyendo síntomas depresivos, ansiosos, baja autoestima, problemas alimentarios, etc.).

El abuso infantil, y en especial, el de índole sexual, se ha convertido en uno de los puntos negros de nuestra sociedad por las graves implicaciones que puede comportar, tanto a nivel personal, familiar y social, así como para los organismos judiciales y de salud pública (Larson, Terman, Gomby, Quinn, y Behrman, 1994; MacMillan 1998).

La elevada prevalencia de victimización infantil hallada en todo el mundo, ha motivado la proliferación de numerosas investigaciones sobre los efectos a corto y largo plazo que ésta puede ocasionar en el ajuste psicológico de las víctimas (Finkelhor, 1994; López, Carpintero, Hernández, Martín y Fuertes, 1995; Pereda, 2009; Pereda, 2010). Los resultados de los estudios clínicos y empíricos que se han dedicado a examinar la relación entre el abuso sexual y diferentes tipos de psicopatología han señalado que este tipo de trauma infantil puede estar asociado con malestar psicológico muy diverso en la edad adulta, incluyendo sintomatología depresiva, ansiosa, alcoholismo, ideación suicida, trastorno por estrés postraumático, etc. (Cantón-Cortés y Cantón, 2010; Dinwiddie et al., 2000; Kendall-Tackett, Meyer Williams y Finkelhor, 1993; López et al., 1995; Putnam, 2003).

En cuanto a las investigaciones realizadas sobre el abuso sexual como factor de riesgo para los trastornos alimentarios, se han obtenido resultados ambivalentes. Por un lado, entre los primeros estudios de carácter clínico que se llevaron a cabo para abordar esta relación potencial entre ambos fenómenos (p.e., Hall, Tice, Beresford, Wooley y Hall, 1989; Sloan y Leichner, 1986), corroboraron la existencia de tal asociación y

hallaron una prevalencia importante de abuso sexual infantil (30% - 66%) en los pacientes con bulimia nerviosa (Root y Fallon, 1988; Sloan y Leichner, 1986). No obstante, otras investigaciones controladas han observado tasas similares de victimización sexual infantil entre bulímicas y mujeres normales (p.e., Abramson y Lucido, 1991), y han concluido que el abuso sexual infantil no representaría una variable causal suficiente y necesaria para desarrollar un trastorno alimentario, aunque sí tendría un papel importante en la causación multifactorial de los trastornos alimentarios, sobre todo, en aquellos pacientes con importante comorbilidad psiquiátrica.

Las diferentes revisiones sobre la posible asociación entre el abuso sexual infantil y los trastornos alimentarios, destacan la gran heterogeneidad hallada en los resultados de las investigaciones empíricas que abordan esta relación (p.e., Everill y Waller, 1995; Fallon y Wonderlich, 1997; Smolak y Murnen, 2002); no sólo debida a la gran variedad de factores mediadores y moderadores sino también, en las inconsistencias a nivel metodológico que caracterizan este campo de estudio (Schmidt, Humfress, y Treasure, 1997; Smolak y Murnen, 2002), como las diferentes definiciones de abuso (más restrictivas o más amplias), los diseños transversales que no permiten establecer relaciones de causalidad, la gran variedad de instrumentos de evaluación, así como la diversidad y complejidad de la patología alimentaria en sí misma (Everill y Waller, 1995; Pope y Huson, 1992).

Sin embargo, después de revisar en detalle la literatura científica especializada, en nuestro país son escasas las investigaciones que se han centrado en el estudio de esta relación entre el abuso infantil y la psicopatología alimentaria. Además, según nuestro conocimiento, no existe ningún estudio en España que haya examinado la relación entre el abuso infantil de tipo físico y los trastornos alimentarios, así como tampoco la relación entre el abuso infantil (sexual y físico) y los trastornos depresivos y de ansiedad. Con la realización de esta tesis, se ha pretendido llenar tímidamente este vacío y aportar datos preliminares sobre el estado de la cuestión en España. Las contribuciones de los dos grupos clínicos del estudio son de especial interés porque continúan y amplían una línea de investigación anterior, dirigida por las dos directoras de esta tesis doctoral, la Dra. Rosa María Raich y la Dra. Mariona Portell, con estudiantes universitarios (varones y mujeres) de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), sobre abuso infantil y sintomatología alimentaria, que constituyó la

tesis doctoral de Ana María Villarroel Lastra (2008). Asimismo, se espera que el disponer de más datos empíricos sobre los efectos del abuso infantil en el ajuste psicológico de las pacientes con trastornos alimentarios y de las pacientes con trastornos depresivo/ansiosos pueda contribuir a establecer programas de tratamiento más específicos con los que poder ayudar a los pacientes con historia de trauma infantil, además de motivar el interés científico por esta cuestión en España.

La presente investigación se ha estructurado en 8 capítulos. En el primer capítulo, se expone el marco teórico que subyace la relación entre el abuso y los trastornos del comportamiento alimentario. En concreto, se expone el concepto y la prevalencia del abuso sexual y del abuso físico infantil en nuestro país, así como la prevalencia de este tipo de trauma infantil en los trastornos alimentarios. Asimismo, se abordan aspectos concretos de la psicopatología alimentaria (incluyendo la sintomatología bulímica, la gravedad de los síntomas, los factores mediadores, la psicopatología asociada, entre otros) en relación al abuso y en último lugar, se señalan los efectos que la victimización infantil puede ocasionar en diferentes aspectos del ajuste psicológico como la autoestima, la imagen corporal o el estado de ánimo. En el capítulo 2, se exponen los objetivos (general y específicos) y las hipótesis de trabajo que se derivan de ellos y que estructurarán los resultados. En cuanto al capítulo 3, se presenta el método, el cual se ha organizado en varios subapartados: participantes, instrumentos, procedimiento y diseño. El capítulo 4 está dedicado a la exposición de los datos obtenidos mediante las pruebas estadísticas realizadas. En el quinto capítulo, se discuten los resultados obtenidos en relación a otras investigaciones de la literatura científica especializada y se especifican las limitaciones y puntos fuertes del presente estudio, además de comentar las implicaciones clínicas y preventivas que pueden derivarse de los hallazgos obtenidos. En el capítulo 6, se detallan las conclusiones del estudio y el capítulo 7 está constituido por las referencias. Finalmente, se adjuntan los anexos con la batería de cuestionarios utilizada, así como la descripción del grupo de participantes excluidas.

1. Introducción

1.1. CONCEPTO Y DEFINICIÓN DE MALTRATO INFANTIL

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), el maltrato infantil se define como:

Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.

Sin embargo, tal como señalan Arruabarrena y de Paúl (1994), una de las mayores dificultades que se presentan al abordar el fenómeno del maltrato infantil, es el establecimiento de definiciones concretas que permitan alcanzar criterios de homogeneidad sobre la conceptualización del maltrato a la infancia. Asimismo, estos autores refieren que ante esta situación tan compleja, la mayoría de investigadores han debido de delimitar y operacionalizar sus propias definiciones, con la consiguiente falta de comparabilidad de los resultados obtenidos. Asimismo, Arruabarrena y de Paúl (1994), advierten de la falta de fiabilidad que comúnmente se observa en las definiciones sobre maltrato infantil por la gran amplitud e imprecisión que las caracteriza. Paralelamente, se plantean si debería de ponerse un límite de lo que se consideraría maltrato, así como si debería de contextualizarse en función de factores culturales y costumbres. En este sentido, Arruabarrena y de Paúl (1994, pp. 23-24) afirmaron que:

(...) Se debe tener en cuenta que las necesidades vitales están influidas por las costumbres culturales en la medida en que es imprescindible la socialización de cada sujeto en su ambiente cultural (con sus características propias). Por otra parte, y con carácter general, deben incluirse un mínimo de requisitos de cuidado, atención y trato a la infancia sean cuales sean las condiciones culturales en las que un niño se desarrolla. En el intermedio e interacción entre ambas condiciones debe establecerse una definición de las situaciones de buen y mal trato a los niños.

Plantear un estándar, unos mínimos de lo que es “buentrato” o “calidad de vida” para un niño ayudará, por otra parte, a entender cómo el maltrato infantil se presenta en cada uno de sus subtipos como un *continuo* donde la gravedad y severidad de un determinado comportamiento aumentarán a medida que éste se separa de esa situación de “bienestar infantil”. Cuando el comportamiento parental (por acción u omisión) llega o puede llegar a poner en peligro la salud física y psíquica del niño, la situación podría calificarse de maltrato.

Y finalmente, Arruabarrena y de Paúl (1994) proponen tres criterios a tener en cuenta a la hora de definir el maltrato infantil: *a)* la perspectiva evolutiva: en función de la etapa evolutiva en la que se encuentre el niño, un mismo comportamiento por parte de los padres o cuidadores puede ser más o menos perjudicial; *b)* la presencia de factores de vulnerabilidad del niño: un mismo comportamiento parental puede ser inadecuado en un niño con necesidades especiales, pero no serlo en un niño sano; y *c)* la existencia de daño real o de daño potencial: este criterio es muy importante porque además del daño real, el daño potencial engloba todas aquellas secuelas que puedan derivarse del maltrato en un futuro.

1.1.1. TIPOLOGÍAS DE MALTRATO INFANTIL

Existen diferentes tipologías para clasificar los tipos básicos de maltrato infantil, según los objetivos planteados en las diferentes investigaciones (Palau, Samaniego y Gualtero, 2001). En este sentido, se puede clasificar el abuso infantil en función del contexto donde éste se produce, diferenciando entre maltrato *intrafamiliar* (la figura del perpetrador es un miembro de la familia) y maltrato *extrafamiliar* (cuando el abuso tiene lugar en instituciones sanitarias, escolares, o sociales) (Martínez y de Paúl, 1993; García Sardinero y Massa Pedreira, 1995; cfr. Palau et al., 2001, p. 14).

Tal como señalan Arruabarrena y de Paúl (1994), se han establecido 4 tipos de maltrato en menores, en función de si se trata de un maltrato físico o emocional y de si la conducta de los padres o cuidadores del menor es activa o por omisión (véase Tabla 1.1).

Tabla 1.1. Tipologías de malos tratos

	Activo	Pasivo
Físico	Abuso físico Abuso sexual	Abandono físico
Emocional	Maltrato emocional	Abandono emocional

Fuente: Arruabarrena y de Paúl (1994, p.16)

Sin embargo, Arruabarrena y de Paúl (1994), alertan del considerable porcentaje de casos donde se produce un solapamiento entre las diferentes tipologías de maltrato; especialmente, entre el abuso de tipo físico y de tipo emocional, pero también entre el maltrato y el abandono físico, así como entre el maltrato físico y el abuso sexual; siendo excepcional la presencia de una forma única de abuso.

Dado que para la presente investigación sobre abuso infantil y ajuste psicológico en la edad adulta, se ha considerado únicamente el abuso de tipo sexual y el abuso de tipo físico; a continuación sólo se detallarán estas dos tipologías de maltrato.

1.1.2. CONCEPTO DE ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)

Aunque ofrecer una definición del Abuso Sexual Infantil (ASI) es una tarea ardua por los diferentes criterios que suelen utilizarse en función del objetivo y del campo de actuación (jurídico, penal o clínico), destacaremos la definición propuesta por López (1997, 2000; cfr. López, 2005, p. 93), el cual señala que se habla de abusos sexuales a menores “cuando un adulto, en razón de su asimetría de edad, implica a un menor de edad, antes de la edad de consentimiento de los menores en actividades sexuales. También puede cometer este delito otro menor, si hay una clara asimetría de edad con la víctima, o si recurre a cualquier forma de coerción”.

Por su parte, Arruabarrena y de Paúl (1994, p. 34) definen el abuso sexual infantil como “cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto desde una posición de poder o de autoridad sobre el niño”. Estos autores presentan cuatro tipos de categorías del abuso sexual infantil, en función de si el abuso implica contacto físico o no: *a)* incesto, *b)* violación, *c)* vejación sexual y *d)* abuso sexual sin contacto físico: proposiciones sexuales, exhibicionismo, etc.

Paralelamente, se han establecido diferentes niveles de gravedad del abuso sexual infantil (Junta de Andalucía, Infancia Familia, s.f.):

- Leve: No hay contacto físico, está producido por una persona ajena a la familia del menor, ha tenido lugar en una sola ocasión y el niño dispone del apoyo de sus padres, tutores o guardadores.
- Moderado: Sin contacto físico, por una persona ajena a la familia del menor, ha tenido lugar en varias ocasiones, y existe apoyo de los padres, tutores o cuidadores.
- Grave: Incesto con o sin contacto físico. Abuso extrafamiliar con contacto físico.

En sintonía con la definición propuesta por Arruabarrena y de Paúl (1994), para la realización de este estudio se ha considerado el abuso sexual infantil como cualquier contacto físico de tipo sexual (incluyendo tocamientos en zonas sexuales, caricias sexualizadas y penetración oral, vaginal o anal) entre un/a menor de 18 años y un adulto/a, o entre un/a menor de 18 años y otro menor de edad similar que esté en una posición de poder o control sobre la víctima. Más específicamente, se ha considerado abuso sexual cualquier contacto sexual antes de los 13 años con alguien al menos 5 años mayor que la víctima, y en el caso de que el agresor/a sea de la misma edad que la víctima o de que el abuso se haya producido después de los 13 años y antes de los 18 años de ésta, se precisa que haya sido en contra de la voluntad o sin el consentimiento del menor abusado/a.

1.1.3. PREVALENCIA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)

El informe de UNICEF, "*Ocultos a plena luz*", basado en datos de 190 países, señala que alrededor de 120 millones de niñas menores de 20 años en todo el mundo (alrededor de 1 de cada 10) sufren abusos sexuales, y 1 de cada 3 niñas adolescentes, de 15 a 19 años que estuvieron alguna vez casadas (84 millones) ha sido víctima de algún tipo de abuso (físico, sexual o emocional) por parte del marido o compañero (UNICEF, 2014). Por su parte, la OMS (2014), informa que una de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres presenta una historia de abuso sexual infantil.

A mediados de los 90, Finkelhor (1994), realizó un importante estudio de revisión para obtener datos relativos a la epidemiología del abuso sexual infantil a nivel internacional. Los resultados provenían principalmente de investigaciones realizadas en Estados Unidos, Canadá y en otros 19 países (incluyendo España). Tal como señaló el propio autor, a pesar de las diferencias a nivel metodológico y en las definiciones de abuso utilizadas entre los diferentes estudios, los datos confirmaron que el ASI era un problema de carácter internacional, con una tasas que oscilaban entre un 7% y un 36% en las mujeres, y entre un 3% y un 29% en los varones.

Desafortunadamente, en estudios más recientes realizados en diferentes países, la prevalencia de ASI observada continua siendo muy elevada. Hobbs (2005) y otros investigadores colaboradores, con el objetivo de conocer la prevalencia de maltrato infantil en Gran Bretaña, entrevistaron personalmente a una muestra probabilística aleatoria de 2869 jóvenes varones y mujeres (18-24 años) hallando un 11% de victimización sexual en la infancia. En cuanto a la distribución porcentual por sexos, un 7% de los varones y un 16% de las mujeres, refirió una historia de abuso sexual infantil.

En investigaciones estadounidenses realizadas con muestras de estudiantes universitarias (mujeres), se han hallado porcentajes de ASI que oscilan entre un 19% (Gerke, Mazzeo y Kliwer, 2006), y un 37,7% (antes de los 16 años; Aspelmeier, Elliott, y Smith, 2007).

Por su parte, Laaksonen et al. (2011), en una amplia muestra fina de 4561 varones y 8361 mujeres (18 - 49 años), informaron de una prevalencia de abuso sexual infantil que oscilaba entre un 0,7 - 4,6% en los hombres y entre un 1,8 - 7,5% en las mujeres en función del ítem analizado (p.e., tocamientos, molestado/a sexualmente, etc.).

La situación en España no es menos preocupante, pues en el estudio realizado por López, Carpintero, Hernández, Martín y Fuertes (1995) con una muestra representativa de casi 2000 sujetos y mediante muestreo aleatorio estratificado proporcional por comunidades, hallaron que un 18,9% de los entrevistados informaron haber sufrido abusos sexuales, lo cual sugiere una elevada prevalencia de abuso sexual antes de los 17 años a nivel nacional, siendo el abuso crónico e intrafamiliar el más frecuente (López, 1994; cfr. Alonso et al., 1996, p. 13). Por sexos, las mujeres revelaron un porcentaje de abuso sexual infantil del 22,5%, frente a un 15,2% de los varones

(López et al., 1995); y aunque la prevalencia es alta tanto en varones como en mujeres, López (2005) señala que las niñas presentan el doble de riesgo de sufrirlo.

Pereda, Guilera y Abad (2014), en su estudio con una amplia muestra comunitaria de adolescentes catalanes ($N = 1.107$; 590 varones y 517 mujeres; 12-17 años), hallaron que un 4,1% de los chicos y un 13,9% de las chicas, había padecido abuso sexual en la infancia; unos porcentajes que acogerían el 6,3% de ASI hallado por Inglés, Farrás, Rafel y Sendra, (2000), en su estudio con población catalana menor de 18 años ($N = 5154$; varones y mujeres).

Por su parte, De Paúl, Milner y Múgica (1995), hallaron tasas de abuso sexual infantil en estudiantes universitarios del País Vasco de sexo femenino y masculino de un 14,8% y de un 9,7%, respectivamente. Con resultados semejantes, destacaría otro estudio nacional con estudiantes universitarias mujeres de la Universidad de Granada ($N = 1.416$), realizado por Cantón-Cortés y Cantón (2010), los cuales observaron que un 11,5% de la muestra refería haber sufrido abuso sexual antes de los 14 años de edad y entre las víctimas, más de la mitad (57,9%) había sido abusada por un familiar y un 52,9% refería haber sufrido un abuso continuado.

En un estudio más reciente con una muestra de estudiantes universitarios de ambos sexos de la Universidad de Barcelona ($N = 1033$), Pereda y Forns (2007), con el objetivo de actualizar los datos sobre la prevalencia y las características del abuso sexual infantil (con contacto físico y antes de los 18 años) en Cataluña, obtuvieron una prevalencia (17,9%) muy similar a la hallada anteriormente por López et al. (1995). Al desglosar este porcentaje en función de si el abuso sexual se había producido antes de los 13 años, o entre los 13 y los 18 años, obtuvieron unos porcentajes del 14,9% y el 3%, respectivamente. En cuanto a la distribución porcentual del abuso sexual infantil por sexos, un 15,5% de los varones y un 19% de las mujeres, informó haber sido víctima de este tipo de abuso. Las autoras además observaron que por lo que respecta al agresor, en los varones principalmente suele tratarse de un amigo o un conocido (65,8%; $z = 2,80$; $p = 0,002$) y en las mujeres, acostumbra a ser un familiar (45,7%; $z = 2,40$; $p = 0,008$) o un amigo o conocido (39,6%). Asimismo, destacan el elevado porcentaje de penetración (oral, anal o vaginal) presentado por las mujeres (26,7%) y sobre todo, los varones (42,1%), observándose diferencias significativas entre sexos por lo que a esta cuestión se refiere ($z = 1,79$; $p = 0,37$).

1.1.4. CONCEPTO DE ABUSO FÍSICO INFANTIL (AFI)

El abuso físico infantil puede definirse como “cualquier conducta intencionada o no accidental por parte de los padres o tutores del menor que provoca, o puede producir daño físico (enfermedades, lesiones o intoxicaciones)” (Florida DHRS, 1988; cfr. Fariña, Seijo y Novo, 2000, p.107). En función de la gravedad de las lesiones, se establecen diferentes niveles (Junta de Andalucía, Infancia Familia, s.f.):

- Leve: No se aprecian lesiones o son tan mínimas que no ha sido necesaria atención médica.
- Moderado: la conducta maltratante ha provocado lesiones físicas en el menor que han requerido algún tipo de diagnóstico o tratamiento médico. Aparecen lesiones en distintas fases de cicatrización/curación.
- Grave: Ha sido necesaria hospitalización o atención médica inmediata a causa de las lesiones producidas. El menor presenta lesiones severas en distintas fases de cicatrización.

Arruabarrena y de Pául (1994), destacan que, a pesar de que en muchas ocasiones el niño víctima de malos tratos no presenta lesiones externas, debe de considerarse un caso de abuso físico infantil. Asimismo, aluden al hecho de prestar atención a las diferentes situaciones ambientales en las que se produce el abuso físico para así poder establecer una mejor intervención: *a)* casos en que las agresiones son “disciplinarias” o con finalidad “educativa”; *b)* casos producto de ser un niño no deseado; *c)* casos de sadismo y perversión; y *d)* casos debido al descontrol de impulsos de los adultos.

En la presente investigación, se ha utilizado una definición muy restringida de abuso físico infantil considerando únicamente un nivel de gravedad moderado y grave, con presencia de moratones, quemaduras, cortes o fracturas en el menor.

1.1.5. PREVALENCIA DE ABUSO FÍSICO INFANTIL (AFI)

Según la OMS (2014), y en base a los resultados obtenidos por estudios internacionales, una cuarta parte de todos los adultos informa de una historia de maltrato físico en la infancia. De hecho, alrededor de un 17% de los niños de 58 países sufren castigos físicos muy graves; llegando a ser del 40% en países como el Chad, Egipto y Yemen. A escala mundial, 3 de cada 10 adultos considera que el castigo físico es necesario para criar bien a los niños (UNICEF, 2014).

En un estudio canadiense, McLewin y Muller (2006), encontraron que un 30,75% de su muestra de 956 adultos jóvenes reportaba una historia de abuso físico infantil. Por su parte, Hobbs (2005), informó de una prevalencia de abuso físico del 7% en su amplia muestra de jóvenes adultos (18-24 años; varones y mujeres) de Gran Bretaña. Asimismo, Gerke et al. (2006), en una muestra 417 estudiantes universitarias norteamericanas, observaron que más de la mitad de la muestra (53%) había sido víctima de abuso físico en la infancia.

En un reciente meta-análisis realizado en China con 47 estudios (redactados en inglés o en chino), para estimar la prevalencia de abuso físico (antes de los 18 años) reportada por poblaciones generales de estudiantes o residentes, Ji y Finkelhor (2015), observaron una prevalencia del 36,6% (IC 95%: 30,4 a 42,7).

Por lo que se refiere a la prevalencia de conductas abusivas de tipo físico padecidas antes y/o después de los 13 años en España, de Paúl et al. (1995), en su muestra universitaria vasca hallaron un porcentaje de este tipo de victimización del 93,8%. Esta prevalencia fue muy similar a la encontrada en un estudio anterior de características similares realizado por Milner, Robertson, y Rogers (1990; citado por de Paúl, 1995, p.912) en Estados Unidos (91,7%). En cuanto a las tasas totales de secuelas físicas derivadas del abuso físico (moratones, palizas, cortes/arañazos, dislocaciones, quemaduras y/o fracturas de huesos), en la muestra vasca fue de un 15,2% (13,7% en los varones y 16,7% en las mujeres), mientras que en el estudio americano, ésta fue un poco superior (20,9% total; 19,5% en los varones y 22,3% en las mujeres).

En el estudio “*Maltractaments infantils a Catalunya. Quants, com i per què*” (Inglés et al., 2000) de la Generalitat de Catalunya, cuyo objetivo era conocer la prevalencia que tiene el maltrato infantil intrafamiliar en la población catalana menor de 18 años en el periodo de un año (desde el 1 de septiembre de 1997 al 31 de agosto de 1998) y describir las características y circunstancias familiares en que se producen los malos tratos. Después de consultar diferentes entidades del ámbito de los Servicios Sociales, Educación y Sanidad, observaron que el maltrato más habitual es el abandono físico representado casi la mitad de la muestra total (49,9%), seguido por el maltrato psíquico (26,7%) y el abuso físico (10,6%).

Pereda, Guilera y Abad (2014), en su estudio con una amplia muestra comunitaria de adolescentes catalanes ($N = 1.107$; 590 varones y 517 mujeres; 12-17 años), hallaron que la experiencia de abuso físico infantil fue reportada por el 11% y el 11,8% de los chicos y chicas de la muestra, respectivamente.

En un estudio más reciente llevado a cabo por una compañera del presente equipo de investigación con una muestra de estudiantes universitarios (varones y mujeres) de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) halló un porcentaje total de presencia de abuso físico en la infancia del 4,0%; en el caso de los varones este porcentaje fue de 4,5% y en cuanto a las mujeres, el porcentaje de abuso físico infantil fue de 3,8% (Villarroel, 2008).

1.2. ABUSO INFANTIL Y AJUSTE PSICOLÓGICO

1.2.1. CONCEPTO DE AJUSTE PSICOLÓGICO

En el campo de la psicología, el ajuste se refiere tanto a un logro como también a un proceso, y refleja la adaptación relativa del individuo a los cambios en las condiciones ambientales (Seaton, 2009). En general, el ajuste psicológico es una manifestación indirecta de la autoestima, el estrés, la ansiedad o la depresión, los cuales son usados como indicadores de este ajuste. También se considera el nivel de ajuste a partir de la respuesta a determinados acontecimientos estresantes como un divorcio, el uso de drogas o el trauma infantil (Seaton, 2009).

De hecho, en un reciente estudio de revisión sobre las principales consecuencias psicológicas a largo plazo descritas en personas victimizadas sexualmente en la infancia (Pereda, 2010), se constata la gravedad y diversidad de problemas que las víctimas pueden sufrir a lo largo de la vida. La autora clasifica estos problemas en cinco categorías: problemas emocionales (incluyendo trastornos depresivos y bipolares, síntomas y trastornos de ansiedad, ideas suicidas, baja autoestima, etc.), problemas de relación (mayor aislamiento y ansiedad social, desajuste en las relaciones de pareja, menor número de amistades, etc.), problemas de conducta y adaptación social (mayores niveles de hostilidad, mayor presencia de conductas antisociales, etc.), problemas funcionales (trastornos de la conducta alimentaria, trastorno de somatización, etc.) y problemas de sexuales (sexualidad desadaptativa, promiscuidad, conductas de riesgo sexual, etc.).

Bonomi, Cannon, Anderson, Rivara, y Thompson (2008), evaluaron la asociación entre la salud autoinformada y el abuso físico y sexual sufrido antes de los 18 años en una amplia muestra aleatoria de mujeres de entre 18 y 64 años de Estados Unidos. Los investigadores hallaron que el estatus de salud más pobre fue el de las mujeres con historia de los dos tipos de abusos (físico y sexual) en comparación con las mujeres sin estas historias de abuso. En los modelos que ajustaron por edad e ingresos, las mujeres con ambos tipos de abuso mostraban una prevalencia aumentada de depresión (prevalence ratio, 2,16), depresión severa (PR, 2,84), síntomas físicos (rango PR, 1,33 para el dolor articular hasta 2,78 para náuseas/vómitos), salud pobre (PR, 1,84), y puntuaciones bajas en el SF-36 (3,15-5,40 puntos más bajos). Las mujeres con sólo historia de abuso físico o sólo de abuso sexual también tenían una prevalencia más alta de síntomas y puntuaciones en el SF-36 más bajas pero las asociaciones no fueron tan fuertes. Los autores concluyeron que parecía existir una asociación graduada entre los eventos adversos múltiples en la infancia y la salud en la edad adulta.

A continuación, se describen algunas de las manifestaciones clínicas más habituales de desajuste psicológico en la edad adulta, vinculadas a las experiencias de victimización infantil.

1.2.1.1. Abuso infantil y sintomatología depresiva y ansiosa

En numerosas investigaciones se ha observado la relación existente entre el abuso infantil y el desarrollo de un gran número de manifestaciones psicopatológicas a lo largo de la vida, como la depresión y/o la ansiedad, entre muchas otras (p.e., Copeland, Keeler, Angold y Costello, 2007; Cutajar et al., 2010; Molnar, Buka, y Kessler, 2001).

En este sentido, Lindert et al. (2014), en un reciente meta-análisis sobre si la depresión y la ansiedad en la edad adulta pueden estar vinculadas a una historia de abuso sexual y/o de abuso físico en la infancia, a partir de 19 estudios que cumplían los criterios de inclusión, los autores concluyen que aquellos adultos que han sido victimizados física y sexualmente en la infancia informan de niveles más elevados de depresión, ansiedad y malestar general. Más concretamente, las razones de *Odds* combinadas para la depresión fueron 2,04 (IC 95 %: 1,65 a 2,53) para el abuso sexual y 1,49 (IC 95 %: 1,29 a 1,72) para el abuso físico. Las razones de *Odds* combinadas para la ansiedad fueron 2,52 (IC 95 %: 2,12 a 2,98) para el abuso sexual y 1,70 (95 % CI: 1,33 a 2,18) para el abuso físico.

Asimismo, Shenk, Noll, Putnam y Trickett (2010), en su estudio prospectivo con mujeres con y sin historia de abuso sexual infantil, señalaron que este tipo de victimización podía sensibilizar a las jóvenes a responder ante estresores diarios moderados, de manera que les incrementaría el riesgo de sufrir síntomas depresivos y conductas antisociales a lo largo del tiempo. Consiguientemente, los autores sugirieron que el manejo del estrés leve a moderado de la vida diaria de las mujeres maltratadas podría constituir un punto de intervención útil que las protegería contra psicopatología posterior.

Por su parte, Cutajar et al. (2010), en su estudio de seguimiento con una amplia cohorte de niños y niñas abusados sexualmente de Australia, constataron que el 23,3% de las víctimas tenía contacto con los servicios públicos de salud mental frente a un 7,7% de los controles no abusados. La tasa de contacto entre las víctimas de abuso sexual infantil fue 3,65 veces más elevada (IC 95%: 3,09 - 4,32; $p < 0,001$). Los autores estimaron que el abuso sexual infantil explicaba aproximadamente el 7,83% del contacto con los servicios de salud mental y constataron que la experiencia del abuso sexual aumentaba el riesgo de la mayoría de manifestaciones psiquiátricas, incluyendo

la psicosis, los trastornos afectivos, los trastornos de ansiedad, el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad. Las tasas de trastornos clínicos diagnosticados en la infancia y en la edad adulta permanecían significativamente altas entre los casos con historia de abuso sexual infantil. Asimismo, el presentar una edad más elevada en el momento del abuso sexual así como el haber sufrido un abuso más grave (con penetración y/o agresores múltiples) estaba asociado con un mayor riesgo de sufrir psicopatología. Ante estos hallazgos, Cutajar et al. (2010) concluyeron que el abuso sexual infantil es un factor de riesgo sustancial de sufrir un rango de trastornos mentales tanto en la infancia como en la edad adulta.

Dado que el abuso físico infantil se ha asociado con manifestaciones psicosociales adversas en la edad adulta, a pesar de que algunas investigaciones han descrito efectos mínimos a largo plazo, Griffin y Amodeo (2010), se propusieron comparar diferentes modelos para predecir los efectos en la etapa adulta: una escala multidimensional sobre la gravedad del abuso físico infantil, la presencia o ausencia de abuso físico infantil, el ambiente familiar y los estresores en la niñez. Las autoras examinaron los efectos del abuso físico infantil en las manifestaciones psicológicas en la edad adulta en una muestra comunitaria de 290 mujeres criadas en familias con ambos padres, y con los hermanos/as como informadores colaterales. Cuando compararon la escala multidimensional de la gravedad del abuso con la medida dicotómica de la presencia o ausencia de abuso físico infantil no observaron un mayor valor predictivo de las manifestaciones clínicas en la edad adulta que la medida dicotómica. Paralelamente, observaron que las escalas sobre ambiente familiar en la infancia atenuaban considerablemente el valor predictivo de la medida dicotómica de abuso físico infantil, ejerciendo un mayor efecto mediador en las manifestaciones en la edad adulta que los estresores en la infancia. Las autoras concluyeron que las características específicas del abuso físico infantil podían resultar menos importantes que la ocurrencia del abuso físico infantil y que el ambiente familiar de las mujeres en la infancia para predecir efectos psicosociales a largo plazo. En cuanto a las implicaciones clínicas, la idea de que los estresores y recursos familiares, más que el propio abuso físico infantil, pueden ser cruciales para entender los efectos a largo plazo en mujeres. Por consiguiente, el tratamiento y apoyo a las víctimas de abuso físico infantil podría beneficiar de la exploración del ambiente familiar por parte de los clínicos.

Previamente, en un estudio longitudinal con una muestra comunitaria de niños y niñas de entre 9 y 16 años, Copeland, Keeler, Angold y Costello (2007), observaron que los eventos traumáticos (incluyendo el abuso sexual y el abuso físico por parte de un familiar, entre otros) estaban relacionados con el trastorno por estrés postraumático, además de con numerosas formas de psicopatología, siendo los trastornos depresivos y de ansiedad los que presentaban el vínculo más fuerte. Asimismo, Kilpatrick et al. (2003), en su estudio sobre experiencias traumáticas y el riesgo de sufrir trastorno por estrés postraumático, depresión mayor, uso o dependencia de sustancias y comorbilidad, con una amplia muestra representativa de adolescentes americanos, observaron que el hecho de haber sufrido experiencias de violencia interpersonal (incluyendo agresión física, agresión sexual y ser testimonio de violencia) aumentaba el riesgo de sufrir estos trastornos, así como de comorbilidad diagnóstica.

Por su parte, Rhode et al. (2008), en un estudio pionero en examinar la asociación entre abuso sexual y abuso físico infantiles y la presencia de obesidad y depresión (comórbidamente) en mujeres de mediana edad, observaron que tanto el abuso sexual como el abuso físico estaban asociados con una *odds* doble de obesidad y depresión, aunque el abuso físico infantil no estuvo relacionado con la depresión cuando se trataba del subgrupo de mujeres afro-americanas, hispanas y americanas indias. No obstante, la asociación entre la obesidad y la depresión (razón de *odds* sin ajustar = 2,82; IC 95%: 2,20 - 3,62) se redujo después de controlar por el abuso sexual (OR ajustado= 2,54; 1,96-3,29) y por el abuso físico (OR ajustado= 2,63; 2,03-3,42).

En un estudio con una muestra representativa de varones y mujeres de Estados Unidos ($N=1,727$), Sachs-Ericsson, Kendall-Tackett y Hernández (2007), realizaron un análisis de regresión y de mediación para examinar los efectos del abuso infantil (sexual y físico) en el dolor asociado a problemas de salud y para determinar si la depresión mediaba esta relación. Los resultados mostraron que los individuos que habían padecido abuso informaban de más problemas de salud en comparación con los participantes no victimizados. Asimismo, entre los participantes que presentaban un problema de salud, aquellos que habían sufrido abuso en su infancia reportaban más dolor que los que no presentaban una historia de abuso. Después de controlar por las diferencias entre los participantes con y sin abuso por lo que a problemas de salud específicos se refiere, la depresión no tuvo una función mediadora en esta relación. A partir de estos hallazgos, las autoras concluyeron que el abuso infantil estaba asociado con más dolor informado.

La elevada tasa de depresión encontrada entre los adultos que habían sufrido abuso infantil no era el factor primario para estos niveles aumentados de dolor informados. De hecho, el abuso infantil y la depresión, contribuían de forma independiente a los informes de dolor.

Con el objetivo de atenuar algunas limitaciones en el campo de estudio de los efectos a largo plazo del maltrato infantil, Springer, Sheridan, Kuo y Carnes (2007), se propusieron examinar en una cohorte poblacional de hombres y mujeres de media edad, cómo el abuso físico infantil ejercido por los padres afectaba la salud mental (depresión, ansiedad e ira) y física (síntomas físicos y diagnósticos médicos) en la edad madura, así como estudiar el efecto atenuante del clima familiar y las adversidades en la infancia. Los resultados mostraron que el abuso físico parental era informado por un 11,4% de los participantes (10,6% en los hombres y 12,1%, en el caso de las mujeres). Mediante modelos multivariantes donde controlaron por la edad, el sexo, las adversidades en la infancia y el clima familiar, observaron que el abuso físico infantil predecía un incremento gradual en depresión, ansiedad, ira, síntomas físicos y diagnósticos médicos. El origen familiar y las adversidades en la infancia atenuaron pero no eliminaron la relación entre el abuso infantil y la salud en la edad adulta.

Afifi, Brownridge, Cox, y Sareen (2006), realizaron un estudio cuyo objetivo era investigar tres categorías de gravedad ascendente de adversidad infantil (no castigo físico ni abuso físico, castigo físico, y abuso físico infantil) para examinar si la experiencia infantil de castigo corporal por sí sola estaba asociada con psicopatología en la edad adulta, después de ajustar por variables sociodemográficas y dimensiones de vinculación afectiva parental. Los resultados de su investigación evidenciaron que el castigo físico estaba asociado con una proporción aumentada de depresión mayor (AOR= 1,22; IC 95%: 1,01-1,48), abuso/dependencia de alcohol (AOR=1,32; IC95%: 1,08-1,61), y problemas externalizantes (AOR=1,30; IC 95%: 1,05-1,60) en la edad adulta después de ajustar por variables sociodemográficas y dimensiones de vinculación afectiva parental. En cuanto al abuso físico infantil, observaron que estaba asociado con una proporción aumentada de depresión mayor (AOR= 1,97; IC 95%: 1,59-2,44), trastornos de ansiedad (AOR= 2,39; IC 95%: 1,84-3,11), abuso y dependencia de alcohol (AOR= 1,98; IC 95%: 1,50-2,61), y problemas externalizantes (AOR= 2,63; IC 95%: 2,08-3,34). En este sentido, los individuos que sufrieron castigo físico sin abuso presentaban una proporción aumentada de psicopatología en la edad adulta comparado

con aquellos que no habían sufrido castigo ni abuso corporal y una proporción menor cuando eran comparados con aquellos que habían sido abusados. Los autores concluyeron que el castigo físico es una forma leve de adversidad infantil que muestra una asociación con la psicopatología adulta, y que la prevalencia de trastornos psiquiátricos aumenta progresivamente con el aumento de la gravedad de la adversidad infantil sufrida.

Arata, Langhinrichsen-Rohling, Bowers y O'Brien (2007), examinaron los efectos diferenciales del maltrato multi-tipo (*multi-type maltreatment*) en una muestra de adolescentes. En concreto, estudiaron diferentes combinaciones de maltrato (físico, sexual, emocional y abandono emocional y físico) en relación al afecto negativo y a los síntomas externalizantes en jóvenes varones y mujeres. Los autores observaron que los individuos con historia de maltrato estaban más deprimidos ($F = 52,78; p < 0,0001$), presentaban más tendencia suicida ($F = 24,29; p < 0,001$), y mayor desesperanza ($F = 32,07; p < 0,0001$) que los individuos no abusados. Los adolescentes maltratados eran también más hostiles ($F = 35,03; p < 0,0001$), y estaban involucrados en más actos delictivos ($F = 26,76; p < 0,0001$), promiscuidad ($F = 8,54; p < 0,0001$) y uso de alcohol y drogas ($F = 9,61; p < 0,0001$). Asimismo, aquellos jóvenes con historia de maltrato multi-tipo eran los más sintomáticos, especialmente aquellos que habían sufrido abuso físico, abuso sexual y abandono. En general, los autores no observaron diferencias entre varones y mujeres en los efectos.

Cortes et al. (2005), realizaron un estudio longitudinal para estudiar el desarrollo de trastornos de ansiedad en población pediátrica victimizada por trauma de tipo interpersonal (incluyendo abuso físico y abuso sexual infantiles) y concluyeron que los niños y niñas victimizados con sintomatología inicial de trastorno por estrés postraumático podían presentar un mayor riesgo de desarrollar posteriormente otros trastornos de ansiedad.

Kaslow y Thompson (2008), estudiaron los efectos simples e interactivos del maltrato infantil y el estatus de las madres de violencia física por parte de la pareja en el funcionamiento psicológico de niños y niñas afro-americanos de nivel socioeconómico bajo. Los análisis de regresión lineal multivariantes, una vez controladas las covariables, mostraron que los niños que habían sufrido maltrato infantil y los niños cuyas madres sufrían violencia física por parte de la pareja presentaban niveles más elevados de

malestar psicológico que sus respectivos homólogos. Los análisis post hoc de los efectos significativos de las interacciones indicaron que el maltrato infantil estaba asociado con problemas internalizantes y externalizantes y estrés traumático sólo cuando las madres informaban de niveles más elevados de violencia física por parte de su pareja.

Fergusson, Boden y Horwood (2008), en su estudio con una cohorte de nacimiento de más de 1000 jóvenes adultos de Nueva Zelanda, examinaron las relaciones entre el abuso sexual infantil y el abuso /castigo corporal físico infantil y la salud mental en la edad adulta temprana. Los hallazgos de esta investigación indicaron que el abuso sexual y el abuso físico infantiles estaban asociados a un riesgo incrementado de sufrir trastornos mentales posteriores incluyendo la depresión, los trastornos de ansiedad, el trastorno de personalidad antisocial, la dependencia de sustancias, la ideación suicida, y los intentos de suicidio entre los 16 y los 25 años. Sin embargo, al controlar por los factores sociales, familiares e individuales se redujo la asociación entre el abuso físico infantil y las manifestaciones en la salud mental hasta el punto de no significación. No obstante, el abuso sexual infantil se mantuvo asociado con un riesgo aumentado de presentar problemas en la salud mental. Después del ajuste, aquellos jóvenes expuestos a abuso sexual infantil con penetración (intentos o completas) exhibían tasas de trastorno que eran 2,4 veces más elevadas que aquellos sin tal historia de abuso. Asimismo, aquellos jóvenes víctimas de castigo corporal severo o abusivo mostraban tasas de trastorno 1,5 veces más altas que aquellos que no habían sufrido castigo físico o aquellos que lo habían padecido de manera ocasional. Fergusson et al. (2008) estimaron que la exposición a abuso sexual infantil explicaba aproximadamente el 13% de los problemas de salud mental sufridos por la cohorte. Los hallazgos mostraron que el abuso físico infantil tenía sólo efectos débiles en la salud mental posterior. En concreto, estimaron que la experiencia del abuso físico infantil explicaba aproximadamente un 5% de los problemas de salud mental padecidos por la cohorte. Ante estos resultados, los autores concluyeron que parece que la asociación entre el abuso físico infantil y la salud mental posterior refleja el contexto familiar general en el cual tiene lugar el abuso físico, mientras que esto es menos en el caso del abuso sexual infantil.

En un estudio retrospectivo realizado con una muestra clínica de varones y mujeres de Brasil, Tucci, Kerr-Corrêa, y Souza-Formigoni (2010), compararon la frecuencia e intensidad del trauma infantil (incluyendo abuso físico, sexual y emocional) en pacientes dependientes al alcohol y a otras drogas, en pacientes con depresión, y en un grupo control sin diagnóstico psiquiátrico. Las autoras encontraron que el grupo con dependencia al alcohol y a otras drogas presentaba mayor frecuencia e intensidad de los tres tipos de abuso infantil que el grupo de pacientes con depresión, el cual, a su vez, presentaba proporciones significativamente más elevadas de este tipo de victimizaciones que el grupo control. En todas las comparaciones realizadas, las mujeres informaron de una frecuencia de abuso más elevada que los varones.

Confirmando estos hallazgos, un reciente estudio realizado en Suecia por Cater, Andershed y Andershed (2014), con una amplia muestra de jóvenes adultos ($N = 2500$; varones y mujeres de 20-24 años), constató una mayor presencia de ansiedad, estrés postraumático, autolesiones y criminalidad, en aquellos chicos y chicas que habían sufrido cualquier tipo de victimización en la infancia y/o en la adolescencia. Asimismo, estos autores observaron que la poli-victimización estaba relacionada con problemas de salud mental (único o múltiples) y con problemas de conducta tanto en varones como en mujeres.

Por su parte, Sperry y Widom (2013), mediante un diseño de cohorte prospectivo con niños y niñas con historia de abuso físico, sexual y/o abandono, y un grupo control no victimizado, hallaron que las mujeres victimizadas reportaban niveles más elevados de depresión que las mujeres controles cuando se trataba de los grupos con poco apoyo social; no obstante, los niveles elevados de apoyo tangible reducían el nivel de depresión de ambos grupos por igual. Es decir, el efecto del apoyo tangible era más fuerte en las mujeres maltratadas. En los varones, se observó un efecto cruzado. En niveles bajos de apoyo tangible, los hombres controles informaban de niveles más elevados de depresión que los hombres maltratados. Sin embargo, en niveles más elevados de apoyo tangible, los hombres controles informaban de niveles más bajos de depresión que los hombres maltratados, sugiriendo que el impacto del apoyo tangible era más fuerte en los hombres controles. Este es el primer estudio prospectivo longitudinal en evaluar sistemáticamente si individuos con historias documentadas de abuso y abandono en la infancia presentan niveles más bajos de apoyo social y el papel que el apoyo social juega en la ansiedad, la depresión y el uso de drogas. Treinta años

después de padecer estas adversidades infantiles, esta investigación muestra que las personas maltratadas, en general informan de niveles de apoyo social más bajos que sus homólogos controles y que el apoyo social predice la subsecuente ansiedad y depresión. Estas autoras sugieren que niveles elevados de apoyo social están relacionados con niveles más bajos de ansiedad y depresión, pero no hallaron que el apoyo social predijera niveles bajos de consumo de drogas.

Carr et al. (2010), concluyeron que existía una asociación entre la victimización infantil institucional y la prevalencia de problemas de salud mental. Concretamente, los autores hallaron una prevalencia de trastornos psicológicos en más del 80% de las víctimas, la cual era mucho más elevada que la de la población general. Los diagnósticos más prevalentes fueron los trastornos de ansiedad, los trastornos del ánimo y el uso de sustancias.

Musliner y Singer (2014), concluyeron que el apoyo emocional de los amigos y de los padres en la edad adulta estaba asociado con una razón de *Odds* reducida de depresión en la edad adulta en víctimas de abuso sexual infantil, pero sólo en aquellos casos donde el abuso había sido perpetrado por alguien que no fuera un padre/madre o un cuidador.

Molnar et al. (2001), estudiaron la relación entre el abuso sexual infantil y el subsiguiente inicio de psicopatología en una amplia muestra representativa de Estados Unidos ($N = 5877$). Las experiencias de abuso sexual infantil fueron referidas por el 13,5% de las mujeres y el 2,5% de los hombres. Después de controlar otras adversidades infantiles, los autores hallaron asociaciones significativas entre el abuso sexual infantil y el subsiguiente inicio trastornos del ánimo, ansiedad e uso de sustancias. Asimismo, en una submuestra de participantes que no reportaban otras adversidades en la infancia, la razón de *Odds* de depresión y problemas con abuso de sustancias asociados al abuso sexual infantil fue elevada. A partir de los resultados obtenidos con análisis multivariantes, los autores concluyeron que el abuso sexual infantil normalmente ocurre como parte de un síndrome más amplio de adversidades infantiles, pero que independientemente de si se presenta aisladamente o acompañado de otras adversidades, está asociado con un aumento sustancial de riesgo de subsiguiente psicopatología.

Wingenfeld et al. (2011), en una muestra con 59 pacientes con trastorno de personalidad límite, 47 pacientes con depresión mayor y 108 controles sanos, observaron que el abuso sexual, tanto en la etapa infantil como en la adulta, estaba asociado con depresión, síntomas *bordeline*, síntomas de trastornos por estrés postraumático y disociación.

Jewkes, Dunkle, Nduna, Jama, y Puren (2010), describieron la prevalencia de experiencias adversas infantiles (incluyendo abuso físico, sexual, y emocional infantiles, abandono emocional y abandono físico) y su relación con la salud física y mental, en una muestra mixta de jóvenes de zonas rurales de Sudáfrica. Sus resultados mostraron que el abandono emocional en las chicas estaba asociado con la depresión, el suicidio, el abuso de alcohol y el riesgo de infecciones de VIH. En los hombres, el abandono emocional sólo estuvo asociado con la depresión. Por su parte, el abuso sexual estaba asociado con el abuso de alcohol en los hombres y con la depresión y el abuso de alcohol en las mujeres. Los autores concluyeron que todas las formas de abuso aumentan el riesgo de presentar problemas de salud en hombres y en mujeres.

Asgeirsdottir, Sigfusdottir, Gudjonsson, y Sigurdsson (2011), examinaron si el ánimo depresivo y la ira mediaban los efectos del abuso sexual y de la violencia familiar en las conductas autolíticas y el uso de sustancias, en una muestra de 9085 estudiantes islandeses de 16 - 19 años. Sus resultados mostraron que en los jóvenes que habían padecido abuso sexual y conflicto o violencia familiar, el uso de sustancias era similar a un comportamiento externalizante, donde la ira parecía ser la variable mediadora clave, en contraposición a la conducta internalizante como puede ser la conducta autolítica, donde el ánimo depresivo era un mediador más crítico.

Gámez-Guadix, Straus, Carrobles, Muñoz-Rivas y Almendros (2010), estudiaron el castigo físico y las consecuencias a largo plazo, así como el papel moderador de un estilo parental positivo y de la agresión psicológica en estudiantes de la Comunidad de Madrid. Los autores hallaron que el castigo físico y la depresión estaban relacionados en los análisis bivariantes, pero no cuando se controlaban otras variables. Según los propios autores, el tipo de muestra (estudiantes universitarios con un nivel educativo elevado) podría atenuar la asociación entre estas variables y sugieren que futuras investigaciones intenten especificar las condiciones en las cuales el castigo físico y la sintomatología depresiva se relacionan dentro del contexto cultural español.

1.2.1.2. Abuso infantil e ideación suicida

La ideación suicida es un término médico que se refiere al hecho de estar pensando, considerando o planificando un acto suicida. La conducta suicida se puede entender como un espectro que abarca desde pensamientos fugaces o transitorios de suicidio hasta la realización completa del suicidio (Moscicki, 1997). La ideación suicida es mucho más común que los intentos de suicidio o la realización del propio acto suicida en sí (Marzuk, 1991). De hecho, en un estudio realizado con una amplia muestra representativa de la población general adulta española ($N = 5473$) sobre la prevalencia y los factores de riesgo asociados a ciertos precursores del suicidio (ideas, planes e intentos de suicidio), se halló una prevalencia de ideación suicida del 4,4% y una prevalencia de los intentos de suicidio del 1,5%. Según los autores, se trata de una prevalencia considerablemente baja en relación a la encontrada en otros países (Gabilondo et al., 2007). Estos datos concuerdan con los del estudio de Casey et al. (2006) sobre factores asociados con la ideación suicida en población general que se llevó a cabo en cinco países europeos, entre los cuales se encontraba España, siendo éste el país que reportó menos ideación suicida (2,3%) en relación al resto de países del norte de Europa que participaban en la investigación (Noruega: 7,4%; Gales: 7,4%; Finlandia: 9,8% e Irlanda: 14,6%). Asimismo, son numerosas las investigaciones que confirman la importancia de ciertas variables sociales y psicológicas por su asociación con la ideación suicida, siendo los eventos vitales traumáticos (Goldney, Wilson, Dal Grande, Fisher y McFarlane, 2000) y sobre todo, el sufrir síntomas depresivos (Casey et al., 2006) o bien, una depresión clínica (Goldney et al., 2000; Cheung, Law, Chan, Liu e Yip, 2006), los que contribuyen en mayor medida y de manera significativa a la presencia de ideación suicida.

Por lo que se refiere al estudio de los factores de riesgo de la ideación suicida en muestras clínicas, son también numerosas las investigaciones que abordan esta cuestión en relación a múltiples trastornos mentales o patologías de tipo físico, como el trastorno bipolar (Umamaheswari, Avasthi y Grover, 2014), los trastornos del comportamiento alimentario (Anestis et al., 2012; Favaro y Santonastaso, 1996; Fedorowicz et al., 2007; Nickel et al., 2006), la depresión mayor (Sokero et al., 2003) o la epilepsia (Salgado, Nogueira, Yasuda y Cendes, 2012), entre otros.

Uno de los estudios que ha abordado con mayor rigurosidad metodológica la relación entre el trauma infantil y el fenómeno suicida, es el de Brown, Beck, Steer y Grisham (1999). Estos autores examinaron la magnitud y los efectos independientes que una historia de abuso infantil (incluyendo el abuso físico, el abuso sexual y el abandono) podía tener en el riesgo de sufrir trastornos depresivos y/o en el comportamiento suicida en la adolescencia o en la juventud. La muestra de estudio fue una cohorte de 776 niños y niñas seleccionados aleatoriamente de diferentes distritos del norte de Nueva York, que en 1975 tenían entre 1 y 10 años. Durante un periodo de 17 años, se les hizo un seguimiento mediante entrevistas en 1983, 1986 y 1992. Después de realizar una serie de análisis bivariantes, controlando por los efectos de la edad y el sexo, y de llevar a cabo análisis de regresión logística, los autores observaron que en las víctimas de abuso o abandono existía una significativa mayor presencia de distimia y de trastorno depresivo mayor, tanto en adolescentes como en jóvenes adultos de ambos sexos, en comparación con los individuos sin tal historia de maltrato infantil ($p < 0,01$). Más concretamente, detectaron que la posibilidad de desarrollar de un trastorno depresivo era 3,4 - 4,5 veces mayor en los individuos victimizados en la infancia. Asimismo, el comportamiento suicida también mostró una fuerte asociación con el abuso y abandono infantil en ambas etapas vitales (adolescencia y juventud). Sin embargo, los autores señalaron que determinados factores contextuales adversos relacionados con la incidencia del maltrato (como el ambiente familiar y las características de los padres y del propio niño/a), explicaban en gran medida el incremento del riesgo de sufrir síntomas depresivos y de realizar intentos de suicidio repetidos en la adolescencia, pero no en la edad adulta ($p < 0,01$). Brown et al. (1999) también calcularon el *riesgo atribuible poblacional* de los intentos de suicidio debidos al abuso sexual infantil, que fue de un 16,4%. Cuando estudiaron el riesgo diferencial asociado a cada tipo de abuso, observaron que el abuso sexual infantil era el que implicaba un mayor riesgo de sufrir depresión o de realizar intentos de suicidio, independientemente de los factores contextuales de riesgo asociados al abuso. Específicamente, más de un tercio de estos individuos victimizados sexualmente cumplía los criterios de un trastorno depresivo en la adolescencia y/o en la juventud, y en la misma proporción, reportaba haber realizado algún intento de suicidio. Por lo que respecta al abuso físico infantil, los hallazgos también mostraron que este tipo de victimización estaba asociado con los intentos de suicidio repetidos en la adolescencia y

con la depresión en la juventud. En cuanto al abandono infantil, no parecía contribuir a la aparición de tales efectos psicopatológicos.

En el estudio de revisión realizado por Evans, Hawton y Rodham (2005) para determinar si los adolescentes que han sufrido maltrato tienen más tendencia a experimentar pensamientos y conductas suicidas que sus homólogos no abusados, así como también para examinar la naturaleza de dicha asociación, identificaron 10 estudios relevantes. A partir de estas investigaciones, los autores concluyeron que los adolescentes con historia de abuso físico o de abuso sexual tenían más probabilidades de experimentar pensamientos o conductas suicidas. Paralelamente, en la mayoría de los estudios en los que se utilizaban análisis multivariantes, esta asociación parecía ser directa. Asimismo, los autores sugirieron que existía evidencia de que otros factores como la baja autoestima, podían jugar un papel mediador en la relación entre el maltrato y el fenómeno suicida que ocurre en la infancia y la adolescencia.

1.2.1.3. Abuso infantil y autoestima

McLewin y Muller (2006), realizaron un estudio para examinar los roles que juegan el apoyo social y la visión de uno mismo y del otro, con respecto a síntomas psicopatológicos entre jóvenes adultos, con y sin historia de maltrato físico. Los resultados hallados sugirieron que el hecho de presentar una visión positiva de uno mismo predecía niveles más bajos de psicopatología, independientemente del hecho de haber sufrido o no maltrato en la infancia. En este sentido, la visión que una persona tiene de sí misma (o lo que también podríamos llamar autoestima), parece ser un factor predictor mucho más potente que la visión de los demás o que el apoyo social, para aquellos individuos con y sin historia de victimización física. Asimismo, estos autores destacaron que, entre los diferentes tipos de maltrato, el abuso psicológico es el que muestra mayor poder predictivo de psicopatología.

Por su parte y en esta misma línea, Jonzon y Lindblad (2006), investigaron las relaciones entre los factores de riesgo y de protección y el estado de salud en una muestra no clínica de mujeres adultas ($n = 152$) que habían sufrido abuso sexual en la infancia. Los modelos de regresión realizados revelaron que la autoestima y el apoyo social eran fuertes predictores de salud, independientemente de la gravedad del abuso.

Consecuentemente, ante la estrecha relación hallada entre la autoestima y el estado de salud, los autores pusieron de relieve la importancia de este concepto en la práctica clínica y sugirieron que la disponibilidad de recursos parece ser más importante para la salud que el número de factores de riesgo presentado. Según Jonzon y Lindblad (2006, p.136): “The main finding in this study is that even in a sample of women reporting severe child sexual abuse, individuals with a positive outcome can still be found”.

En el estudio realizado por Lin, Li, Fan, y Fang (2011), con una muestra de 683 niños/as y adolescentes chinos de entre 8 y 18 años, aquellos niños/as y adolescentes que habían sufrido abuso sexual (con y sin contacto) durante la infancia mostraban niveles más bajos de autoestima y a su vez, niveles más elevados de presión de los pares que sus homólogos no abusados. Paralelamente, Chan (2011), en un estudio del mismo año también realizado en China pero con población adulta ($N = 5049$), encontró que la baja autoestima, junto con la depresión, el abuso de alcohol y drogas y otras variables, aumentaba significativamente la posibilidad de sufrir violencia de tipo sexual por parte de la pareja.

Romans, Martin, y Mullen (1996), llevaron a cabo un estudio con una muestra comunitaria de mujeres con y sin historia de abuso sexual infantil (ASI) con el objetivo de examinar las variables psicosociales asociadas con una pobre autoestima en la edad adulta. Sus resultados mostraron que las variables psicosociales (ser un seguidor o una persona solitaria, tener una madre sobrecontroladora, tener una cualificación pobre, haber sufrido un trastorno depresivo y padecer un trastorno psiquiátrico en la actualidad) que estaban relacionadas con una baja autoestima eran las mismas para ambos grupos (con ASI vs sin ASI). Sin embargo, el grupo de mujeres victimizadas sexualmente en la infancia presentaba una puntuación total media de autoestima sustancialmente más baja que sus homólogas no abusadas. Más específicamente, los autores sugirieron que el hecho de haber sufrido abusos sexuales en la infancia era un factor predictor de baja autoestima, pero sólo cuando se trataba del abuso más invasivo.

En el estudio realizado por Fleming et al. (1999), con una muestra comunitaria de mujeres australianas, observaron que entre los efectos a largo plazo sufridos por las víctimas de abuso sexual infantil, el más referido fue la baja autoestima (28%), seguido por la desconfianza (25%), los problemas sexuales (17%), el miedo a los hombres (9%), la depresión (9%), los problemas alimentarios (7%), los problemas con drogas (1%), los

problemas con el alcohol (1%), y otros problemas no especificados (4%). Asimismo, aquellas que habían sufrido experiencias de abuso más graves (p.e., con penetración) eran más susceptibles de padecer tales manifestaciones.

1.3. RELACIÓN ENTRE EL ABUSO INFANTIL Y LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

1.3.1. PREVALENCIA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

La prevalencia de abuso sexual infantil en los trastornos alimentarios ha sido ampliamente estudiada, hallándose entre un 30% y un 70% de mujeres con bulimia nerviosa que refieren este tipo de victimización infantil (Oppenheimer, Howells, Palmer y Chaloner, 1985; Root y Fallon, 1988).

Hastings y Kern (1994), en su estudio para determinar si existía una asociación significativa entre el ASI y la bulimia nerviosa en una muestra de 786 estudiantes universitarias que fueron divididas en tres grupos: *a*) bulímicas, *b*) bulímicas subclínicas y *c*) participantes sin patología alimentaria; observaron que entre las primeras, la tasa de victimización sexual infantil era significativamente más elevada que en las demás ($\chi^2_{(2)} = 18,47; p < 0,0001$). En concreto, las autoras hallaron que un 43% de las bulímicas, un 14% de las bulímicas subclínicas y un 6% de las participantes con conducta alimentaria normal, presentaba una historia de abuso sexual en la infancia.

Fullerton, Wonderlich y Gosnell (1995) hallaron que el 29% de las pacientes mujeres con trastornos alimentarios de su estudio presentaba una historia de abuso sexual infantil. No obstante, cuando controlaron por la presencia de abuso físico infantil, el porcentaje de pacientes que sólo había sufrido abuso sexual descendió a un 14%. Las pacientes que habían sufrido ambos tipos de victimización infantil (sexual y física) representaban el 15% de la muestra.

Por su parte, Léonard, Steiger y Kao (2003), en su estudio con 51 pacientes bulímicas, observaron que un 39,2% de las pacientes refería una historia de ASI antes de los 14 años. Asimismo, un 21,6% informó haber sido víctima de ambos tipos de

abuso en la infancia (sexual y físico), y un 60% de las mujeres abusadas sexualmente en la edad adulta, también lo fueron en la infancia (experiencia de revictimización).

Carter, Bewell, Blackmore y Woodside (2006), observaron una elevada frecuencia de ASI en una muestra de 77 pacientes consecutivas mujeres diagnosticadas únicamente de anorexia nerviosa (incluyendo anorexia nerviosa subtipo restrictivo y anorexia nerviosa subtipo compulsivo-purgativo) que recibían tratamiento en una unidad hospitalaria canadiense de trastornos alimentarios. En concreto, casi la mitad de la muestra total (48,1%) reportó haber sido víctima de abuso sexual infantil; y de entre las víctimas, un 84% refirió haber experimentado más de un episodio de abuso (generalmente en manos del mismo perpetrador) y el otro 16%, un único episodio de experiencia sexual abusiva. En cuanto a la figura del perpetrador, el 51,4% de las pacientes victimizadas reveló haber sido abusada por un familiar o un conocido. Y por lo que respecta a la presencia de ASI en los diferentes subtipos de anorexia nerviosa, las pacientes del grupo compulsivo-purgativo era significativamente más probable que informaran de una historia de este tipo de victimización que las pacientes del grupo restrictivo, con un 65% y un 37%, respectivamente ($p < 0,02$).

En España, uno de los pocos estudios que, según nuestro conocimiento, ha abordado el tema del abuso sexual infantil en los trastornos alimentarios es el realizado por Mateos-Agut et al. (2004), los cuales hallaron que de las 152 pacientes diagnosticadas de algún trastorno alimentario (incluyendo anorexia nerviosa restrictiva, anorexia nerviosa compulsiva-purgativa, bulimia purgativa, bulimia no purgativa y trastorno de la conducta alimentaria no especificado) que recibían tratamiento especializado en régimen de hospital de día en el Hospital Divino Vallés de Burgos, 23 de ellas presentaban una historia de abuso sexual infantil, representando el 15,1% de la muestra total.

1.3.2. PREVALENCIA DE ABUSO FÍSICO INFANTIL EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Fullerton et al. (1995), observaron que un 25% de las pacientes con trastornos del comportamiento alimentario habían sufrido abuso físico en la infancia. Sin embargo, al controlar por la presencia de abuso sexual, observaron que este porcentaje se redujo a

un 10%. Sin embargo, Léonard et al. (2003), observaron que más de la mitad de las pacientes bulímicas de su estudio (60,8%), reportaba una historia de AFI antes de los 14 años; y entre las que habían sido víctimas de maltrato físico en la edad adulta, un 33,3% de ellas también lo había sido en la infancia (revictimización). Asimismo, Root y Fallon (1988), informaron de que un 65% de su muestra clínica de pacientes con TCA ($n = 172$), había sufrido maltrato físico en la infancia.

1.3.3. ABUSO INFANTIL COMO FACTOR DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

El abuso sexual infantil y los efectos a largo plazo que este tipo acontecimiento potencialmente traumático puede ocasionar en las víctimas, ha suscitado un gran interés en la literatura científica de las últimas décadas (p.e., Cahill, Llewelyn, y Pearson, 1991; Dinwiddie et al., 2000; Fleming, Mullen, Sibthorpe y Bammer, 1999; López et al., 1995). Ante las semejantes tasas de abuso infantil halladas en diferentes trastornos psiquiátricos, la mayoría de estas investigaciones ha sugerido que el abuso sexual infantil es un factor de riesgo inespecífico de psicopatología general ulterior (p.e., Vize y Cooper, 1995): depresión (Brown, Cohen, Johnson, y Smailes, 1999; López et al., 1995), ansiedad (Cutajar et al., 2010), abuso de alcohol (Jonas et al., 2001), abuso de sustancias (Jonas et al., 2001), trastorno por estrés postraumático (Cantón-Cortés y Cantón, 2010; Jonas et al., 2001), trastornos de personalidad (Cutajar et al., 2010), ideación y conducta suicida (Afifi, Boman, Fleisher y Sareen, 2009; Brown et al., 1999; Rhodes et al., 2012); así como trastornos del comportamiento alimentario (Jonas et al., 2001).

En relación a estos últimos, desde mediados de los 80, se han realizado numerosas investigaciones sobre la posible relación entre los trastornos alimentarios y un historia de abuso sexual infantil (p. e., Bulik, Sullivan y Rorty, 1989; Root y Fallon, 1988; Sloan y Leichner, 1986; Wonderlich et al., 2001b), tanto en muestras clínicas de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario (Favaro, Dalle Grave, y Santonastaso, 1998; van Gerko, Hughes, Hamill y Waller, 2005; Waller, 1993), en otras muestras psiquiátricas (Zlotnick et al, 1996), en muestras comunitarias (Preti, Incani, Camboni, Petretto y Masala, 2006; Romans, Gendall, Martin y Mullen, 2001) y en

muestras de supervivientes de abusos sexuales en la infancia (Moyer, DiPietro, Berkowitz y Stunkard, 1997; Wonderlich et al, 2001b).

Aunque la mayoría de investigaciones realizadas sobre este tema sugieren la inexistencia de una relación específica entre el abuso sexual infantil y los trastornos alimentarios, basándose en las tasas similares de este tipo de victimización halladas en pacientes con trastornos alimentarios así como en mujeres psiquiátricas controles (Folsom et al., 1993) y controles no psiquiátricos (Pope y Hudson, 1992), algunos autores han observado una presencia significativamente mayor de ASI entre las personas que sufren trastornos del comportamiento alimentario (Rayworth, Wise y Harlow, 2004), y especialmente, entre aquellas con bulimia nerviosa o que recurren a conductas compensatorias de tipo purgativo (vómito autoinducido y abuso de laxantes y/o de diuréticos) para controlar el peso y la figura (Carter, Bewell, Blackmore y Woodside, 2006; Hastings y Kern, 1994; van Gerko et al., 2005), en comparación con las personas con anorexia que no utilizan conductas de purga (Waller, Halek y Crisp, 1993). Sin embargo, la inconsistencia en cuanto a las definiciones de abuso sexual infantil, el tipo de diseño, las muestras utilizadas, y/o los aspectos metodológicos utilizados entre los diferentes estudios, dificulta en gran medida la comparación de los resultados por lo que a la prevalencia del abuso sexual infantil en los trastornos alimentarios se refiere (Smolak y Murnen, 2002; Welch y Fairburn, 1994).

En la extensa revisión de Polivy y Herman (2002), sobre los factores implicados en el desarrollo de los trastornos del comportamiento alimentario, se señala el papel del abuso infantil entre los factores de riesgo individuales de estas enfermedades, a pesar de la complejidad e inespecificidad que caracteriza la relación entre ambos fenómenos

En un estudio realizado por Rayworth et al. (2004), con mujeres adultas de la población general de entre 36 y 44 años, donde evaluaron la asociación entre el abuso infantil (sexual y/o físico) y la psicopatología alimentaria, observaron que las mujeres con historia de abuso físico infantil presentaban el doble de probabilidades de padecer síntomas subclínicos de trastorno alimentario (razón de *odds* = 2,0; IC 95% = 1,3 a 3,3) o de cumplir criterios DSM-IV de un trastorno del comportamiento alimentario (razón de *odds* = 2,1; IC 95% = 1,1 a 4,2), en comparación con las mujeres sin tal historia de abuso. Asimismo, las mujeres que habían sufrido ambos tipos de abuso (físico y sexual) durante la infancia tenían el triple de probabilidades de desarrollar sintomatología

alimentaria (razón de *odds* = 3,0; IC 95% = 1,3 a 6,8) y casi el cuádruple de probabilidades de cumplir criterios DSM-IV de un trastorno del comportamiento alimentario (razón de *odds* = 3,9; IC 95% = 1,3 a 11,5). Los autores destacaron que estas asociaciones persistieron en el subgrupo de mujeres sin antecedentes de depresión en el debut del trastorno alimentario.

Por su parte, Romans, Gendall, Martin y Mullen (2001), en su estudio comunitario con mujeres neozelandesas con y sin historia de abuso sexual (antes de los 16 años), observaron que en el grupo de victimizadas, la presencia de trastornos alimentarios era superior que en el de no abusadas. Concretamente, el 84,2% de las mujeres con anorexia nerviosa, el 73,1% de las mujeres con bulimia nerviosa, y el 83,3% de las mujeres que habían sufrido ambos trastornos alimentarios, pertenecían al grupo con historia de abuso sexual.

Jonas et al. (2001), realizaron un importante estudio con una amplia muestra representativa de hombres y mujeres de Inglaterra ($N = 7403$; $> \acute{o} = 16$ años) para cuantificar la relación entre el abuso sexual [infantil (antes de los 16 años) y en la edad adulta ($> \acute{o} = 16$ años)] y trastornos psiquiátricos comunes (abuso de alcohol, abuso de drogas, trastorno por estrés postraumático y trastornos alimentarios). Sus resultados mostraron que el abuso sexual (tanto en la etapa infantil como en la edad adulta) presentaba una sólida relación con todos los trastornos psiquiátricos estudiados (incluyendo los trastornos alimentarios), especialmente cuando el abuso sexual revestía una mayor gravedad (con penetración), con razones de *odds* que oscilaban entre 3,7 y 12,1; o cuando se trataba de las personas revictimizadas en la edad adulta; confirmándose así la relativa no especificidad del abuso sexual en cuanto a factor de riesgo de psicopatología.

Un ejemplo de esto, sería el estudio de Folsom et al. (1993), con una muestra de 102 mujeres con trastornos alimentarios y 49 mujeres con trastornos psiquiátricos generales, donde a pesar de encontrar una importante tasa de abuso sexual en el grupo con trastornos alimentarios, ésta no era significativamente más elevada que la reportada por el grupo psiquiátrico general.

Finalmente, en la Tabla 1.2 se presenta un resumen de los estudios que se han ocupado de abordar el tema de la especificidad del ASI como factor de riesgo de trastornos del comportamiento alimentario.

Tabla 1.2. Investigaciones sobre el abuso sexual infantil como factor de riesgo específico para los TCA

AUTORES	OBJETIVOS	MUESTRA (M)	EVALUACIÓN	CONCLUSIONES
Zlotnick et al. (1996)	Examinar si pacientes con historia de abuso sexual muestran niveles más elevados de conductas y actitudes respecto a la comida más patológicas que el grupo control de no abusadas.	N = 268 mujeres 134 Pacientes psiquiátricas hospitalizadas 92 Abuso sexual infantil (antes de los 16a) 42 No abuso sexual	<i>Eating Disorders Inventory</i> (EDI) Cuestionario para recoger información acerca de las experiencias de abuso sexual.	Las pacientes hospitalizadas con historia de abuso sexual era más probable que presentasen sintomatología alimentaria patológica.
Weiner y Thompson (1997)	Separar las formas de abuso sexual manifiesto y encubierto y evaluar su contribución independiente al desarrollo de la alteración de la imagen corporal y de la conducta alimentaria.	N1 = 107 N2 = 139 (N1 + N2 = Construcción inicial del COSAQ) N3 = 53 (Fiabilidad test-retest dos semanas después) N4 = 140 (Validación final del COSAQ)	<i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (RSS). <i>The Self-Rating Depression Scale</i> (SDS). <i>The Marlowe-Crowne Social Desirability Scale-Short Version</i> (MCSDS). <i>The Body Image Avoidance Questionnaire</i> (BIAQ). <i>The Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire</i> (MBSRQ). <i>The Physical Appearance State and Trait Anxiety Scale</i> (Pastas). <i>Eating Disorder Inventory</i> (EDI) <i>The Covert-Overt Sexual Questionnaire</i> (COSAQ).	Los resultados dan soporte a la importancia de una forma más sutil de trauma infantil (abuso sexual encubierto) en el desarrollo de problemas de imagen corporal y de la conducta alimentaria.
Calam, Horne, Glasgow y Cox (1998)	Identificar los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos psicológicos en víctimas de abuso sexual. Examinar la ocurrencia de un rango de diferentes categorías de trastornos emocionales y conductuales de estos niños. Considerar la contribución que tienen las características del niño, la familia, el abuso y el manejo profesional, sobre los problemas del niño.	N = 144 niños 105 niñas 39 niños 16 años o menos víctimas de abuso sexual	Cuestionario sobre la estructura familiar del niño, perpetrador alegado, consecuencias a corto plazo, etc. Listado breve de 30 ítems para valorar las dificultades psicológicas asociadas a una historia de abuso (pesadillas, depresión, ansiedad, comportamiento sexualizado, problemas alimentarios, etc.) Todas las preguntas eran respondidas por el trabajador social que llevaba el caso del niño	Inicialmente, dos tercios de los niños mostraban indicadores de problemas emocionales y conductuales, principalmente problemas del sueño y depresión. Con el paso del tiempo, hubo un aumento sustancial de la ansiedad y la depresión, los intentos de suicidio, abuso de sustancias, falta de interacción con los compañeros y conducta sexualizada. Los problemas alimentarios se presentaron en un 17% de los niños/as de la muestra al cabo de 2 años de seguimiento, siendo mucho más frecuente la prevalencia de dificultades escolares (39%), los problemas atencionales (33%), la ansiedad y la depresión (31%).

Tabla 1.2. Continuación

<p>Dinwiddie et al. (2000)</p>	<p>Determinar la prevalencia de trastornos psiquiátricos entre gemelos que han sido víctimas de abuso sexual en la infancia y comparar estas tasas con las de gemelos no abusados.</p>	<p>Muestra total compuesta por: 1341 pares de gemelos monozigóticos (940 mujeres y 401 hombres); 776 pares de gemelos dizigóticos (540 mujeres y 236 hombres); 604 pares de mellizos y 553 gemelos únicos (datos de uno solo de los gemelos)</p>	<p>Entrevista SSAGA para obtener información acerca de diferentes síntomas psiquiátricos y generar diagnósticos DSM-III para abuso de alcohol, depresión mayor, trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios, problemas de conducta, etc.) Una pregunta sobre abuso sexual antes de los 18 años de edad.</p>	<p>Un 5,3% de las mujeres abusadas en la infancia y un 2,3 % de las no abusadas, han sufrido algún trastorno alimentario. Por lo que se refiere, a las patologías más frecuentemente presentadas por las víctimas de abuso se encontró que un 37,3% de las mujeres y un 40, 4% de los hombres sufrían o habían sufrido depresión. Paralelamente, un 15,1% y de las mujeres abusadas y un 38% de los hombres abusados tenían o habían tenido problemas de alcoholismo. Finalmente, por lo que se refiere a problemas de conducta, los resultados apuntaban a que un 10,2% de las mujeres abusadas y un 38,5 % de los hombres abusados los padecían o habían padecido.</p>
<p>Wonderlich et al. (2000)</p>	<p>Probar la hipótesis de que los abusos sexuales en la infancia aumentan el riesgo de sufrir alteraciones alimentarias en niños.</p>	<p>N = 40 20 abuso sexual 20 no abuso sexual (Co) Niñas de 10-15 años</p>	<p><i>Cuestionario Infantil del Trauma</i> (CTQ) Escala de relación del cuerpo para adolescentes (BRS) Examen de factores de riesgo McKnight K (MRFS-III) Examen de desórdenes alimentarios en niños (KEDS)</p>	<p>Los resultados apoyan los resultados obtenidos en estudios anteriores con sujetos adultos que indican que una historia de abusos sexuales infantiles está asociada con una insatisfacción por el peso y la imagen corporal, acompañada de conductas de purga y de autorestricción.</p>
<p>Romans, Gendall, Martin y Mullen (2001)</p>	<p>Estudiar cómo algunas mujeres víctimas de ASI llegan a desarrollar un TCA, mientras que otras desarrollan depresión y/o ansiedad y hasta incluso hay otras que no muestran ninguna secuela psicológica. Comparar a las mujeres abusadas con TCA con las mujeres abusadas sin TCA, así como también con las mujeres abusadas con ansiedad y/o depresión pero sin TCA (grupo de comparación psiquiátrico).</p>	<p>N = 477 mujeres adultas de la población general. Dos grupos: Grupo 1: mujeres con historia de ASI antes de los 16 años. Grupo 2: mujeres controles sin historia de ASI.</p>	<p><i>The Parental Bonding Instrument</i> (PBI): evalúa la relación con los padres o tutores legales de la persona. <i>The Present State Examination</i> (PSE): evalúa los trastornos psiquiátricos actuales. <i>The longitudinal form of the PSE</i>: evalúa los trastornos psiquiátricos pasados. ICD-10 <i>eating disorders questions</i>: para evaluar AN y BN. Entrevista para recoger datos concretos sobre la naturaleza y frecuencia del abuso sexual infantil.</p>	<p>Los resultados confirmaron niveles más elevados de TCA en las mujeres que habían sido víctimas de ASI. Pertenecer a una cohorte de edad más joven, la aparición precoz de la menarquia y el estar bajo un nivel elevado de control paternal, aumenta de forma independiente el riesgo de desarrollar un TCA en mujeres que han sufrido ASI. La baja atención y pobre cuidado maternal estaba asociado con el desarrollo de AN, mientras que la aparición precoz de la menarquia diferenciaba a las mujeres con BN. Las edades más jóvenes y la aparición precoz de la menarquia también diferenciaba a las mujeres abusadas con TCA de las mujeres abusadas con depresión y/o ansiedad (grupo control psiquiátrico).</p>

1.3.3.1. Presencia de abuso infantil en la anorexia y la bulimia nerviosas

Vize y Cooper (1995), realizaron un estudio comparativo con pacientes con trastornos alimentarios (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa), pacientes con depresión y controles normales, y observaron que las tasas de abuso sexual infantil de las tres muestras clínicas eran similares.

En un interesante estudio con pacientes con trastornos alimentarios (incluyendo anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) e individuos asintomáticos, Favaro et al. (1998), observaron que la prevalencia reportada de abuso sexual ($\chi^2 = 9,48$; $gl = 3$; $p = 0,02$) y de abuso físico ($\chi^2 = 7,84$; $gl = 3$; $p = 0,05$) difería significativamente entre los subgrupos con trastornos alimentarios. Mientras que el grupo de pacientes con anorexia nerviosa restrictiva era el que presentaba la menor presencia de abuso sexual (3%) y de abuso físico (8%), con tasas similares a las informadas por el grupo asintomático (2,5% de abuso sexual y 2,5% de abuso físico); los grupos de pacientes con anorexia nerviosa tipo compulsivo-purgativo (25%) y con bulimia nerviosa purgativa (26%) fueron los que mostraron la mayor incidencia de abuso sexual. Y por lo que se refiere a la victimización física, las mayores tasas fueron reportadas por los dos grupos con bulimia nerviosa (26%: bulimia purgativa y 25%: bulimia no purgativa).

En esta misma línea, Steiger y Zanko (1990), observaron que en los grupos de mujeres con trastornos alimentarios y en las mujeres controles psiquiátricas de su estudio existía una prevalencia similar de abuso sexual infantil (incluyendo el abuso de tipo incestuoso como el de tipo extrafamiliar). Paralelamente, entre los grupos con trastornos alimentarios, las mujeres con bulimia nerviosa fueron las que presentaron una mayor prevalencia de abuso respecto a los otros grupos de trastornos alimentarios y las mujeres controles normales; en cambio, el grupo de anoréxicas restrictivas, reportó una baja presencia de ambos tipos de victimización sexual (incesto y abuso extrafamiliar).

Por su parte, Webster y Palmer (2000), en un estudio realizado en Leicester (Inglaterra), con una muestra total de 160 mujeres nacidas en Gran Bretaña de entre 18 y 49 años constituida por 3 submuestras: *a*) submuestra de trastornos alimentarios ($n = 80$ pacientes hospitalizadas o ambulatorias), que a su vez estaba compuesta por tres grupos en función del subtipo diagnóstico de TCA: 32 bulímicas (BN), 28 anoréxicas

(AN) y 20 pacientes que cumplían los criterios de ambos trastornos (AN+BN); *b*) submuestra con depresión ($n = 40$ pacientes hospitalizadas o ambulatorias) controlando por la presencia actual o anterior de un trastorno alimentario, y *c*) submuestra sin psicopatología actual ($n = 40$ mujeres provenientes de una consulta médica general; controlando por una historia de algún trastorno alimentario, pero no de otros trastornos psiquiátricos, incluida la depresión). Todas las participantes fueron entrevistadas con el *Childhood Experience of Care and Abuse Interview* (CECA, Bifulco et al., 1994, cfr. Webster y Palmer, 2000, p.55) y se les administró el autoinforme *Sexual Life Events Instrument* (SLEI, basado en Finkelhor, 1979; cfr. Webster y Palmer, 2000, p.55). Al realizar los análisis comparativos entre los diferentes grupos de estudio, no se observaron diferencias significativas entre el grupo de anoréxicas y el grupo control sin psicopatología, en ninguna de las variables estudiadas (incluyendo el abuso físico infantil y abuso sexual infantil). Sin embargo, las pacientes bulímicas reportaron significativamente más adversidad general en la infancia, falta de cuidado y desacuerdo que el grupo control sin psicopatología. El grupo de pacientes con AN+BN presentó unos resultados similares que el grupo de bulímicas, pero además informó de niveles significativamente más elevados de indiferencia, antipatía, y abuso físico infantil. En cuanto al grupo de pacientes depresivas, informaron de una infancia más problemática que las mujeres controles sin psicopatología, alcanzando significación estadística en las escalas indiferencia, antipatía, alto control, desacuerdo, abuso físico y adversidad general, lo cual representaba un patrón de resultados semejante al obtenido por los grupos con bulimia nerviosa y con AN+BN, y a su vez, presentaban puntuaciones significativamente más elevadas que las pacientes anoréxicas en indiferencia, antipatía, control, falta de cuidado y experiencias sexuales abusivas en la infancia en general. Cuando los autores compararon al grupo de anoréxicas con el grupo combinado de pacientes con conductas bulímicas (pacientes bulímicas + pacientes AN+BN), éste último puntuaba significativamente más alto en las escalas relativas a indiferencia, control, falta de cuidado y adversidad general. Por su parte, los dos grupos bulímicos (BN vs AN+BN) presentaron resultados semejantes. A pesar de que Webster y Palmer (2000) no hallaron diferencias significativas en las tasas de abuso sexual infantil cuando compararon a los grupos clínicos con el grupo control, sí observaron una significativa mayor presencia de experiencias sexuales en la infancia en general y de experiencias sexuales antes de los 13 años, en el grupo con depresión respecto al grupo con anorexia nerviosa y al grupo con bulimia nerviosa, respectivamente. Ante estos resultados, los

autores concluyeron que la adversidad en la infancia podría estar implicada en el desarrollo posterior de la bulimia nerviosa pero no de la anorexia nerviosa.

Más recientemente, van Gerko et al. (2005), en su estudio con 299 pacientes mujeres con trastornos alimentarios observaron que, en general, un 28,8% de las mujeres revelaba una historia de abuso sexual infantil. Entre los grupos que no utilizaban conductas de purga (anorexia restrictiva y trastorno por atracón), la tasa de abuso era comparativamente baja, pero más elevada entre las anoréxicas atípicas; sin embargo, este patrón de diferencias entre todos los grupos diagnósticos no alcanzó significación estadística ($\chi^2 = 11,8$; $gl = 6$; $p = 0,066$). Paralelamente, al estudiar la relación entre este tipo de victimización y la presencia o ausencia de cualquier conducta de purga (vómito autoinducido, abuso de laxantes, abuso de diuréticos), hallaron que entre las pacientes que no recurren a conductas de purga, un 17,4% informaba una historia de victimización en la infancia, mientras que entre el grupo de pacientes purgativas, este porcentaje ascendía a un 33,8%, siendo esta diferencia altamente significativa ($\chi^2 = 8,39$; $gl = 1$; $p = 0,004$). Ante estos hallazgos, los autores sugieren que el abuso sexual infantil parece estar relacionado con los síntomas de tipo bulímico, pero no con las conductas compensatorias de tipo restrictivo y no purgativo como el ejercicio físico. Asimismo, van Gerko et al. (2005) concluyen que el abuso sexual infantil podría actuar como un moderador de la asociación entre otros factores causales y el desarrollo de la patología alimentaria, más que tratarse de un factor causal en sí mismo.

Fullerton et al. (1995), hallaron que las pacientes bulímicas y las pacientes con trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE) informaban más frecuentemente de una historia ASI exclusivamente (16%) que las pacientes anoréxicas (6%). Paralelamente, las pacientes con anorexia subtipo compulsivo-purgativo reportaron una mayor presencia de maltrato físico infantil únicamente (22%) que las pacientes bulímicas (11%), las anoréxicas restrictivas (5%) y las pacientes con TCANE (9%). Asimismo, los autores observaron que las pacientes con anorexia restrictiva referían con menor frecuencia (6%) haber sido víctimas de ambos tipos de abuso infantil (sexual y físico) que las pacientes con anorexia subtipo compulsivo-purgativo (11%), las pacientes con TCANE (15%) o las pacientes bulímicas (19%).

En un meta-análisis realizado por Smolak y Murnen (2002), que incluía 53 estudios, las autoras evaluaron la magnitud y la consistencia de la relación entre el abuso sexual infantil y los trastornos alimentarios, así como los factores metodológicos que contribuyen a la heterogeneidad de esta relación. En los estudios que comparaban a grupos de víctimas de abuso sexual infantil con grupos de personas no victimizadas por lo que a la incidencia de trastornos alimentarios o problemas con la alimentación se refiere, sólo 14 proporcionaban esta información; siendo de alrededor un 40% en los grupos con presencia de abuso y de un 20%, en los grupos controles no victimizados. Por otro lado, en los 20 estudios que comparaban a grupos de individuos con trastornos alimentarios con grupos controles sin trastorno alimentario en la presencia de ASI reportada, un 23,43% de las personas con trastorno alimentario y un 13,74% de las personas de los grupos control, informaron de una historia de victimización. Ante estos hallazgos, las autoras destacan que los estudios que usan el estatus de abuso como la variable independiente muestran un valor r más de dos veces que el de los estudios donde el trastorno alimentario era la variable para formar los grupos. No obstante, a partir de los resultados obtenidos, Smolak y Murnen (2002) sugieren que existe una pequeña, aunque fiable relación significativa entre el abuso sexual infantil y los trastornos alimentarios (o la psicopatología alimentaria), a pesar de la importante heterogeneidad observada en los hallazgos relativos a la relación entre estos dos fenómenos. Las autoras refieren dos posibles razones para esta heterogeneidad que no permite concluir con precisión la manera en que se relacionan el abuso sexual infantil y los trastornos alimentarios: 1) la gran diversidad de variables mediadoras y moderadoras que podrían afectar la extensión y naturaleza de la citada relación y 2) la manifiesta inconsistencia metodológica existente en este campo de estudio (claras diferencias en las definiciones entre estudios, la utilización de pacientes no clínicos, algunos donde sólo hay un grupo clínico, etc.).

Deep, Lilienfeld, Plotnicov, Pollice y Kaye (1999), examinaron si existían diferencias en las tasas de abuso sexual infantil en los diferentes subtipos de trastornos alimentarios. Para tal fin, estudiaron a 26 pacientes mujeres con anorexia nerviosa (AN), 20 pacientes mujeres con bulimia nerviosa y dependencia de sustancias comórbida (BN+DS) y 27 pacientes mujeres con bulimia sin dependencia de sustancias (BN-DS), y además de compararlas entre ellas, también las compararon con un grupo control de 44 mujeres. Los autores observaron diferencias significativas en las tasas

generales de abuso sexual presentadas por los 4 grupos. Los análisis revelaron que los tres grupos de pacientes presentaban porcentajes de abuso sexual infantil significativamente más elevados que el grupo control (7%). A su vez, entre los grupos clínicos con trastornos alimentarios, el grupo de pacientes con bulimia nerviosa y dependencia de sustancias comórbida fue el que mostró la mayor presencia y gravedad de victimización sexual infantil (65%), en comparación con las pacientes bulímicas sin dependencia de sustancias comórbida (37%; $\chi^2 = 3,6$; $p = 0,03$) y con las pacientes anoréxicas (23%; $\chi^2 = 8,2$; $p = 0,01$).

En la Tabla 1.3 se presenta un resumen de los principales estudios sobre la relación existente entre abuso sexual infantil y bulimia nerviosa.

Tabla 1.3. Investigaciones sobre abuso sexual infantil y bulimia nerviosa

AUTORES	OBJETIVOS	MUESTRA (N)	EVALUACIÓN	CONCLUSIONES
Caspery Lyubomirsk (1997)	Determinar si la psicopatología familiar e individual median la relación entre experiencias sexuales no deseadas y conducta bulímica.	N = 153 61 mujeres BN (16-54a) 92 mujeres no BN (14-63a) : Co	EAT Conducta alimentaria Experiencias sexuales no deseadas BDI (malestar emocional y suicidio) Conducta impulsiva Uso de sustancias Psicopatología familiar	El primer foco de tratamiento no debería ser la situación traumática, sino las consecuencias que ésta tendría para la persona a largo plazo. La conducta bulímica está significativamente relacionada con el abuso sexual. Síntomas depresivos, suicidio y conducta impulsiva (y no el abuso de sustancias) fueron los componentes de la psicopatología individual más directamente asociada con bulimia nerviosa.
Dansky, Brewerton, Kilpatrick, O'Neil (1997)	Estudiar la relación entre la victimización y el desarrollo de la bulimia nerviosa y del trastorno por atracón.	N = 3.006 mujeres de una muestra comunitaria representativa	1 pregunta de <i>screening</i> para detectar posibles casos de BN y de trastorno por atracón. Si la respuesta a esta pregunta era "sí" = Criterios diagnósticos para BN y trastorno por atracón según DSM-IV. 4 preguntas de <i>screening</i> para detectar posibles víctimas de abuso sexual. Si la respuesta a alguna de estas 4 preguntas era "sí" = Preguntas acerca de la edad que tenían cuando se produjo la violación, si fue un hecho aislado o se repitió en más de una ocasión, etc. <i>Nayional Women's Study (NWS) PTSD module</i> : instrumento de <i>screening</i> para el Trastorno de Estrés Postraumático.	La prevalencia de violación entre las mujeres con BN (26,6%) era significativamente más elevada que la de las mujeres con trastorno por atracón (11,5%) y que la de las mujeres sin TCA (13,3%). En comparación con las mujeres con trastorno por atracón y con las mujeres sin BN ni Trastorno por Atracón, la historia de ASI era significativamente más prevalente entre las mujeres con BN (26,8%), al igual que también lo era la historia de Trastorno por Estrés Postraumático (36,9%). Tipos específicos de la alteración alimentaria como las conductas compensatorias en BN estaban asociadas con niveles más elevados de victimización. Las características específicas del asalto sexual no estaban relacionadas con los patrones disfuncionales alimentarios. En resumen, los niveles significativamente más elevados de violación y abuso sexual entre las mujeres con BN en comparación con las mujeres sin tal diagnóstico, apoyan la hipótesis de que la victimización puede contribuir al desarrollo y/o mantenimiento de la BN.
Perkins y Luster (1999)	Observar la relación entre ASI y BN (conducta de purga). Y determinar si la relación entre abuso y purga continua siendo significativa cuando se controlan otros factores.	N = 7903 Chicas adolescentes (12-17a)	Search Institute's profiles of Student Life: <i>Attitude & Behavior Questionnaire (ABQ)</i> Conducta bulímica Educación por parte de los padres ASI, AFi, Religiosidad, Apoyo familiar (ABQ) Comunicación paterno-filial (ABQ) Apoyo de otros adultos (ABQ)	No se encontró una relación significativa entre ASI y purga cuando las variables individuales, familiares y extra-familiares se incluían en la regresión logística. La identificación de predictores significativos de purga a nivel individual, familiar y extra-familiar sugiere la importancia de examinar múltiples niveles en la ecología de los adolescentes para factores que pueden influir en esta conducta. Existe una relación significativa entre ASI y purga.

Tabla 1.3. Continuación

<p>Thompson, Wonderlich, Crosby y Mitchell (2001)</p>	<p>Evaluar la relación entre violencia sexual y prácticas de control de peso entre chicas adolescentes. Dilucidar los efectos del ambiente familiar en esta relación y determinar si un control débil de los impulsos media tal asociación.</p>	<p>N = 2.629 chicas adolescentes de entre 14 y 18 años.</p>	<p><i>The Youth Risk Behavior Survey (YRBS)</i>: Inventario de 93 ítems relacionados con conductas de riesgo en la adolescencia. De éstos ítems sólo se utilizaron los que hacía referencia a: Conductas de purga (vómito autoinducido y abuso de laxantes); consumo de píldoras para adelgazar; violencia sexual; variables demográficas (edad, curso académico y raza/etnia); circunstancias familiares adversas e impulsividad conductual.</p>	<p>Los resultados muestran que los contactos sexuales indeseados aumentan entre un 6 y un 13% la probabilidad de que las chicas empleen técnicas inadecuadas de control de peso. Después de controlar las características demográficas y el ambiente familiar, la asociación entre violencia sexual y las prácticas de control de peso (conductas de purga y píldoras para adelgazar) continuaba estando presente. La impulsividad no mediaba esta relación de forma significativa, aunque sí estaba altamente asociada con las conductas de purga y el uso de píldoras adelgazantes. Estos resultados sugieren que la violencia sexual tiene implicaciones inmediatas como factor de riesgo para las técnicas inadecuadas de control de peso en la adolescencia.</p>
<p>Murray y Waller (2002)</p>	<p>Evaluar la hipótesis de que la vergüenza actúa como un mediador en la relación entre abuso sexual y actitudes bulímicas.</p>	<p>N = 214 mujeres universitarias de entre 17 y 40 años</p>	<p><i>Sexual Events Questionnaire-2</i> <i>Bulimia Test (BULIT)</i> <i>Internalized Shame Scale (ISS)</i>.</p>	<p>Los resultados fueron compatibles con un modelo donde los niveles de vergüenza explicaban parcialmente la relación entre una historia de abuso sexual y psicopatología bulímica, pero explicaban totalmente la relación entre abuso sexual intrafamiliar y actitudes bulímicas.</p>
<p>Léonard, Steiger y Kao (2003)</p>	<p>Evaluar las relaciones existentes entre abuso físico y sexual infantil en mujeres bulímicas y las alteraciones alimentarias, los síntomas psiquiátricos y la probabilidad de un abuso tardío en la edad adulta.</p>	<p>N = 76 mujeres 51 pacientes externas con BN 25 mujeres universitarias sin problemas alimentarios</p>	<p><i>Eating Disorders Examinations (EDE)</i> <i>Eating Attitudes Test – 26 (EAT-26)</i> <i>Childhood Trauma Interview (CTI)</i> <i>Trauma Assessment for Adults (TAA)</i> <i>The Dimensional Assessment of Personality Pathology Basic Questionnaire (DAPP-BQ)</i> <i>The Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)</i> <i>The Barrat Impulsivity Scale (BIS)</i> <i>The Dissociative Experiences Scale (DES)</i></p>	<p>En comparación con las mujeres sin problemas alimentarios, las chicas bulímicas informaron de niveles más elevados de abuso infantil. Aunque las pacientes bulímicas mostraron más psicopatología que las mujeres no bulímicas, hubo una correspondencia entre la presencia y severidad del abuso y la gravedad de los síntomas psicopatológicos concurrentes. Los resultados revelaron que existía una relación entre los síntomas disociativos y de sumisión y las formas de abuso más graves. El abuso en la edad adulta casi siempre estaba precedido por abuso en la infancia. Estos resultados sugieren una asociación entre ciertos rasgos psicopatológicos y la probabilidad de abuso (especialmente si se daba en la infancia y en la edad adulta).</p>

Algunos de los principales estudios que han abordado el hecho de si el abuso sexual infantil es más prevalente en la bulimia nerviosa que en la anorexia nerviosa se presentan a continuación en la Tabla 1.4.

Tabla 1.4. Investigaciones sobre abuso sexual infantil y anorexia y bulimia nerviosas

AUTORES	OBJETIVOS	MUESTRA (N)	EVALUACIÓN	CONCLUSIONES
Nagata, Kiriike, Iketani, Kawarada, y Tanaka (1999)	Estudiar la prevalencia de hechos traumáticos en pacientes japoneses con TCA, y examinar la relación entre tales situaciones traumáticas y las características clínicas.	N = 135 33 AN restrictiva 40 AN purgativa 63 BN purgativa 99 Controles sanas estudiantes de enfermería	Diagnóstico TCA: criterios DSM-IV <i>The Physical and Sexual Abuse Questionnaire (PSA)</i> <i>Eating Disorders Inventory (EDI)</i> <i>Dissociation Experience Scale (DES)</i>	Paradójicamente, el abuso sexual leve fue más prevalente entre el grupo control que entre las pacientes con TCA. Sin embargo, las historias de abuso físico fueron más frecuentes entre las pacientes purgativas (AN purgativa y BN) que entre las anoréxicas restrictivas y el grupo control. Sólo el grupo de AN purgativa y BN que habían sufrido maltrato físico mostraban puntuaciones más altas en el DES y mayor porcentaje de automutilación (67% vs. 33%) en comparación con las pacientes sin tal historia de maltrato. Una historia de abuso no es esencial ni un prerrequisito necesario para desarrollar un TCA en Japón.
Webster y Palmer (2000)	Determinar si los antecedentes infantiles, pueden tener significación etiológica en la anorexia y bulimia nerviosas.	N = 160 mujeres (18-49a) 80 TCA 40 grupo comparación con TCA de otro hospital 40 no TCA	<i>Childhood Experience of Care and Abuse Interview (CECA)</i> <i>Sexual Life Events Instrument (SLEI)</i>	La adversidad en la infancia (evaluada con la CECA) puede jugar una parte en la causación de la bulimia nerviosa pero no en la de la anorexia nerviosa. Es posible que influencias familiares más específicas o sutiles puedan ser relevantes.
Wonderlich, et al. (2000)	Evaluar la hipótesis de que el abuso sexual en la infancia aumenta el riesgo de padecer alteraciones alimentarias en niños	N = 40 niñas de entre 10 y 15 años. 20 niñas con ASI y 20 niñas controles sin ASI	<i>Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)</i> <i>Body Rating Scales for Adolescents (BRS)</i> <i>McKnight Risk Factor Survey (MRFS-III)</i> <i>Kid's Eating Disorders Survey (KEDS)</i>	Los resultados mostraron que las niñas abusadas presentaban niveles más elevados de insatisfacción corporal y de conductas de purga y restricción. Además, las niñas abusadas revelaban comer menos que las niñas controles cuando se encontraban emocionalmente disgustadas. Las niñas abusadas era menos probable que mostraran tendencias perfeccionistas pero era más probable que desearan siluetas más delgadas que las niñas controles. Estos resultados apoyan hallazgos previos con sujetos adultos que indican que una historia de abuso sexual infantil está asociada con la insatisfacción por el peso y la silueta, así como también con conductas de purga y restricción alimentaria.
Gáti, Tényi, Túry y Wildmann (2002)	Comprobar si el acoso sexual a través de internet contribuye al desarrollo de sintomatología de AN-R	N = 1 chica de 16 años con AN restrictiva Estudio de caso único	Criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa según DSM-IV	Los síntomas de AN restrictiva (amenorrea secundaria, restricción alimentaria, pérdida de 23Kg, etc.) se iniciaron justo después del inicio del acoso sexual a través de internet. Los resultados apuntan a que una situación de acoso sexual "on-line" puede llevar al desarrollo de la AN restrictiva, la sintomatología de la cual estaba asociada con la "escatología a través del ordenador" (p.e., leer las perversiones sexuales que el abusador tenía con la paciente; la persecución virtual a la que la sometía, etc.)

Una vez observada la fuerte relación existente entre el abuso sexual infantil y las conductas bulímicas, sería interesante conocer las funciones que tales conductas de purga desempeñan en las personas que han sufrido malos tratos.

1.3.4. ABUSO SEXUAL INFANTIL Y GRAVEDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA

La literatura científica que aborda los efectos del abuso sexual infantil en la sintomatología alimentaria, en general sugiere que este tipo de victimización no implicaría una mayor gravedad de la sintomatología alimentaria (Folsom et al., 1993; Fullerton, Wonderlich y Gosnell, 1995; Smolak, Levine y Sullins, 1990). No obstante, también hay autores que sí han hallado mayores niveles de actitudes y conductas alimentarias patológicas entre las víctimas de abuso sexual infantil en comparación con las personas que no refieren tal historia de abuso (Zlotnick et al., 1996).

Zlotnick et al. (1996), realizaron un estudio con 134 pacientes psiquiátricas hospitalizadas para examinar si aquellas que reportaban haber sido abusadas sexualmente en la infancia (un 69% de la muestra total) presentaban más psicopatología alimentaria que el grupo control de no abusadas. Mediante un modelo de regresión logística, los autores observaron que el compuesto de subescalas del EDI estaba significativamente asociado con una historia de abuso sexual infantil ($\chi^2 = 32$; $gl = 8$; $p = 0,0001$). Concretamente, se observaron diferencias significativas entre las pacientes con historia de abuso sexual y el grupo control en las puntuaciones de las escalas del EDI relativas a la *Obsesión por la delgadez* ($t = 3,06$; $gl = 91,41$; $p = 0,003$), *Desconfianza interpersonal* ($t = 2,98$; $gl = 91,41$; $p = 0,003$), *Perfeccionismo* ($t = 4,09$; $gl = 91,41$; $p = 0,0001$), y *Conciencia Interoceptiva* ($t = 3,89$; $gl = 91,41$; $p = 0,0001$), siendo las puntuaciones en estas escalas del grupo victimizado significativamente más elevadas que las obtenidas por el grupo de pacientes sin historia de abuso. Sin embargo, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en la subescala *Bulimia* ($t = 1,71$; $gl = 91,41$; $p = ns$), *Miedo a la Madurez* ($t = 1,69$; $gl = 91,41$; $p = ns$), *Ineficacia* ($t = 1,55$; $gl = 91,41$; $p = ns$) e *Insatisfacción Corporal* ($t = 1,73$; $gl = 91,41$; $p = ns$). Ante estos hallazgos, los autores concluyen que los pacientes con historia de abuso sexual es más probable que presenten psicopatología alimentaria.

Más recientemente, y en la misma línea que Zlotnick et al. (1996), Carter et al. (2006), en su estudio con una muestra clínica de 77 pacientes mujeres hospitalizadas con anorexia nerviosa, hallaron que las pacientes con historia de abuso sexual infantil presentaban una puntuación media significativamente más elevada en la escala Global del EDE-Q ($t = 2,66$; $p = 0,010$) y consecuentemente, mayor gravedad de psicopatología alimentaria que las pacientes no victimizadas.

Wonderlich et al. (2007), en su estudio sobre trauma infantil (incluyendo abuso físico, abuso sexual, abuso emocional y abandono físico) y conducta alimentaria alterada con 123 mujeres bulímicas (18-55 años; $M = 24,9$ años; $DS = 7,29$), observaron que el abuso emocional estaba asociado con mayor gravedad de psicopatología alimentaria, tanto si era analizado independientemente de los otros tipos de abuso como controlando por los efectos de los otros tipos de abuso. Paralelamente, el abuso sexual infantil presentaba relación significativa con mayor frecuencia de conductas purgativas, incluso controlando por los otros tipos de abuso. En este sentido, los autores concluyen que el trauma infantil puede estar asociado con la sintomatología alimentaria de carácter bulímico.

Contrariamente, Fullerton et al. (1995), en su estudio con 712 pacientes mujeres con trastornos alimentarios donde examinaron la relación entre el abuso sexual o físico infantil y la gravedad sintomatológica del trastorno, no hallaron diferencias significativas entre las pacientes con y sin historia de victimización por lo que frecuencia de atracones, frecuencia de vómitos, o frecuencia de laxantes, diuréticos o pastillas para adelgazar en las últimas dos semanas se refiere [$F(3, 239) = 1,09$; $p = n.s.$].

En afinidad con los hallazgos de Fullerton et al. (1995), Favaro et al. (1998), en su estudio con un grupo de pacientes mujeres con trastornos alimentarios y un grupo control asintomático de estudiantes universitarias, no detectaron una asociación significativa entre las experiencias de abuso sexual y/o físico y la gravedad de la psicopatología alimentaria entre los subgrupos con trastorno alimentario. Más específicamente, no se observaron diferencias significativas entre las pacientes abusadas y no abusadas de los grupos con anorexia nerviosa y con bulimia nerviosa por lo que a ciertos índices de gravedad del trastorno alimentario se refiere (incluyendo la edad, el índice de masa corporal, la duración de la enfermedad, la frecuencia de los atracones y

la frecuencia de los vómitos), incluso después de controlar por los síntomas psiquiátricos y la disociación. Los autores tampoco observaron diferencias significativas entre las pacientes con y sin historia de abuso del grupo de pacientes con anorexia nerviosa y del grupo de pacientes con bulimia nerviosa en relación al *Eating Disorders Inventory* (EDI) y al *The Symptom Checklist* (SCL), excepto en la subescala *Ansiedad* del SCL en las anoréxicas ($2,1 \pm 0,9$ vs $1,4 \pm 0,8$; $t = 2,77$; $gl = 83$; $p = 0,007$) y las subescalas *Obsesión por la Delgadez* ($16,8 \pm 3,8$ vs $13,4 \pm 5,1$; $t = 3,05$; $gl = 62,83$; $p = 0,003$) y *Conciencia Interoceptiva* ($16,2 \pm 6,1$ vs $12,0 \pm 7,1$; $t = 2,52$; $gl = 65$; $p = 0,01$) del EDI en las bulímicas. Y en cuanto al grupo control asintomático, entre las estudiantes con y sin historia de abuso tampoco se detectaron diferencias significativas en relación a la edad, el IMC, las puntuaciones en todas las subescalas del EDI ni en el SCL, excepto en la subescala *Sensibilidad Interpersonal* del SCL ($1,6 \pm 0,3$ vs $1,1 \pm 0,7$; $t = 3,38$; $gl = 8,82$; $p = 0,008$). Ante estos resultados, Favaro et al. (1998) concluyen que la sola presencia de abuso físico y sexual, sin tener en consideración la gravedad del mismo, no está relacionada con la gravedad de psicopatología alimentaria.

En un reciente estudio, Racine y Wildes (2015), plantearon la posibilidad de que el abuso infantil (emocional, sexual o físico) estuviera vinculado con las dificultades en la regulación emocional y con la gravedad de la sintomatología alimentaria en pacientes con anorexia nerviosa ($n = 188$; 95,7% mujeres; > de 16 años). Según las propias autoras, se trataría de la primera investigación en abordar esta cuestión en pacientes con anorexia nerviosa. Sus resultados mostraron que, de entre las experiencias de abuso examinadas, el abuso emocional fue el que presentó una relación más sólida con las dificultades en la regulación emocional y con la gravedad de la sintomatología anoréxica. Asimismo, la disregulación emocional resultó mediar completamente la relación entre el abuso emocional infantil y la sintomatología de la anorexia nerviosa (tanto de tipo restrictivo como de tipo compulsivo-purgativo).

En la Tabla 1.5 se presenta un resumen con algunos de los estudios más relevantes entorno al tema que nos ocupa.

Tabla 1.5. Investigaciones sobre abuso sexual y gravedad del TCA

AUTORES	OBJETIVOS	MUESTRA (N)	EVALUACIÓN	CONCLUSIONES
Favaro, Dalle Grave, Santonastaso (1998)	Explorar el impacto del abuso sexual o físico entre pacientes con TCA y pacientes asintomáticos.	N = 155 86 anorexia nerviosa 69 bulimia nerviosa 81 asintomáticos	<i>The Symptom Checklist (SCL-90)</i> EDI <i>Dissociation Questionnaire (DIS-Q)</i>	Entre los pacientes con TCA no se encontró una asociación significativa entre experiencias de abuso y la gravedad del TCA, ni entre el abuso y los síntomas disociativos. Entre los pacientes con TCA, las conductas autodestructivas parecen ser el predictor más importante de una historia de abuso sexual y/o físico. Contrariamente, entre el grupo asintomático, la puntuación en el cuestionario de disociación es el único predictor significativo de haber tenido experiencias de abuso.
Waller (1998)	Examinar el rol potencial del abuso sexual por lo que se refiere al control percibido en TCA.	N = 55 mujeres con TCA 15 anorexia nerviosa 40 bulimia nerviosa	EAD <i>Locus of Control Scale</i> Entrevista sobre ASI IMC	El trabajo clínico con mujeres con TCA que tenía historia de abuso sexual podrían beneficiarse particularmente del trabajo focalizado en las cogniciones referentes al control personal. La historia de abuso sexual estaba asociada con niveles más bajos de control personal percibido. Un locus de control más externo estaba asociado a una psicopatología alimentaria más grave entre mujeres abusadas, especialmente si el abuso había sido más grave. Contrariamente, no había relación entre las mujeres que no tenían historia de abuso sexual.
Wonderlich et al. (2001b)	Examinar la relación entre trauma sexual y alteraciones de la conducta alimentaria, teniendo en cuenta los efectos del período evolutivo de la víctima y los efectos de múltiples abusos sexuales.	N = 97 mujeres adultas Grupo 1: n = 26; víctimas de ASI Grupo 2: n = 21; víctimas de violación en la edad adulta. Grupo 3: n = 25; víctimas de ASI y violación Grupo 4: n=25; controles (sin historia de ASI ni de violación).	<i>Appearance Schemas Inventory ASI</i> <i>Imagen corporal Avoidance Questionnaire (BIAQ)</i> <i>Impulsive Behavior Scale (IBS)</i> <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID-I/P)</i> <i>Eating Disorders Examination (EDE)</i> <i>Multi-impulsive Binge Eating</i>	Las víctimas de ASI se diferenciaban de las controles en las medidas relativas a las alteraciones alimentarias, siendo el grupo que había sufrido ASI y violación (grupo 3) el que era más probable que presentase psicopatología relacionada con la alimentación. Las víctimas de ASI también se distinguían por sus elevados niveles de conductas alimentarias alteradas y por sus múltiples formas de conducta impulsiva autodestructiva. Este estudio proporciona soporte adicional para la asociación entre ASI y problemas de la conducta alimentaria. El ASI puede estar especialmente asociado con la presencia de episodios de sobreingesta compulsiva y varias otras formas de conductas autodestructivas.

1.3.4.1. Características específicas del abuso y el tipo y gravedad de sintomatología alimentaria

Paralelamente, otra cuestión que ha generado un notable interés ha sido la posible relación entre características específicas del abuso y el tipo y gravedad de sintomatología alimentaria. Un ejemplo de ello, es el estudio de Anderson, LaPorte y Crawford (2000), con 45 pacientes bulímicas hospitalizadas que presentaban una historia de abuso sexual infantil. Después de entrevistar a las pacientes para evaluar el abuso sexual infantil, estos autores examinaron si aspectos específicos del abuso (intrafamiliar *vs* extrafamiliar, con o sin uso de la fuerza física, simple *vs* múltiples incidentes, abuso temprano *vs* abuso después de los 14 años, con o sin contacto físico, revelado o sin revelar, y abuso físico/sexual combinado *vs* sólo abuso sexual) estaban asociados con la gravedad de la patología alimentaria y de la sintomatología depresiva, evaluadas mediante los autoinformes EDI-2 y BDI, respectivamente. No obstante, en los análisis multivariantes de la varianza (MANOVA) que realizaron, no observaron ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de pacientes con y sin historia de ASI, ni tampoco entre los grupos con y sin historia de ambos tipos de abuso (sexual y físico), por lo que a la gravedad del desorden alimentario y de la sintomatología depresiva se refiere.

De manera similar, Wonderlich et al. (2001b), se interesaron por la posible relación entre la victimización sexual (incluyendo el abuso sexual infantil y la violación) y la conducta alimentaria alterada, la psicopatología general y la impulsividad. Estos autores consideraron además, la etapa evolutiva de la víctima en el momento del abuso (infancia *vs* edad adulta) y el efecto de haber sufrido múltiples episodios de agresión sexual. Las participantes eran mujeres adultas que se dividieron en 4 grupos: *a*) víctimas de abuso sexual infantil, *b*) víctimas de violación en la edad adulta, *c*) víctimas de abuso sexual infantil y de violación, y *d*) controles sin ningún trauma sexual. Al comparar a los 4 grupos de estudio mediante los análisis multivariantes e univariantes en las 4 subescalas actitudinales del *Eating Disorder Examination* (EDE, Fairbun y Cooper, 1993, cfr. Wonderlich et al., 2001b, p. 404), los autores observaron que las mujeres que habían sufrido abuso sexual infantil y las del grupo con abuso sexual infantil y violación, presentaban significativamente mayores niveles de sintomatología alimentaria alterada (en las subescalas *Preocupación por la*

Comida y Preocupación por la Silueta) que las controles, además de múltiples formas de conductas impulsivas y autodestructivas diversas. Paralelamente, también hallaron que las víctimas del grupo con abuso sexual y violación eran las que presentaban más probabilidad de padecer psicopatología alimentaria (en las subescalas *Restricción* y *Preocupación por el Peso*) en comparación con los otros tres grupos de estudio, sin estos últimos mostrar diferencias significativas entre ellos. Ante estos hallazgos los autores concluyeron que el abuso sexual infantil puede incrementar el riesgo de psicopatología alimentaria y destacaron que “(...) early trauma may sensitize an individual’s reaction to later adversity or traumatic experience” (Wonderlich et al., 2001b, p.409).

En un estudio anterior, Waller (1992), en el estudio que realizó con una muestra clínica de 40 mujeres bulímicas observó que la victimización sexual infantil estaba asociada a una mayor frecuencia de atracones y, en menor medida, también de vómitos autoinducidos. Asimismo, Waller detectó que la gravedad de estos síntomas era aún mayor cuando el abuso había sido perpetrado por un familiar, había implicado uso de la fuerza, o cuando había sucedido antes de que la víctima tuviera 14 años.

Por su parte, Hastings y Kern (1994), clasificaron a su amplia muestra de estudiantes universitarias ($N = 796$) en tres grupos mediante el *Bulimia Test-Revised* (BULIT-R, Thelan et al., 1991; cfr. Hastings y Kern, 1994, p.105): bulímicas (3,8%), bulímicas subclínicas (4,7%) y 719 jóvenes normales, con el objetivo de examinar si existía una asociación significativa entre la bulimia y el abuso sexual infantil utilizando definiciones restrictivas de ambos fenómenos, así como de estudiar las relaciones entre el ambiente familiar, el abuso sexual infantil y la bulimia. Los autores observaron una fuerte asociación entre la victimización sexual infantil y/o adolescente y la bulimia, y sugirieron que la gravedad del abuso (p.ej: con penetración, mayor número de episodios de abuso, etc.) también estaba relacionada con una mayor gravedad de la sintomatología bulímica.

Kenardy y Ball (1998), realizaron un interesante estudio donde abordaron la posible relación existente entre el abuso sexual infantil y la psicopatología alimentaria, la insatisfacción con el peso corporal y el hacer dieta en una muestra comunitaria de Australia constituida por 201 chicas de entre 18 y 22 años, y por 268 mujeres de mediana edad (45-49 años). Sus hallazgos fueron realmente interesantes al detectarse

diferencias significativas entre las dos cohortes de edad. Mientras que en la cohorte más joven, el abuso sexual infantil fue predictivo de insatisfacción con el peso, pero no de conducta alimentaria alterada, en la cohorte de mujeres adultas, sucedió lo contrario, siendo la victimización sexual predictiva de sintomatología alimentaria pero no de insatisfacción con el peso. En cuanto a la conducta de hacer dieta, el abuso sexual infantil no la predijo en ninguna de las dos cohortes de estudio. Paralelamente, en las chicas jóvenes se observó que el abuso sexual o físico padecido en la actualidad también era predictivo de psicopatología alimentaria. Ante estos hallazgos los autores destacan la importancia de considerar ciertos aspectos del abuso (como la edad de la víctima o el *timing* del abuso sexual) como factores mediadores en la relación entre la victimización sexual infantil y ciertas conductas y actitudes vinculadas a la psicopatología alimentaria.

Contrariamente, Hartt y Waller (2002), no hallaron ninguna relación significativa entre la gravedad de 4 tipos de abuso infantil (abuso emocional, abandono, abuso físico y abuso sexual) y la gravedad de la sintomatología bulímica en su muestra de 23 pacientes mujeres con trastornos bulímicos aunque advirtieron de que el pequeño tamaño y heterogeneidad de su muestra podía haber condicionado este resultado.

1.3.5. FACTORES MEDIADORES EN LA RELACIÓN ENTRE EL ABUSO INFANTIL Y LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Como ya se ha comentado en la introducción, la relación entre el abuso sexual infantil y el desarrollo de psicopatología alimentaria, es especialmente compleja. La mayoría de estudios que han abordado esta cuestión han sugerido la presencia de diversos factores mediadores, tanto psicológicos como sociales, que podrían explicar, en mayor o en menor medida, la relación que nos ocupa. Según Toro (2004, p.132):

“Los efectos sobre un posible TCA de esas experiencias traumáticas no son de manifestación inmediata. Los eslabones de la cadena que los vincula con el trastorno alimentario pueden ser muy variados: sintomatología depresiva, autoestima baja, insatisfacción corporal, irregularidades alimentarias, etc. Todos y cada uno de ellos constituyen riesgo de TCA. Además, hay que contar con sus influencias y reforzamientos mutuos.

Una de las variables que más atención ha recibido por parte de la comunidad científica por su posible rol mediador en la relación abuso infantil- psicopatología alimentaria, ha sido el Trastorno de Personalidad Límite. Waller (1993), por ejemplo, a partir de sus hallazgos con 100 mujeres con trastornos alimentarios, concluyó que el trastorno fronterizo de la personalidad podría explicar una pequeña parte de la relación causal entre la victimización sexual y la conducta bulímica, sobre todo por lo que respecta a la frecuencia de los episodios de atracón.

Con resultados similares, Wonderlich et al. (2001a), por su parte, destacaron el posible papel mediador de la impulsividad y del uso de drogas en el desarrollo de sintomatología alimentaria alterada en víctimas de ASI. Estos autores realizaron un estudio con un grupo de 20 niñas (10-15 años) que recibía tratamiento por presentar una historia de victimización sexual infantil y con otro grupo de 20 niñas controles no abusadas de la misma edad y las compararon en diferentes aspectos (incluyendo psicopatología alimentaria, insatisfacción corporal, uso de sustancias, estado de ánimo, conducta impulsiva y autoconcepto). Tal como había hipotetizado, el grupo de niñas abusadas presentó niveles significativamente más elevados de conducta alimentaria alterada, conductas impulsivas, y de abuso de drogas que el grupo control; siendo la impulsividad la que mostraba el efecto mediacional más fuerte entre la historia de abuso sexual y las conductas de purga y restricción alimentaria; así como el uso de drogas que también resultó ser un factor mediador significativo de esta relación. Los autores destacaron que sus hallazgos con población infanto-juvenil eran concordantes con los obtenidos en otros estudios con poblaciones adultas.

Hastings y Kern (1994), también sugirieron que un ambiente familiar caótico podía moderar la asociación entre el ASI y la bulimia nerviosa, y según ellas, ambos fenómenos se conjugarían aumentando la probabilidad de sufrir psicopatología bulímica.

Otra de las posibles variables que más atención ha recibido por su posible actuación mediadora en la relación entre la presencia de abuso infantil y la patología alimentaria es la disociación.

En este sentido, Hartt y Waller (2002) examinaron la relación entre la gravedad de 4 formas de abuso infantil (abuso emocional, abandono, abuso físico y abuso sexual) y la gravedad de la disociación, en 23 mujeres con trastornos bulímicos, hallando una correlación positiva entre la gravedad del abuso en general y la disociación ($r = 0,40$; $p < 0,05$), que fue debida a las correlaciones individuales entre los niveles de disociación y las puntuaciones obtenidas en las subescalas de ASI y de abandono. Asimismo, Gerke, Mazzeo y Kliewer (2006), examinaron el rol de la disociación y la depresión como posibles mediadores de la relación entre diferentes formas de abuso infantil y la sintomatología bulímica en una muestra total de 417 estudiantes universitarias norteamericanas (16-53 años). En este estudio transversal, las participantes completaron autoinformes sobre síntomas disociativos, depresivos y bulímicos, así como de trauma infantil (incluyendo abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, abandono físico y abandono emocional). Gerke et al. (2006), después de controlar por la depresión, detectaron que la disociación no estaba asociada con el abuso emocional; mientras que la depresión (después de controlar por la disociación), sí estaba significativamente asociada con este tipo de abuso infantil. Asimismo, observaron que de todos los abusos, sólo el abuso emocional estaba significativamente relacionado con los síntomas bulímicos ($p < 0,01$). Los análisis de regresión realizados por los autores mostraron que los síntomas depresivos, pero no los disociativos, mediaban la relación entre el abuso emocional infantil y la sintomatología bulímica, independientemente de la raza de las participantes (Caucásicas vs Afroamericanas). Ante estos hallazgos, los autores sugirieron que el tratamiento de los síntomas depresivos en víctimas de abuso infantil con bulimia nerviosa, contribuiría a un mejor pronóstico de esta última.

Kent, Waller, y Dagnan (1999), estudiaron la relación entre cuatro formas de abuso infantil (abuso físico, sexual, emocional y abandono) y las actitudes alimentarias patológicas en la edad adulta en una muestra no clínica de 236 mujeres adultas. Los autores hallaron correlaciones positivas significativas entre el abuso infantil y la depresión y la ansiedad. Sin embargo, después de controlar las intercorrelaciones entre los diferentes tipos de abuso, sólo el abuso emocional infantil predijo actitudes alimentarias patológicas en la edad adulta. Asimismo, los autores constataron que la disociación y la ansiedad mediaban esta relación, siendo la ansiedad la variable mediadora más fuerte.

Gerke, Mazzeo y Kliewer (2006), realizaron un estudio con 417 estudiantes universitarias para examinar el rol de la depresión y de la disociación como posibles mediadoras de la relación entre diferentes formas de trauma infantil (incluyendo abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, abandono físico y abandono emocional) y sintomatología bulímica y para explorar las potenciales diferencias étnicas en estas relaciones. Los hallazgos del estudio de Gerke et al. (2006) mostraron que de todos los tipos de trauma infantil estudiados, sólo el abuso emocional correlacionaba con los síntomas bulímicos ($p < .01$). Asimismo, la disociación no estuvo asociada con el abuso emocional después de control por la depresión. Sin embargo, la depresión sí mostró una asociación significativa con el abuso emocional después de controlar por la disociación. El abuso emocional estaba significativamente asociado con la bulimia. Finalmente, el abuso emocional y la depresión conjuntamente estaban significativamente asociados con la bulimia después de controlar por la disociación. No obstante, el abuso emocional resultó no significativo cuando fue entrado con la depresión, indicando que la depresión mediaba la relación entre el abuso emocional y los síntomas bulímicos. En esta relación no hubo diferencias a nivel étnico. Los autores concluyeron que entre las mujeres que han sufrido abuso emocional infantil, la depresión está más fuertemente asociada con conductas alimentarias patológicas que la disociación. Estos hallazgos también sugieren que el abuso emocional es una forma de trauma infantil especialmente importante para la bulimia.

Moyer, DiPietro, Berkowitz y Stunkard (1997), realizaron un estudio cuyo objetivo era examinar la relación entre el abuso sexual infantil y las conductas autoinformadas de atracón en chicas adolescentes. El grupo de estudio estaba constituido por chicas que acudían a clínicas especializadas en el tratamiento del ASI, y el grupo control, por chicas estudiantes de centros de enseñanza secundaria de las mismas ciudades. Los autores observaron que las jóvenes victimizadas sexualmente en la infancia presentaban significativamente más depresión, un locus de control externo y atracones, y puntuaciones significativamente más bajas en autoestima y satisfacción corporal que las chicas del grupo control. Asimismo, constataron que los factores psicológicos como la depresión o la satisfacción corporal tenían más influencia que el abuso sexual *per se*, en la relación entre el abuso infantil y las conductas de atracón. La correlación más fuerte con la puntuación de la conducta de atracón en el análisis

multivariante fue la depresión, la cual actuaría como variable mediadora entre una familia disfuncional y el estrés asociado con el ASI y la sintomatología alimentaria.

Dunkley, Masheb, y Grilo (2010), realizaron un estudio con 170 pacientes con trastorno por atracón y observaron que tanto el abuso emocional como el abuso sexual estaban asociados con mayor insatisfacción corporal y que el abuso emocional estaba asociado con mayor afecto depresivo en pacientes con trastorno por atracón. Paralelamente, concluyeron que la auto-crítica es un mecanismo potencial a través del cual ciertas formas de maltrato infantil pueden estar asociadas con síntomas depresivos e insatisfacción corporal en pacientes con trastorno por atracón.

Burns, Fischer, Jackson y Harding (2012), plantearon la posibilidad de que déficits en la regulación emocional pudieran mediar la relación entre el abuso infantil (sexual, físico y emocional) y la subsiguiente patología alimentaria. Para tal fin, utilizaron una amplia muestra de 1.254 estudiantes universitarias y realizaron un *modelo de ecuación estructural* que reveló que sólo el abuso emocional infantil estaba relacionado de manera consistente con la sintomatología alimentaria. Los autores también constataron que la desregulación emocional, además de estar asociada positivamente con la patología alimentaria (excepto con la frecuencia de las conductas de purga), también mediaba parcialmente los efectos del abuso emocional en los síntomas en cuestión.

En una reciente investigación con una muestra de 142 estudiantes universitarias, Moulton, Newman, Power, Swanson y Day (2015), examinaron el posible rol mediador de la disociación y la desregulación emocional en la relación entre 5 formas de trauma infantil (abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, abandono emocional y abandono físico) y psicopatología alimentaria. Los resultados revelaron que el modelo de mediación múltiple propuesto por los autores, predecía significativamente la psicopatología alimentaria y que, tanto la disociación como la desregulación emocional mediaban de forma significativa entre la victimización infantil y la psicopatología alimentaria. Con resultados coincidentes, pero en una muestra clínica de pacientes con anorexia nerviosa, Racine y Wildes (2015), hallaron que la desregulación emocional mediaba completamente la relación entre el abuso emocional infantil y la sintomatología de la anorexia nerviosa, tanto de tipo restrictivo como de tipo compulsivo-purgativo.

1.3.6. ABUSO INFANTIL, TRASTORNOS ALIMENTARIOS E INSATISFACCIÓN CORPORAL

Por su parte, Vartanian, Smyth, Zawadzki, Heron y Coleman (2014), se propusieron analizar un modelo de ecuación estructural en el cual las experiencias tempranas adversas estaban asociadas con la conducta alimentaria alterada mediante los recursos intrapersonales (autoestima e iniciativa de crecimiento personal), los recursos interpersonales (gratitud y apoyo social) y la insatisfacción corporal, en una amplia muestra de 748 estudiantes universitarias norteamericanas. Los autores concluyeron que las experiencias tempranas adversas, en un sentido amplio del término, estaban asociadas con la insatisfacción corporal (mediante los recursos intrapersonales e interpersonales) y, a su vez, con la psicopatología alimentaria; y más concretamente, reportaron que una mayor insatisfacción corporal precedía mayor restricción alimentaria y más frecuencia de atracones, de conductas de purga (vómitos, abuso de laxantes y diuréticos) y de ejercicio físico intenso para controlar el peso. Vartanian et al. (2014), a su vez, observaron que la adversidad temprana estaba asociada con menos recursos intrapersonales e interpersonales, y que los recursos personales (autoestima e iniciativa de crecimiento personal) se relacionaban con menor insatisfacción corporal.

1.3.7. ABUSO INFANTIL, PSICOPATOLOGÍA GENERAL Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Carter et al. (2006), entre el año 2000 y 2005, realizaron un estudio con 77 pacientes mujeres consecutivas con anorexia nerviosa procedentes de la Unidad Hospitalaria de Trastornos Alimentarios del Hospital General de Toronto (Canadá), para examinar el impacto que el abuso sexual infantil tenía en las características clínicas del trastorno (incluyendo psicopatología alimentaria y psicopatología general), así como en la finalización prematura del tratamiento. Después de entrevistar a las pacientes para evaluar una posible historia de abuso sexual infantil (con contacto físico y ocurrido antes de los 18 años y del inicio del trastorno alimentario) y de administrarles diferentes cuestionarios sobre diferentes aspectos relativos a la sintomatología depresiva, la autoestima, la sintomatología obsesivo-compulsiva, el malestar psiquiátrico general y el funcionamiento interpersonal, estos autores observaron que las pacientes con historia de abuso sexual infantil informaban de una presencia significativamente más elevada de comorbilidad psiquiátrica (mayores niveles de depresión y ansiedad), más baja

autoestima, más problemas interpersonales y mayor sintomatología obsesiva-compulsiva. A pesar de que Carter et al. (2006), en general no esperaban hallar tasas semejantes de abandono del tratamiento entre las pacientes con y sin historia de abuso sexual infantil; sí observaron que las pacientes abusadas con anorexia nerviosa subtipo-compulsivo/purgativo presentaban una probabilidad significativamente más elevada de abandonar prematuramente el tratamiento, en comparación con el resto.

Yackobovitch-Gavan et al. (2009), realizaron un estudio con una muestra clínica de pacientes mujeres con anorexia nerviosa y con un grupo control de estudiantes universitarias sin patología alimentaria para identificar los factores que influenciaban el curso de la anorexia nerviosa a lo largo del tiempo. Mediante un análisis de regresión logística, los autores identificaron que el número de hospitalizaciones, la duración del tratamiento ambulatorio, haber sido vegetariana, haber padecido ansiedad y el abuso sexual infantil diferenciaban las pacientes con anorexia nerviosa que habían remitido de las que continuaban sin remisión. Por su parte y esta misma línea, Carter, Bewell, Blackmore, y Woodside (2006), examinaron el impacto del abuso sexual infantil en las características clínicas y en la finalización prematura del tratamiento en una muestra clínica de pacientes hospitalizadas con anorexia nerviosa. Sus resultados constataron una presencia significativamente más elevada de comorbilidad psiquiátrica (incluyendo mayores niveles de depresión y ansiedad, más baja autoestima, más problemas interpersonales y síntomas de tipo obsesivo-compulsivo más graves). Por otro lado, y en contra de sus predicciones, las pacientes abusadas, en general, no era significativamente más probable que abandonaran el tratamiento; aunque las pacientes con anorexia nerviosa de tipo compulsivo/purgativo victimizadas sexualmente en la infancia era significativamente más probable que finalizaran prematuramente su tratamiento en comparación con las otras pacientes.

En cuando a la vinculación entre la ideación suicida y las experiencias de abuso sexual y/o físico en la infancia, también son numerosas las investigaciones que han abordado estos dos fenómenos. En un estudio prospectivo de Nickel et al. (2006) llevado a cabo entre 1999 y 2005, para identificar los factores de riesgo familiares y sociopsicopatológicos para cometer un intento de suicidio en pacientes bulímicas de tipo purgativo sin depresión mayor comórbida en el inicio del estudio y en pacientes con depresión mayor sin trastorno alimentario comórbido en el momento de iniciar el

estudio. Los resultados de los modelos logísticos llevados a cabo mostraron que las pacientes con bulimia nerviosa presentaban una mayor incidencia de abuso sexual infantil, de abuso de laxantes y de drogas ilícitas, mostraban mayor desorientación en la vida, se sentían más solas a pesar de la familia y los amigos, tendían a dirigir su ira hacia afuera y eran incapaces de relajarse. Así pues, los autores concluyen que los factores de riesgo sociopsicopatológicos para los intentos de suicidio parecen ser distintos para las mujeres con BN que para las mujeres con DM.

Wonderlich et al. (2007), en un reciente estudio sobre los efectos del trauma infantil (incluyendo abuso físico, abuso sexual, abuso emocional y abandono) en el estado de ánimo y en la comorbilidad psiquiátrica de mujeres bulímicas, observaron que el ASI estaba asociado con una mayor probabilidad de padecer un trastorno del ánimo a lo largo de la vida, tanto cuando era evaluado independientemente de los demás abusos e incluso después de controlar por los efectos de los otros abusos. En cuanto a la probabilidad de sufrir un trastorno de ansiedad a lo largo de la vida, los autores comprobaron que el trauma infantil en general aumentaba la probabilidad de sufrir este tipo de patología; aunque esta asociación no era específica de ningún abuso en sí mismo. Por otro lado, al evaluar independientemente cada tipo de abuso, el abuso emocional estaba significativamente asociado con una mayor variabilidad en los niveles de ira-hostilidad así como con mayores niveles de afecto negativo. Después de controlar por los efectos de los otros abusos, la significación de la asociación entre el abuso emocional y la mayor variabilidad en los niveles de ira-hostilidad se mantuvo.

En uno de los pocos estudios españoles que, según nuestro conocimiento, ha estudiado la relación entre el abuso sexual infantil y los trastornos alimentarios, Mateos-Agut et al. (2004), analizaron las diferencias clínicas presentadas por 152 pacientes mujeres con algún TCA con y sin historia de abuso sexual infantil que participaban en el Programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital de Día del Servicio de Psiquiatría del Hospital Divino Vallés de Burgos. Las participantes completaron varios cuestionarios autoinformados sobre clínica y personalidad (incluyendo el SCL-90, STAI, EDI, DSQ y TCI, entre otros) en el momento del ingreso y del alta del programa, y una vez realizados los análisis comparativos entre el grupo de pacientes abusadas sexualmente en la infancia y el grupo sin historia de victimización, los autores observaron que en el momento del ingreso, el grupo de abusadas presentaba

una clínica significativamente más grave, tanto en frecuencia como en intensidad de síntomas obsesivos, depresivos, fóbicos y psicóticos, además de referir más sentimientos de inferioridad o de ineficacia personal, que el grupo de no abusadas. Sin embargo, en el momento del alta del tratamiento, la mayoría de estas diferencias entre ambos grupos de estudio dejaron de ser significativas, igualándose así el pronóstico de las pacientes abusadas al del grupo control. Sin embargo, lo autores advierten de que al tratarse de un grupo pequeño de estudio con abuso ($n = 23$), serían necesarias más investigaciones con un mayor número de pacientes para poder determinar mejor el papel del abuso sexual infantil en los trastornos del comportamiento alimentario.

En la Tabla 1.6, se presenta un resumen de las investigaciones que han examinado la relación entre el ASI y la comorbilidad psiquiátrica.

Tabla 1.6. Investigaciones sobre abuso sexual infantil y comorbilidad psiquiátrica

AUTORES	OBJETIVOS	MUESTRA	EVALUACIÓN	CONCLUSIONES
Rorty, Yager, y Rossotto (1994)	Examinar la relación entre abuso sexual, físico, psicológico y múltiple en la infancia con psicopatología comórbida del Axis I y personalidad entre mujeres con historia de bulimia nerviosa y un grupo control de mujeres sin trastorno alimentario.	N = 120 80 grupo con BN 40 grupo sin TCA (Co)	EAT-SADS-L (una versión de la Schedule for Affective Disorders & Schizophrenia SADS-L) Structured Clinical Interview for DSM-III-R (patient version: SCID-P) Structured Clinical Interview for DSM-III-R (Personality Disorders: SCID-II) EDQ: Eating Disorders Questionnaire Sexual Abuse Exposure Question (SAEQ) Assessing Environments III-Form SD PSY: Maternal and paternal psychological abuse	El abuso infantil, sobretodo el psicológico, aumenta la probabilidad de sufrir en la vida algún trastorno del Axis I o de la personalidad comórbido entre pacientes bulímicas. Las mujeres con TCA y historia de abuso infantil deberían de representar un subgrupo de pacientes que requerirían una intervención intensiva.
Fullerton, Wonderlich, Gosnell (1995)	Examinar la relación entre abuso sexual o físico y las características clínicas del TCA.	N = 712 mujeres 98 anorexia nerviosa 243 bulimia nerviosa 18 AN/BN 353 TCANE	Entrevista inicial: historia clínica necesaria para realizar un diagnóstico de TCA (DSM-III-R) y preguntas acerca de la frecuencia y gravedad del abuso físico o sexual en la infancia, problemas con el alcohol, intentos de suicidio y pequeños hurtos. BDI y EDI	Las mujeres más depresivas en el BDI mostraron más alteraciones psicológicas en el EDI. Las mujeres abusadas era mucho más probable que presentasen problemas de alcohol, intentos de suicidio y pequeños hurtos que las no abusadas.
Tobin, Sascha Griffing (1996)	Explorar el ASI en diferentes subgrupos de TCA y conducta alterada, malestar afectivo y personalidad alterada. Explorar la hipótesis de Waller de la auto-crítica como mediadora entre ASI, conducta compensatoria y la personalidad alterada.	N = 103 personas con TCA	EDI (Eating Disorders Inventory) BDI (Body Dismorphic Inventory) Self-destructive behavior. Preguntas sobre el abuso sexual (duración, abuso intra/extrafamiliar, etc.), estrategias de afrontamiento, y trastornos de personalidad.	El abuso más bajo se dio entre los comedores compulsivos y el más alto entre aquellos pacientes que realizaban conductas compensatorias pero que no realizaban atracones o cumplían los criterios para AN (75%). Los pacientes abusados no sólo estaban más alterados en los síntomas psiquiátricos comórbidos sino que también realizaban más conductas autolesivas (80%) e intentos de suicidio (75%). Consistente con el modelo de Waller, la autocrítica fue la única estrategia de afrontamiento primaria que diferenciaba los pacientes abusados de los no abusados. Posible necesidad de repriorización de las conductas de purga y conductas compensatorias en el diagnóstico del TCA, así como también la importancia de evaluar el ASI como a un factor comórbido.

Tabla 1.6. Continuación

<p>Moyer, DiPietro, Berkowitz y Stunkard (1997)</p>	<p>Examinar la relación entre abuso sexual en la infancia y episodios de sobreingesta compulsiva autoinformados en población femenina adolescente.</p>	<p>N = 201 65 chicas de entre 14-18 años abusadas sexualmente en la infancia 136 chicas controles de entre 14-18 años</p>	<p><i>Binge Eating Scale</i> (BES) <i>Children's Depression Inventory</i> (CDI) <i>Children's Self-Concept Scale</i> <i>The Nowicki-Strickland Locus of Control Scale</i> IMC Insatisfacción corporal (peso ideal – peso real)</p>	<p>Las chicas abusadas mostraban niveles más elevados de depresión, de locus de control externo y de sobreingesta compulsiva que las chicas controles. No obstante, la correlación más fuerte con la puntuación de sobreingesta compulsiva en el análisis multivariable fue la depresión, el IMC y la insatisfacción corporal. Así pues, los factores psicológicos como la depresión o la insatisfacción corporal tiene mayor influencia que el abuso sexual <i>per se</i> en la relación entre abuso sexual infantil y los TCA.</p>
<p>Wonderlich et al. (2001^a)</p>	<p>Estudiar la relación entre abuso sexual infantil y alteraciones alimentarias en niños. Comprobar si los niños abusados con TCA presentan niveles más elevados de comorbilidad psiquiátrica que los controles.</p>	<p>N = 40 niñas de entre 10 y 15 años. 20 niñas víctimas de ASI y 20 niñas controles sin historia de ASI</p>	<p><i>Childhood Trauma Questionnaire</i> (CTQ), <i>Children's Attributions and Perception Scale</i> (CAPS): evalúa las atribuciones y percepciones que hace el niño del abuso sexual. <i>Children's Depression Inventory</i> (CDI), <i>Piers-Harris Children's Self-Concept Scale</i>, <i>Body Rating Scales</i> para adolescentes (BRS), <i>McKnight Risk Factor Survey</i> (MRFS-IV) <i>Kid Eating Disorders Survey</i> <i>Monitoring The Future Questionnaire</i> (MTFQ) <i>Impulsive Behavior Scale</i> (IBS)</p>	<p>Las niñas abusadas sexualmente informaron de niveles más elevados de conductas alimentarias alteradas, conductas impulsivas y abuso de drogas que las niñas controles. Además, la impulsividad conductual proporcionaba el efecto mediador más potente entre una historia de ASI y conductas de purga y restricción alimentaria. El uso de drogas demostró ser un mediador secundario de la asociación entre ASI y conducta alimentaria alterada. Estos datos apoyan la hipótesis de que el ASI está relacionado con los desórdenes alimentarios en niños y muestran hallazgos similares a los que previamente han sido observados con adultos. La impulsividad conductual y el uso de drogas parecen ser mecanismos significativos que influyen la conducta alimentaria alterada que sigue al abuso sexual infantil.</p>

1.3.8. ABUSO INFANTIL, AUTOESTIMA, PERSONALIDAD Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En un reciente estudio realizado con 748 mujeres estudiantes universitarias, se probó un *modelo de ecuación estructural*, en el cual la adversidad temprana (más allá del abuso sexual infantil), estaba asociada con desorden alimentario mediante recursos intrapersonales (autoestima e iniciativa de crecimiento personal), recursos interpersonales (gratitud y apoyo social) e insatisfacción corporal (Vartanian, Smyth, Zawadzki, & Coleman, 2014). Los resultados mostraron que las experiencias tempranas adversas estaban asociadas negativamente con los recursos intrapersonales e interpersonales. Dicho de otro modo, cuanto mayor era la adversidad temprana sufrida en la infancia, menores eran los recursos intrapersonales e interpersonales.

En otro reciente estudio realizado por Dunkley, Masheb, y Grilo (2010) con una muestra clínica de pacientes con Trastorno por atracón (TCANE 6), se examinó si la autocrítica, un aspecto específico de la autoestima, presentaba un papel mediador en la relación entre el maltrato infantil y los síntomas depresivos, así como también con la insatisfacción corporal en este tipo de pacientes. Sus hallazgos revelaron que formas específicas de maltrato infantil (abuso emocional y abuso sexual; pero no el abuso físico) estaban asociadas de manera significativa con la insatisfacción corporal. Asimismo, considerando los mediadores potenciales en la relación entre el abuso emocional y la insatisfacción corporal, los análisis correlacionales mostraron que la autocrítica, la autoestima, y los síntomas depresivos estaban cada uno de ellos significativamente asociados con el abuso emocional y la insatisfacción corporal. Paralelamente, los resultados de los *path analyses* realizados demostraron que la autocrítica mediaba totalmente la relación entre el abuso emocional y los síntomas depresivos así como la insatisfacción corporal. Esta especificidad del rol mediador de la autocrítica se demostró en comparación a otros mediadores potenciales como la baja autoestima (un concepto más global que abarca la autocrítica) y modelos alternativos de competencia mediacional. Estos resultados ponen de manifiesto que la autocrítica puede funcionar como un mecanismo potencial a través del cual ciertas formas de maltrato infantil pueden estar asociadas con sintomatología depresiva, así como también con insatisfacción corporal en pacientes con trastorno por atracón. Ante la relación hallada entre el abuso emocional y la baja autoestima, los autores decidieron plantear otro

modelo alternativo donde testar la autoestima como factor mediador, en lugar de la autocrítica. Este modelo quería poner a prueba si una visión global negativa de uno mismo (autoestima baja), en contraposición a la autocrítica, podía mediar la relación entre el abuso emocional y tanto los síntomas depresivos como la insatisfacción corporal. A pesar de que este nuevo modelo de mediación presentó un ajuste razonable con los datos, la autoestima, en comparación con la autocrítica, no estaba significativamente relacionada con la insatisfacción corporal cuando se controlaban los síntomas depresivos. Esto indicaba que la relación entre una baja autoestima y la insatisfacción corporal se explicaba totalmente a través de los síntomas depresivos. Además, la autocrítica pero no la autoestima fue el único mediador en la relación entre el abuso emocional y la insatisfacción corporal, apoyando aun más la especificidad de la autocrítica (Dunkley, Masheb, & Grilo, 2010).

Carter et al. (2006), en su estudio con 77 pacientes anoréxicas que recibían tratamiento en una unidad hospitalaria de trastornos alimentarios, y después de comparar a las participantes en función de su estatus de abuso sexual infantil (presencia vs ausencia) en diferentes medidas de psicopatología alimentaria y general (incluyendo la autoestima), observaron que la puntuación media obtenida por el grupo con historia de abuso sexual en la escala Rosenberg Self-esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965; cfr. Carter et al., 2006, p.260) era significativamente más baja que la del grupo no victimizado ($t = 2,79$; $p = 0,007$), lo que sugería una peor autoestima entre las pacientes con abuso sexual infantil.

En España, un estudio burgalés realizado por Mateos-Agut (2004), al cual ya se ha hecho referencia anteriormente en esta tesis por ser de los pocos que, según nuestro conocimiento, ha abordado el tema de la victimización sexual en los trastornos alimentarios a nivel nacional, analizaron las diferencias de personalidad que presentaban las pacientes con trastornos alimentarios en función del estatus de abuso (presencia/ausencia). Después de administrarles el Inventario del Temperamento y el Carácter (TCI; Cloninger, 1998; cfr. Mateos-Agut, 2004, p. 49) y el Cuestionario de Estilos de Defensa (DSQ; Bond, 1984; cfr. Mateos-Agut, 2004, p. 49), observaron que las pacientes abusadas presentaban en general, una organización más ansiosa, una menor asertividad y recurrían con mayor frecuencia a mecanismos de defensa neuróticos que las pacientes controles. Según Mateos-Agut (2004, p. 49), “Esto describe

a un grupo de mujeres que se inhiben y se alejan de los demás ante situaciones conflictivas, más obsesivas y que tienden a buscar la compañía de otras personas que tengan problemas similares”. Asimismo, las puntuaciones obtenidas por el grupo de pacientes victimizadas en el TCI, mostraron un tipo de personalidad con tendencia a la soledad y al aislamiento, desinterés por las relaciones sociales e indiferencia al rechazo, practicidad, un pobre autoconcepto así como una escasa fuerza de voluntad.

Steiger et al. (2010), en un reciente estudio con 185 mujeres con trastornos del comportamiento alimentario (TCA) y 93 mujeres sin TCA, examinaron la asociación entre diferentes dimensiones de personalidad-rasgo obtenidas empíricamente y la probabilidad de exposición a un historia de abuso infantil (sexual y/o físico). Después de evaluar múltiples rasgos psicopatológicos, sintomatología alimentaria e historia de abuso, y de realizar un *análisis de clases latentes (Latent Class Analysis, LCA)*, se distinguieron tres perfiles de participantes con trastornos alimentarios que encajaban en los descriptores siguientes: “disocial/impulsiva”, “inhibida/compulsiva” y “baja psicopatología”. Mientras que el abuso sexual infantil podía estar asociado con un riesgo general de desarrollar un trastorno alimentario (sin estar asociado a ninguna variante de personalidad en concreto), sólo las características de tipo “disocial/impulsivo” presentaban asociación con la probabilidad de haber sufrido abuso físico infantil únicamente, así como tasas especialmente elevadas de abuso sexual.

Léonard et al. (2003), en su muestra con 51 pacientes bulímicas hallaron que el 93,3% de las que habían sufrido abuso en la edad adulta (físico o sexual) también reportaban una historia de abuso infantil de algún tipo. Los autores observaron que tanto el grupo de bulímicas abusadas en la infancia como el grupo de bulímicas abusadas en la edad adulta presentaban niveles significativamente más elevados de impulsividad que las mujeres controles sin patología alimentaria. Asimismo, las series de ANOVAs univariantes mostraron efectos de grupo significativos en 13 de las 18 subescalas del *Dimensional Assessment of Personality Pathology Basic Questionnaire (DAPP-BQ)*; Livesley, Jackson, y Schroeder, 1992; cfr. Léonard et al., 2003, p. 399), entre los grupos bulímicos con y sin abuso y los grupos controles con y sin abuso: distorsión cognitiva, ansiedad, inestabilidad afectiva, conductas autolíticas, desconfianza, vínculo inseguro, evitación social, narcicismo, problemas de identidad y agresividad pasiva. Paralelamente, el grupo de pacientes bulímicas revictimizadas fue el que presentó

niveles más elevados en las subescalas *Expresión Restringida* y *Sumisión* del DAPP-BQ. Según Léonard et al. (2003, p.404), “these results could implicate the causal effects of childhood abuse on personality development or the influences of constitutional traits in heightening the risk for abuse or both”.

1.3.9. OTROS TIPOS DE ABUSO Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Llegado a este punto, en la Tabla 1.7, se presenta resumen donde se recogen algunos estudios científicos que han abordado la relación entre TCA y abuso no sólo de tipo sexual, sino también físico y/o psicológico.

Tabla 1.7. Investigaciones sobre diferentes tipos de abuso en relación a los TCA

AUTORES	OBJETIVOS	MUESTRA	EVALUACIÓN	CONCLUSIONES
<p>Kinzi, Mangweth, Traweger, y Biebl. 1997</p>	<p>Examinar la posible relación entre abuso sexual infantil, abuso físico infantil, y dinámica familiar disfuncional y el riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en hombres adultos.</p>	<p>N = 301 chicos estudiantes universitarios</p>	<p>EDI Dinámica familiar: The Biographic Inventory for Diagnosis of Behavioural Disturbances (BIV) Abuso sexual: Versión modificada del CSA History Questionnaires Abuso físico: preguntas cerradas y el Straus' Severe Violence Index</p>	<p>No obtuvieron diferencias significativas en el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario ni en la puntuación total del EDI entre víctimas y no víctimas de abuso. No obstante, sí se halló un riesgo significativamente elevado de sufrir un TCA cuando existían relaciones familiares negativas y experiencias de abuso físico.</p>
<p>Kent, Waller, y Dagnan. 1999</p>	<p>Investigar las relaciones entre cuatro formas de abuso en la infancia (físico, sexual, emocional y negligencia) y actitudes alimentarias en la edad adulta. Dentro de estas relaciones, la depresión, la ansiedad y la disociación han sido consideradas mediadores potenciales y la edad donde se da el primer abuso ha sido considerada un potencial moderador.</p>	<p>N = 236 mujeres (muestra no clínica)</p>	<p>The Child Abuse and Trauma Scale (CATS) The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The Dissociative Experiences Scale (DES) Eating Disorders Inventory (EDI)</p>	<p>Cuando las intercorrelaciones entre las diferentes formas de abuso eran controladas, el abuso emocional era la única forma de trauma infantil que predecía actitudes alimentarias perjudiciales para la salud en la edad adulta. La relación era perfectamente mediada por los niveles de ansiedad y disociación de la mujer. La edad de inicio de los abusos no mediaba estas relaciones. Debe tenerse en consideración una historia de trauma emocional como factor central, potencialmente en cualquier historia de abuso.</p>
<p>Neumark-Sztainer, Story, Hannan, Beuhring, y Resnick 2000</p>	<p>Examinar las asociaciones entre conductas alimentarias patológicas y un rango de factores familiares/psicosociales, incluyendo experiencias de abuso sexual y físico entre adolescentes chicos y chicas</p>	<p>N = 9.943 (grados 7, 9 i 11)</p>	<p>Voice of Connecticut Youth Survey (VCYS): 225 ítems sobre salud en la adolescencia, conductas saludables y factores de riesgo y de protección asociados. Esta encuesta también incluye medidas sobre TCA: número de vómitos autoinducidos, uso de píldoras para adelgazar, laxantes o diuréticos durante la última semana con el objetivo de perder peso o mantenerlo. Medidas sobre abuso sexual y abuso físico. Medidas sobre comunicación familiar (seis ítems).</p>	<p>Los resultados sugieren que el hecho de tener unas relaciones familiares fuertes pueden disminuir el riesgo de sufrir un TCA entre adolescentes que presentan experiencias de abuso, pero ambos abusos (sexual y físico), son dos factores de riesgo independientes muy potentes para sufrir un TCA tanto en adolescentes chicas como chicos.</p>

Tabla 1.6. Continuación

<p>Schoemaker, Smith, Bijl y Vollebergh (2002)</p>	<p>Dilucidar el complejo rol del abuso infantil como factor de riesgo para el desarrollo de BN, desde la perspectiva de la hipótesis de la auto-medicación. Esta hipótesis sostiene que en los casos de BN con historia de abuso, los episodios de sobreingesta compulsiva son una forma primaria de afrontar la ansiedad y/o los trastornos afectivos derivados del abuso.</p>	<p><i>N</i> = 1987 mujeres entre 18 y 65 años. Grupo experimental BN: <i>n</i> = 38. Grupo Control Psiquiátrico: <i>n</i> = 476; mujeres con tr. de ansiedad, tr. afectivo y/o SQZ, pero no BN ni consumo de sustancias. Grupo Co de Consumo de Sustancias: <i>n</i> = 62; mujeres con consumo de, o dependencia al alcohol u otras drogas; pero no BN, tr. Ansiedad, tr. afectivos ni SQZ. Grupo Co Diagnóstico Dual: <i>n</i> = 61; mujeres con trastorno por consumo de sustancias y tr. psiquiátrico; pero no BN. Grupo Co Saludable: <i>n</i> = 1350; no historia de ningún tr. del Axis I del DSM-III-R.</p>	<p><i>The Composite Internacional Diagnostic Interview (CIDI)</i>: Entrevista psiquiátrica totalmente computerizada y basada en los criterios diagnósticos del DSM-III-R. Para este estudio se evaluaron los tr. afectivos, los tr. de ansiedad, los tr. relacionados con sustancias, SQZ y BN (pero no AN). Mediante esta entrevista también se recogieron datos sobre: edad de inicio de cada trastorno; maltrato físico, sexual y psicológico antes de los 16 años; maltrato múltiple y variables auxiliares como la edad, el estado civil, psicopatología parental, etc.</p>	<p>Los resultados muestran que una historia de abuso psicológico o de abuso múltiple en la infancia resultan ser un factor de riesgo específico para los casos del grupo control diagnóstico dual (tr. relacionados con sustancias + tr. psiquiátrico) y para los casos del grupo experimental BN. Casi todos los casos de BN que habían sufrido abuso múltiple o abuso psicológico en la infancia mostraban comórbidamente tr. de ansiedad y tr. afectivos.</p>
--	---	---	--	--

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. OBJETIVOS

Objetivo general:

El objetivo general de esta tesis doctoral es estudiar el abuso infantil (sexual y físico) y su relación con el ajuste psicológico en la edad adulta [incluyendo la conducta alimentaria, la imagen corporal, la psicopatología general (síntomatología depresiva y ansiosa), la ideación suicida, la autoestima y ciertas características de personalidad vinculadas a los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA)], en dos muestras clínicas de pacientes con y sin psicopatología alimentaria (pacientes con TCA y pacientes psiquiátricas sin TCA, respectivamente) y en una muestra comunitaria de estudiantes universitarias.

Objetivos específicos:

O1: Comparar la presencia de **abuso sexual infantil (ASI)** entre pacientes con TCA, pacientes psiquiátricas sin TCA y estudiantes universitarias.

O2: Describir la relación entre el **abuso sexual infantil (ASI)** y la conducta alimentaria, la imagen corporal, la sintomatología depresiva, la sintomatología ansiosa, la ideación suicida, la autoestima y características de personalidad en pacientes con TCA, pacientes psiquiátricas sin TCA y estudiantes universitarias.

O3: Comparar la presencia de **abuso sexual infantil (ASI)** entre pacientes con TCA que utilizan conductas compensatorias de tipo purgativo y pacientes con TCA que no las utilizan.

O4: Estudiar la interacción entre el **abuso sexual infantil (ASI)** y la **condición diagnóstica** (pacientes con TCA, pacientes psiquiátricas sin TCA y estudiantes universitarias) para cada variable de personalidad y la autoestima.

O5: Comparar la presencia de **abuso físico infantil (AFI)** entre pacientes con TCA, pacientes psiquiátricas sin TCA y estudiantes universitarias.

O6: Describir la relación entre el **abuso físico infantil (AFI)** y la conducta alimentaria, la imagen corporal, la sintomatología depresiva, la sintomatología ansiosa, la ideación suicida, y ciertas características de personalidad, en pacientes con TCA, pacientes psiquiátricas sin TCA y estudiantes universitarias.

O7: Comparar la presencia de **abuso físico infantil (AFI)** entre pacientes con TCA que utilizan conductas compensatorias de tipo purgativo y pacientes con TCA que no las utilizan.

2.2. HIPÓTESIS

H1: Se espera que los dos grupos clínicos (pacientes con TCA y pacientes psiquiátricas sin TCA) no difieran entre ellos por lo que a la presencia de **abuso sexual infantil (ASI)** se refiere, pero a su vez muestren un porcentaje mayor de éste, al compararlos con el grupo comunitario de estudiantes universitarias

H2: Se espera que las mujeres con historia de **abuso sexual infantil (ASI)** de cada condición diagnóstica (pacientes con TCA, pacientes psiquiátricas sin TCA y estudiantes universitarias) presenten mayor alteración alimentaria, mayor insatisfacción corporal, mayor sintomatología depresiva, mayor ideación suicida y mayor sintomatología ansiosa que sus homólogas no victimizadas.

H3: Se espera que la presencia de **abuso sexual infantil (ASI)** sea superior en pacientes con TCA que realizan conductas compensatorias de tipo purgativo (vómito autoinducido, abuso de laxantes y/o abuso de diuréticos) que en pacientes con TCA que no realizan tales conductas.

H4: Se espera que las mujeres con historia de **abuso sexual infantil (ASI)** de cada condición diagnóstica (pacientes con TCA, pacientes psiquiátricas sin TCA y estudiantes universitarias) presenten peor autoestima y características de personalidad más patológicas que sus homólogas no victimizadas.

- H5: Se espera que los dos grupos clínicos (pacientes con TCA y pacientes psiquiátricas sin TCA) no difieran entre ellos por lo que a la presencia de **abuso físico infantil (AFI)** se refiere, pero a su vez muestren un porcentaje mayor de éste, al compararlos con el grupo comunitario de estudiantes universitarias.
- H6: Se espera que las personas con historia de **abuso físico infantil (AFI)** de cada condición diagnóstica (pacientes con TCA, pacientes psiquiátricas sin TCA y estudiantes universitarias) presenten mayor alteración alimentaria, mayor insatisfacción corporal, mayor sintomatología depresiva, mayor sintomatología ansiosa, mayor ideación suicida, peor autoestima y características de personalidad más patológicas que sus homólogas no victimizadas.
- H7: Se espera que la presencia de **abuso físico infantil (AFI)** sea superior en pacientes con TCA que realizan conductas compensatorias de tipo purgativo (vómito autoinducido, abuso de laxantes y abuso de diuréticos) que no realizan conductas tales conductas.

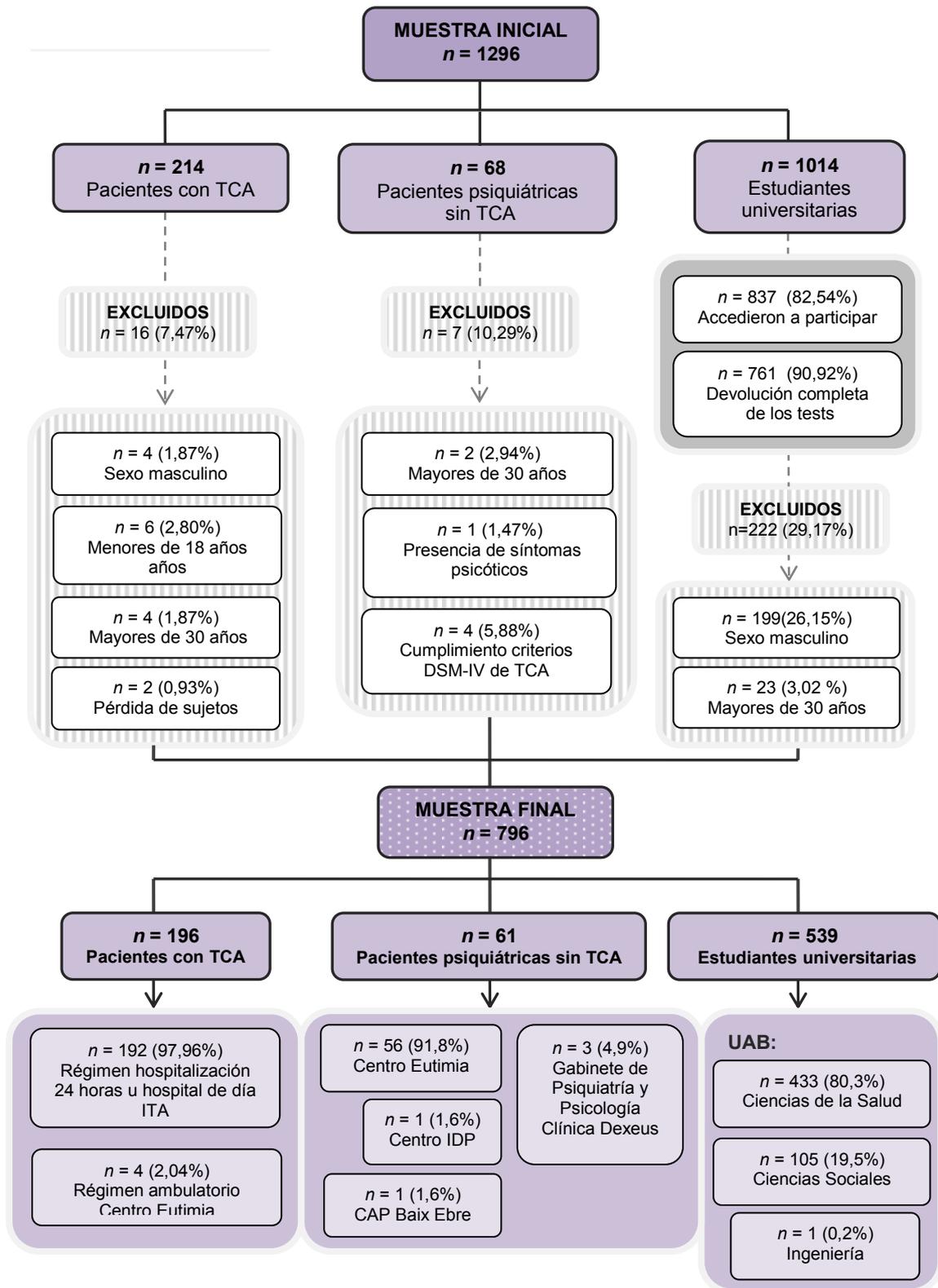
3. MÉTODO

3.1 PARTICIPANTES

La muestra inicial estaba formada por 1296 participantes, divididas en tres submuestras: dos de tipo clínico y una de tipo comunitario. La Figura 3.1 presenta el diagrama de flujo de la composición de la muestra del estudio.

La primera de las submuestras clínicas estaba constituida por 214 pacientes que padecían algún Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA) y la segunda, por 68 pacientes psiquiátricas sin TCA que padecían algún trastorno de tipo depresivo y/o ansioso. Las pacientes fueron seleccionadas a partir del diagnóstico de un grupo de psicólogos senior de seis centros. En cuanto al grupo de tipo comunitario, se trataba de una muestra incidental de población universitaria constituida por 1.014 estudiantes. Sin, embargo después de aplicar los criterios de exclusión *generales* para los tres grupos de estudio: a) sexo varón, b) edad inferior a 18 años, c) edad superior a 30 años y d) no cumplimentar la totalidad de los cuestionarios; y de aplicar los criterios de exclusión *específicos* para los dos grupos clínicos que se especifican más adelante, la muestra final quedó constituida por 796 mujeres (196 pacientes con TCA, 61 pacientes con algún trastorno depresivo y/o ansioso sin TCA y 539 estudiantes universitarias), de entre 18 y 30 años de edad ($M = 22,37$ años; $DE = 3,32$).

La participación en esta investigación fue voluntaria y se garantizó en todo momento el anonimato y la confidencialidad de los datos facilitados por las participantes.



DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición); ITA: Insituto de Trastornos Alimentarios; IDP: Instituto de Diagnóstico Psicológico; CAP: Centro de Atención Primaria; UAB: Universidad Autónoma de Barcelona.

Figura 3.1. Diagrama de flujo de la composición de la muestra de estudio

A continuación, se describe con mayor detalle la procedencia de las muestras clínicas y se presentan las características sociodemográficas y antropométricas de cada uno de los grupos que integran la presente tesis.

a) Grupo clínico de pacientes con TCA

Inicialmente este grupo clínico estaba constituido por pacientes que cumplían un diagnóstico total o parcial de un Trastorno del Comportamiento Alimentario según criterios diagnósticos DSM-IV (APA, 1994). En concreto, constaba de 214 personas procedentes de una consulta privada de Psicología ubicada en Tortosa (*Eutimia: Psicología y Crecimiento Personal*) y de dos centros de tratamiento integral especializados en Trastornos de la Conducta Alimentaria del grupo ITA: *Instituto de Trastornos Alimentarios*, ubicados en Barcelona capital y Cabrils (Maresme), respectivamente.

Sin embargo, de estos 214 pacientes, 16 (7,47%) fueron excluidos del estudio con el objetivo de controlar variables como el sexo y la edad, y conseguir así, la máxima homogeneidad muestral posible. Así pues, se excluyeron a 4 pacientes de sexo masculino (1,87%), a 6 pacientes chicas menores de edad (< 18 años; 2,80%) y a 4 pacientes mujeres mayores de 30 años (1,87%). Paralelamente, dos pacientes de sexo femenino también fueron excluidas del estudio por no haber cumplimentado la totalidad de la batería de cuestionarios en una sola sesión de administración de pruebas y no encontrarse físicamente en el centro en las sucesivas sesiones destinadas a tal fin; sin ser posible contactar con ellas de nuevo para completar el resto de pruebas.

De esta manera, la submuestra final de pacientes con TCA estuvo constituida por 196 pacientes consecutivas de sexo femenino, de entre 18 y 30 años de edad ($M = 24,02$ años, $DE = 4,20$ años), de las cuales, 192 recibían tratamiento en régimen de hospitalización 24 horas o de hospital de día, y 4 de ellas (2,0%), tratamiento ambulatorio. Estas últimas procedían de la clínica privada de psicología *Eutimia: Psicología y Crecimiento Personal* en Tortosa, y por lo que respecta a las pacientes bajo tratamiento intensivo de hospitalización u hospital de día, 160 (81,6%) procedían de la

Unidad de Hospitalización de Adultos que ITA dirige en Barcelona y 32 (16,3%), de la Unidad de Hospitalización Infantojuvenil de la misma entidad ubicada en Cabriels.

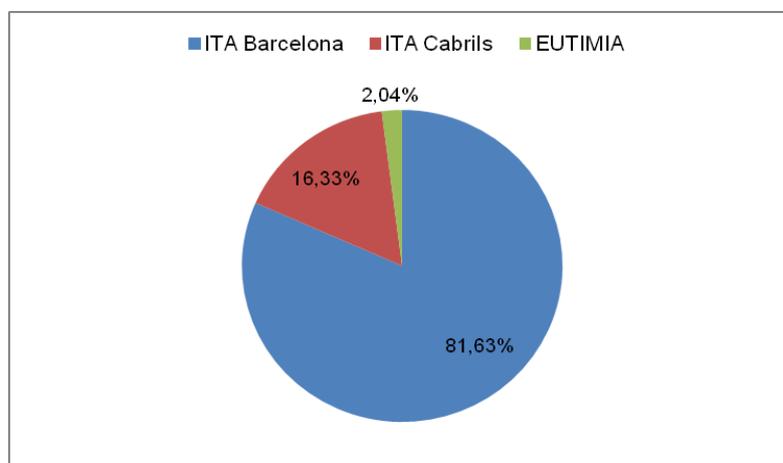


Figura 3.2. Distribución porcentual de las pacientes según el centro de tratamiento

Casi la totalidad de las pacientes con TCA del estudio tenía nacionalidad española (98%), un 1,5% provenía de diferentes países europeos y un 0,5% era originaria de América Latina. En cuanto al nivel socioeconómico familiar, calculado a partir de los estudios y la ocupación de los padres y madres de las participantes mediante el *Four Factor Index of Social Status* (Hollingshead, 1975), se observa que un 20,9% pertenecía a un nivel socioeconómico bajo, un 25,5% correspondía a un nivel socioeconómico medio-bajo, un 17,9% a un nivel medio, otro 24% a un nivel medio-alto, y un 11,7% correspondía a un nivel alto.

Respecto al nivel de estudios, el porcentaje más elevado (71,9%) correspondía a aquellas pacientes con estudios superiores, seguido por un 28,1% con estudios secundarios.

En relación al estado civil de las pacientes, la mayoría estaba soltera sin pareja (55,6%), un 30,1% estaba soltera pero tenía pareja, un 7,1% estaba casada, el 6,6% convivía con su pareja, y el otro 10,5% restante estaba separada o divorciada de su marido/pareja.

Un 8,7% de las pacientes con TCA presentaba menarquia precoz (antes de los 11 años de edad).

En cuanto al peso de las pacientes, se obtuvo una media de 51,06 kg, en un intervalo de 26 a 110 kg., y una desviación estándar de 13,82 kg. La media de la talla era de 1,64 m. en un intervalo que oscilaba entre 1,47 y 1,80 m., con una desviación de 0,06 m. (= 6 cm.) respecto a la media (véase Tabla 3.1).

Tabla 3.1. Media y desviación estándar de la edad, peso y altura e Índice de Masa Corporal del grupo clínico con TCA

	N	Mínimo	Máximo	M	DE
EDAD	196	18,05	30,98	24,02	4,20
PESO (Kg)	196	26	110	51,06	13,82
ALTURA (m)	196	1,47	1,80	1,64	0,06
IMC	196	10,68	37,46	18,91	4,81

M: Media; DE: Desviación Estándar; IMC: Índice de Masa Corporal

Todas las participantes del estudio, han autoinformado sus medidas antropométricas de Peso y Altura, con el fin de poder obtener así el Índice de Masa Corporal (IMC) para cada una de ellas. El Índice de Masa Corporal (IMC), también conocido como Índice de Quételet, se define como el cociente que se obtiene de dividir el peso en Kilogramos (Kg) por la altura al cuadrado en metros (m). Ésta es una medida útil como indicador general del tejido adiposo y del estado nutricional del sujeto. En función del IMC que se obtiene, se pueden establecer las categorías de la Tabla 3.2.

Tabla 3.2. Clasificación del Índice de Masa Corporal (WHO, 2000)

Nivel de peso	IMC
Bajo peso	< 18,50
Peso Normal	18,50 – 24,99
Sobrepeso:	≥ 25
Preobeso	25 - 29,99
Obeso, clase I	30-34,99
Obeso, clase II	35-39,99
Obeso, clase III	≥ 40

Adaptado de la World Health Organisation (WHO, 2000)

Se calculó para cada sujeto el Índice de Masa Corporal (IMC) que oscilaba entre un mínimo de 10,68 kg/m² y un máximo de 37,46 kg/m², con una media de 18,91 kg/m² y una desviación de 4,81 kg/m². Esta media obtenida por la presente submuestra corresponde a un nivel de peso normal. Más específicamente, aproximadamente la mitad de las pacientes se situaría en un nivel de peso correspondiente a bajo peso (53,6%), seguido por un 37,8% que presentaría normopeso, un 5,6% con sobrepeso y finalmente, un 3% de pacientes sufrirían obesidad (véase Figura 3.3.).

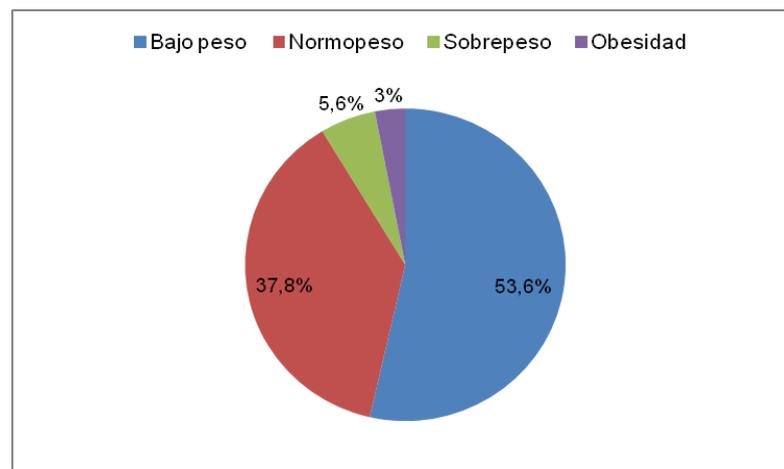
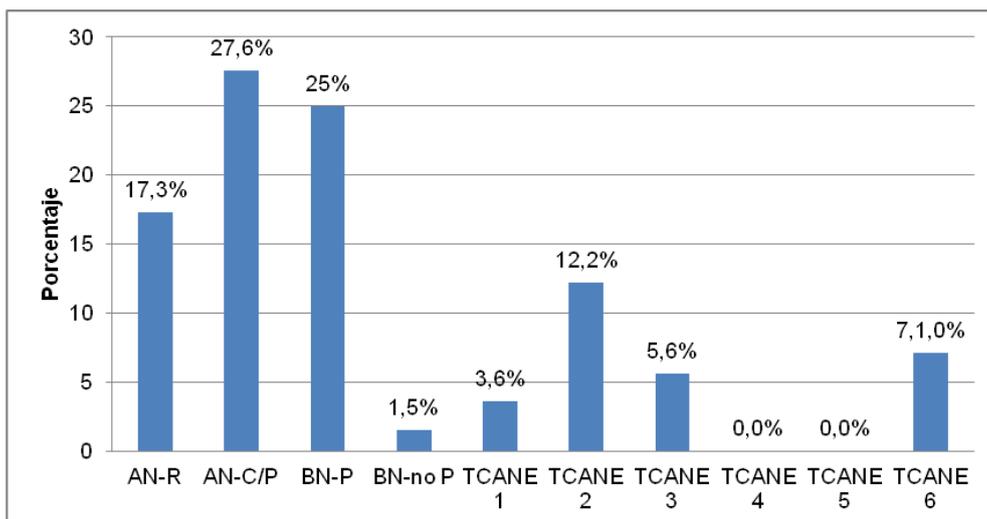


Figura 3.3. Distribución porcentual del Índice de Masa Corporal de las pacientes con TCA

En relación al diagnóstico clínico basado en criterios diagnósticos DSM-IV (APA, 1994) para los Trastornos del Comportamiento Alimentario que presentaban las pacientes del estudio, un 27,6% sufría anorexia nerviosa de tipo compulsivo/purgativo, un 25% sufría bulimia nerviosa purgativa, un 17,3% anorexia nerviosa restrictiva, un 12,2% padecía TCANE 2, seguido de un 7,1% con TCANE 6, un 5,6% con TCANE 3, un 3,6% con TCANE 1 y el 1,5% restante, bulimia nerviosa no purgativa. En nuestro estudio no se ha hallado ningún caso diagnosticado de TCANE 4 o TCANE5 (véase Figura 3.4).



AN-R: Anorexia Nerviosa de tipo Restrictivo; AN-C/P: Anorexia Nerviosa de tipo Compulsivo-Purgativo; BN-P: Bulimia Nerviosa de tipo Purgativo; BN-no P: Bulimia Nerviosa de tipo no Purgativo; TCANE: Trastorno del Comportamiento Alimentario No Especificado.

Figura 3.4. Distribución porcentual de los diagnósticos clínicos específicos del grupo de pacientes con TCA

Aunque a nivel clínico normalmente se trabaja con los diagnósticos clásicos de TCA, esto es: Anorexia Nerviosa (restrictiva vs compulsiva/purgativa), Bulimia Nerviosa (no purgativa vs purgativa) y Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE); para la presente investigación sobre abuso infantil y ajuste psicológico, estos diagnósticos se dividirán en función de la utilización o no de conductas purgativas para mantener el peso, de acuerdo con numerosas investigaciones sobre el tema (Garner, Garner y Rosen, 1993; Vanderlinden y Vandereycken, 1999; Waller, 1991). Vanderlinden y Vandereycken (1999, p.19) comentan al respecto que:

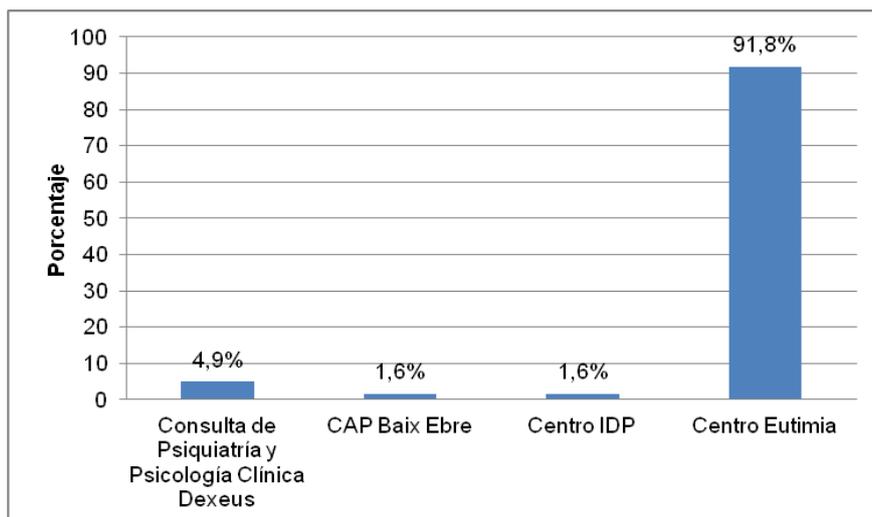
Los pacientes con “anorexia nerviosa restrictiva” pierden peso a raíz de su estricta restricción de la ingesta, combinada a menudo con una hiperactividad física, en tanto que los que padecen “anorexia nerviosa mixta” recurren además a vómitos autoprovocados y/o al uso de laxantes, con frecuencia combinados con atracones. Por lo tanto, estos últimos se asemejan a los pacientes con bulimia nerviosa. (...).

Por lo tanto, en algunos análisis dividiremos la submuestra de pacientes con TCA en: 1) *No Purgativas* (Anorexia Nerviosa restrictiva, Bulimia Nerviosa no purgativa y TCANE 6) y 2) *Purgativas* (Anorexia Nerviosa purgativa y Bulimia Nerviosa purgativa). Por lo que respecta a los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados 1, 2 y 3, éstos se han clasificado en el grupo de “*Purgativas*” y de “*No*

Purgativas" en función de si realizaban o no conductas compensatorias de purga (vómito autoinducido, abuso de laxantes, y/o abuso de diuréticos), respectivamente. En este sentido, dos personas con el mismo diagnóstico de TCANE 1 por ejemplo, es posible que sean clasificadas en grupos distintos (*purgativas vs no purgativas*) en función de si recurren o no al uso de alguna conducta compensatoria de purga.

b) Grupo clínico de pacientes psiquiátricas sin trastorno alimentario

Por lo que respecta al segundo grupo de estudio, correspondiente a pacientes psiquiátricas con diagnóstico DSM-IV (APA, 1994) de algún trastorno de tipo depresivo y/o ansioso, controlando que no presentaran ningún trastorno alimentario, estaba constituido por 68 mujeres consecutivas que recibían tratamiento ambulatorio en el *Gabinete de Psiquiatría y Psicología Clínica Dexeus* de Barcelona (4,41%), y en dos centros privados y uno público de la Seguridad Social, ubicados los tres en Tortosa (Tarragona): centro privado de psicología *Eutimia: Psicología y Crecimiento Personal* (92,65%), centro médico privado *Instituto de Diagnóstico Psicológico - IDP* (1,47%) y del *CAP Baix Ebre* (1,47%). Del total de 68 pacientes que inicialmente constituían esta submuestra, destacar que 2 de ellas (2,94%) fueron excluidas por ser mayores de 30 años de edad, 1 (1,47%) por presentar síntomas psicóticos y 4 (5,88%) por cumplir criterios diagnósticos DSM-IV (APA, 1994) de algún Trastorno de la Conducta Alimentaria. Comentar que estas 7 personas excluidas (10,29%) procedían en su totalidad del centro privado *Eutimia* (véase Figura 3.1). Así, la muestra efectiva fue de 61 pacientes mujeres de edades comprendidas entre 18 y 30 años ($M = 23,28$ años y $DE = 3,87$ años) que cumplieran criterios diagnósticos según DSM-IV (APA, 1994) de algún trastorno del estado del ánimo y/o de ansiedad.



CAP: Centro de Atención Primaria; IDP: Institut de Diagnòstic Psicològic.

Figura 3.5. Distribución porcentual del grupo clínico de pacientes psiquiátricas sin TCA según el centro de tratamiento

La totalidad de estas pacientes tiene nacionalidad española. En cuanto al nivel socioeconómico, un 26,2% de las pacientes se ubica en un nivel medio-alto, un 23% presenta un nivel bajo, otro 23% se sitúa en un nivel medio-bajo, un 21,3% pertenece a un nivel medio y el 6,6% restante, pertenece a la clase alta. La mayoría ha realizado estudios superiores (88,5%) y el 11,5% restante ha cursado estudios secundarios. Por lo que al estado civil se refiere, casi la mitad de la submuestra es soltera con pareja (49,2%), el 34,4% de las pacientes es soltera sin pareja, seguido por el 9,8% que convive con su pareja, el 3,3% está casada y finalmente, con un 1,6% de representación en cada caso, encontramos las separadas y las divorciadas.

Ninguna de las pacientes de este grupo ha presentado una menarquia precoz (antes de los 11 años). En relación al peso de las pacientes, se ha obtenido una media de 54,70 kg, con un rango situado entre 39 y 73 kg., y una desviación estándar de 8,29 kg. La media de la talla era de 1,63m., oscilando entre 1,48m y 1,77m, con una desviación de 0,06 m. respecto a la media.

Para cada paciente se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) que oscilaba entre un mínimo de 15,79 kg/m² y 30,36 kg/m², con una media de 20,46 kg/m² y una desviación típica de 2,61 kg/m². La media obtenida por el total de pacientes psiquiátricas corresponde a un Índice de Masa Corporal normal. A continuación, en la

Figura 3.6, se muestra más detalladamente la distribución porcentual de los diferentes niveles de peso del Índice de Masa Corporal que presentan las pacientes de la submuestra que nos ocupa.

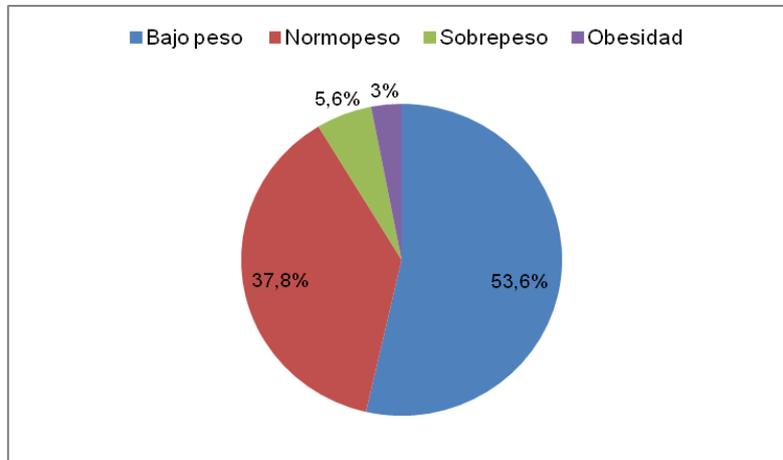


Figura 3.6. Distribución porcentual del Índice de Masa Corporal de las pacientes psiquiátricas sin TCA del estudio

En relación al diagnóstico clínico basado en criterios DSM-IV (APA, 1994) para los Trastornos del estado de ánimo de tipo depresivo y para los Trastornos de ansiedad que presentaban las pacientes, un 36,1% sufría trastorno mixto ansioso-depresivo, un 18% sufría trastorno depresivo mayor, un 13,1% trastorno de angustia con o sin agorafobia, un 11,5% padecía trastorno depresivo no especificado, otro 11,5% presentaba trastorno de ansiedad generalizada, y finalmente, un 9,8% de las pacientes sufría trastorno distímico (véase Figura 3.7).

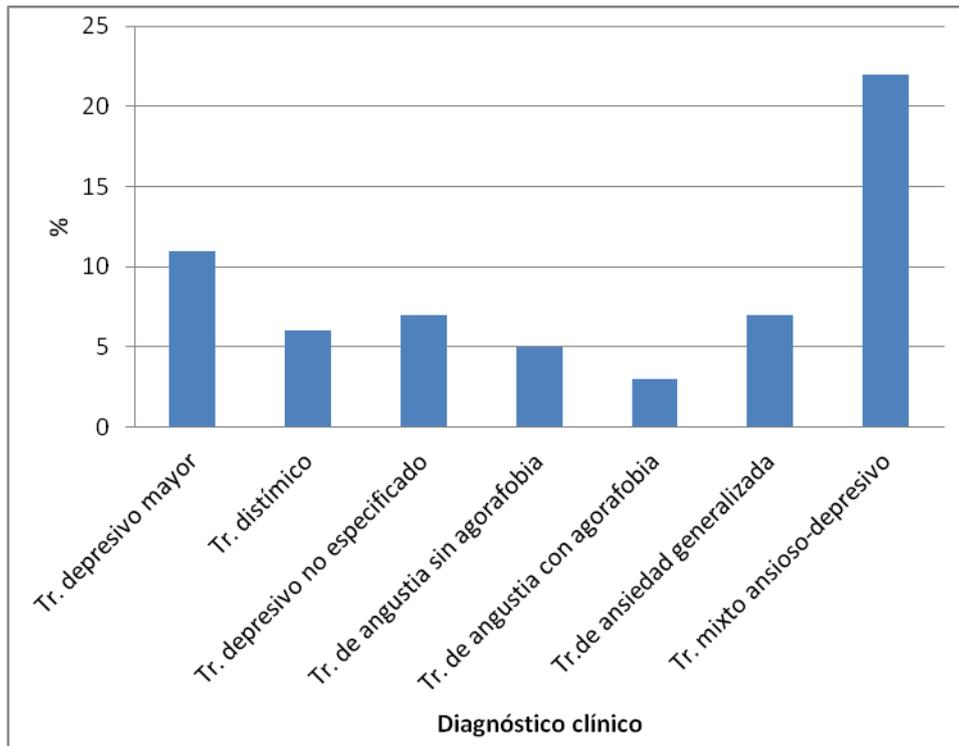


Figura 3.7. Distribución porcentual de los diferentes diagnósticos clínicos presentados por las pacientes del grupo psiquiátrico sin TCA

c) Grupo comunitario de estudiantes universitarias

Por lo que respecta al último grupo de estudio, correspondiente a estudiantes universitarios, éste estaba constituido inicialmente por 1014 estudiantes de primer ciclo de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Del total de 1014 estudiantes, 837 (82,54%) accedieron a participar en el estudio y de entre ellos, 761 (90,92%) cumplieron debidamente la totalidad de los cuestionarios. De estos, 199 fueron excluidos por ser varones (26,15%) y 23, por tener más de 30 años de edad (3,02%). De este modo, la muestra no probabilística efectiva de población universitaria fue de 539 estudiantes mujeres, de entre 18 y 30 años de edad ($M = 21,67$ y $DE = 2,58$).

En cuanto a la distribución por licenciaturas de la submuestra que nos ocupa, el 80,4% se enmarcaría dentro del grupo de Ciencias de la Salud (Psicología y Medicina), el 19,6% se ubicaría dentro de las Ciencias Sociales (Derecho, Periodismo, Relaciones Laborales, Criminología, Márketing y Gestión Comercial) y el 0,2% correspondería a Ingeniería (Ingeniería Química). En la Figura 3.8 se presenta la distribución porcentual por licenciaturas del grupo comunitario de estudiantes universitarias.

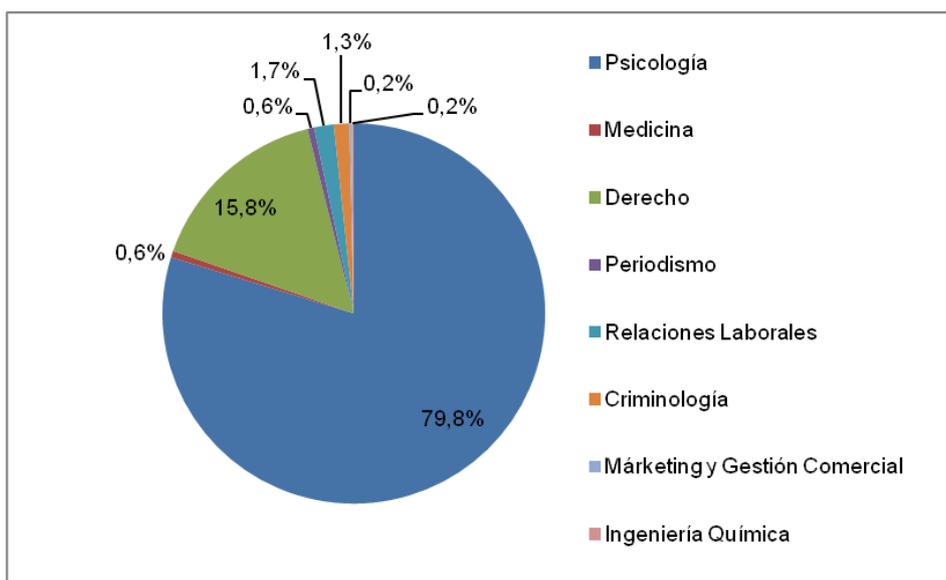


Figura 3.8. Distribución porcentual por licenciaturas de la submuestra comunitaria de estudiantes universitarias

Casi la totalidad de este grupo de estudio tiene nacionalidad española (95,9%), seguido por dos grupos mucho menos numerosos provenientes de países europeos (1,9%) y de América Latina (1,9%), y en último termino, sólo dos grupos residuales de 2 estudiantes cada uno, son originarios de Estados Unidos y de África (cada uno de estos dos grupos representa un 0,2% de la submuestra comunitaria).

Por lo que respecta al nivel socioeconómico, el 19,3% de estudiantes pertenece a un nivel bajo, el 24,9% se sitúa en un nivel medio-bajo, el 22,4% se ubica en la clase media, el 24,3% pertenece a un nivel medio-alto, y un 9% se sitúa en un nivel alto.

En cuanto al estado civil, más de la mitad de las estudiantes está soltera con pareja (56,4%), el 35,8% está soltera pero no tiene pareja, el 4,6% convive con su pareja, el 2,2% está casada, el 0,6% está separada o divorcida, y el 0,4% presentaría otra categoría.

Un 4,1% de estudiantes presenta menarquia precoz (antes de los 11 años). En relación al peso presentado por la submuestra que nos ocupa, se ha obtenido una media de 57,16 kg., en un intervalo que oscila entre 38 y 100 kg., y una desviación estándar de 8,15 kg. La talla media es de 1,65 m., en un intervalo de 1,48 a 1,90 m., con una desviación de 0,06 m. (= 6 cm.) respecto a la media.

Cuando se calculó el Índice de Masa Corporal, éste oscilaba entre un mínimo de 15,82 kg/m² y un máximo de 35,16 kg/m², con una media de 21 kg/m², y una desviación estándar de 2,58 kg/m². Al igual que ha sucedido en las dos submuestras anteriores, la media obtenida corresponde a un nivel de peso normal. En la Figura 2.9 se muestra la distribución porcentual de los diferentes niveles del IMC de la submuestra de estudiantes universitarias.

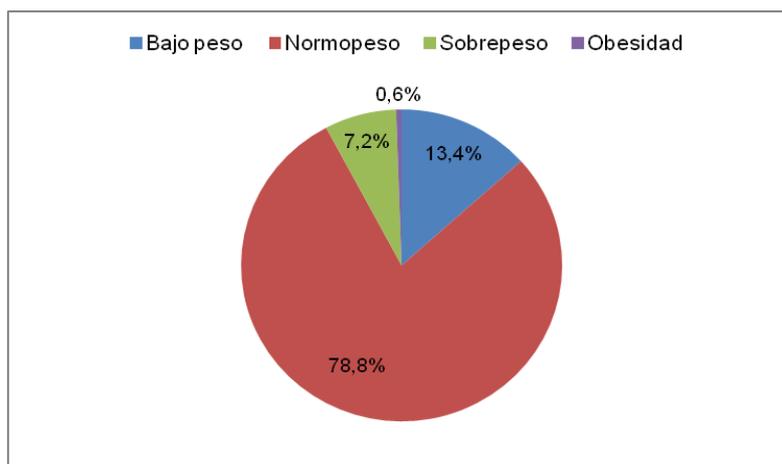


Figura 3.9. Distribución porcentual del Índice de Masa Corporal de la submuestra de estudiantes universitarias

3.2. INSTRUMENTOS

La Tabla 3.3 sintetiza los instrumentos de evaluación administrados al total de la muestra en relación con los diferentes constructos de interés.

Tabla 3.3. Constructos de interés e instrumentos de evaluación

CONSTRUCTOS DE INTERÉS	INSTRUMENTOS
Historia y/o presencia actual de abuso sexual y/o físico	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Traumatic Life Events Questionnaire</i> (TLEQ): <ul style="list-style-type: none"> - Abuso sexual: ítem 15, ítem 16, ítem 17 e ítem 18. - Abuso físico: ítem 12 e ítem 14.
Conducta alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Eating Disorders Examination-Questionnaire</i> (EDE-Q): aspectos actitudinales y comportamentales. • <i>Eating Disorders Inventory-2</i> (EDI-2): <ul style="list-style-type: none"> - <i>Subescala DT (Obsesión por la Delgadez)</i>. - <i>Subescala B (Bulimia)</i>.
Imagen corporal	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Body Shape Questionnaire</i> (BSQ). • <i>Subescala BD (Insatisfacción corporal)</i> del <i>Eating Disorders Inventory-2</i> (EDI-2).
Sintomatología depresiva	<i>Beck Depression Inventory</i> (BDI)
Ideación Suicida	Ítem 9 del <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI)
Sintomatología ansiosa	<i>The State Trait Anxiety Inventory</i> (STAI)
Características de personalidad	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Eating Disorders Inventory-2</i> (EDI-2): <ul style="list-style-type: none"> - <i>Subescala I (Ineficacia)</i> - <i>Subescala P (Perfeccionismo)</i> - <i>Subescala ID (Desconfianza Interpersonal)</i> - <i>Subescala IA (Conciencia Introceptiva)</i> - <i>Subescala MF (Miedo a la Madurez)</i> - <i>Subescala A (Ascetismo)</i> - <i>Subescala RI (Impulsividad o Regulación de Impulsos)</i> - <i>Subescala SI (Inseguridad Social)</i>
Autoestima	<i>The Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (RSS)

3.2.1. TRAUMATIC LIFE EVENTS QUESTIONNAIRE (TLEQ), KUBANY Y HAYNES, 2001. CUESTIONARIO DE ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES.

Con el fin de evaluar la presencia de episodios de abuso (físico y/o sexual) en el pasado y/o en el momento actual de las participantes en el estudio, se administró el TLEQ de Kubany y Haynes, 2001. Es un cuestionario autoadministrado que consta de 24 ítems, y que evalúa 22 tipos de eventos vitales potencialmente traumáticos presentados gradualmente en función de su nivel de intimidad. Mientras que los primeros estresores son más externos (por ejemplo: haber vivido un desastre natural, verse involucrado en algún accidente de tráfico o de cualquier otro tipo, o vivir en una zona bélica), los últimos presentan un carácter más personal e íntimo (experiencias de abuso, violencia doméstica, acecho, entre otros). El TLEQ es aplicable en población adulta (> 18 años), con un mínimo nivel de lectura y el tiempo requerido para su aplicación es de 10-15 minutos. Este instrumento se ha utilizado para identificar una historia de trauma, tanto en el ámbito clínico como de investigación.

Para cada acontecimiento, los sujetos deben de especificar la frecuencia con la cual les sucedió (en un rango que oscila de “*nunca*” a “*más de 5 veces*”), y si en aquel momento experimentaron temor, desamparo u horror. Asimismo, en algunos sucesos se incluye una pregunta relativa a la posibilidad de haber sido herido o dañado seriamente (por ejemplo: en un asalto o en la victimización sexual), y en aquellos ítems sobre abuso sexual infantil y sobre agresión en la edad adulta, se añaden una serie de preguntas acerca de la identidad del perpetrador, la existencia de amenaza o de uso de la fuerza, así como la existencia de penetración oral, anal o vaginal. El último ítem del cuestionario solicita a los sujetos que indiquen cuál de los sucesos vividos fue el que les causó mayor perturbación y que señalen la edad o la fecha de la primera y última vez que les ocurrió, así como el grado de perturbación que les causó aquel evento.

El TLEQ proporciona 3 puntuaciones, indicando la magnitud y la gravedad del suceso traumático (Kubany, 2004). Primero, indica cuántos eventos potencialmente traumáticos distintos han ocurrido. Segundo, indica cuántos de estos eventos evocaron temor intenso, desamparo u horror. Y finalmente, el número total de sucesos discretos (frecuencia) reportados puntuados entre “*una vez*” hasta “*más de 5 veces*” (Kubany, 2004).

En el presente estudio, y con el propósito de poder diferenciar a las participantes de la muestra en función del estatus de abuso infantil (físico o sexual), sólo se analizaron las respuestas dadas en aquellos ítems relativos a las experiencias de victimización física y de victimización sexual sufridas antes de los 18 años. No obstante, también se incluyeron en algunos análisis los ítems 14 y 18, correspondientes a la violencia de género por parte de la pareja íntima y a la agresión sexual en la edad adulta, respectivamente, para poder contemplar las experiencias de revictimización física o sexual sufridas por las jóvenes del estudio. En la Tabla 3.4 se muestran los ítems relacionados con cada tipo de abuso.

Tabla 3.4. Ítems relativos a los dos tipos de maltrato (físico y sexual) del *Traumatic Life Events Questionnaire* (TLEQ)

TIPOS DE MALTRATO	ÍTEMS CORRESPONDIENTES DEL TLEQ
ABUSO FÍSICO	<p>12. Cuando eras menor: ¿Fuiste castigado físicamente de tal manera que sufriste moratones, quemaduras, cortes o fracturas?</p> <p>14. ¿Alguna vez su esposo(a), novio(a) o pareja íntima le ha dado una bofetada, puñetazo, paliza o le ha infringido cualquier otro tipo de daño físico?</p>
ABUSO SEXUAL	<p>15. Antes de cumplir los 13 años: ¿Alguien que era por lo menos 5 años mayor que tú, tocó o acarició tu cuerpo, o te hizo tocar o acariciar el suyo, de una manera sexual?</p> <p>16. Antes de cumplir los 13 años: ¿Alguien cercano a tu edad tocó zonas sexuales de tu cuerpo o te hizo tocar las tuyas, en contra de tu voluntad o sin tu consentimiento?</p> <p>17. Después de cumplir los 13 años y antes de los 18: ¿Alguien tocó zonas sexuales de tu cuerpo o te hizo tocar las tuyas, en contra de tu voluntad o sin tu consentimiento?</p> <p>18. Después de cumplir 18 años: ¿Alguien tocó zonas sexuales de tu cuerpo o te hizo tocar las tuyas, en contra de tu voluntad o sin su consentimiento?</p>

Adaptado del TLEQ (Kubany y Haynes, 2004)

Este cuestionario ha sido analizado en estudios independientes con muestras de estudiantes universitarios, veteranos de combate, pacientes con abuso de sustancias, así como en mujeres maltratadas, demostrando una buena hasta excelente estabilidad

temporal (Kubany et al., 2000). Más concretamente, en el caso de los estudiantes universitarios (varones y mujeres), los análisis *test-retest* (de una semana) del TLEQ mostraron una estabilidad temporal muy potente con coeficientes *kappa* de entre 0,40 y 0,60 para la mayoría de los ítems, así como una adecuada validez convergente con una entrevista estructurada sobre los mismos acontecimientos traumáticos (media del coeficiente *kappa* = 0,70), obteniendo los dos formatos tasas similares de revelación del abuso. En una muestra clínica de personas con síntomas clínicos de trastorno por estrés postraumático, Kubany et al. (2000), hallaron que estos individuos informaban de una mayor exposición a eventos potencialmente traumáticos en el TLEQ, que los individuos que no cumplían los criterios diagnósticos de trastorno por estrés postraumático.

El TLEQ ha demostrado una adecuada validez *test-retest*, donde la mayoría de los ítems presentan una adecuada hasta excelente validez temporal (Kubany, 2004). Presenta excelente validez de contenido (Kubany, 2004), así como una buena validez convergente cuando se compara una entrevista sobre trauma (media del coeficiente *kappa* = 0,71) sin diferencias significativas entre la entrevista y el cuestionario en el número de revelaciones de cualquiera de los eventos que recoge el TLEQ (Kubany, Haynes, Leisen, Ownens, Kaplan, Watson et al., 2000). Gray, Litz, Hsu, y Lombardo (2004), hallaron que el *Life Events Checklist* (LEC; una medida de la exposición a acontecimientos potencialmente traumáticos) exhibía una adecuada estabilidad temporal y una buena convergencia con el TLEQ en los ítems similares, además de ser comparables entre ellos por lo que a las asociaciones entre las variables conocidas por correlacionar con la exposición traumática en una muestra de universitarios.

En un reciente estudio realizado en España, Pereda, Forns y Abad (2013), administraron el TLEQ a 1033 estudiantes universitarios (hombres y mujeres) de la Universidad de Barcelona y aportaron datos sobre la prevalencia de acontecimientos potencialmente traumáticos en esta población. En concreto, la mayoría de los estudiantes (92,3%) manifestaron haber experimentado al menos un acontecimiento traumático a lo largo de la vida, presentando los hombres significativamente más eventos potencialmente traumáticos que las mujeres. El acontecimiento vital causante de mayor malestar según las personas que lo sufrieron fue el contacto sexual no deseado antes de los 13 años por alguien al menos cinco años mayor (71,2%). Paralelamente, un 36,0% manifestó que el acontecimiento vivido con gran malestar fue el castigo físico

grave durante la infancia, y un 43,3%, un 34,5% y un 41,6%, reportó haber sido el contacto sexual no deseado antes de los 13 años por alguien de edad similar, entre los 13 y los 18 años, y después de los 18 años, respectivamente. Las propias autoras destacaron la elevada prevalencia obtenida en población universitaria española, incluso superior a la reportada por otras investigaciones nacionales e internacionales.

Asimismo, según los estudios realizados, el cuestionario presenta una validez de contenido, convergente y discriminante adecuada (Kubany et al., 2000; Kubany & Haynes, 2001). En las poblaciones universitaria, clínica con TCA y clínica psiquiátrica, examinadas en este estudio, la validez aparente y de contenido sigue siendo adecuada. Para la presente tesis, se ha utilizado la versión del TLEQ traducida al español por el equipo de investigación que ha colaborado en la realización de la tesis doctoral de Ana María Villarroel (2008), la cual pasó por un proceso de retrotraducción (véase anexo VI).

3.2.2. EATING DISORDER EXAMINATION - QUESTIONNAIRE (EDE-Q). FAIRBURN Y BEGLIN (1994)

El EDE-Q es un autoinforme de 36 ítems derivado de la entrevista *Eating Disorder Examination* (EDE; Fairburn y Cooper, 1993), que mide actitudes y conductas relacionadas con psicopatología alimentaria. Las respuestas a estos ítems se recogen en escalas tipo Likert de 7 puntos (de 0 a 6), correspondiente al número de días en las últimas 4 semanas en que el individuo ha experimentado una determinada actitud alimentaria o relacionada con su peso y/o silueta corporal; donde el extremo máximo indica mayor psicopatología alimentaria. Al igual que la entrevista EDE, el EDE-Q facilita información sobre la frecuencia (número de episodios o número de días) y gravedad de cada uno de los aspectos clave conductuales (atracones objetivos y subjetivos, vómito autoinducido, abuso de laxantes y diuréticos y práctica de ejercicio físico intenso), y actitudinales asociados a los trastornos del comportamiento alimentario. Estos últimos se recogen en 4 subescalas que representan las principales áreas de psicopatología específica del TCA: *Restricción*, *Preocupación por la Ingesta*, *Preocupación por el Peso* y *Preocupación por la Silueta* (véase Tabla 3.5).

Tabla 3.5. Subescalas del EDE-Q de Fairburn y Beglin (1994) y los ítems y aspectos actitudinales que evalúan

Subescala	Ítems	Actitudes
Restricción	1	Restricción de ingesta.
	2	Evitación de ingesta.
	3	Evitación de comida.
	4	Reglas diarias en torno a la alimentación.
	5	Estómago vacío.
Preocupación por la Ingesta	6	Preocupación por la comida, por comer y por el contenido de las calorías.
	7	Miedo a perder el control sobre la ingesta.
	9	Comer en secreto.
	15	Culpabilidad sobre la comida.
Preocupación por el Peso	34	Comida delante de otras personas.
	11	Preocupación por el peso o la silueta.
	14	Deseo de perder peso.
	29	Importancia del peso en la valoración personal.
	31	Reacción al pesarse.
Preocupación por la Silueta	32	Insatisfacción con el peso.
	10	Deseo de tener un vientre plano.
	11	Preocupación por la forma corporal o el peso.
	12	Miedo a engordar.
	13	Sentimientos de gordura.
	30	Importancia de la silueta en la valoración personal.
33	Insatisfacción con la forma corporal.	
	35	Malestar al ver su cuerpo.
	36	Incomodidad o evitación de la exposición.

Adaptado de Fairburn y Wilson (1993); cfr. Raich (1994, p. 94)

Para obtener la puntuación en cada una de las subescalas, se suman las puntuaciones dadas a los ítems pertenecientes a cada subescala y se dividen por el número de ítems de la misma. Paralelamente, el EDE-Q, también dispone de una Escala Global, la cual ofrece una puntuación global de la gravedad de la psicopatología del trastorno alimentario que se calcula realizando el promedio de las puntuaciones proporcionadas por las cuatro subescalas (Fairburn y Wilson, 1993; citado en Raich, Mora, Sánchez-Carracedo y Torras; 2000, p. 3).

El EDE-Q presenta unas buenas propiedades psicométricas, especialmente en la evaluación de los aspectos actitudinales clave de psicopatología alimentaria, donde se observa un importante nivel de acuerdo con la entrevista EDE (Mond, Hay, Rodgers,

Owen y Beumont, 2004a), con altas correlaciones entre las subescalas de ambos formatos oscilando entre 0,78 y 0,86; demostrando así su validez de constructo (Fairburn y Beglin, 1994).

Mond et al. (2004a) estudiaron la validez del EDE-Q en una muestra comunitaria de mujeres de entre 18 y 45 años y observaron que se trata de un autoinforme que exhibe una buena validez concurrente, así como una aceptable validez de criterio que lo convierten, según los propios autores, en un instrumento de *screening* adecuado para su utilización en estudios epidemiológicos prospectivos de dos fases. Más concretamente, las puntuaciones obtenidas en el EDE-Q por la muestra de estudio, fueron significativamente más elevadas que las obtenidas en la EDE en todas las subescalas. Asimismo, los autores observaron que la frecuencia de los episodios de atracón objetivo y de atracón subjetivo, correlacionaban de manera significativa entre ambas medidas y al realizar un análisis de función discriminante, detectaron aquellos ítems del EDE-Q que mejor distinguían los casos de los no-casos (incluyendo la frecuencia de los episodios de atracón objetivo, el uso de ejercicio para controlar el peso, la práctica del vómito autoinducido, el uso de laxantes y los sentimientos de culpa por haber comido). Este mismo equipo de investigación, (Mond et al., 2004b), también estableció la fiabilidad test-retest del EDE-Q en un intervalo de 315,0 días, observando que los ítems que evaluaban aspectos actitudinales clave de psicopatología alimentaria eran los que mostraban un grado más elevado de estabilidad temporal que los ítems conductuales, con una estabilidad temporal mucho menor.

A pesar de que este instrumento es ampliamente usado en investigación tanto en muestras clínicas (Goldfein, Devlin y Kamenetz, 2005; Sysko, Walsh y Fairburn, 2005) como no clínicas (Grilo, Reas, Hopwood, y Crosby, 2015; Luce, Crowther, y Pole, 2008; Mond et al., 2004a), y de sus ventajas respecto a su antecesora EDE, por su menor tiempo de aplicación (Fairburn y Beglin, 1994) y menor tiempo de entrenamiento de los entrevistadores en su manejo (Wilfley, Schwartz, Spurrell y Fairburn, 1997), en diversas ocasiones se ha cuestionado la estructura factorial de 4 factores propuesta inicialmente por Fairburn y Beglin (1994). En este sentido, en un reciente estudio, Grilo et al. (2015), evaluaron la estructura factorial y la validez de constructo del EDE-Q en un grupo no clínico de estudiantes universitarios jóvenes adultos (varones y mujeres), mediante un análisis factorial confirmatorio que ofreció un ajuste inadecuado con la

estructura original. Sin embargo, este análisis sugirió un mejor ajuste con una estructura alternativa de 3 factores de 7 ítems modificados relativos a restricción alimentaria, sobrevaloración del peso/figura e insatisfacción corporal, aportando así una mejoría en las propiedades psicométricas (sobre todo, por lo que respecta a la validez convergente y discriminante respecto a otras medidas) del autoinforme. En esta misma línea, Peterson et al. (2007), administraron el EDE-Q a una muestra de 203 mujeres adultas de la población general con síntomas bulímicos, con el objetivo de examinar la estructura factorial y la consistencia interna del autoinforme. Los autores, a pesar de confirmar la buena consistencia interna del EDE-Q (tanto en la escala global como en las subescalas); al igual que en otras investigaciones, sus resultados apoyaron que una estructura de tres factores parecía ajustar mejor que la estructura de cuatro factores. En concreto, mientras que los análisis de componentes principales apoyaron las subescala Preocupación por la Ingesta y Restricción Alimentaria, los ítems de la subescalas Preocupación por el Peso y Preocupación por la Silueta se combinaron en un solo factor.

Por su parte, Binford, Le Grange y Jellar (2005), compararon la EDE y el EDE-Q en adolescentes con trastornos alimentarios, y corroboraron que ambas medidas presentan correlaciones entre moderadas y altas en todas las subescalas y entre los grupos diagnósticos del estudio (incluyendo bulimia nerviosa, síndrome parcial de bulimia nerviosa y anorexia nerviosa). No obstante, los autores observaron mayores discrepancias entre ambos formatos en el grupo con bulimia nerviosa en comparación con los otros dos grupos diagnósticos en la subescala Preocupación por la Ingesta. Otros hallazgos de Binford et al. (2005) fueron la elevada correlación entre la entrevista y el autoinforme en relación a los vómitos autoinducidos, así como la mayor presencia de episodios de atracón objetivo en el grupo con BN, y de episodios de atracón subjetivo en los grupos con BN y síndrome parcial de BN, informada por la EDE en comparación con el EDE-Q. A la luz de estos resultados, los autores corroboraron que la EDE y el EDE-Q exhibían correlaciones fuertes entre los grupos de adolescentes de su estudio, a pesar de que esta consistencia no era tan importante en el grupo con BN respecto a los otros dos grupos.

En un reciente estudio de revisión sobre la fiabilidad de las puntuaciones obtenidas por la EDE y por el EDE-Q, así como la validez de su uso para medir psicopatología alimentaria, Berg, Peterson, Frazier y Crow (2012), analizaron 15 estudios que examinaban las propiedades psicométricas de la EDE y 10 estudios donde se estudiaban las del EDE-Q. Después de analizar los resultados hallados en estos estudios, Berg et al. (2012) constataron que entre las puntuaciones de ambos formatos existe una demostrada fiabilidad; hallando correlaciones importantes en las medidas de constructos similares, y tanto la entrevista como el autoinforme son medidas útiles para distinguir los casos de los no-casos.

En nuestro país, y según nuestro conocimiento, sólo dos grupos de investigación se han dedicado al estudio de las propiedades psicométricas, así como a la validación y adaptación al español del EDE-Q, aportando datos normativos de la versión española de este instrumento. Por un lado, Villarroel, Penelo, Portell y Raich (2011), que con el propósito de validar la versión española del *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) y de proporcionar las normas de esta versión del cuestionario, las autoras administraron el EDE-Q, el BSQ y el EDI-2 a 708 estudiantes universitarios (varones y mujeres) de entre 18 y 30 años. Estas autoras observaron una consistencia interna satisfactoria para todas las subescalas y la escala global del EDE-Q (α de Cronbach $\geq 0,81$), así como una buena validez convergente al presentar elevadas correlaciones positivas entre las subescalas del EDI-2 Obsesión por la delgadez e Insatisfacción corporal, la puntuación total del BSQ y las subescalas del EDE-Q relativas a estos mismos constructos ($r \geq 0,72$). Sin embargo, al comparar las puntuaciones medias, desviaciones estándar y los percentiles relativos a las conductas compensatorias y a los atracones, los resultados hallados en la muestra española fueron más bajos que los hallados en estudios norteamericanos. Ante estos resultados, las autoras sugieren la necesidad de utilizar un punto de corte más bajo para la significación clínica en estudiantes universitarias españolas. Asimismo, Penelo, Villarroel, Portell y Raich (2012), según nuestro conocimiento, realizaron el primer estudio que ofreció datos sobre la validación de la versión española del EDE-Q en hombres universitarios, así como datos descriptivos del autoinforme en población masculina de nuestro país.

Por otro lado y en esta misma línea, Peláez-Fernández, Labrador y Raich (2012), examinaron la consistencia interna, validez convergente y la sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo y negativo de la versión española del EDE-Q, como cuestionario de *screening* de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra comunitaria de 1543 estudiantes (varones y mujeres; 12-21 años) de Madrid, que no presentaban problemas para entender el español. Los autores administraron a los jóvenes la versión española del EDE-Q y el cuestionario EAT-40, además de la edición 12 de la EDE (versión española) a un subgrupo de 602 estudiantes, obteniendo una consistencia interna aceptable para las cuatro subescalas de la versión española del EDE-Q. Entre la subescala Dieta del EAT-40 y las 4 subescalas el EDE-Q (versión española), observaron una correlación positiva y significativa, además de una aceptable sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo y negativo respecto a la entrevista. Otro dato relevante que destacan los propios autores, fue la correlación positiva y significativa hallada entre los diagnósticos obtenidos por las dos versiones españolas de la EDE y del EDE-Q, resultando este último un adecuado instrumento de *screening* de TCA en muestras comunitarias.

En este estudio se ha utilizado la versión española del EDE-Q-4 (Villarroel, Penelo, Portell y Raich, 2011). La consistencia interna obtenida a partir de la muestra de este estudio es satisfactoria (los valores alpha de Cronbach para la escala global son de $\alpha = 0,95$ para la submuestra universitaria, $\alpha = ,88$ para la muestra clínica con TCA y $\alpha = ,87$ para la muestra clínica sin TCA (véase anexo II).

3.2.3. EATING DISORDER INVENTORY-2 (EDI-2); GARNER (1991)

El EDI-2 es un instrumento de autoinforme muy utilizado y de fácil aplicación, que puede utilizarse con personas de 11 años en adelante, para evaluar la sintomatología alimentaria característica de los Trastornos del Comportamiento Alimentario; especialmente, de la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). Está constituido por 11 subescalas con importancia clínica relativa a los trastornos de la conducta alimentaria: Obsesión por la Delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal, Conciencia Interoceptiva, Miedo a la Madurez, Ascetismo, Impulsividad o Regulación de Impulsos, Inseguridad

Social (véase Tabla 3.6). En total, consta de 91 ítems que se contestan en una escala de seis puntos (“nunca”, “pocas veces”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre” o “siempre”) donde se informa de la frecuencia con la cual el sujeto experimenta una determinada actitud, sentimiento o conducta en relación a la comida, la figura, así como a características de personalidad. El tiempo aproximado de administración es 20 minutos y su aplicación puede ser individual o colectiva. Existe también una versión del EDI para niños y adolescentes, el *Eating Disorders Inventory-C* (EDI-C; Garner, 1991).

El EDI-2 se publicó en 1991 como la versión revisada del autoinforme original Eating Disorders Inventory (EDI; Garner, Olmsted y Polivy, 1983), el cual tenía el objetivo de medir la psicopatología propia de la anorexia y la bulimia nerviosas. Respecto al EDI, el EDI-2 mantiene los 64 elementos originales, que puntúan en ocho escalas principales y añade otros 27, que conforman otras tres escalas adicionales: Ascetismo, Impulsividad (o Regulación de Impulsos) e Inseguridad Social. Las tres primeras subescalas están relacionadas con el peso, la silueta corporal, y las conductas alimentarias y el resto, exploran algunos aspectos psicológicos asociados a los trastornos alimentarios.

Los ítems del EDI-2 pueden estar redactados en sentido positivo o en sentido negativo. En cuanto a los primeros, se puntúan como sigue: *Siempre* = 3; *Casi siempre* = 2; *A menudo* = 1; *A veces* = 0; *Pocas veces* = 0; *Nunca* = 0; y en cuanto a los segundos, las puntuaciones asignadas serían en el orden inverso. Para cada una de las subescalas de este instrumento se obtiene una puntuación directa proveniente de la suma de los ítems que la integran, aunque también se puede calcular una puntuación total del EDI-2, resultante del sumatorio de todos los ítems. Cada escala presenta una puntuación continua y cuanto mayor sea la puntuación obtenida mayor será la manifestación del rasgo evaluado. Sin embargo, las escalas del EDI-2 se han diseñado para medir rasgos independientes y la obtención de una puntuación total plantea serios problemas de interpretación. Aunque la puntuación total del EDI-2 puede tener cierto valor predictivo, es preferible no usarla para evitar el riesgo de crear confusión.

Tabla 3.6. Descripción de las subescalas del EDI-2 (Garner, 1998)

<p>1. Obsesión por la delgadez / <i>Drive for thinness</i> (DT): Esta escala evalúa la preocupación por el peso corporal, las dietas, así como el miedo a engordar.</p>
<p>2. Bulimia (B): Esta escala mide la tendencia a pensar y realizar episodios de sobreingesta compulsiva, permitiendo distinguir entre la anorexia nerviosa subtipo compulsivo-purgativo y la anorexia nerviosa subtipo restrictivo.</p>
<p>3. Insatisfacción Corporal / <i>Body Dissatisfaction</i> (BD): Esta escala mide la insatisfacción con la forma general o con las partes concretas del cuerpo que más preocupan.</p>
<p>4. Ineficacia / <i>Ineffectiveness</i> (I): Mide sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida; resultando un constructo muy próximo a la autoestima.</p>
<p>5. Perfeccionismo / <i>Perfectionism</i> (P): Esta escala evalúa el grado de autoexigencia y la expectativa del sujeto de conseguir siempre resultados mejores, así como la convicción de que los demás esperan de él resultados brillantes.</p>
<p>6. Desconfianza Interpersonal / <i>Interpersonal Distrust</i> (ID): Los ítems de esta escala miden el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos.</p>
<p>7. Conciencia Interoceptiva / <i>Interoceptive Awareness</i> (IA): Esta escala evalúa el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales así como la inseguridad para identificar sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad.</p>
<p>8. Miedo a la Madurez / <i>Maturity Fears</i> (MF): Esta escala evalúa el deseo de refugiarse en la seguridad de la infancia.</p>
<p>9. Ascetismo / <i>Asceticism</i> (A): Los ítems de esta escala miden la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales de tipo espiritual (autodisciplina, sacrificio, autosuperación y control de las necesidades corporales).</p>
<p>10. Impulsividad o Regulación de Impulsos / <i>Regulate Impulsivity</i> (RI): Evalúa la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales.</p>
<p>11. Inseguridad Social / <i>Social Insecurity</i> (SI): Esta escala mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad.</p>

Adaptado de Garner (1998, p.15-17)

El EDI es un valioso instrumento de investigación porque suministra información descriptiva y permite la comparación entre muestras de diversos orígenes o distinta composición. Por ejemplo, en un estudio de Pike y Mizushima (2005), se propusieron describir la presentación clínica de la anorexia y la bulimia nerviosas en Japón usando el EDI-2 y evaluar si el perfil clínico de los casos con TCA difería significativamente de los datos norteamericanos. Los resultados encontrados mostraron que los grupos diagnósticos japoneses presentaban diferencias significativas entre ellos en todas las subescalas del EDI-2. Al comparar estos resultados con la muestra estandarizada americana, Pike y Muzushima (2005) observaron que todos los grupos japoneses puntuaban más alto en la subescala *Miedo a Madurar* (MF), el subgrupo japonés de anorexia nerviosa restrictiva presentaba niveles más bajos de *Obsesión por estar delgado* (DT) y *Perfeccionismo* (P), el subgrupo japonés de bulimia nerviosa puntuaba menos en la escala *Obsesión por estar delgado* (DT) y el subgrupo sin trastorno alimentario ofrecía niveles inferiores de *Obsesión por estar Delgado* (DT) y *Perfeccionismo* (P), pero mayores en la escala *Ineficacia* (I). A partir de estos resultados, los autores concluyeron que las diferencias entre los grupos diagnósticos japoneses y norteamericanos sugieren la existencia de ciertas diferencias culturales en la presentación de los trastornos alimentarios.

En relación a las propiedades psicométricas de este instrumento, Urzúa, Castro, Lillo y Leal (2009), en una muestra de 1.430 adolescentes chilenos (varones y mujeres; 13-18 años) a la que administraron el EDI-2, observaron que para la mayoría de subescalas, así como para la escala total, se obtuvieron alfas superiores a 0,70 y una estructura factorial semejante a la propuesta teórica. Ante estos resultados los autores concluyeron que este autoinforme presenta una adecuada fiabilidad y validez para ser administrado como medida de screening en la detección precoz de trastornos alimentarios en población chilena. Por su parte, Domínguez, Villegas, Sotelo y Sotelo (2013), en una muestra de chicas adolescentes de Lima (Perú), constataron la idoneidad del EDI-2 como instrumento de cribaje para detectar posibles casos de trastornos alimentarios. Estos autores obtuvieron una fiabilidad aceptable (α de Cronbach = 0,90), así como un adecuado análisis factorial de 5 factores que explicaba un 36,8% de la varianza.

Además, el EDI-2 está validado para evaluar sintomatología de TCA en población española (Garner, 1998), obteniendo una consistencia interna de 0.63 (Coeficiente alpha). La adaptación española de este instrumento (EDI-2) es de Corral, González, Pereña y Seisdedos (1.998; cfr. Garner, 1998). También se dispone de la versión castellana validada en población mexicana. Cuando el punto de corte es de 80 para la puntuación total, la sensibilidad es del 91% y la especificidad del 80%; cuando es de 105 puntos, la sensibilidad es del 82% y la especificidad del 89% (García-García, Vázquez, López, y Arcila (2003).

3.2.4. BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ); COOPER, TAYLOR, COOPER Y FAIRBURN (1987)

El *Body Shape Questionnaire* (BSQ) fue desarrollado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987) para medir las alteraciones del peso y la silueta corporal que sufrían las mujeres con trastornos alimentarios o problemas de la imagen corporal asociados.

El BSQ (*Body Shape Questionnaire* o “Cuestionario de la Forma Corporal”), es un cuestionario autoinformado que mide la insatisfacción corporal producida por el propio cuerpo, el miedo a engordar, la autodesvalorización por el aspecto físico, el deseo de perder peso, la evitación de ciertas situaciones en las que se tenga que exponer el cuerpo, así como excesivos sentimientos de gordura después de comer. El BSQ sólo se refiere a la población femenina y parece ser una medida relevante y práctica de los síntomas de la imagen corporal para personas con gran preocupación por el peso o la silueta.

Consta de 34 ítems, valorados en una escala de frecuencia de 6 puntos (“*nunca*”, “*raramente*”, “*algunas veces*”, “*a menudo*”, “*muy a menudo*” y “*siempre*”), en un intervalo de 34 a 204, donde a mayor puntuación, mayor es la insatisfacción con la Imagen Corporal (ver anexo V). A partir de la puntuación total obtenida, es posible establecer 4 categorías: *No existe preocupación por la Imagen Corporal* (<81), *Preocupación leve* (81-110), *Preocupación moderada* (111-140), y *Preocupación extrema* (>140 puntos).

Este instrumento ha demostrado tener una buena consistencia interna y validez concurrente correlacionando los ítems con la subescala del EDI de insatisfacción corporal y con la puntuación global del EAT y ha sido traducida en diferentes idiomas.

Los análisis factoriales realizados por Evans y Dolan (1993), sugirieron un modelo jerárquico de un único factor, con una excelente consistencia interna (α Cronbach = 0,97).

Rosen, Jones, Ramirez y Waxman (1996), realizaron un estudio sobre la validez y fiabilidad del BSQ con muestras americanas de sujetos clínicos con problemas de imagen corporal, personas obesas intentado reducir su peso, y muestras no clínicas de estudiantes universitarios y adultos. Los resultados mostraron que el BSQ poseía una buena fiabilidad test-retest (0,88; $p < 0,001$); de hecho, los coeficientes de fiabilidad fueron significativos en un $p < .01$ para el total de 34 ítems; así como una buena validez concurrente para todas las muestras clínicas y no clínicas. Estas correlaciones indican que las actitudes negativas hacia la propia imagen corporal expresadas en el BSQ están relacionadas con otro tipo de síntomas negativos de la imagen corporal, como aquellos referentes a la apariencia pero que no están relacionados con el peso. Los autores afirman que los estadísticos descriptivos de la muestra de estudio pueden resultar útiles para aquellos investigadores y clínicos que deseen tener un estándar con el que comparar a sus sujetos. En conclusión, estos resultados muestran que el BSQ es una medida de la imagen corporal fiable y válida, con buena fiabilidad *test-retest*, validez concurrente con otras medidas de imagen corporal y validez de criterio para el estatus clínico.

Paralelamente y reafirmando estos resultados, el BSQ ha demostrado buena validez y fiabilidad en muestras universitarias españolas. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo por Raich, Herrera, Rovira y Torras (1997) con estudiantes universitarias, el BSQ mostró una validez concurrente con el BDDE (*Body Dysmorphic Disorder Examination*; Rosen y Reiter, 1994), y el BIAQ (*Body Image Avoidance Questionnaire*; Rosen, Srebnik, Saltzberg y Wendt, 1990; citado por Raich y cols., 1997, pág. 8), de $r = 0,85$ ($p = 0,0005$) y de $r = 0,87$ ($p = 0,0005$), respectivamente. En cuanto a su fiabilidad *test-retest*, al comparar las medias obtenidas en las dos aplicaciones del instrumento y no encontrar diferencias significativas por lo que a la t se

refiere, pudo concluirse que el BSQ tiene una buena fiabilidad *test-retest* que refleja que los resultados se mantienen en el tiempo y que la validez entre jueces es válida.

La versión utilizada para esta investigación es la traducida y adaptada al español por Mora y Raich (1993; citado por Raich, 1999, pág.101).

3.2.5. BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI); BECK, WARD, MENDELSON, MOCK Y ERBAUGH (1961)

La versión original del BDI fue introducida por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh en 1961 y fue revisado en 1971. Ambas versiones, original y revisada presentaban correlaciones muy elevadas (0,94; Lightfoot y Oliver, 1985; cfr. por Groth-Marnat, 1990).

El BDI es un cuestionario autoinformado constituido por 21 ítems que mide las actitudes y síntomas que caracterizan la depresión y tiene un tiempo aproximada de administración de 10 minutos (Groth-Marnat, 1990).

Este autoinforme consta de 21 categorías de síntomas y actividades depresivas, consistentes en 4 afirmaciones que dan lugar a una gradación de la intensidad del síntoma (tristeza, pesimismo, sentimientos de fracaso, insatisfacción, sentimientos de culpa, sentimientos de ser castigado, odio hacia uno mismo, autoacusación, impulsos suicidas, periodos de llanto, irritabilidad, retraimiento social, toma de decisiones, cambio en la imagen corporal, dificultad para trabajar, sueño, cansancio, pérdida del hambre, pérdida de peso, hipocondría y lívido. Para cada ítem, los sujetos deben de elegir la afirmación que mejor les defina y mediante un valor numérico asociado a cada respuesta, se suman las puntuaciones a través de las categorías, con el fin de proporcionar una medida de intensidad que puede oscilar entre 0 y 63. Se sugiere que una puntuación superior a 13 es indicativa de presencia de depresión moderada; en poblaciones psiquiátricas, una puntuación superior a 21 correspondería a depresiones graves.

El BDI presenta unas buenas propiedades psicométricas (Beck, Steer y Garbin, 1988; Kashani, Sherman, Parker y Reid, 1990) y es ampliamente utilizado en muestras clínicas de trastornos alimentarios (p.e., Dunkley et al., 2010; Yackobovitch-Gavan et al., 2009).

Para el presente estudio se ha utilizado la versión de 21 ítems, adaptada para muestra española por Lasa, Ayuso-Mateos, Vázquez-Barquero, Díez-Manrique y Dowrick (2000). La adaptación española también muestra unas buenas propiedades psicométricas que destacan el índice de consistencia interna 0,83. Lasa et al.(2000), llevaron a cabo un estudio para valorar la actuación del BDI como instrumento de *screening* para trastornos de tipo depresivo en una muestra de población general de Santander ($n = 1250$; 18-64 años). Los resultados confirmaron el valor predictivo del punto de corte seleccionado (12/13): 100% sensibilidad, 99% especificidad, 0,72 PPV, 1 NPV, y 98% valor diagnóstico general. El área bajo ROC (AUC) resultó ser de 0,99. No se encontraron diferencias estadísticas significativas en términos de sexo o edad. Los autores concluyeron que el BDI es un buen instrumento de *screening* para trastornos depresivos en estudios comunitarios (véase anexo IV).

Además del uso de la puntuación global del BDI, en este estudio se ha utilizado la puntuación dada en el ítem 9 como indicador de la ideación de suicidio. El constructo ideación de suicidio se ha considerado uno de los indicadores de mayor psicopatología general, así como también de mayor presencia de sintomatología depresiva y de riesgo de suicidio (Brown, Beck, Steer y Grisham, 2000). Dado la elevada comorbilidad psiquiátrica asociada a los trastornos del comportamiento alimentario así como también en víctimas de abuso, consideramos interesante considerar de manera específica esta cuestión basándonos en el ítem 9 del BDI (Tabla 3.7). La utilización de este ítem se fundamenta en el hecho de que el ítem 9 del BDI se ha mostrado útil como indicador de la ideación suicida (Brown, Beck, Steer y Grisham ,2000; Salgado, Nogueira, Yasuda y Cendes, 2012), puesto que presenta una elevada validez predictiva de comportamiento suicida (los pacientes que puntúan ≥ 2 tienen un riesgo 6,9 mayor de suicidio que los que obtienen puntuaciones inferiores; Brown, 2002; citado por Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012, p.72) y correlaciona positivamente con la puntuación total de la *Escala de Ideación Suicida de Beck* – BSI (Beck y Steer, 1991; Werlang, Borges y Fensterseifer, 2004;

citado por Werlang y Esteves, 2012, pág.283) demostrando una adecuada validez concurrente ($r=0,56$ a $0,58$) (Brown, 2002; citado por Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012, p.72). Asimismo, el ítem de ideación suicida del BDI presenta una alta validez concurrente con el ítem sobre conducta suicida de la Escala de valoración de la depresión de Hamilton (*Hamilton Rating Scale for Depression, HRSD*), el cual valora la ausencia o presencia de ideación y conducta suicidas (Brown, 2002; citado por Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012, p.75).

Tabla 3.7: Ítem 9 sobre ideación suicida del *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck et al., 1961)

<p>(9)</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p>1 A veces pienso en suicidarme pero no lo haré.</p> <p>2 Desearía poner fin a mi vida.</p> <p>3 Me suicidaría si tuviese oportunidad.</p>
--

Adaptado de Beck et al. (1961)

Para el presente estudio, la variable ideación suicida se contempló a nivel binario, y se recodificó asignando un "0" cuando la respuesta era 0 (= ausencia de pensamientos de suicidio y asignando un "1" cuando la respuesta dada era 1, 2 o 3, interpretándose como presencia de ideación suicida. Esta recodificación no ha sido arbitraria sino que se basa en el criterio utilizado por numerosas investigaciones que abordan este fenómeno y que consideran una puntuación ≥ 1 en este ítem específico de suicidio, una manifestación clara de presencia de ideación suicida a considerar; contrariamente, un puntuación = 0 es interpretada como ausencia de este síntoma en el sujeto (Casey, Dunn, Kelly, Birkbeck, Dalgard, Lehtinen, Britta, Ayuso-Mateos y Dowrick, 2006; Werlang y Esteves, 2012; Umamaheswari, Avasthi y Grover, 2014).

3.2.6. STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI); SPIELBERGER, GORSUCH Y LUSHENE (1970)

El STAI es un cuestionario autoinformado desarrollado para medir la presencia y gravedad de sintomatología ansiosa, que está formado por 40 ítems, divididos en dos escalas: la Ansiedad Estado (A/E) y la Ansiedad Rasgo (A/R), que ofrecen dos puntuaciones independientes.

La escala de *ansiedad estado* consta de 20 ítems que describen cómo se siente el sujeto *en el momento de la evaluación* y por lo tanto, puede variar a lo largo del tiempo y fluctuar en intensidad; mientras que la escala de *ansiedad rasgo* consta de otros 20 ítems mediante los cuales el sujeto puede expresar cómo se siente *generalmente* e implica una tendencia estable a percibir un amplio conjunto de estímulos y situaciones como peligrosos y amenazantes.

El STAI se ha usado en numerosas investigaciones con pacientes con trastornos alimentarios (p.e., Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich, y Masters, 2004; Pollice, Kaye, Greeno y Weltzin, 1997).

Las respuestas dadas por los sujetos se puntúan en una escala Likert de 4 puntos y el extremo máximo de puntuación se entiende como mayor presencia de sintomatología ansiosa que puede hacer sospechar de un trastorno de ansiedad generalizada.

En un reciente estudio realizado en España, Fonseca-Pedrero, Paino, Sierra-Baigrie, Lemos-Giráldez y Muñiz (2012), examinaron las propiedades psicométricas del STAI con una muestra de 588 estudiantes universitarios (varones y mujeres) y hallaron una excelente consistencia interna para la puntuación total (coeficiente alfa de Cronbach = 0,93), así como posible estructura factorial de tres o cuatro dimensiones, surgida del análisis de ecuaciones estructurales de tipo exploratorio que realizaron. A la luz de estos resultados, Fonseca-Pedrero et al. (2012), confirmaron las adecuadas propiedades psicométricas del instrumento en esta población.

La versión de este test para la población española se publicó en el año 1982 (Seisdedos, 1982; citado por Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982, pp.42). La consistencia interna de esta escala es bastante buena (0,90 y 0,93 en *Ansiedad Estado* y entre 0,84 y 0,87 en *Ansiedad Rasgo*), así como la validez en diferentes contextos (Seisdedos, 1982; citado por Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982, p.47). En la presente tesis se ha utilizado la adaptación realizada por Seisdedos (1988) de la versión española del STAI (véase anexo VIII).

3.2.7. ROSENBERG SELF-ESTEEM SCALE (RSS); ROSENBERG (1965)

El Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) es un inventario autoinformado constituido por de 10 ítems destinados a evaluar la autoestima, 5 de los cuales están redactados de forma positiva y los otros 5, de forma negativa para controlar la aquiescencia (véase Tabla 3.8). Las puntuaciones se recogen en una escala tipo Likert de 4 puntos (1 = muy de acuerdo; 2 = de acuerdo; 3 = no estoy de acuerdo y 4 = muy en desacuerdo), y el rango total de puntuaciones puede oscilar entre 10 y 40, donde el extremo máximo es interpretado como presencia de alta autoestima y viceversa. La puntuación total se obtiene del sumatorio de los 10 ítems. El tiempo aproximado de aplicación son 5 minutos y puede ser administrado a partir de los 11 años.

Tabla 3.8. Ítems del cuestionario Rosenberg (RSES)

ÍTEMS POSITIVOS	ÍTEMS NEGATIVOS
1. En general estoy satisfecha conmigo misma.	2. A veces pienso que no sirvo para nada.
3. Creo tener varias cualidades buenas.	5. Creo que no tengo muchos motivos para enorgullecerme.
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	6. A veces me siento realmente inútil.
7. Siento que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás.	8. Desearía sentir más respeto por mí misma.
10. Asumo una actitud positiva hacia mí misma.	9. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracaso.

Respecto a las cualidades psicométricas de este instrumento, en un estudio realizado en España, Atienza, Moreno y Balaguer (2000), analizaron la dimensionalidad y fiabilidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de 488 estudiantes de entre 15 y 17 años de la Comunidad Valenciana (210 varones y 278 mujeres). La dimensionalidad de la escala fue analizada a través del análisis factorial confirmatorio de modelos competitivos, con el fin de determinar la importancia de los efectos de método. Los resultados obtenidos sugirieron la necesidad de tener en cuenta en esta escala la presencia de efectos de método. Los índices de bondad de ajuste obtenidos permitieron aceptar la unidimensionalidad de la escala en la muestra de mujeres, pero no en la muestra de varones ya que ninguno de los modelos hipotetizados en la muestra presentaba un ajuste aceptable. Los datos de consistencia interna obtenidos en la muestra de mujeres indicaron que todos los ítems contribuían al buen funcionamiento del instrumento. Para analizar la estabilidad temporal de la puntuación de esta escala se realizó un test-retest a 47 estudiantes de entre 14 y 17 años (17 varones y 30 mujeres), en un periodo temporal de dos semanas. Los resultados obtenidos también ofrecieron apoyo a la estabilidad temporal de la puntuación de esta escala en el periodo temporal analizado, tanto para el grupo de hombres ($r = 0,86$; $p < 0,001$), como para el de las mujeres ($r = 0,64$; $p < 0,001$). Ante estos hallazgos los autores demostraron las sólidas propiedades psicométricas de la versión española del RSES.

Al poner a prueba las propiedades psicométricas del RSE en una muestra clínica, Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejón (2004), estudiaron la fiabilidad y validez de una adaptación española del RSE en una muestra de 533 pacientes (varones y mujeres) que recibían tratamiento en un centro de salud mental de Sevilla. A partir de sus hallazgos, los autores confirmaron una alta consistencia interna, así como una adecuada estabilidad temporal y validez (de constructo y de grupos conocidos) del instrumento.

En la presente tesis se ha utilizado la versión española adaptada por Baños y Guillén (2000; véase anexo III).

3.2.8. OTROS INSTRUMENTOS

Además de los anteriores instrumentos estandarizados de evaluación se ha utilizado un cuestionario *ad hoc* para registrar los siguientes aspectos (véase anexo I):

a) Datos personales:

- Edad en años cumplidos.
- Sexo (mujer/varón).
- Nacionalidad y lugar de residencia.
- Estado civil, con las siguientes categorías: a) soltero/a CON novio/a (no ha estado casado nunca); b) soltero/a SIN novio/a (no ha estado casado nunca); c) casado/a; d) separado/a; e) divorciado/a; f) viudo/a; g) viven en pareja y h) otros (especificar).
- Peso en kilogramos y altura en metros. Estos datos han permitido calcular el *Índice de Masa Corporal* (IMC) de las participantes. El IMC es la medida de asociación entre el peso y la talla de una persona que se traduce en el cociente entre el peso en kilogramos y la talla al cuadrado expresada en metros dando lugar a un valor expresado en kg/m^2 . En la batería de cuestionarios administrada a las participantes del estudio, figuraban dos preguntas autoinformadas relativas al peso actual y a la talla, gracias a las cuales se pudo calcular posteriormente el índice de masa corporal de cada una de ellas.
- Peso deseado en kilogramos mediante la siguiente instrucción: “*Señala qué peso te gustaría tener*”.
- *Hacer dieta en la actualidad*: Realización en el presente de conductas específicas relativas a la alimentación con la intención de perder peso o de mantenerlo. Esta variable se ha evaluado mediante la pregunta autoinformada: “*¿Estás haciendo una dieta para adelgazar ahora? “Sí”/”No”*”; que constaba en la primera página de la batería de cuestionarios administrada dentro de las cuestiones referidas a datos personales. La respuesta dicotómica a esta pregunta se ha codificado asignando un “0” cuando la respuesta era “No” y un “1”, cuando era “Sí”.
- Familiares que hacen dieta para adelgazar, con las siguientes categorías: a) nadie; b) madre; c) padre, d) hermana; y e) hermano.

- *Obesidad infantil*: Esta variable se midió a través de un ítem relativo a la presencia o ausencia de esta característica, que se encontraba en el apartado sobre “Datos Personales” de la batería de autoinformes administrada. La respuestas a esta pregunta se han recodificado asignando un “0” cuando se ha contestado “Ausente” y un “1”, cuando se ha contestado “Presente”.
 - *Menarquia precoz*: Aparición de la primera menstruación antes de los 11 años de edad. Esta variable se ha medido a través de una pregunta autoinformada incluida en el apartado de “Datos personales” de la batería de tests administrada donde se ha solicitado a las participantes que informaran de la edad que tenían cuando presentaron su primera menstruación. Cuando la respuesta a esta cuestión ha sido una edad inferior a 11 años, se ha recodificado con un “1” (= *presencia de menarquia precoz*); y cuando ha sido una edad igual o superior a 11 años, se ha recodificado con un “0” (= *ausencia de menarquia precoz*).
- b) Situación familiar:
- Lugar en la familia: “número de hermanos (incluyéndote a ti) y lugar que ocupas (1º, 2º, 3º, 4º, 5º o más de 5º)
- c) Nivel de estudios de los padres.
- d) Profesión de estudios de los padres.

3.4. DISEÑO Y PROCEDIMIENTO

El estudio de la relación entre el abuso infantil y las variables de interés se ha realizado siguiendo la lógica del diseño ex post facto retrospectivo y, específicamente, la recogida de datos se ha ajustado a un *diseño transversal* analítico. Las características estructurales de este diseño limitan considerablemente la validez de las conclusiones en términos causales, aspecto que se tendrá muy presente en la discusión de los resultados.

a. Variables

A continuación se completa la definición operacional de las *variables predictoras* y *criterio* incluidas en los diferentes análisis.

Las *variables predictoras* "*abuso sexual infantil*" y "*abuso físico infantil*" quedan definidas operacionalmente de la siguiente manera (véase Tabla 3.10):

- *Abuso sexual infantil* (ASI): Abuso de tipo sexual sufrido antes de los 18 años de edad de la víctima, por parte de un/a agresor/a de edad cercana y/o por lo menos 5 años mayor que la víctima. Esta variable ha sido evaluada mediante tres ítems del TLEQ vinculados a este tipo experiencia abusiva circunscrita a la etapa infanto-juvenil: 15, 16 y 17 (véase subapartado 3.2.1. *Traumatic Life Events Questionnaire*). El rango de puntuación de esta variable puede oscilar entre 0 y 18 y las respuestas facilitadas por las participantes del estudio en estos ítems se han recodificado entendiendo que 0 = nunca (*ausencia de ASI*) y 1 = una, dos, tres, cuatro, cinco, o más veces de cinco (*presencia de ASI*). Paralelamente, y dado el gran solapamiento e interrelación que existe entre las diferentes tipologías de abuso (Arruabarrena y de Paúl, 1994; Villavicencio Carrillo, 1996), aquellas personas abusadas sexualmente antes de los 18 años que también han sufrido abuso físico cuando eran menores, se han incluido en la variable que nos ocupa. Asimismo, las personas que además de haber sufrido abuso sexual en la infancia también lo han padecido en la edad adulta, se han incorporado a la variable en cuestión puesto que las experiencias de revictimización en la adultez son frecuentes entre las víctimas de abuso infantil (véase revisión de Classen, Palesh y Aggarwal, 2005; Rivera-Rivera, Allen, Chávez-Ayala, Ávila-Burgos, 2006). Contrariamente, se han excluido de la variable "*abuso sexual infantil*", las personas que han sufrido abuso sexual únicamente en la edad adulta (≥ 18 años), así como las víctimas de únicamente abuso físico. En cuanto a las personas definidas como "*no abusadas sexualmente*", se ha controlado que, a parte de no haber

sufrido nunca abuso sexual, tampoco hayan sido victimizadas físicamente.

- *Abuso físico infantil (AFI)*: Abuso de tipo físico sufrido cuando la víctima era un/a menor (edad inferior a 18 años). En este caso, el maltrato físico se ha evaluado mediante un solo ítem del TLEQ: el 12, el cual pregunta específicamente sobre esta experiencia vital estresante (véase subapartado 3.2.1. *Traumatic Life Events Questionnaire*). Las puntuaciones obtenidas en relación a esta variable pueden oscilar de 0 a 6 y las respuestas dadas se han recodificado siguiendo el mismo criterio que para la variable abuso sexual infantil; así pues, cuando la respuesta es "No" (nunca) se le asigna valor "0" (= *ausencia de AFI*) y cuando la respuesta es "*una vez*", "*dos veces*", "*tres veces*", "*cuatro veces*", "*cinco veces*" o "*más de 5 veces*" se le asigna valor "1" (= *presencia de AFI*). De la definición de "*abuso físico infantil*", se han excluido las personas que sólo han sufrido abuso de tipo sexual (cuando eran menores y/o adultas), las víctimas de ambos tipos de abuso (físico y sexual experimentados en cualquier etapa de la vida), y las personas que han experimentado maltrato físico en la edad adulta por parte de la pareja, pero que no presentan historia de abuso físico infantil. Por otro lado, las personas que definimos como "*no abusadas físicamente*", se ha controlado que, además de no haber sufrido nunca abuso físico, tampoco hayan sido víctimas de abuso sexual, ni en la etapa infantil ni en la edad adulta. En la Tabla 3.9 se presenta el resumen de la definición operacional de la variable "*abuso sexual infantil*" y de la variable "*abuso físico infantil*".

Tabla 3.9. Definición operacional de la variable “*abuso sexual infantil*” y de la variable “*abuso físico infantil*”

ETAPA EVOLUTIVA	ABUSO			
	Abuso Sexual	Abuso Físico	Abuso Sexual + Abuso Físico	No Abuso Sexual y No Abuso Físico
Infancia	AFI = NO ASI = SÍ (1)	AFI = SÍ ASI = NO (2)	AFI = SÍ ASI = SÍ (3)	AFI = NO ASI = NO (7)
Edad Adulta	Este grupo de personas abusadas únicamente en la edad adulta se describe en el anexo IX pero no se incluye en los análisis.			
Infancia + Edad Adulta (Revictimización)	AFI = NO ASI = SÍ (4)	AFI = SÍ ASI = NO (5)	AFI = SÍ ASI = SÍ (6)	AFI = NO ASI = NO (8)

- Abuso Sexual Infantil : ASI = SÍ; ASI: “SÍ” (1 + 3 + 4 + 6; presencia) i ASI : “No” (7 + 8; ausencia). Las personas abusadas sólo físicamente serán *missing*.
- Abuso Físico Infantil: AFI= SÍ ; AFI: “SÍ” (2 + 5; presencia) y AFI : “No” (7 + 8; ausencia). Las personas abusadas sexualmente serán *missing*.

En cuanto a las **variables criterio** que se han sometido a análisis, éstas han quedado definidas operacionalmente tal como se describe a continuación:

- **Sintomatología alimentaria:** Actitudes y conductas relacionadas con psicopatología alimentaria. Esta variable ha sido evaluada mediante dos instrumentos: el *Eating Disorders Examination* (EDE-Q, véase subapartado 3.2.2) y las dos subescalas del *Eating Disorders Inventory-2* (EDI-2) vinculadas específicamente a patología alimentaria: Subescala “*Obsesión por la delgadez*” y Subescala “*Bulimia*” (EDI-2 DT y EDI-2 B, respectivamente; véase subapartado 3.2.3). En la Tabla 3.10 se presentan los aspectos evaluativos de la variable que nos ocupa.

Tabla 3.10. Aspectos evaluativos de la variable “Sintomatología Alimentaria”

<i>Eating Disorders Examination (EDE-Q)</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASPECTOS ACTITUDINALES DE LOS TCA:
<p>Actitudes, pensamientos y sentimientos en torno a la comida, la ingesta, el peso, y/o la figura corporal que denotan mayor riesgo de sufrir algún trastorno alimentario.</p>
<p>Evaluados mediante las cuatro subescalas del EDE-Q:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Subescala EDE-Q "Restricción"</i>: Integrada por los ítems 1, 2, 3, 4 y 5. El rango de puntuaciones de esta subescala puede oscilar entre 0 y 30. - <i>Subescala EDE-Q "Preocupación por la Ingesta"</i>: Integrada por los ítems 6, 7, 9, 15 y 34. Las puntuaciones obtenidas en esta subescala pueden variar entre 0 y 30. - <i>Subescala EDE-Q "Preocupación por la Peso"</i>: Integrada por los ítems 11, 14, 29, 31 y 32. El rango de puntuación en esta subescala oscila entre 0 y 30. - <i>Subescala EDE-Q "Preocupación por la Silueta"</i>: Integrada por los ítems 10, 11, 12, 13, 30, 33, 35 y 36. Esta subescala presenta un rango de puntuación que puede variar entre 0 y 48. <p>El rango de puntuación total referida a las subescalas anteriores puede oscilar entre 0 y 138.</p>
<p>También se ha tenido en cuenta la puntuación "<i>Global</i>" del EDE-Q: puntuación media resultante de la suma de las puntuaciones totales obtenidas en las cuatro subescalas actitudinales.</p>
<p>Cuanto mayor es la puntuación en la escala global, así como en las 4 subescalas actitudinales, significa que existe mayor presencia de actitudes patológicas en torno a la alimentación, la figura y el peso. En otras palabras, el extremo máximo del rango de valores de la puntuación total de cada subescala del EDE-Q indica mayor patología alimentaria.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASPECTOS COMPORTAMENTALES DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS:
<p>Realización de diferentes conductas patológicas relacionadas con la conducta alimentaria específicamente: episodios de sobreingesta compulsiva (atracones objetivos y subjetivos) como a conductas compensatorias (vómito autoprovocado, abuso de laxantes, abuso de diuréticos y práctica excesiva de ejercicio físico).</p>
<p>Estas conductas son evaluadas específicamente mediante 7 ítems del EDE-Q; pudiéndose obtener un rango de puntuación total que oscila entre 0 y 7. En concreto, los ítems que nos ocupan son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ítem 16: Este ítem se refiere a la realización de atracones objetivos y su rango de puntuación es 0 y 1. - ítem 19: Este ítem determina la existencia de atracones de tipo subjetivo. El rango de puntuación de este ítem es 0 y 1. - ítem 2: Este ítem aborda la ocurrencia de conductas de restricción de ingesta o ayuno de 8 o más horas de vigilia. El rango de puntuación de este ítem puede abarcar de 0 a 6 y ha sido recodificado de la manera siguiente: "0" si la puntuación es igual o inferior a 2 y "1" si la

<p>puntuación es igual o superior a 3.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ítem 21: Este ítem hace referencia a la práctica de autoinducirse el vómito como conducta compensatoria, y tiene un rango de puntuación de 0 y 1. - Ítem 23: Este ítem indaga sobre la utilización de laxantes como método para controlar la figura o el peso. Su rango de puntuación es de 0 y 1. - Ítem 25: Este ítem pregunta sobre el uso de diuréticos con el fin de controlar la figura o el peso y presenta un rango de puntuación de 0 y 1. - Ítem 28: Este ítem hace referencia a la realización de ejercicio físico intenso con el objetivo de controlar la figura y el peso. Su rango de puntuación es indefinido y ha sido recodificado en "0" cuando la puntuación es inferior o igual a 4, y "1" cuando la puntuación es igual o superior a 5. Es decir, sólo a aquellas personas que practican ejercicio físico intenso 5 o más veces a la semana como promedio en los últimos tres meses se les asigna un "1".
<p>En estos 7 ítems, el hecho de asignar un "0" en función de la respuesta dada, se entiende como "ausencia", y en algunos casos también (ítem 2 e ítem 28) como baja ocurrencia de la práctica o conducta específica. Paralelamente, cuando se asigna un "1", se interpreta como la presencia o alta ocurrencia de la conducta patológica que mide cada ítem.</p>
<p><i>Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2)</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> - Subescala EDI-2 "<i>Obsesión por la delgadez</i>" (EDI-2 DT): Esta subescala consta de 7 ítems (ítem 1, 7, 11, 16, 25, 32 y 49) que miden conductas y actitudes relacionadas con el deseo de adelgazar. El rango de puntuación total de esta subescala va de 0 a 21; siendo esta última la puntuación asociada a mayor patología. - Subescala EDI-2 "<i>Bulimia</i>" (EDI-2 B): Evalúa los síntomas bulímicos mediante 7 ítems: ítem 4, 5, 28, 38, 46, 53 y 61; y presenta un rango de puntuación total que puede oscilar de 0 a 21. Una puntuación elevada en esta subescala es sinónimo de mayor patología de tipo bulímico.
<p>El rango de puntuación de cada ítem de ambas subescalas puede ser de 0 a 5, aunque en función de si se trata de un ítem directo o de un ítem inverso, se ha recodificado en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ítem directo: "0" cuando la puntuación es 0, 1 o 2; "1" cuando la puntuación es 3; "2" si la puntuación es 4 y "3" cuando la puntuación es 5. - Ítem inverso: "0" si la puntuación es 3, 4 o 5; "1" si la puntuación es 2; "2" cuando la puntuación es 1 y "3" cuando la puntuación es 0.

Paralelamente, para el grupo clínico de pacientes con TCA se ha creado la variable binaria "*utilización de conductas compensatorias purgativas*" (sí vs no), la cual distingue a las pacientes en función de si realizan o no conductas de tipo purgativo (incluyendo vómito autoinducido y abuso de laxantes y/o diuréticos). Mediante las respuestas dadas a los ítems conductuales del EDE-Q

relativos a los comportamientos claves asociados a los trastornos alimentarios (ítems 2, 16, 19, 21, 23, 25 y 27), se ha podido crear la variable que nos ocupa y las respuestas dadas en cada uno de ellos se han recodificado en forma binaria (ausencia *vs* presencia) tal como se ha comentado anteriormente en la Tabla 3.10. Si el sumatorio de las puntuaciones recodificadas correspondientes a las conductas de tipo purgativo (ítem 21: vómito autoinducido; ítem 23: abuso de laxantes; ítem 25: abuso de diuréticos) ha sido $> \text{ó} = 1$ se ha entendido como “presencia” de este tipo de conductas alimentarias alteradas; mientras que un puntuación igual a “0”, se ha asociado con la “ausencia” de estos comportamientos. El rango de puntuación total de las conductas purgativas puede oscilar entre 0 y 3. En el caso de que alguna paciente presente conductas alimentarias alteradas de tipo purgativo y de tipo no purgativo (por ejemplo: además de provocarse el vómito, realizar ejercicio físico excesivo), se ha priorizado la realización de las conductas de purga y consecuentemente, se ha incluido dentro del subgrupo de pacientes purgativas.

- *Imagen corporal*: Representación mental y simbólica del propio cuerpo que engloba una serie de pensamientos, sentimientos y conductas, positivos o negativos, basados en la percepción que tenemos de él y que, muy probablemente, condicionarán al individuo en diferentes áreas y aspectos de su vida. Esta variable se ha medido mediante dos instrumentos (véase Tabla 3.11): el BSQ y la subescala *Insatisfacción Corporal* del EDI-2.

Tabla 3.11. Aspectos evaluativos de la variable Imagen Corporal

<p>Body Shape Questionnaire (BSQ; véase subapartado 3.2.4)</p> <p>Consta de 34 ítems, cada uno de los cuales presenta un rango de puntuación de 1 a 6.</p> <p>El rango de puntuación total oscila entre 34 y 204, siendo el extremo máximo el que sugiere mayor patología y consecuentemente, mayor insatisfacción corporal.</p>
<p>Subescala Insatisfacción Corporal (BD) del Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2-BD; véase subapartado 3.2.3)</p> <p>Constituida por 9 ítems: ítem 2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 59 y 62. Cada uno de ellos posee un rango de puntuación de 0 a 5. En función de si se trata de un ítem directo o de un ítem inverso se ha recodificado de la manera siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ítem directo: "0" cuando la puntuación es 0, 1 o 2, "1" si la puntuación es 3, "2" si la puntuación es 4 y "3" cuando la puntuación es 5. - Ítem inverso: "0" si la puntuación es 3, 4 o 5, "1" si la puntuación es 2, "2" si la puntuación es 1 y "3" si la puntuación es 0. <p>El rango de puntuación total de esta subescala puede variar entre 0 y 27; donde una mayor puntuación es entendida como una peor imagen corporal y consecuentemente, mayor patología.</p>

- *Sintomatología depresiva:* Afectación del humor caracterizada por un estado de ánimo bajo acompañado de tristeza y episodios de llanto, irritabilidad, dificultad para concentrarse con el consiguiente empeoramiento del rendimiento y generalmente también, de disregulación del apetito y de los patrones de sueño. Esta sintomatología se ha evaluado mediante el cuestionario *Beck Depression Inventory* (BDI; véase subapartado 3.2.5), en la totalidad de sus ítems, 21 concretamente, cuyo rango de puntuación individual puede oscilar entre 0 y 3. Por consiguiente, la puntuación total de esta variable exhibe un rango que puede variar entre 0 y 63; donde el extremo máximo indica una mayor patología.
- *Sintomatología ansiosa:* Manifestación de un estado de alerta, temor e inseguridad, acompañado de miedo y preocupación ante el futuro y ante situaciones percibidas como amenazantes (las cuales pueden llegar a evitarse), sentimientos de indefensión y angustia, así como también, intranquilidad motora y sensación de pérdida de control. A nivel fisiológico, es habitual presentar dificultad para respirar y/o tragar, taquicardia, sudoración, temblor,

tensión muscular, además de otras manifestaciones. En esta ocasión, la sintomatología de tipo ansioso se ha evaluado mediante el cuestionario *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI; véase subapartado 3.2.6); el cual dispone de 20 ítems que constituyen una subescala para medir la ansiedad estado (ítems 1-20) y otros 20, que conforman una subescala para medir la ansiedad rasgo (ítems 21-40). Cada uno de estos ítems presenta un rango de puntuación de 0 y 3; y por su parte, cada subescala (Estado y Rasgo) puede mostrar un rango de puntuación entre 0 y 63; siendo el extremo máximo el que indica mayor patología en ambos casos.

- *Ideación suicida*: Pensamientos intrusivos y recurrentes sobre la intencionalidad de suicidarse. Esta variable se ha evaluado mediante el ítem 9 del *Beck Depression Inventory* (BDI; véase subapartado 3.2.5), el cual presenta un rango de puntuación de 0 a 3, que coincide con el rango de puntuación total, al tratarse de un único ítem. Estos valores se han recodificado de manera binaria, resultando en: "0" si la puntuación es igual a 0 (= ausencia de ideación suicida), y "1" cuando la puntuación es 1, 2 o 3 (= presencia de ideación suicida).
- *Autoestima*: Es la valoración, positiva o negativa, que una persona hace de sí misma y de su valía en base a los comentarios recibidos por parte de su entorno y a su propia experiencia previa. Esta variable se ha evaluado mediante la *The Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSS; véase subapartado 3.2.7., pág. XX), la cual consta de 10 ítems, cada uno de los cuales puede oscilar en un rango de puntuaciones de 1 a 4. Asimismo, el rango de la puntuación total puede variar de 10 a 40; representando una menor puntuación una peor autoestima. Consiguientemente, el extremo inferior del rango que describe la puntuación total de esta escala es el que sugiere mayor patología.
- *Características de personalidad*: Se trata de dimensiones psicológicas generales típicamente asociadas a los trastornos del comportamiento alimentario pero que también pueden estar presentes en otro tipo de psicopatología e incluso en población sana. Esta variable se ha evaluado mediante 8 de las 11 subescalas que constituyen el *Eating Disorders Inventory-2* (EDI-2; véase subapartado 3.2.3). Concretamente, se han descartado las tres subescalas que miden conductas y actitudes relacionadas con el deseo de adelgazar (subescala EDI-2 *Obsesión por la Delgadez*), los síntomas bulímicos (subescala EDI-2 *Bulimia*) y la

insatisfacción con la propia imagen corporal y el peso (Subescala EDI-2 *Insatisfacción Corporal*).

En la Tabla 3.12. se presentan las 8 subescalas del EDI-2 que se han utilizado para medir la variable que nos ocupa, así como sus correspondientes ítems.

Tabla 3.12. Subescalas del EDI-2 con sus correspondientes ítems y rango de puntuaciones totales utilizadas para medir las características de personalidad

<i>Ineficacia:</i> Constituida por los ítems 10, 18, 20, 24, 27, 37, 41, 42, 50 y 56. Su rango de puntuación total puede abarcar de 0 a 30
<i>Perfeccionismo:</i> Integrada por los ítems 13, 29, 36, 43, 52 y 63. Su rango de puntuación total puede ser de 0 a 18;
<i>Desconfianza Interpersonal:</i> Medida por los ítems 15, 17, 23, 30, 34, 54 y 57. El rango de puntuación de esta subescala puede oscilar entre 0 y 21
<i>Conciencia Interoceptiva:</i> Evaluada por los ítems 8, 21, 26, 33, 40, 44, 47, 51, 60, y 64. Su puntuación total puede variar en un rango de 0 a 30;
<i>Miedo a la Madurez:</i> constituida por los ítems 3, 6, 14, 22, 35, 39, 48 y 58. Su rango de puntuación total puede variar de 0 a 24
<i>Ascetismo:</i> Integrada por los ítems 66, 68, 71, 75, 78, 82, 86 y 88. La puntuación total de esta subescala puede oscilar entre 0 a 24
<i>Impulsividad o Regulación de Impulsos:</i> Medida mediante los ítems 65, 67, 70, 72, 74, 77, 79, 81, 83, 85, y 90. Su puntuación total puede variar en un rango de 0 a 33;
<i>Inseguridad Social:</i> Evaluada por los ítems 69, 73, 76, 80, 84, 87, 89 y 91. El rango de puntuación total de esta subescala puede oscilar entre 0 y 24.

En todas estas subescalas, el extremo máximo de la puntuación total es el que indica mayor patología. Asimismo, destacar que el rango de puntuación de cada ítem puede ser de 0 a 5, aunque en función de si se trata de un ítem directo o de un ítem inverso, se ha recodificado en:

- Ítem directo: "0" cuando la puntuación es 0, 1 o 2; "1" cuando la puntuación es 3; "2" si la puntuación es 4 y "3" cuando la puntuación es 5.
- Ítem inverso: "0" si la puntuación es 3, 4 o 5; "1" si la puntuación es 2; "2" cuando la puntuación es 1 y "3" cuando la puntuación es 0.

b. Procedimiento de recogida de datos

La administración de las pruebas se realizó en tres fases. La primera de ellas, relativa al grupo de estudiantes universitarios, se llevó a cabo en diferentes facultades de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). La segunda fase, correspondiente a las pacientes con TCA y que se llevó a cabo en los centros privados de Barcelona y de Cabriels del Institut de Trastorns Alimentaris (ITA), sí como en el centro privado de psicología Eutímia: Psicologia i Creixement Personal (ubicado en Tortosa). Y la tercera fase, relativa al grupo psiquiátrico de pacientes sin TCA que se realizó principalmente en el centro Eutímia de Tortosa que ya se ha mencionado anteriormente, así como en la consulta de Psiquiatría y Psicología de la Clínica Dexeus (Barcelona), el centro Institut de Diagnòstic Psicològic (IDP) y el Centre d'Atenció Primària - Baix Ebre, ambos en Tortosa.

Las pruebas se administraron en el siguiente orden: preguntas relativas a aspectos generales sociodemográficos y antropométricos, seguidos por los cuestionarios *Eating Disorders Examination-Questionnaire* (EDE-Q), *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSS), *Beck Depression Inventory* (BDI), *Body Shape Questionnaire* (BSQ), *Traumatic Life Events Questionnaire* (TLEQ), *Eating Disorders Inventory - 2* (EDI-2), y *State Trait Anxiety Inventory* (STAI).

Para la recogida de datos del grupo comunitario de estudiantes universitarios, en primer lugar, se contactó con varios profesores de diferentes facultades de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) (véase apartado 3.1. Participantes) y se les explicó el objetivo de estudio, así como las pruebas que se administrarían a los estudiantes. Una vez obtenido su consentimiento verbal, se acordaron los días y los horarios de las sesiones de administración de las pruebas de cada facultad y grupo clase.

Dado que la cumplimentación de la batería de tests por parte del grupo de estudiantes universitarios se realizaba en el aula a nivel grupal, se contó con la colaboración de otras dos psicólogas doctorandas integrantes de la Unitat d'Avaluació i Intervenció en Imatge Corporal (UAIC) de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) con amplia experiencia en la práctica clínica, así como en el manejo de cada uno de los autoinformes que debían cumplimentar los estudiantes, para facilitar y agilizar la administración de la batería de tests en cuestión. Una vez en el aula y después de una

breve presentación de nuestra identidad, se procedió a explicar de forma general el objetivo de estudio. En concreto, se les informaba de que se trataba de una investigación sobre *conducta alimentaria y factores de riesgo comúnmente asociados*. Se les advertía de que algunos cuestionarios abordaban cuestiones relativas a situaciones vitales estresantes y de carácter traumático, pero no se hacía mención especial al tema del abuso infantil. Después de esta presentación, se solicitaba su participación en el estudio remarcando su carácter totalmente voluntario y anónimo y se insistía en que el tratamiento que se daría a sus respuestas sería estrictamente confidencial y utilizado únicamente con fines de investigación. Paralelamente, se solicitaba que cumplimentaran la totalidad de los cuestionarios autoinformados y que evitaran dejar preguntas en blanco, contestando con la máxima sinceridad posible y que, en el caso de que tuvieran alguna duda en torno a algún ítem específico o en torno a la manera de contestar alguno de los autoinformes, no dudaran en preguntar a las psicólogas, las cuales acudirían en seguida a resolver sus dudas. Por otro lado, se les explicó que si deseaban conocer los resultados de sus pruebas y/o necesitaban apoyo psicológico al finalizar la evaluación, podían hacerlo poniéndose en contacto con la Unitat d'Avaluació i Intervenció en Imatge Corporal (UAIC) de la Universidad Autònoma de Barcelona vía correo electrónico o telefónica. Estos datos figuraban en la última página de la batería de tests y podían quedársela para conservar los datos de contacto con la Unidad. Para tal fin, se ideó un código numérico consistente en los tres primeros dígitos del documento nacional de identidad (DNI), seguidos por el día y mes de nacimiento.

Una vez obtuvo el consentimiento informado verbal de los estudiantes para participar en el estudio, se les repartieron las baterías de tests. La duración aproximada de cada sesión de administración de pruebas fue de entre 35 y 45 minutos. A medida que los participantes terminaban de cumplimentar sus cuestionarios, los entregaban a las psicólogas colaboradoras, las cuales revisaban que los tests estuvieran correctamente cumplimentados y sin ítems en blanco. Una vez recogidos todos los autoinformes, se agradeció a los profesores y a los alumnos su colaboración y a éstos últimos, se les recordó la posibilidad de conocer sus resultados así como de recibir soporte psicológico en el caso de que lo necesitaran.

Para la obtención de la muestra clínica de pacientes con trastornos alimentarios necesaria para esta investigación, se contactó con la directora general del *Institut de Trastorns Alimentaris* (ITA; dedicado al tratamiento de los Trastornos del Comportamiento Alimentario) y con el jefe del área de conocimiento e investigación de la entidad, para presentarles el proyecto de investigación y conocieran los propósitos y objetivos finales del mismo. Una vez obtenido su consentimiento verbal, se acordó que, para que la administración de los instrumentos evaluativos no interfiriera en el correcto proceso de tratamiento y actividades de las pacientes, ésta se realizaría en *una o dos sesiones*, si era necesario por falta de tiempo, durante los períodos de descanso diarios de los que disponen las pacientes que se encuentran hospitalizadas o en régimen de hospital de día, después del tentempié de media mañana y/o después de la merienda, en la sala dedicada a tal fin. Se optó por no utilizar los períodos de descanso próximos (previos y posteriores) a las principales comidas (desayuno, almuerzo o cena) para no aumentar la denominada Fusión Pensamiento-Forma (TSF -"*Thought Shape Fusion*"; Shafran, Teachman, Kerry, & Rachman, 1999); una importante distorsión cognitiva asociada con la sobrevaloración de la comida, la silueta corporal y el peso que presentan los pacientes con TCA (Shafran y Robinson, 2004), mediante la cual el sólo hecho de pensar en ingerir alimentos prohibidos produce sesgos perceptivos de aumento de peso y/o de cambios en la figura corporal, sentimientos de inmoralidad y de gordura (Shafran et al., 1999), sobre todo en las pacientes anoréxicas subtipo compulsivo-purgativo (Coelho, Wilson, Winslade, Thaler, Israel y Steiger, 2014). Estos períodos de descanso tienen una duración aproximada de 30 minutos y están pensados para que las pacientes realicen actividades que requieran un gasto calórico reducido como puede ser leer, dibujar, estudiar, practicar ejercicios de relajación, descansar, charlar con los compañeros, etc. Aprovechando estos períodos sin terapia individual ni de grupo, se daba el aviso a las pacientes de que aquel día se procedería a la administración de las pruebas de la investigación. Asimismo, en esta reunión se valoró la posibilidad de que, en el caso de que hubieran pacientes que en el momento de la administración de las pruebas para este estudio ya hubieran cumplimentado el protocolo de evaluación inicial de ITA, y no habiendo transcurrido más de tres meses, aquellas pruebas que coincidieran en ambos protocolos (de la investigación y del centro) no se administrarían nuevamente y, previo consentimiento de los responsables de los centros así como de las propias participantes, se facilitarían estas pruebas a la investigadora con el fin de disponer de sus resultados y analizarlos estadísticamente. Concretamente, las pruebas

utilizadas en este estudio que fueron administradas por los terapeutas de los dos centros de ITA, y consiguientemente, no fue preciso que algunas pacientes volvieran a cumplimentar, fueron: el BDI, el EDI-2, el BSQ y el STAI.

Después de que el responsable del área de conocimiento e investigación de la entidad presentara al miembro del equipo de investigación ante las pacientes, éste facilitó información general acerca del objetivo de estudio, del mismo modo en que se procedió con el grupo de universitarios/as. Concretamente, se les explicó que se trataba de *un estudio sobre factores de mantenimiento de los TCA* y se remarcó el hecho de que la participación en el estudio era voluntaria y anónima. Ningún paciente de los dos centros de ITA se negó a participar. Al igual que en el caso de los estudiantes universitarios, las pacientes de ITA (tanto del centro en Barcelona como de Cabrils) cumplimentaron los cuestionarios autoinformados colectivamente y se les pidió que respondieran con la mayor sinceridad posible e evitando dejar preguntas sin contestar. En el momento de facilitar los cuestionarios, se dieron instrucciones sobre cómo cumplimentarlos adecuadamente, a pesar de que cada prueba tenía un breve apartado dedicado a ello y se animó a los participantes a preguntar cuando no entendieran algún ítem y/o palabra. También se aseguró la confidencialidad de los datos proporcionados y se les ofreció la posibilidad de recibir *feedback* de los resultados individuales obtenidos en cada una de las pruebas, así como de los resultados generales del estudio, a través de su terapeuta. Para poder localizar su batería de tests, debían de aplicar el código numérico que se ha explicado anteriormente con el grupo universitario. En el caso de que algún cuestionario pudiera traer al presente recuerdos traumáticos que causaran malestar emocional, se les aconsejaba que lo comunicaran a su terapeuta cuando asistiesen a terapia individual.

Una vez cumplimentados todos los cuestionarios, se agradeció a los pacientes su colaboración y se les despidió, habiendo antes acordado con los terapeutas responsables de los dos centros, el día de la próxima sesión de administración de pruebas. De esta manera, en una o dos sesiones de aproximadamente media hora cada una de ellas, fue posible administrar a cada paciente toda la batería de pruebas prevista para el estudio.

Por lo que respecta a las 4 pacientes con algún trastorno del comportamiento alimentario provenientes del Centro Eutimia de Tortosa, una vez obtenido el consentimiento de sus directoras y de las participantes, se procedió del mismo modo

como se hizo con los pacientes de los centros de ITA, con la única diferencia de que la administración de las pruebas en este caso fue individual, y no colectiva (véase Figura 3.10.)

En esta tercera fase relativa a la obtención del grupo de pacientes psiquiátricas sin TCA y después de intentar conseguir sin éxito la colaboración de diferentes servicios asistenciales, finalmente se consiguió el consentimiento de los responsables de la consulta de psiquiatría y psicología de la Clínica Dexeus (Barcelona), del centro privado Eutímia: Psicologia i Creixement Personal, del Institut de Diagnòstic Psicològic (IDP) i del CAP Baix Ebre, para administrar el conjunto de pruebas establecido para la presente tesis a sus pacientes. El protocolo utilizado para este grupo de estudio, así como las instrucciones y consignas dadas a las pacientes que accedieron a participando su consentimiento informado verbal, fueron los mismos que para los otros dos grupos. No obstante, hubo algunos rasgos distintivos en esta administración como es el hecho de que las participantes contestaron el conjunto de cuestionarios autoinformados de forma individual y no colectivamente, como había sucedido en los otros dos grupos de estudio. Asimismo, se daba a escoger a las pacientes si preferían acordar una cita con la investigadora en el mismo centro de tratamiento donde acudían para que la paciente contestara *in situ* la batería de test, o bien preferían cumplimentar los cuestionarios antes de su sesión de psicoterapia con su terapeuta, también en su mismo centro de tratamiento. No obstante, si alguna de estas dos opciones no era viable para alguna paciente, se le ofrecía la posibilidad de contestar los autoinformes en su propio domicilio y entregarlos a su terapeuta o a la investigadora en el centro de tratamiento al cabo de unos días. También se les informaba de que si les surgía alguna duda al contestar algún ítem, lo dejaran sin contestar y el día de la devolución, la propia investigadora o bien su terapeuta, les ayudaría a resolver cualquier cuestión (véase Figura 3.10.). Nuevamente, gracias al código numérico que se ha mencionado anteriormente y que permitía identificar a la paciente, era posible hacer una devolución de los resultados si así lo solicitaban las interesadas.

a. GRUPO COMUNITARIO:

Universidad Autónoma de Barcelona (UAB):

- Recogida de datos colectiva en el aula ordinaria.
 - Presentación investigadora y dos psicólogas colaboradoras.
 - Información sobre estudio : *Conducta alimentaria y factores de riesgo comúnmente asociados*
 - Administración de pruebas
 - Agradecimientos

b. GRUPO PACIENTES CON TCA:

Centros ITA (Barcelona y Cabrils):

- Recogida de datos colectiva en la sala de descanso durante los períodos de reposo de media mañana y/o de media tarde.
 - Presentación investigadora
 - Información sobre estudio: *Factores de mantenimiento de los TCA*
 - Administración de pruebas
 - Agradecimientos
- Pruebas administradas por el propio centro a aquellas pacientes que habían ingresado antes de iniciarse la fase de recogida de datos del presente estudio en un período máximo de 3 meses:
 - BDI
 - EDI-2
 - BSQ

Centro Eutimia (Tortosa):

- Recogida de datos individual, junto con la investigadora y/o el terapeuta
 - Presentación investigadora
 - Información sobre estudio: *Factores de mantenimiento de los TCA*
 - Administración de pruebas
 - Agradecimientos

c. GRUPO PACIENTES PSIQUIÁTRICAS SIN TCA:

Consulta de Psiquiatría y Psicología de la Clínica Dexeus (Barcelona), Centro Eutimia (Tortosa), Centro IDP (Tortosa), CAP Baix Ebre (Tortosa):

- Recogida de datos individual en la consulta o centro específicos de tratamiento, junto con la investigadora y/o el terapeuta. Y excepcionalmente también, en el propio domicilio del paciente pero sin la presencia de ningún referente vinculado a la investigación.
 - Presentación investigadora
 - Información sobre estudio : *Conducta alimentaria y factores de riesgo comúnmente asociados*
 - Administración de pruebas
 - Agradecimientos

CONSIGNAS COMUNES A TODOS LOS GRUPOS DE ESTUDIO:

- Participación voluntaria y anónima.
- Confidencialidad de los datos.
- Contestar con la máxima sinceridad y evitando dejar ítems en blanco.
- Posibilidad de conocer los resultados individuales mediante código secreto numérico.
- Ofrecimiento de apoyo psicológico posterior a la evaluación.

FIGURA 3.10. Protocolo de las sesiones de administración de pruebas

3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para cada una de las variables de interés se ha realizado una descripción estadística básica, con análisis de tipo univariante y bivariante, con objeto de caracterizar las distribuciones empíricas obtenidas para cada condición diagnóstica (universitarias, pacientes con TCA y pacientes con otra psicopatología sin TCA).

Para abordar los objetivos que implican relacionar variables categóricas se ha usado la prueba de independencia de χ^2 y, en caso de incumplimiento de las condiciones de aplicación de esta prueba se ha obtenido el grado de significación exacto basado en la prueba exacta de Fisher. Para estimar los intervalos de confianza de la diferencia entre proporciones se ha usado el procedimiento de Wilson sin corrección de continuidad (1927, cfr. Newcombe, 1998).

Respecto a los objetivos que implican la comparación de dos medias se ha usado la prueba *t* de Student-Fisher con la corrección propuesta por Welch para los casos en que se incumple el supuesto de homogeneidad de variancias. En los casos de incumplimiento del supuesto de normalidad de la prueba *t* de Student-Fisher se ha aplicado la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Para estudiar el objetivo sobre el efecto de interacción entre el abuso sexual infantil y la condición diagnóstica, sobre la autoestima y las variables de personalidad se ha aplicado un modelo análisis de la variancia (ANOVA) 2 x 3 (abuso sexual infantil [ausencia, presencia] x grupo [TCA, otra psicopatología, universitarias]). En los casos en que se ha observado una interacción estadísticamente significativa se ha pasado a estimar el efecto simple del abuso para cada grupo. Asimismo, se han estimado los efectos simples del grupo para la población de chicas que han sufrido abuso. En este último caso se han realizado dos contrastes, el primero para estimar el efecto de pertenecer al grupo clínico en relación al grupo universitario y el segundo para estimar el efecto del tipo de grupo clínico. Los contrastes se han realizan usando una corrección para tamaños de muestra desigual. Teniendo en cuenta que para cada variable de personalidad se han realizado 5 contrastes, se ha optado por aplicar la corrección de Bonferroni para el error: $\alpha = 0,05/5 = 0,01$. Por lo tanto, el nivel de significación con el que se ha contrastado el resultado ofrecido por cada prueba *t* ha sido $\alpha = 0,01$. Este nivel de significación más estricto se ha mantenido también para los casos de interacción

significativa y vulneración de la homogeneidad de variancias, siguiendo la propuesta de Keppel (1991), también recogida por otros autores como Lomax y Hahs-Vaughn (2012). Dado que los factores del ANOVA no son variables manipuladas, como medida de efecto se ha optado por la η^2 parcial (Lakens, 2013).

La definición, transformación y análisis de datos de este estudio se ha realizado con el sistema estadístico SPSS versión 15.0 para Windows.

3.RESULTADOS

4.1. RELACIÓN ENTRE EL ABUSO INFANTIL Y LA CONDICIÓN DIAGNÓSTICA

El abuso sexual y el abuso físico producidos durante la infancia actúan de eje central de estudio en la presente tesis y consecuentemente, vehiculizan todos los análisis comparativos entre personas con y sin historia de abuso y la conducta alimentaria, la imagen corporal, la sintomatología depresiva y ansiosa, la ideación suicida, ciertos aspectos de personalidad y la autoestima. Paralelamente, mencionar que la descripción de los resultados también está sujeta a cada una de las tres condiciones diagnósticas que, como ya se ha comentado previamente (apartado 3.1), integran la investigación.

En primer lugar, y para facilitar una visión general de la distribución porcentual de la variable abuso infantil (sexual y físico) y de la variable abuso global (cualquier tipología de abuso sufrida a cualquier edad) para cada una de las condiciones diagnósticas (estudiantes universitarias, pacientes con TCA y pacientes psiquiátricas sin TCA), se presenta la Figura 4.1.

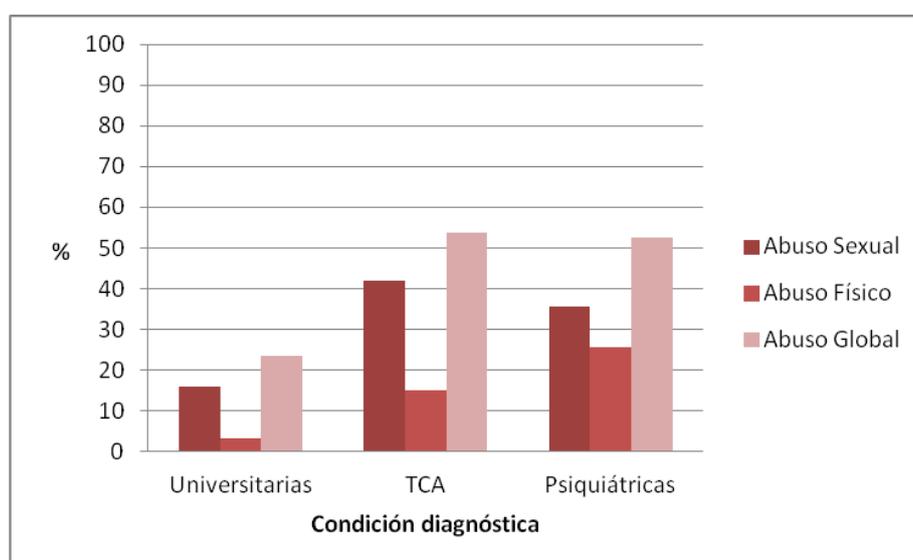


Figura 4.1. Distribución porcentual del abuso infantil (sexual y físico) y del abuso global (de cualquier tipo y a lo largo de la vida) en función de la condición diagnóstica

La Tabla 4.1 describe la distribución porcentual del abuso infantil (sexual y físico, sufrido antes de los 18 años), del abuso (sexual y físico) sufrido únicamente en la adultez (18 años en adelante), así como también de la revictimización sexual (abuso sexual sufrido tanto en la infancia como en la edad adulta), de la revictimización física (abuso físico padecido tanto en la infancia como en la edad adulta) y del abuso global (cualquier tipología de abuso a lo largo de la toda la vida), para cada condición diagnóstica, así como para el total de la muestra.

Tabla 4.1. Distribución porcentual de los diferentes tipos de abuso en las tres condiciones diagnósticas y en la muestra total

TIPO ABUSO		Universitarias <i>n</i> (%)	TCA <i>n</i> (%)	Psiquiátricas <i>n</i> (%)	Total <i>n</i> (%)
Abuso Sexual Infantil (ASI)	<i>Ausencia</i>	413 (84,1%)	91 (58,0%)	29 (64,4%)	533 (76,9%)
	<i>Presencia</i>	78 (15,9%)	66 (42,0%)	16 (35,6%)	160 (23,1%)
	<i>n</i>	491	157	45	693
Abuso Físico Infantil (AFI)	<i>Ausencia</i>	413 (96,7%)	91 (85,0%)	29 (74,4%)	533 (93,0%)
	<i>Presencia</i>	14 (3,3%)	16 (15,0%)	10 (25,6%)	40 (7,0%)
	<i>n</i>	427	107	39	573
Abuso Sexual en la Adultez	<i>Ausencia</i>	413 (97,6%)	91 (87,5%)	29 (100%)	533 (95,9%)
	<i>Presencia</i>	10 (2,4%)	13 (12,5%)	0 (0%)	23 (4,1%)
	<i>n</i>	423	104	29	556
Abuso Físico en la Adultez	<i>Ausencia</i>	413 (94,7%)	91 (91,9%)	29 (82,9%)	533 (93,5%)
	<i>Presencia</i>	23 (5,3%)	8 (8,1%)	6 (17,1%)	37 (6,5%)
	<i>n</i>	436	99	35	570
Revictimización Sexual	<i>Ausencia</i>	413 (97,6%)	91 (86,7%)	29 (96,7%)	533 (95,5%)
	<i>Presencia</i>	10 (2,4%)	14 (13,3%)	1 (3,3%)	25 (4,5%)
	<i>n</i>	423	105	30	558
Revictimización Física	<i>Ausencia</i>	413 (100%)	91 (96,8%)	29 (93,5%)	533 (99,1%)
	<i>Presencia</i>	0 (0%)	3 (3,2%)	2 (6,5%)	5 (0,9%)
	<i>n</i>	413	94	31	538
Abuso Global	<i>Ausencia</i>	413 (76,6%)	91 (46,4%)	29(47,5%)	533 (67,0%)
	<i>Presencia</i>	126 (23,4%)	105(53,6%)	32(52,5%)	263 (33,0%)
	<i>n</i>	539	196	61	796

Concretamente, tal como se observa en la Tabla 4.1, un 15,9% de las estudiantes universitarias, un 42% de las pacientes con TCA y un 35,6% de las pacientes psiquiátricas sin TCA, informa de una historia de abuso sexual infantil; para la muestra total este porcentaje es de un 23,1%. Por su parte, el abuso físico infantil es referido por un 3,3% de las estudiantes universitarias, un 15,0% de las pacientes con TCA y un

25,6% de las pacientes psiquiátricas sin TCA; para el total de muestra este tipo de victimización es revelado por un 7,0%. En cuanto a la presencia de abuso global (sexual y/o físico así como sufrido en la infancia y/o en la edad adulta), más de un tercio de la muestra total (33,0%) revela haber sido víctima de abusos. Por grupos, se observa que un 23,4% de estudiantes universitarias y que más de la mitad de pacientes con TCA (53,6%) y de pacientes psiquiátricas sin TCA (52,5%), refiere haber experimentado algún tipo de abuso en algún momento de su vida.

Asimismo, en la Tabla 4.1 se puede observar que un 4,1% y un 6,5% de la muestra total ha sufrido abuso sexual y abuso físico, únicamente en la edad adulta (≥ 18 años), respectivamente. Dado que los objetivos planteados en este trabajo hacen referencia al abuso infantil (sexual o físico) sufrido antes de los 18 años de edad, se ha optado por excluir a estas jóvenes de los análisis relativos a la relación entre el abuso infantil y el ajuste psicológico. Concretamente, se ha prescindido de 10 estudiantes universitarias y de 13 pacientes con TCA por haber padecido abuso sexual sólo en la adultez, y de 23 estudiantes universitarias, 8 pacientes con TCA y 6 pacientes psiquiátricas sin TCA por haber sufrido abuso físico únicamente en la edad adulta. En el anexo IX se presenta la descripción estadística de este grupo de jóvenes excluidas.

La Tabla 4.2 muestra la distribución porcentual de los diferentes tipos de abuso en la submuestra clínica (pacientes con TCA + pacientes psiquiátricas sin TCA) y en la comunitaria, así como la comparación de la presencia de cada tipo de victimización entre ambas. Para todas las tipologías de abuso (sexual o físico) y para todas las etapas del mismo (etapa infantil o edad adulta), la proporción de mujeres abusadas siempre es más elevada en la muestra clínica que en la muestra comunitaria; siendo todas las relaciones analizadas estadísticamente significativas. Destaca el 40,6% de mujeres abusadas sexualmente en la infancia perteneciente al grupo clínico combinado, frente al 15,9% de mujeres también victimizadas del grupo comunitario de estudiantes universitarias (IC 95%: 0,17 a 0,32). Por lo que respecta al abuso físico infantil, en el grupo clínico, un 17,8% de las pacientes revela haber sido víctima de este tipo de maltrato, frente a un 3,3% del padecido por las estudiantes universitarias (IC 95%: 0,09 a 0,27). Un dato alarmante es el 53,3% de abuso global (de cualquier tipo y a cualquier edad) hallado en el grupo clínico combinado de pacientes, así como también, el 23,4% de mujeres victimizadas en el grupo de estudiantes universitarias (IC 95%: 0,23 a 0,37);

lo que significa que más de la mitad de la muestra clínica adulta y casi una cuarta parte de las estudiantes universitarias de este estudio, presenta una historia de victimización a lo largo de su vida.

Tabla 4.2 Relación entre los diferentes tipos de abuso y el tipo de muestra: muestra comunitaria de universitarias vs muestras clínicas (TCA + psiquiátricas sin TCA)

TIPO ABUSO		Universitarias	Clínicas	χ^2 *	p	IC 95%	
		n (%)	n (%)			Inf.	Sup.
Abuso Sexual Infantil (ASI)	<i>Ausencia</i>	413 (84,1%)	120 (59,4%)	49,20	<0,005	0,17	0,32
	<i>Presencia</i>	78 (15,9%)	82 (40,6%)				
	<i>n</i>	491	202				
Abuso Físico Infantil (AFI)	<i>Ausencia</i>	413 (96,7%)	120 (82,2%)	35,37	<0,005	0,09	0,22
	<i>Presencia</i>	14 (3,3%)	26 (17,8%)				
	<i>n</i>	427	146				
Abuso Sexual en la Adultez	<i>Ausencia</i>	413 (97,6%)	120 (90,2%)	14,01	<0,005	0,03	0,14
	<i>Presencia</i>	10 (2,4%)	13 (9,8%)				
	<i>n</i>	423	133				
Abuso Físico en la Adultez	<i>Ausencia</i>	413 (94,7%)	120 (89,6%)	4,52	0,034	0,003	0,12
	<i>Presencia</i>	23 (5,3%)	14 (10,4%)				
	<i>n</i>	436	134				
Revictimización Sexual	<i>Ausencia</i>	413 (97,6%)	120(88,9%)	18,30	<0,005	0,04	0,15
	<i>Presencia</i>	10 (2,4%)	15 (11,1%)				
	<i>n</i>	423	135				
Revictimización Física	<i>Ausencia</i>	413 (100%)	120 (96,0%)		0,001	0,02	0,09
	<i>Presencia</i>	0 (0%)	5 (4,0%)				
	<i>n</i>	413	125				
Abuso Global	<i>Ausencia</i>	413 (76,6%)	120 (46,7%)	70,47	<0,005	0,23	0,37
	<i>Presencia</i>	126 (23,4%)	137 (53,3%)				
	<i>n</i>	539	257				

*En caso de incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba de χ^2 de Pearson se informa únicamente del grado de significación obtenido con la prueba exacta de Fisher.

En esta misma línea, y para ahondar en cómo se distribuyen los diferentes tipos de abuso en función de la patología mostrada por las pacientes, en la Tabla 4.3 se presentan los resultados obtenidos de la comparación de los dos grupos clínicos (pacientes con TCA vs pacientes psiquiátricas sin TCA). Tal como se observa en la Tabla 4.3, ninguna de las comparaciones realizadas entre los dos grupos clínicos para cada subtipo de abuso muestra diferencias estadísticamente significativas. Consecuentemente, parece no existir relación entre los diferentes subtipos de abuso y la psicopatología específica, ya sea relacionada con los trastornos del comportamiento alimentario o bien con los trastornos del estado del ánimo y/o de ansiedad.

Tabla 4.3. Distribución de la variable abuso: muestra clínica psiquiátrica sin TCA vs muestra clínica TCA

TIPO ABUSO	PRESENCIA	Psiquiátricas		TCA		χ^2	p	IC 95%	
		n	(%)	n	(%)			Inferior	Superior
Abuso Sexual Infantil (ASI)	Ausencia	29	(64,4%)	91	(58,0%)	0,610	0,435	-0,099	0,211
	Presencia	16	(35,6%)	66	(42,0%)				
	n	45		157					
Abuso Físico Infantil (AFI)	Ausencia	29	(74,4%)	91	(85,0%)	2,231	0,135	-0,030	0,271
	Presencia	10	(25,6%)	16	(15,0%)				
	n	39		107					
Abuso Sexual en la Aduldez	Ausencia	29	(100%)	91	(87,5%)		0,070	-0,002	0,202
	Presencia	0	(0%)	13	(12,5%)				
	n	29		104					
Abuso Físico en la Aduldez	Ausencia	29	(82,9%)	91	(91,9%)		0,195	-0,024	0,251
	Presencia	6	(17,1%)	8	(8,1%)				
	n	35		99					
Revictimización Sexual	Ausencia	29	(96,7%)	91	(86,7%)		0,189	-0,043	0,183
	Presencia	1	(3,3%)	14	(13,3%)				
	n	30		105					
Revictimización Física	Ausencia	29	(93,5%)	91	(96,8%)		0,597	-0,042	0,177
	Presencia	2	(6,5%)	3	(3,2%)				
	n	31		94					
Abuso global	No abuso	29	(47,5%)	91	(46,4%)	0,023	0,879	-0,128	0,152
	Abusadas	32	(52,5%)	105	(53,6%)				
	n	61		196					

*En caso de incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba de χ^2 de Pearson se informa únicamente del grado de significación obtenido con la prueba exacta de Fisher.

4.2. RELACIÓN ENTRE EL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) Y LA SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA

En este apartado se estudia la relación entre el abuso sexual infantil (ASI) y aspectos comportamentales y actitudinales claves de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA). Asimismo, se estudia también la relación entre el ASI y la insatisfacción corporal. Las relaciones se estudian dentro de cada condición diagnóstica y el apartado se inicia con una descripción general de cada grupo de condición diagnóstica en relación con variables clave dentro del estudio de los TCA.

4.2.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE CADA CONDICIÓN DIAGNÓSTICA

En este apartado se muestran los resultados obtenidos por las tres condiciones diagnósticas que configuran este estudio por lo que respecta al ASI y su relación con estar haciendo dieta actualmente, haber sufrido obesidad infantil y haber presentado menarquia precoz. Para tal fin, se ha llevado a cabo la prueba estadística de χ^2 , y en el caso de incumplimiento de sus condiciones de aplicación, se ha realizado la prueba exacta de Fisher de tipo no paramétrico. En la Tabla 4.4 se presentan los resultados para las jóvenes universitarias y se observa que ninguna de las relaciones es estadísticamente significativa.

Tabla 4.4. Relación entre el abuso sexual infantil y las variables *hacer dieta actualmente, obesidad infantil y menarquia precoz* en el grupo de estudiantes universitarias

Variables	Abuso sexual infantil		χ^2 *	p	IC 95%	
	Ausencia (n = 413)	Presencia (n = 78)			Inferior	Superior
Hacer dieta actualmente	51 (12,3%)	15 (19,2%)	2,671	0,102	-0,012	0,174
Obesidad infantil	18 (4,4%)	5 (6,4%)		0,389	-0,023	0,100
Menarquia precoz	16 (3,9%)	4 (5,1%)		0,540	-0,026	0,087

* En caso de incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba de χ^2 de Pearson se informa únicamente del grado de significación obtenido con la prueba exacta de Fisher.

Por su parte, la Tabla 4.5 presenta los resultados obtenidos por el grupo clínico de pacientes con algún Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA), donde se aprecia una única relación estadísticamente significativa en el sentido esperado entre el ASI y la presencia de menarquia precoz antes de los 11 años (IC 95%: 0,002 a 0,207). En cuanto a las variables referidas al estar haciendo dieta en la actualidad y al haber sufrido obesidad infantil, éstas no muestran ninguna relación que sea significativa a nivel estadístico.

Tabla 4.5. Relación entre el abuso sexual infantil y las variables *hacer dieta actualmente, obesidad infantil y menarquia precoz*, en el grupo clínico de pacientes con TCA

Variables	Abuso sexual infantil		χ^2	p	IC 95%	
	Ausencia (n = 91)	Presencia (n = 66)			Inferior	Superior
Hacer dieta actualmente	77 (84,6%)	57 (86,4%)	0,094	0,760	-0,102	0,126
Obesidad infantil	22 (24,2%)	17 (25,8%)	0,051	0,821	-0,117	0,155
Menarquia precoz	5 (5,5%)	10 (15,2%)	4,128	0,042	0,002	0,207

La Tabla 4.6 presenta los resultados obtenidos por el grupo clínico de pacientes psiquiátricas sin TCA en relación a las variables que nos ocupan. Los resultados de la prueba exacta de Fisher indican que no existe una relación estadísticamente significativa entre el ASI y el realizar una dieta en la actualidad; del mismo modo sucede con el hecho de haber presentado obesidad durante la infancia. En cuanto a la variable menarquia precoz, ninguna de las pacientes de este grupo ha informado haberla experimentado y consecuentemente, no se ha estudiado su relación con la victimización sexual infantil.

Tabla 4.6. Relación entre el abuso sexual infantil y las variables *hacer dieta actualmente, obesidad infantil y menarquia precoz* en el grupo clínico de pacientes psiquiátricas sin TCA

Variables	Abuso sexual infantil		χ^2	p	IC 95%	
	Ausencia (n = 91)	Presencia (n = 66)			Inferior	Superior
Hacer dieta actualmente	4 (13,8%)	3 (18,8%)		0,686	-0,158	0,306
Obesidad infantil	6 (20,7%)	3 (18,8%)		1,000	-0,246	0,234
Menarquia precoz	0 (0,0%)	0 (0,0%)	---	---	---	---

*En caso de incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba de χ^2 de Pearson se informa únicamente del grado de significación obtenido con la prueba exacta de Fisher.

--- = Ninguna de las participantes ha presentado menarquia precoz, no pudiéndose estudiar la relación entre esta variable y el estatus de abuso sexual infantil

4.2.1. RELACIÓN ENTRE EL ASI Y LA CONDUCTA ALIMENTARIA ALTERADA

En la Tabla 4.7 se presentan los resultados del grupo de estudiantes universitarias, obtenidos a través de la prueba de χ^2 o, ante el incumplimiento de sus condiciones de aplicación, de la prueba exacta de Fisher, para estudiar la relación entre el abuso sexual infantil y diferentes aspectos comportamentales claves de los trastornos alimentarios evaluados mediante el EDE-Q. En concreto, nos referimos a la presencia de atracones objetivos, atracones subjetivos, restricción de la ingesta, vómito autoinducido, abuso de laxantes, abuso de diuréticos y ejercicio físico excesivo. La presencia de estas conductas se ha establecido siguiendo las normas del EDE-Q para mujeres jóvenes adultas (Luce et al., 2008; Mond, Hay, Rodgers y Owen 2006). Específicamente, estos autores señalan la presencia de episodios de atracón objetivo y de atracón subjetivo cuando se realizan al menos una vez en el último mes. En cuanto a las conductas compensatorias de tipo purgativo (vómito autoinducido, abuso de laxantes y abuso de diuréticos), establecen su presencia cuando ocurren un promedio de al menos una vez a la semana en el último mes; en cuanto a la de restricción alimentaria (ayunos de ≥ 8 h durante la vigilia para controlar la figura y/o el peso), consideran que está presente cuando se realiza un promedio de al menos 3 veces a la semana en el último mes y finalmente, para la práctica de ejercicio físico excesivo, señalan una ocurrencia en promedio de al menos 5 días a la semana en el último mes.

En la Tabla 4.7, se observa que las proporciones de todas estas conductas patológicas relacionadas con los trastornos alimentarios que se acaban de mencionar, excepto la referente a la práctica excesiva de ejercicio físico, son más elevadas entre las estudiantes que han vivido experiencias de abuso sexual durante su niñez que entre aquellas que no presentan tal historia de abuso. Sin embargo, estas diferencias sólo son estadísticamente significativas para la presencia de episodios de atracón subjetivo (IC 95%: 0,01 a 0,23), la restricción de ingesta (IC 95%: 0,02 a 0,16) y el vómito autoinducido (IC 95%: 0,02 a 0,16).

Tabla 4.7. Comparación de los aspectos comportamentales claves de los trastornos alimentarios entre las estudiantes universitarias según el estatus de ASI

Aspectos comportamentales claves de los trastornos alimentarios	Abuso Sexual Infantil		χ^2_*	p	IC 95%	
	Ausencia (n = 413)	Presencia (n = 78)			Inferior	Superior
Episodios de atracón objetivo ^a	146 (35,4%)	34 (43,6%)	1,92	0,17	-0,03	0,20
Episodios de atracón subjetivo ^b	92 (22,3%)	26 (33,3%)	4,39	0,04	0,01	0,23
Restricción de Ingesta ^c	8 (1,9%)	7 (9,0%)		0,004	0,02	0,16
Vómito autoinducido ^d	7 (1,7%)	7 (9,0%)		0,003	0,02	0,16
Abuso de laxantes ^e	17 (4,1%)	5 (6,4%)		0,37	-0,02	0,10
Abuso de diuréticos ^f	30 (7,3%)	6 (7,7%)	0,02	0,894	-0,05	0,09
Ejercicio físico excesivo ^g	13 (3,1%)	0 (0,0%)		0,238		

^{ab} Ocurrencia al menos una vez en el último mes

^{def} Ocurrencia en promedio al menos una vez a la semana en el último mes

^c Ocurrencia en promedio 3 o más veces a la semana en el último mes

^g Ocurrencia en promedio 5 o más veces a la semana en el último mes

*En caso de incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba de χ^2 de Pearson, se informa únicamente del grado de significación obtenido con la prueba exacta de Fisher.

Por lo que respecta al grupo de pacientes con TCA, en la Tabla 4.8 destaca el hecho de que la proporción de todas estas conductas patológicas es más elevada en el subgrupo de pacientes abusadas sexualmente durante la infancia que en el subgrupo que no presenta tal historia de victimización, si bien esta diferencia de proporciones sólo es estadísticamente significativa en el caso de los episodios de atracón subjetivo (IC 95%: 0,07 a 0,37), el abuso de laxantes (IC 95%: 0,06 a 0,36), el abuso de diuréticos (IC 95%: 0,08 a 0,33) y la práctica excesiva de ejercicio físico (IC 95%: 0,05 a 0,34).

Tabla 4.8. Comparación de los aspectos comportamentales claves de los trastornos alimentarios entre las pacientes con TCA según el estatus de ASI

Conductas alimentarias y compensatorias claves de los trastornos alimentarios	Abuso Sexual Infantil		χ^2	p	IC 95%	
	Ausencia (n = 91)	Presencia (n = 66)			Inferior	Superior
Episodios de atracón objetivo ^a	46 (50,5%)	37 (56,1%)	0,47	0,495	-0,10	0,21
Episodios de atracón subjetivo ^b	25 (27,5%)	33 (50,0%)	8,33	0,004	0,07	0,37
Restricción de Ingesta ^c	59 (64,8%)	51 (77,3%)	2,82	0,09	-0,02	0,26
Vómito autoinducido ^d	36 (39,6%)	36 (54,5%)	3,46	0,06	-0,008	0,30
Abuso de laxantes ^e	31 (34,1%)	37 (56,1%)	7,54	0,006	0,06	0,36
Abuso de diuréticos ^f	9 (9,9%)	20 (30,3%)	10,59	0,001	0,08	0,33
Ejercicio físico excesivo ^g	23 (25,3%)	30 (45,5%)	6,97	0,008	0,05	0,34

^{ab} Ocurrencia al menos una vez en el último mes

^{def} Ocurrencia en promedio al menos una vez a la semana en el último mes

^c Ocurrencia en promedio 3 o más veces a la semana en el último mes

^g Ocurrencia en promedio 5 o más veces a la semana en el último mes

Adicionalmente, para la condición diagnóstica presencia de TCA, la Tabla 4.9 presenta los resultados obtenidos con la prueba de χ^2 al comparar a las pacientes con TCA con y sin historia de abuso sexual infantil en la utilización o no de conductas compensatorias de tipo purgativo, habitualmente presentes en los trastornos de la alimentación (incluyendo vómito autoinducido, abuso de laxantes y/o diuréticos). Se observa que existe una relación estadísticamente significativa entre la victimización sexual en la infancia y las conductas compensatorias purgativas en las pacientes con TCA (IC 95%: 0,07 a 0,36). Entre las pacientes que han sido víctimas de ASI, existe una mayor proporción de mujeres que utiliza conductas compensatorias de tipo purgativo que entre las que no han sido victimizadas en la infancia. Este resultado apoya nuestra hipótesis.

Tabla 4.9. Comparación en la utilización de conductas compensatorias de tipo purgativo de las pacientes con TCA según el estatus de ASI

	Abuso Sexual Infantil		χ^2	<i>p</i>	IC 95%	
	Ausencia <i>n</i> = 91	Presencia <i>n</i> = 66			Inferior	Superior
Utilización de conductas compensatorias purgativas	46 (50,5%)	48 (72,7%)	7,83	0,005	0,07	0,36

En cuanto al grupo clínico de pacientes psiquiátricas sin TCA, la Tabla 4.10 presenta los resultados del análisis de la relación entre el abuso sexual infantil y las conductas alimentarias claves de los trastornos alimentarios con la prueba exacta de Fisher (dado el incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba de χ^2). No obstante, ninguna de las relaciones estudiadas entre el abuso sexual infantil y las conductas patológicas propias de los trastornos alimentarios ha alcanzado un valor estadísticamente significativo en esta submuestra de pacientes psiquiátricas sin TCA.

Tabla 4.10. Comparación de los aspectos comportamentales claves de los trastornos alimentarios entre las pacientes psiquiátricas sin TCA según el estatus de ASI

Conductas alimentarias claves de los trastornos alimentarios	Abuso Sexual Infantil		χ^2 *	<i>p</i>	IC 95%	
	Ausencia (<i>n</i> = 29)	Presencia (<i>n</i> = 16)			Inferior	Superior
Episodios de atracón objetivo ^a	3 (10,3%)	1 (6,3%)		1,00	-0,19	0,209
Episodios de atracón subjetivo ^a	3 (10,3%)	4 (25,0%)		0,23	-0,072	0,401
Restricción de Ingesta ^c	0 (0,0%)	0 (0,0%)	--	--	--	--
Vómito autoinducido ^d	1 (3,4%)	0 (0,0%)		1,00		
Abuso de laxantes ^e	0 (0,0%)	0 (0,0%)	--	--	--	--
Abuso de diuréticos ^f	0 (0,0%)	1 (6,3%)		0,36		
Ejercicio físico excesivo ^g	0 (0,0%)	1 (6,3%)		0,36		

^{ab} Ocurrencia al menos una vez en el último mes

^{def} Ocurrencia en promedio al menos una vez a la semana en el último mes

^c Ocurrencia en promedio 3 o más veces a la semana en el último mes

^g Ocurrencia en promedio 5 o más veces a la semana en el último mes

*En caso de incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba de χ^2 de Pearson, se informa únicamente del grado de significación obtenido con la prueba exacta de Fisher.

4.2.2. RELACIÓN ENTRE EL ASI Y LA ACTITUD ALIMENTARIA ALTERADA

En este subapartado, se examina la relación entre el abuso sexual infantil y los aspectos actitudinales claves de los trastornos alimentarios, evaluados a través de las 4 subescalas específicas del EDE-Q: *Restricción*, *Preocupación por la ingesta*, *Preocupación por el peso* y *Preocupación por la silueta*; así como también de la escala Global del mismo cuestionario. Paralelamente, se ha considerado interesante examinar la relación de este tipo de abuso con dos subescalas del EDI-2 típicamente asociadas a los trastornos del comportamiento alimentario: *Obsesión por la delgadez* y *Bulimia*. A pesar de ser tres, las subescalas del EDI-2 que definen y son más sensibles a la presencia de psicopatología alimentaria (*Obsesión por la delgadez*, *Bulimia* e *Insatisfacción corporal*), para este análisis se ha prescindido de esta última subescala relativa a la insatisfacción corporal y se ha optado por incluirla en el análisis de la relación entre el abuso sexual infantil y la imagen corporal.

En la Tabla 4.11 se presentan los resultados obtenidos por los tres grupos mediante la prueba *t* de Student-Fisher de comparación de medias, con la corrección propuesta por Welch para los casos en que se incumple el supuesto de homogeneidad de variancias. En los casos de incumplimiento del supuesto de normalidad de la prueba prueba *t* de Student-Fisher se ha aplicado la prueba no paramétrica *U* de Mann-Whitney.

En cuanto al grupo comunitario de estudiantes universitarias, tal como se observa en la Tabla 4.11, aquellas que han sido abusadas sexualmente en la infancia presentan puntuaciones medias significativamente más elevadas que sus compañeras no abusadas en casi todas las subescalas del EDE-Q sometidas a análisis: *Preocupación por la ingesta* (IC 95%: 0,17 a 0,80), *Preocupación por el peso* (IC 95%: 0,35 a 1,20), *Preocupación por la silueta* (IC 95%: 0,21 a 1,07), Escala global (0,23 a 0,94); así como en la subescala *Obsesión por la delgadez* del EDI-2 (IC 95%: 0,43 a 3,45).; a excepción de la subescala *Restricción* del EDE-Q y la subescala *Bulimia* del EDI-2, donde las diferencias no han alcanzado significación estadística.

Por lo que respecta al grupo clínico de pacientes con TCA, las mujeres con historia de abuso sexual infantil obtienen puntuaciones significativamente más elevadas en las subescalas del EDE-Q *Preocupación por la ingesta* (IC 95%: 0,16 a 1,02), *Preocupación por la silueta* (IC 95%: 0,07 a 0,71), Escala global (IC 95%: 0,06 a 0,73) y la subescala del EDI-2 *Obsesión por la delgadez* (IC 95%: 0,87 a 4,85).

Y en referencia al grupo clínico de pacientes psiquiátricas sin TCA, a pesar de que en casi todas las subescalas sometidas a análisis referentes a aspectos actitudinales claves de los TCA, las mujeres abusadas sexualmente en la infancia puntúan más alto en todas las subescalas, excepto como ya se ha comentado anteriormente, en la subescala del EDI-2 *Obsesión por la delgadez*, donde puntúan más bajo que sus compañeras no abusadas; ninguna de estas diferencias es estadísticamente significativa.

Tabla 4.11. Comparación de los aspectos actitudinales claves de los trastornos alimentarios en función del estatus de ASI para cada condición diagnóstica

Subescala	CD	ASI	n	M	DE	Md	Am. Int.	t ^U	gl	p	IC 95%		
											Inf	Sup	
EDE-Q- Restricción	Univ.	No	413	1,20	1,28			2,42	99,01	0,02	0,08	0,80	
		Sí	78	1,64	1,51								
	TCA	No	91	4,40	1,64			0,89	155	0,37	0,28	0,74	
		Sí	66	4,63	1,52								
	Psic.	No	29	0,72	0,75	0,60	1,20	211,5 ^U			0,62		
		Sí	16	0,80	0,69	0,80	1,15						
EDE-Q- Preocupación por la Ingesta	Univ.	No	413	0,58	0,86			3,07	89,41	0,003	0,17	0,80	
		Sí	78	1,07	1,34								
	TCA	No	91	2,96	1,37			2,69	155	0,01	0,16	1,02	
		Sí	66	3,55	1,32								
	Psic.	No	29	0,38	0,46	0,20	0,70	193,5 ^U			0,35		
		Sí	16	0,59	0,61	0,30	1,20						
EDE-Q- Preocupación por el Peso	Univ.	No	413	1,39	1,29			3,60	92,38	0,001	0,35	1,20	
		Sí	78	2,16	1,81								
	TCA	No	91	4,36	1,50			1,80	155	0,08	0,04	0,78	
		Sí	66	4,73	0,91								
	Psic.	No	29	0,88	0,68	1,00	1,20	172,0 ^U			0,15		
		Sí	16	1,20	0,59	1,10	1,10						
EDE-Q- Preocupación por la Silueta	Univ.	No	413	1,67	1,43			2,97	96,26	0,004	0,21	1,07	
		Sí	78	2,31	1,80								
	TCA	No	91	4,65	1,07			2,42	155	0,02	0,07	0,71	
		Sí	66	5,04	0,88								
	Psic.	No	29	1,49	0,95			0,53	43	0,60	-0,43	0,74	
		Sí	16	1,64	0,88								
EDE-Q- Global	Univ.	No	413	1,21	1,10			3,30	93,63	0,001	0,23	0,94	
		Sí	78	1,79	1,49								
	TCA	No	91	4,09	1,08			2,36	155	0,02	0,06	0,73	
		Sí	66	4,49	0,97								
	Psic.	No	29	0,87	0,57			1,06	43	0,29	-0,17	0,55	
		Sí	16	1,06	0,58								
EDI-2- Obsesión por la Delgadez	Univ.	No	413	3,32	4,98			2,54	95,22	0,01	0,43	3,45	
		Sí	78	5,26	6,37								
	TCA	No	91	12,38	6,85			2,84	151,70	0,005	0,87	4,85	
		Sí	66	15,24	5,74								
	Psic.	No	29	4,38	5,80	1,00	10	229,0 ^U			0,94		
		Sí	16	4,06	5,53	1,00	7						
EDI-2-Bulimia	Univ.	No	413	0,73	1,73			1,99	88,52	0,05	0,001	1,30	
		Sí	78	1,38	2,79								
	TCA	No	91	3,76	5,48			1,07	155	0,29	0,81	2,72	
		Sí	66	4,71	5,56								
	Psic.	No	29	0,34	0,77	0,00	0	216,5 ^U			0,61		
		Sí	16	0,69	1,40	0,00	1						

CD: condición diagnóstica; Am. Int.: amplitud intercuartil; Inf: inferior; Sup: superior, Univ.: universitarias; TCA: pacientes con TCA; Psic.: psiquiátricas

^U En caso de incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba t de Student Fisher se informa del valor de la prueba U de Mann-Whitney

4.2.3. RELACIÓN ENTRE EL ASI Y LA INSATISFACCIÓN CORPORAL

En este subapartado se analiza la relación entre el abuso sexual infantil y la variable imagen corporal evaluada mediante la escala *Body Shape Questionnaire* y la subescala *Insatisfacción Corporal* del *Eating Disorders Inventory-2*. En primer lugar, se presentan los resultados obtenidos por el grupo comunitario de estudiantes universitarias, seguidos por los del grupo clínico de pacientes con TCA y en último lugar, los datos relativos al grupo control psiquiátrico sin TCA.

En la Tabla 4.12 se puede observar que las estudiantes universitarias victimizadas sexualmente en la infancia presentan puntuaciones significativamente más altas de insatisfacción corporal que sus compañeras no abusadas, tanto en el BSQ (IC 95%: 6,07 a 27,28) como en la subescala *Insatisfacción Corporal* del EDI-2 (IC 95%: 0,40 a 3,62).

Tabla 4.12. Comparación de las medias de insatisfacción corporal en función del estatus de ASI para las estudiantes universitarias

Escala	ASI	n	M	DE	t	gl	p	IC 95%	
								Inf.	Sup.
BSQ ^a	Ausencia	324	73,94	31,31	3,14	70,05	0,003	6,07	27,28
	Presencia	57	90,61	37,94					
EDI-2- BD	Ausencia	413	6,39	6,55	2,45	489	0,014	0,40	3,62
	Presencia	78	8,40	7,09					

^aEsta comparación se basa en un número menor de casos debido a pérdida de respuestas.

Por lo que se refiere al grupo clínico de pacientes con TCA, en la Tabla 4.13 se aprecia que las mujeres con historia de abuso sexual infantil muestran puntuaciones significativamente más elevadas que sus homólogas no abusadas en las escalas que evalúan insatisfacción corporal: BSQ (IC 95%: 6,24 a 31,09) y subescala *Insatisfacción Corporal* del EDI-2 (IC95%: 0,14 a 4,87).

Tabla 4.13. Comparación de las medias de insatisfacción corporal en función del estatus de ASI para las pacientes con TCA

Escala	ASI	n	M	DE	t	gl	p	IC 95%	
								Inf.	Sup.
BSQ	<i>Ausencia</i>	91	128,20	40,40	2,97	155	0,003	6,24	31,09
	<i>Presencia</i>	66	146,86	36,77					
EDI-2- BD	<i>Ausencia</i>	91	14,25	8,01	2,09	150,14	0,04	0,14	4,87
	<i>Presencia</i>	66	16,76	6,93					

Y, finalmente, en el caso del grupo clínico de pacientes psiquiátricas sin TCA, en la Tabla 4.14 se observa que, al comparar las dos medidas de insatisfacción corporal entre las pacientes con y sin historia de abuso, ninguna de estas diferencias es estadísticamente significativa.

Tabla 4.14. Estadísticos descriptivos y prueba no paramétrica *U* de Mann-Whitney de comparación en las medidas de insatisfacción corporal según el estatus de ASI para las las pacientes psiquiátricas sin TCA

TEST	ASI	n	M	DE	Md	Amplitud intercuartil	U de Mann-Whitney	p
BSQ	<i>Ausencia</i>	29	71,07	31,71	67,00	46,00	179,5	0,21
	<i>Presencia</i>	16	83,81	31,81	87,00	51,00		
EDI-2- BD	<i>Ausencia</i>	29	7,69	7,61	5,00	11,00	166,0	0,12
	<i>Presencia</i>	16	10,25	6,18	11,00	10,00		

Al valorar en conjunto los resultados del análisis de la relación entre el abuso sexual infantil y las medidas de insatisfacción corporal de las tres condiciones diagnósticas, se pone de relieve que el grupo de pacientes con TCA y el grupo de estudiantes universitarias siguen un perfil similar en cuanto a la presencia de diferencias estadísticamente significativas por lo que a las puntuaciones medias en las medidas de insatisfacción corporal se refiere, siendo siempre las mujeres abusadas sexualmente en

la infancia las que presentan más problemas de insatisfacción corporal que sus compañeras no abusadas. Sin embargo, estas diferencias no han sido estadísticamente significativas cuando se trata del grupo clínico psiquiátrico sin TCA.

4.3. RELACIÓN ENTRE EL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) Y OTRA SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA

Para estudiar la relación entre la variable abuso sexual infantil y las variables referentes a la sintomatología psicopatológica general (incluyendo sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa e ideación suicida), se ha realizado la prueba estadística *t* de Student-Fisher para comparar las medias obtenidas por las participantes con y sin historia de abuso sexual infantil, en dos de las citadas variables de sintomatología psiquiátrica (depresión y ansiedad), excepto cuando se ha rechazado la hipótesis de igualdad de variancias que se ha utilizado con la corrección propuesta por Welch. En los casos de incumplimiento del supuesto de normalidad de la prueba *t* de Student-Fisher se ha aplicado la prueba no paramétrica *U* de Mann-Whitney. Sin embargo, para comparar la presencia de ideación suicida en función del estatus de ASI (ausencia *vs* presencia) de cada condición diagnóstica, al tratarse de una variable binaria se ha realizado la prueba de χ^2 , y en caso de incumplimiento de las condiciones de aplicación, la prueba exacta de Fisher.

Por lo que se refiere a las estudiantes universitarias, en la Tabla 4.15 se aprecia que aquellas que han sido victimizadas sexualmente en la infancia presentan puntuaciones significativamente más elevadas que sus compañeras no abusadas en las escalas que evalúan sintomatología depresiva (IC 95%: 2,63 a 6,44), sintomatología ansiosa estado (IC 95%: 0,14 a 3,88) y rasgo (IC 95%: 0,85 a 4,53).

Tabla 4.15. Comparación de las medias en sintomatología depresiva y ansiosa en función del estatus de ASI para las estudiantes universitarias

Escala	ASI	n	M	DE	t	gl	p	IC 95%	
								Inf.	Sup.
BDI	<i>Ausencia</i>	413	5,59	5,99	4,74	93,78	<0,001	2,63	6,44
	<i>Presencia</i>	78	10,13	8,05					
STAI-Estado	<i>Ausencia</i>	413	22,28	7,59	2,11	489	0,04	0,14	3,88
	<i>Presencia</i>	78	24,28	8,30					
STAI-Rasgo	<i>Ausencia</i>	413	25,57	7,53	2,87	489	0,004	0,85	4,53
	<i>Presencia</i>	78	28,26	7,89					

En cuanto al grupo clínico de pacientes con TCA, en la Tabla 4.16 se observa que las pacientes abusadas sexualmente durante su infancia muestran puntuaciones significativamente más elevadas de depresión (IC 95%: 1,55 a 9,52), ansiedad estado (IC 95%: 2,19 a 10,91) y ansiedad rasgo (IC 95%: 1,41 a 9,03), que las pacientes sin tal historia de abuso.

Estos resultados indican que en el grupo de pacientes con TCA, el abuso sexual infantil presenta una relación estadísticamente significativa con los síntomas depresivos y los síntomas de ansiedad estado y rasgo.

Tabla 4.16. Comparación de las medias en sintomatología depresiva y ansiosa en función del estatus de ASI para las pacientes con TCA

Escala	ASI	n	M	DE	t	gl	p	IC 95%	
								Inf.	Sup.
BDI	<i>Ausencia</i>	91	23,21	12,70	2,75	155	0,007	1,55	9,52
	<i>Presencia</i>	66	28,74	12,13					
STAI- Estado	<i>Ausencia</i>	91	32,37	14,26	2,97	155	0,003	2,19	10,91
	<i>Presencia</i>	66	38,92	12,75					
STAI-Rasgo	<i>Ausencia</i>	91	35,82	12,66	2,71	155	0,008	1,41	9,03
	<i>Presencia</i>	66	41,05	10,82					

En cuanto al grupo de pacientes psiquiátricas sin TCA, destacar que para comparar a las pacientes con y sin historia de abuso sexual infantil en las medidas de sintomatología depresiva y sintomatología ansiosa, sólo se ha podido utilizar la prueba *t* de Student-Fisher de comparación de medias para las dos variables de ansiedad, estado y rasgo. Pero ante el incumplimiento de sus condiciones de aplicación para la variable *depresión*, se ha recurrido a la prueba no paramétrica *U* de Mann-Whitney. En la Tabla 4.17, puede observarse cómo las pacientes víctimas de abuso presentan puntuaciones significativamente más elevadas que las pacientes no abusadas por lo que a depresión ($U = 110,5$; $p = 0,004$), ansiedad estado (IC 95%: 4,60 a 21,66) y ansiedad rasgo (IC 95%: 0,93 a 14,86) se refiere.

Tabla 4.17. Comparación de las medias en sintomatología depresiva y ansiosa en función del estatus de ASI para las pacientes psiquiátricas sin TCA

Escala	ASI	n	M	DE	Md	Ampl. inter.	t ^u	gl	p	IC 95%	
										Inf.	Sup.
BDI	<i>Ausencia</i>	29	22,24	11,41	18,00	10,00	110,5 ^u		0,004		
	<i>Presencia</i>	16	30,69	10,30	30,00	16,00					
STAI- Ansiedad Estado	<i>Ausencia</i>	29	25,31	13,74			3,10	43	0,003	4,60	21,66
	<i>Presencia</i>	16	38,44	13,29							
STAI- Ansiedad Rasgo	<i>Ausencia</i>	29	37,48	11,44			2,29	43	0,03	0,93	14,86
	<i>Presencia</i>	16	45,38	10,42							

^u En caso de incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba t de Student-Fisher se informa del valor de la prueba U de Mann-Whitney

En concordancia con la hipótesis planteada, los tres subgrupos de mujeres abusadas sexualmente en la infancia de cada condición diagnóstica presentan puntuaciones significativamente más elevadas que sus subgrupos homólogos sin abuso en las variables relativas a la depresión, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo.

Y finalmente, para estudiar la relación entre el abuso sexual infantil y la ideación suicida, se ha realizado la prueba de χ^2 , cuyos resultados se presentan en la Tabla 4.18. En ella se puede observar que, para las tres condiciones diagnósticas, la relación que nos ocupa es estadísticamente significativa. Más específicamente, el grupo de estudiantes universitarias abusadas presenta un porcentaje de ideación suicida significativamente más elevado que el de sus compañeras no abusadas (IC 95%: 0,07 a 0,26); del mismo modo que ha sucedido en las dos condiciones clínicas, donde la proporción de pacientes con TCA (IC 95%: 0,07 a 0,37) y de pacientes psiquiátricas sin TCA (IC95%: 0,11 a 0,63) que presentan ideación suicida ha sido significativamente mayor entre las que presentan una historia de abuso sexual infantil. Así pues, en todos los casos, la presencia de ideación suicida es significativamente más elevada en aquellas mujeres que han sido abusadas sexualmente cuando eran menores que en aquellas que no presentan tal experiencia traumática, lo cual apoya la hipótesis de estudio planteada sobre esta cuestión.

Tabla 4.18. Comparación de la proporción de mujeres con ideación suicida en función del estatus de ASI para las tres condiciones diagnósticas

		Abuso Sexual Infantil				χ^2 *	p	IC 95%	
		n	Ausencia	n	Presencia			Inf.	Sup.
Ideación Suicida	Universitarias	413	27 (6,5%)	78	17 (21,8%)	18,72	<0,0005	0,07	0,26
	Pacientes TCA	91	41 (45,1%)	66	45 (68,2%)	8,26	0,004	0,07	0,37
	Psiquiátricas sin TCA	29	8 (27,6%)	16	11 (68,8%)	7,16	0,007	0,11	0,63

*En caso de incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba χ^2 , se ha realizado la prueba exacta de Fisher

4.4. ESTUDIO DE LA INTERACCIÓN ENTRE EL ABUSO SEXUAL INFANTIL Y LA CONDICIÓN DIAGNÓSTICA SOBRE LAS VARIABLES DE PERSONALIDAD Y LA AUTOESTIMA

Las Tablas 4.19, 4.20 y 4.21, describen para cada condición diagnóstica y nivel de ASI, los resultados obtenidos en las variables de personalidad y en la autoestima.

Tabla 4.19. Estadísticos descriptivos de las variables de personalidad y la autoestima para el grupo de estudiantes universitarias

Subescala/escala	ASI	n	M	DE
EDI-2-Ineficacia	Ausencia	413	4,02	2,72
	Presencia	78	5,13	3,89
EDI-2-Perfeccionismo	Ausencia	413	2,69	3,31
	Presencia	78	4,65	4,05
EDI-2-Desconfianza Interpersonal	Ausencia	413	2,40	3,05
	Presencia	78	3,23	3,73
EDI-2-Conciencia Interoceptiva	Ausencia	413	1,95	3,10
	Presencia	78	3,88	5,65
EDI-2-Miedo a la Madurez	Ausencia	413	4,62	3,31
	Presencia	78	6,18	5,11
EDI-2-Ascetismo	Ausencia	413	1,90	2,19
	Presencia	78	2,91	3,31
EDI-2-Regulación de Impulsos	Ausencia	413	1,70	2,74
	Presencia	78	2,95	4,17
EDI-2- Inseguridad Social	Ausencia	413	2,40	2,99
	Presencia	78	3,77	4,36
RSES - Autoestima	Ausencia	413	32,13	4,94
	Presencia	78	29,78	5,97

Tabla 4.20. Estadísticos descriptivos de las variables de personalidad y la autoestima para el grupo de pacientes con TCA

Subescala/escala	ASI	n	M	DE
EDI-2-Ineficacia	<i>Ausencia</i>	91	11,14	6,40
	<i>Presencia</i>	66	13,45	7,03
EDI-2-Perfeccionismo	<i>Ausencia</i>	91	7,02	4,94
	<i>Presencia</i>	66	9,30	4,11
EDI-2-Desconfianza Interpersonal	<i>Ausencia</i>	91	6,07	5,20
	<i>Presencia</i>	66	6,77	4,56
EDI-2-Conciencia Interoceptiva	<i>Ausencia</i>	91	8,08	6,00
	<i>Presencia</i>	66	11,20	6,71
EDI-2-Miedo a la Madurez	<i>Ausencia</i>	91	8,09	6,52
	<i>Presencia</i>	66	6,68	5,72
EDI-2-Ascetismo	<i>Ausencia</i>	91	6,65	4,91
	<i>Presencia</i>	66	8,68	4,78
EDI-2-Regulación de Impulsos	<i>Ausencia</i>	91	3,96	4,26
	<i>Presencia</i>	66	8,67	6,91
EDI-2- Inseguridad Social	<i>Ausencia</i>	91	7,23	5,25
	<i>Presencia</i>	66	9,82	5,22
RSS - Autoestima	<i>Ausencia</i>	91	21,92	5,10
	<i>Presencia</i>	66	22,88	4,62

Tabla 4.21. Estadísticos descriptivos de las variables de personalidad y la autoestima para el grupo de pacientes psiquiátricas sin TCA

Subescala/escala	ASI	n	M	DE
EDI-2-Ineficacia	<i>Ausencia</i>	29	9,93	6,63
	<i>Presencia</i>	16	13,56	6,66
EDI-2-Perfeccionismo	<i>Ausencia</i>	29	5,21	5,25
	<i>Presencia</i>	16	6,56	4,94
EDI-2-Desconfianza Interpersonal	<i>Ausencia</i>	29	4,24	4,27
	<i>Presencia</i>	16	7,38	5,34
EDI-2-Conciencia Interoceptiva	<i>Ausencia</i>	29	3,83	4,70
	<i>Presencia</i>	16	5,19	4,90
EDI-2-Miedo a la Madurez	<i>Ausencia</i>	29	11,03	7,08
	<i>Presencia</i>	16	5,75	3,22
EDI-2-Ascetismo	<i>Ausencia</i>	29	4,00	3,78
	<i>Presencia</i>	16	4,19	3,21

EDI-2-Regulación de Impulsos	<i>Ausencia</i>	29	4,59	5,82
	<i>Presencia</i>	16	5,63	3,67
EDI-2- Inseguridad Social	<i>Ausencia</i>	29	5,62	5,42
	<i>Presencia</i>	16	10,13	6,32
RSS - Autoestima	<i>Ausencia</i>	29	26,17	5,95
	<i>Presencia</i>	16	21,44	6,23

Con la finalidad de contrastar la hipótesis sobre el efecto de interacción entre el ASI y la condición diagnóstica, sobre la autoestima y las variables de personalidad del EDI-2 que no son específicas de patología alimentaria, se presenta el resultado de un análisis de la variancia (ANOVA) 2x3 (**Abuso Sexual Infantil** [ausencia, presencia] x **Condición Diagnóstica** [pacientes con TCA, pacientes con otra psicopatología sin TCA, estudiantes universitarias]). En aquellos casos donde se ha encontrado una interacción estadísticamente significativa, se ha realizado el análisis de los efectos simples y finalmente, se ha procedido al análisis de los efectos simples de la condición diagnóstica para el subgrupo de mujeres abusadas sexualmente en la infancia comparando a los dos grupos clínicos en conjunto (pacientes con TCA + pacientes con otra psicopatología sin TCA) con el grupo comunitario de estudiantes universitarias, así como también, comparando a los dos grupos clínicos entre ellos (pacientes con TCA vs pacientes con otra psicopatología sin TCA).

En la Tabla 4.22 se presentan los resultados obtenidos mediante el ANOVA factorial 2x3 que acabamos de mencionar. Por su parte, las Figuras 4.2 a 4.7 presentan los efectos simples en los casos en los que la interacción alcanza la significación estadística.

Tabla 4.22. ANOVA factorial 2x3 (abuso sexual infantil [ausencia, presencia] x condición diagnóstica [TCA, otra psicopatología, universitarias] para las variables de autoestima y personalidad

Variable	CONDICIÓN DIAGNÓSTICA		ABUSO SEXUAL INFANTIL		INTERACCIÓN	
	$F_{(2, 687)}$	p	$F_{(1, 687)}$	p	$F_{(2, 687)}$	p
Autoestima	145,74	<0,001	10,31	0,001	7,33	0,001
Ineficacia	170,85	<0,001	18,97	<0,001	2,01	0,135
Perfeccionismo	66,09	<0,001	15,29	<0,001	0,25	0,781
Desconfianza interpersonal	48,61	<0,001	11,28	0,001	1,86	0,157
Conciencia interoceptiva	111,31	<0,001	15,07	<0,001	1,10	0,333
Miedo a la madurez	14,06	<0,001	9,30	0,002	12,83	<0,001
Ascetismo	130,72	<0,001	7,37	0,007	1,90	0,151
Regulación de impulsos	53,40	<0,001	23,61	<0,001	10,33	<0,001
Inseguridad social*	100,15	<0,001	32,89	<0,001	3,29	0,038*

*Dado que esta variable vulnera el supuesto de homogeneidad de varianzas y no supera el nivel de significación que hemos justificado previamente para estos casos ($\alpha=0,01$) para la Inseguridad social no rechazamos la hipótesis nula de ausencia de interacción.

Las cuatro primeras columnas de la Tabla 4.22 presentan los efectos principales de la condición diagnóstica y del ASI sobre la autoestima y sobre las variables de personalidad, y en todos los casos se observan resultados estadísticamente significativos.

Pasando al estudio de la interacción, la Tabla 4.22 muestra que el efecto de interacción no es estadísticamente significativo para las variables de personalidad relacionadas con la ineficacia, el perfeccionismo, la desconfianza interpersonal, la conciencia interoceptiva, el ascetismo y la inseguridad social. Si tenemos en cuenta el sentido de las diferencias reflejado en las Tablas 4.19 a 4.21, se puede concluir que, independientemente de la condición diagnóstica a la que pertenecen las jóvenes (universitarias, pacientes con TCA o pacientes con otra psicopatología sin TCA), el abuso sexual infantil empeora las características de personalidad relacionadas con la ineficacia, el perfeccionismo, la desconfianza interpersonal, la conciencia interoceptiva, el ascetismo y la inseguridad social.

En cambio, la Tabla 4.22 muestra un efecto de interacción estadísticamente significativo para las variables de personalidad relacionadas con la autoestima ($F_{(2, 687)} = 7,33$; $p = 0,001$), el miedo a la madurez ($F_{(2, 687)} = 12,83$; $p < 0,001$) y la impulsividad/regulación de impulsos ($F_{(2, 687)} = 10,33$; $p < 0,001$). Esto sugiere que el

efecto del abuso sexual en estas tres variables de personalidad dependientes varía significativamente en función de la condición diagnóstica (pacientes con TCA, pacientes psiquiátricas sin TCA y estudiantes universitarias).

La Tabla 4.23 presenta la estimación de los efectos simples del abuso sexual infantil para cada nivel de la variable condición diagnóstica de las tres variables de personalidad anteriormente citadas que han presentado un efecto de interacción estadísticamente significativo. Para facilitar la interpretación de estos resultados complementamos el análisis inferencial con la descripción de las variables incluida en las Tablas 4.19 a 4.21 y los gráficos de efectos simples contenidos en las Figuras 4.2 a 4.7.

Tabla 4.23. Efectos simples del abuso sexual infantil para cada nivel de la variable Condición Diagnóstica

Variable de personalidad	TCA			Clínica no TCA			Universitarias		
	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2 parcial	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2 parcial	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2 parcial
Autoestima	1,33	0,25	0,002	8,78	0,003	0,013	13,77	<0,001	0,020
Miedo a la madurez	3,71	0,06	0,005	14,11	<0,001	0,020	7,87	0,005	0,011
Impulsividad	56,59	<0,001	0,076	0,74	0,389	0,001	6,85	0,009	0,010

Por lo que respecta a la autoestima, se observa que en el grupo comunitario de estudiantes universitarias el efecto del abuso sexual infantil es estadísticamente significativo en el sentido de que cuando se pasa de no abusadas a abusadas, los valores medios de autoestima disminuyen ($F_{(1, 687)} = 13,78; p < 0,0005$). Por lo que respecta al grupo clínico de pacientes sin TCA, el efecto del abuso sexual infantil también alcanza significación estadística en el sentido de que las mujeres victimizadas presentan peor autoestima que aquellas mujeres que no lo han sido ($F_{(1, 687)} = 8,78; p = 0,003$). En cambio, en el grupo clínico de pacientes con TCA, el efecto que tiene el abuso sexual infantil sobre la autoestima no es estadísticamente significativo (véase Figura 4.2). Consideramos relevante destacar que las pacientes no abusadas de este grupo son las que presentan valores medios más bajos de autoestima (véase Figuras 4.2 y 4.3).

En cuanto al miedo a la madurez, se observa que el efecto que tiene el ASI varía de manera estadísticamente significativa en función de la condición diagnóstica. Específicamente, para el grupo de pacientes con TCA, se observa que este efecto no es estadísticamente significativo. En cambio, para las pacientes con otra psicopatología la relación sí es estadísticamente significativa en el sentido de que las jóvenes abusadas presentan menor miedo a la madurez que las no abusadas ($F_{(1, 687)} = 14,11; p < 0,0005$). Para las estudiantes universitarias también se observa una relación estadísticamente significativa entre ASI y miedo a la madurez, pero el sentido de la diferencia es el opuesto al observado para el grupo clínico sin TCA; es decir, el miedo a la madurez es superior en las abusadas que en las no abusadas ($F_{(1, 687)} = 7,87; p = 0,005$; véase Figura 4.4). Sin embargo, la diferencia entre las medias de ASI en el caso de las universitarias es inferior a la diferencia de medias observada para las jóvenes de la muestra clínica sin TCA, lo cual revela un efecto más intenso del abuso en este último caso (véase Figuras 4.3 y 4.4).

Por lo que se refiere a la impulsividad, se observa que las pacientes con TCA que han sufrido abusos presentan medias de impulsividad estadísticamente superiores que las que no los han sufrido ($F_{(1, 687)} = 56,59; p < 0,0005$). En el caso de las estudiantes universitarias también se observan diferencias en el mismo sentido pero de menor magnitud ($F_{(1, 687)} = 6,85; p = 0,009$) tal como se puede apreciar gráficamente en las Figuras 4.5 y 4.6. En cambio, para las pacientes sin TCA no se observa una relación estadísticamente entre ASI e impulsividad ($F_{(1, 687)} = 0,74; p = 0,389$).

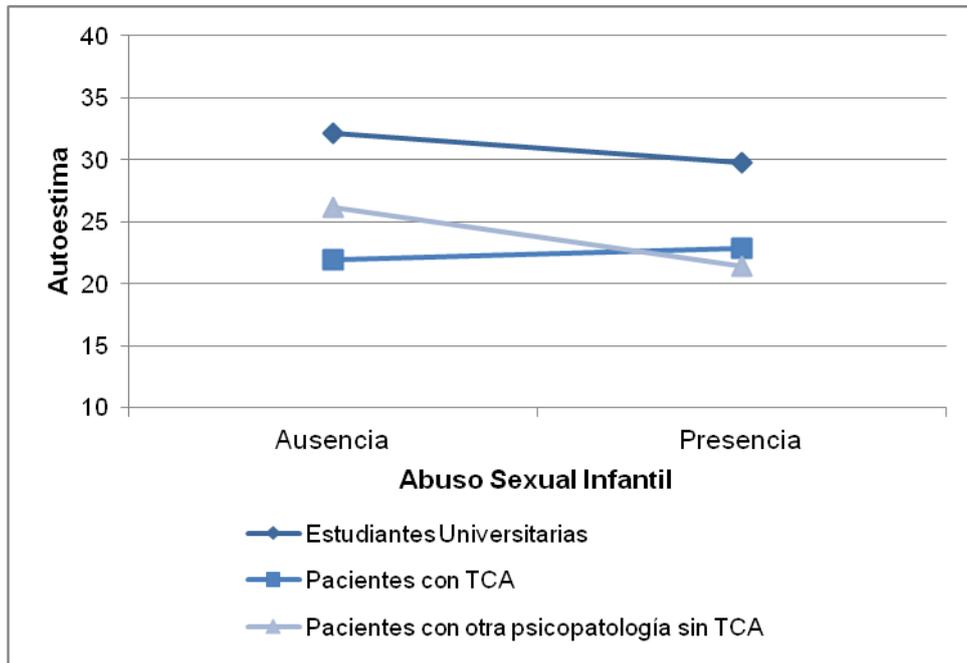


Figura 4.2. Efectos simples del abuso sexual infantil en la autoestima para cada condición diagnóstica

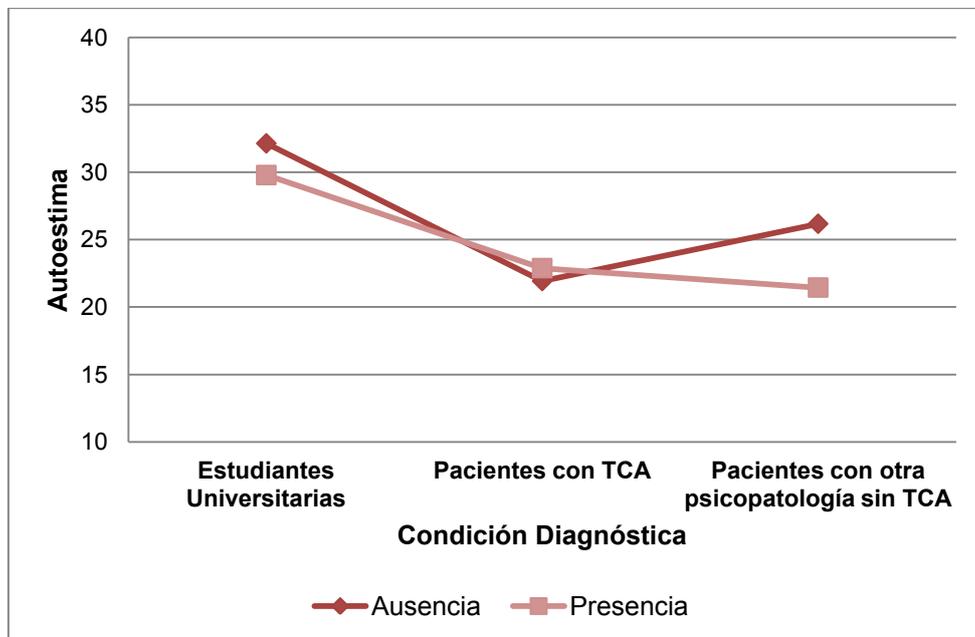


Figura 4.3. Efectos simples de la condición diagnóstica en la autoestima en función del estatus de abuso sexual infantil

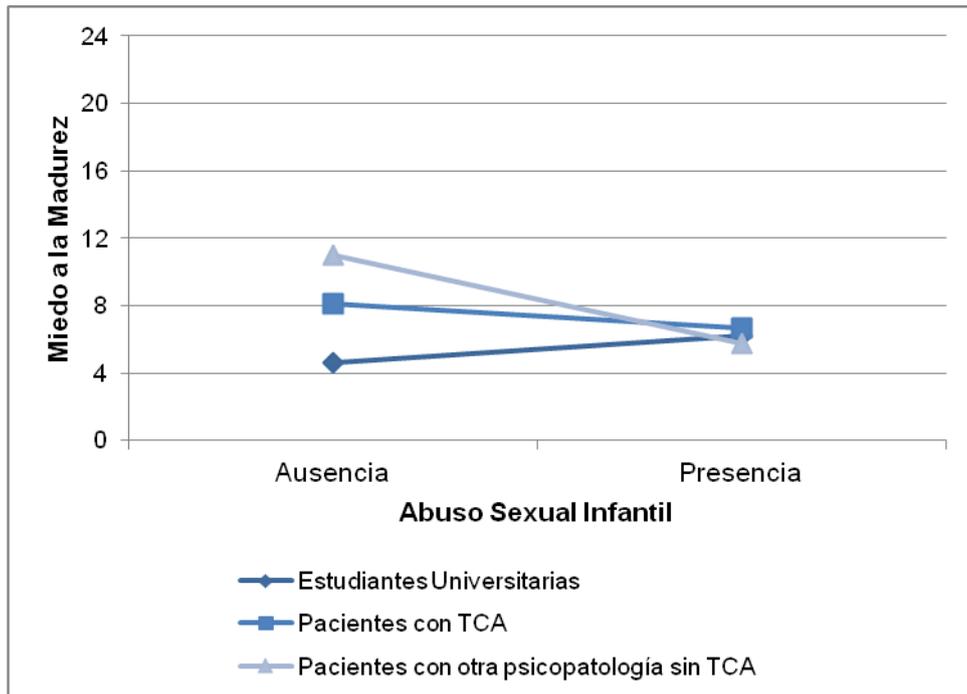


Figura 4.4. Efectos simples del abuso sexual infantil en el miedo a la madurez para cada condición diagnóstica

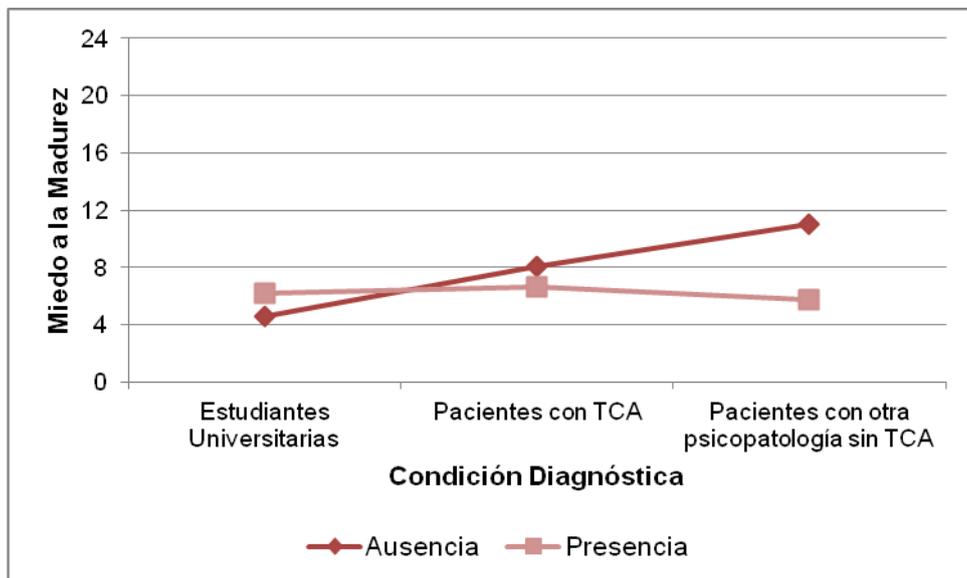


Figura 4.5. Efectos simples de la condición diagnóstica en el miedo a la madurez en función del estatus de abuso sexual infantil

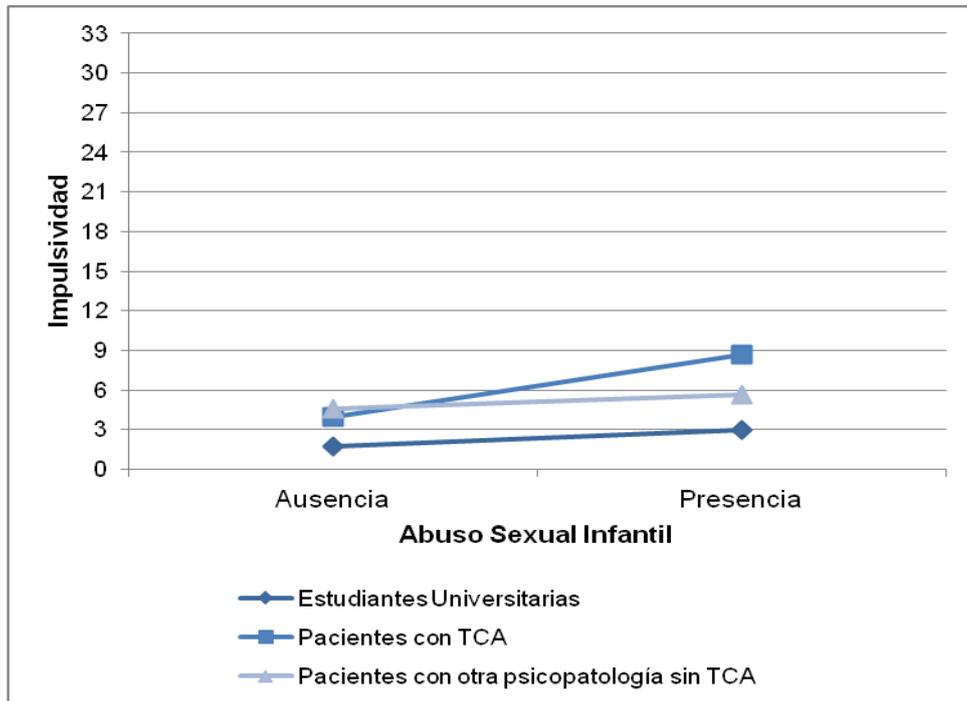


Figura 4.6. Efectos simples del abuso sexual infantil en la impulsividad para cada condición diagnóstica

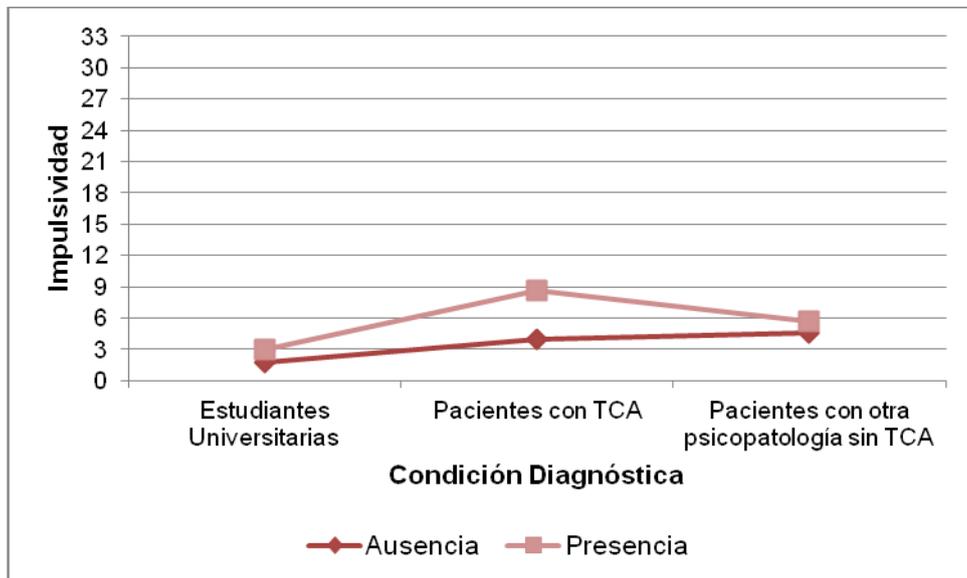


Figura 4.7. Efectos simples de la condición diagnóstica en la impulsividad en función del estatus de abuso sexual infantil

Finalmente, y como una forma de complementar la interpretación de los resultados anteriores sobre la interacción, la Tabla 4.24 los presenta desde la perspectiva de los efectos simples del tipo de psicopatología para la submuestra de mujeres abusadas sexualmente en la infancia.

Tabla 4.24. Efectos simples del tipo de psicopatología para la submuestra de participantes abusadas sexualmente

Variable de personalidad	η^2 parcial	Pacientes vs Universitarias				Pacientes con TCA vs Pacientes con otra psicopatología sin TCA			
		<i>t</i>	<i>p</i>	IC95% de la <i>d</i> ¹		<i>t</i>	<i>p</i>	IC95% de la <i>d</i>	
				Inf.	Sup.			Inf.	Sup.
Autoestima	0,104	8,86	<0,0005	5,60	8,79	1,01	0,31	-1,37	4,25
Miedo a la madurez	0,001	-0,44	0,66	-1,72	1,09	0,74	0,46	-1,54	3,40
Impulsividad	0,102	-8,34	<0,0005	-6,31	-3,91	2,82	0,005	0,92	5,16

¹ Diferencia no estandarizada

Concretamente, se puede observar que dentro de la submuestra de mujeres abusadas, existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la variable autoestima cuando comparamos los dos grupos clínicos conjuntamente (TCA + otra psicopatología sin TCA) con el grupo comunitario de estudiantes universitarias (IC 95%: 5,60 a 8,79), presentando peores niveles medios de autoestima las pacientes del grupo clínico combinado que las estudiantes universitarias. No obstante, no se halla una diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres abusadas cuando comparamos los dos grupos clínicos (pacientes con TCA vs pacientes con otra psicopatología sin TCA).

En cuanto a la variable de personalidad relacionada con el miedo a la madurez, los resultados obtenidos ponen de manifiesto que ninguno de los contrastes analizados presenta diferencias estadísticamente significativas.

Y por lo que respecta a la impulsividad, se observa una diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres victimizadas del grupo clínico combinado y las del grupo de estudiantes universitarias (IC 95%: -6,31 a -3,91), en el sentido de que los valores medios de impulsividad de las primeras son más elevados que los de las segundas. Asimismo, al comparar a las mujeres abusadas de ambos grupos clínicos (TCA vs otra psicopatología sin TCA), también se halla una diferencia

significativa a nivel estadístico (IC 95%: 0,92 a 5,16), siendo las pacientes con TCA las que presentan valores medios más elevados de esta característica de personalidad.

4.5 RELACIÓN ENTRE EL ABUSO FÍSICO INFANTIL (AFI) Y LA SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA

En este apartado se estudia la relación entre el abuso físico infantil (AFI) y los aspectos comportamentales y actitudinales claves de los Trastornos del Comportamiento Alimentario. Las relaciones se estudian dentro de cada condición diagnóstica y el apartado se inicia con una descripción general de cada grupo de condición diagnóstica en relación con variables clave dentro del estudio de los TCA.

4.5.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE CADA CONDICIÓN DIAGNÓSTICA

En este apartado se muestran los resultados obtenidos por las tres condiciones diagnósticas que configuran este estudio por lo que respecta al abuso físico infantil y su relación con estar haciendo dieta actualmente, haber sufrido obesidad infantil y haber presentado menarquia precoz. Para tal fin, se ha llevado a cabo la prueba estadística de χ^2 y en el caso de incumplimiento de sus condiciones de aplicación, se ha realizado la prueba exacta de Fisher de tipo no paramétrico.

En la Tabla 4.25, se muestran los resultados obtenidos a través de la prueba exacta de Fisher al comparar a las estudiantes universitarias con y sin historia de abuso físico infantil en las variables anteriormente citadas, sin observarse ninguna relación estadísticamente significativa.

Tabla 4.25. Relación entre el abuso físico infantil y las variables *hacer dieta actualmente, obesidad infantil y menarquia precoz* en el grupo de estudiantes universitarias

Variables	Abuso físico infantil		χ^2 *	p	IC 95%	
	Ausencia (n = 413)	Presencia (n = 14)			Inferior	Superior
Hace dieta actualmente	51 (12,3%)	1 (7,1%)		1,000	-0,193	0,121
Obesidad infantil	18 (4,4%)	2 (14,3%)		0,135	-0,023	0,100
Menarquia precoz	16 (3,9%)	0(0,0%)		1,000		

* En caso de incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba de χ^2 de Pearson se informa únicamente del grado de significación obtenido con la prueba exacta de Fisher.

Por su parte, en la Tabla 4.26 se presentan los análisis realizados con el grupo de pacientes con TCA para estudiar la relación entre el AFI y el hecho de hacer dieta, haber sufrido obesidad en la infancia y la presencia de menarquia precoz, mediante la prueba exacta de Fisher. No obstante, y al igual que ha sucedido con el grupo comunitario de estudiantes universitarias, ninguna de estas relaciones ha conseguido una significación estadísticamente significativa.

Tabla 4.26. Relación entre el abuso físico infantil y las variables *hacer dieta actualmente, obesidad infantil y menarquia precoz* en el grupo de pacientes con TCA

Variables	Abuso físico infantil		χ^2 *	p	IC 95%	
	Ausencia (n = 91)	Presencia (n = 16)			Inferior	Superior
Hace dieta actualmente	77 (84,6%)	13 (81,3%)		0,716	-0,116	0,284
Obesidad infantil	22 (24,2%)	7 (43,8%)		0,130	-0,033	0,439
Menarquia precoz	5 (5,5%)	1 (6,3%)		1,000	-0,077	0,231

* En caso de incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba de χ^2 de Pearson se informa únicamente del grado de significación obtenido con la prueba exacta de Fisher.

Y por lo que se refiere a las pacientes psiquiátricas sin TCA, cuando se analiza la relación entre la victimización física en la infancia y las variables en cuestión, mediante la prueba exacta de Fisher, en la Tabla 4.27 se observa que ninguna de estas relaciones consigue una relevancia estadísticamente significativa.

Tabla 4.27. Relación entre el abuso físico infantil y las variables *hacer dieta actualmente, obesidad infantil y menarquia precoz* en el grupo de pacientes psiquiátricas sin TCA

Variables	Abuso físico infantil		χ^2 *	p	IC 95%	
	Ausencia (n = 29)	Presencia (n = 10)			Inferior	Superior
Hace dieta actualmente	4 (13,8%)	1 (10,0%)		1,000	-0,277	0,225
Obesidad infantil	6 (20,7%)	0 (0,0%)		0,308		
Menarquia precoz	0 (0,0%)	0 (0,0%)	--	--	--	--

* En caso de incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba de χ^2 de Pearson se informa únicamente del grado de significación obtenido con la prueba exacta de Fisher.

-- = Ninguna de las participantes de este grupo ha presentado menarquia precoz, no pudiéndose estudiar la relación entre esta variable y el estatus de abuso sexual infantil

4.5.2. RELACIÓN ENTRE EL AFI Y LA CONDUCTA ALIMENTARIA ALTERADA

En este subapartado, se presentan los resultados obtenidos con la prueba de χ^2 o con la prueba exacta de Fisher, cuando no se cumplen las condiciones de aplicación de la primera, al comparar a las mujeres con y sin historia de abuso físico infantil en las conductas comportamentales claves de los TCA medidas con el EDE-Q: episodios de atracón objetivo, episodios de atracón subjetivo, restricción de ingesta, vómito autoinducido, abuso de laxantes, abuso de diuréticos y ejercicio físico excesivo. Como ya se ha comentado anteriormente, la presencia de estas conductas claves de los TCA se ha establecido en base a las normas del EDE-Q para mujeres jóvenes adultas (Luce et al., 2008; Mond, Hay, Rodgers y Owen 2006).

En la Tabla 4.28, se presentan los resultados obtenidos por el grupo comunitario de estudiantes universitarias, no apreciándose la existencia de ninguna relación estadísticamente significativa entre el AFI y todas las variables relacionadas con las conductas alimentarias y compensatorias claves de los TCA sometidas a estudio que acabamos de mencionar.

Tabla 4.28. Comparación de los aspectos comportamentales claves de los trastornos alimentarios entre las estudiantes universitarias según el estatus de AFI

Conductas alimentarias claves de los trastornos alimentarios	Abuso Físico Infantil		χ^2 *	p	IC 95%	
	Ausencia (n = 413)	Presencia (n = 14)			Inferior	Superior
Episodios de atracón objetivo ^a	146 (35,4%)	6 (42,9%)		0,579	-0,145	0,325
Episodios de atracón subjetivo ^b	92 (22,3%)	1 (7,1%)		0,320	-0,095	0,224
Restricción de Ingesta ^c	8 (1,9%)	0 (0,0%)		1,00		
Vómito autoprovocado ^c	7 (1,7%)	0 (0,0%)		1,00		
Abuso de laxantes ^e	17 (4,1%)	1 (7,1%)		0,458	-0,033	0,274
Abuso de diuréticos ^f	30 (7,3%)	0 (0,0%)		0,612		
Ejercicio físico excesivo ^g	13 (3,1%)	0 (0,0%)		1,00		

^{ab} Ocurrencia al menos una vez en el último mes

^{def} Ocurrencia en promedio al menos una vez a la semana en el último mes

^c Ocurrencia en promedio 3 o más veces a la semana en el último mes

^g Ocurrencia en promedio 5 o más veces a la semana en el último mes

* En caso de incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba de χ^2 de Pearson se informa únicamente del grado de significación obtenido con la prueba exacta de Fisher.

En la Tabla 4.29, se presentan los resultados del grupo clínico de pacientes con TCA, obtenidos con la prueba de χ^2 de Pearson al comparar a las pacientes con y sin historia de AFI en los aspectos comportamentales claves de los trastornos alimentarios evaluados mediante el EDE-Q: episodios de atracón objetivo y subjetivo, restricción alimentaria, vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y de diuréticos y práctica excesiva de ejercicio físico. Tal como se puede observar en la Tabla 4.29, existe una relación estadísticamente significativa entre la victimización física en la infancia y la presencia de episodios de atracones subjetivos (IC 95%: 0,15 a 0,60) y la práctica excesiva de ejercicio físico (IC 95%: 0,23 a 0,67) en las pacientes con TCA. No obstante, no aparece ninguna relación estadísticamente significativa para el resto de variables sometidas a estudio y el abuso físico infantil.

Tabla 4.29. Comparación de los aspectos comportamentales claves de los trastornos alimentarios entre las pacientes con TCA según el estatus de AFI

Conductas alimentarias claves de los trastornos alimentarios	Abuso Físico Infantil		χ^2 *	p	IC 95%	
	Ausencia (n = 91)	Presencia (n = 16)			Inferior	Superior
Episodios de atracón objetivo ^a	46 (50,5%)	9 (56,3%)	0,177	0,674	-0,195	0,287
Episodios de atracón subjetivo ^a	25 (27,5%)	11 (68,8%)	10,385	0,001	0,150	0,602
Restricción de Ingesta ^a	59 (64,8%)	11 (68,8%)	0,092	0,761	-0,221	0,238
Vómito autoprovocado ^d	36 (39,6%)	6 (37,5%)	0,024	0,876	-0,236	0,237
Abuso de laxantes ^e	31 (34,1%)	5 (31,3%)	0,048	0,826	-0,231	0,227
Abuso de diuréticos ^f	9 (9,9%)	2 (12,5%)		0,668	-0,093	0,266
Ejercicio físico excesivo ^g	23 (25,3%)	12 (75,0%)	15,286	<0,0005	0,233	0,665

^{ab} Ocurrencia al menos una vez en el último mes

^{def} Ocurrencia en promedio al menos una vez a la semana en el último mes

^c Ocurrencia en promedio 3 o más veces a la semana en el último mes

^g Ocurrencia en promedio 5 o más veces a la semana en el último mes

*En caso de incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba χ^2 , se ha realizado la prueba exacta de Fisher

De forma adicional, para la condición diagnóstica presencia de TCA, se ha realizado la prueba de χ^2 de Pearson para comparar a las pacientes con y sin historia de AFI en la utilización de conductas compensatorias de tipo purgativo habitualmente presentes en los TCA (incluyendo vómito autoinducido, abuso de laxantes y/o diuréticos). Sin embargo, tal como se observa en la Tabla 4.30, la proporción de mujeres con historia de AFI que recurre a este tipo de conductas no es significativamente mayor a nivel estadístico que la de las mujeres no victimizadas; rechazándose la hipótesis planteada al respecto.

Tabla 4.30. Comparación en la utilización de conductas compensatorias de tipo purgativo de las pacientes con TCA según el estatus de AFI

	Abuso Físico Infantil		χ^2	<i>p</i>	IC 95%	
	Ausencia <i>n</i> = 91	Presencia <i>n</i> = 16			Inferior	Superior
Utilización de conductas compensatorias purgativas	46 (50,5%)	9 (56,3%)	0,18	0,67	-0,19	0,29

Por su parte, en la Tabla 4.31, se muestran los resultados obtenidos por las pacientes psiquiátricas sin TCA con la prueba exacta de Fisher al comparar a las pacientes con y sin historia de abuso físico infantil y las conductas alimentarias (episodios de atracón objetivo y subjetivo) y compensatorias (restricción de ingesta, vómito autoinducido, abuso de laxantes y de diuréticos, y ejercicio físico excesivo) claves de los trastornos del comportamiento alimentario evaluados mediante el EDE-Q. Tal como puede observarse, ninguna de las relaciones sometidas a estudio entre las variables anteriormente citadas y el abuso físico infantil ha resultado ser estadísticamente significativa en la submuestra psiquiátrica.

Tabla 4.31. Comparación de los aspectos comportamentales claves de los trastornos alimentarios entre las pacientes psiquiátricas sin TCA según el estatus de AFI

Conductas alimentarias claves de los trastornos alimentarios	Abuso Físico Infantil		χ^2_*	<i>p</i>	IC 95%	
	Ausencia (<i>n</i> = 29)	Presencia (<i>n</i> = 10)			Inf.	Sup.
Episodios de atracón objetivo ^a	3 (10,3%)	4 (40,0%)		0,057	0,01	0,59
Episodios de atracón subjetivo ^b	3 (10,3%)	2 (20,0%)		0,587	-0,12	0,41
Restricción de Ingesta ^c	0 (0,0%)	0 (0,0%)	---	---		
Vómito autoprovocado ^d	1 (3,4%)	0 (0,0%)		1,000		
Abuso de laxantes ^e	0 (0,0%)	0 (0,0%)	---	---		
Abuso de diuréticos ^f	0 (0,0%)	0 (0,0%)	---	---		
Ejercicio físico excesivo ^g	0 (0,0%)	0 (0,0%)	---	---		

^{ab} Ocurrencia al menos una vez en el último mes

^{def} Ocurrencia en promedio al menos una vez a la semana en el último mes

^c Ocurrencia en promedio 3 o más veces a la semana en el último mes

^g Ocurrencia en promedio 5 o más veces a la semana en el último mes

*En caso de incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba χ^2 , se ha realizado la prueba exacta de Fisher.

A modo de resumen, destacar que al analizar la relación entre el abuso físico infantil y los aspectos comportamentales claves de los TCA (episodios de atracón objetivo y subjetivo, restricción de ingesta, vómito autoprovocado, abuso de laxantes y de diuréticos y práctica excesiva de ejercicio físico), sólo se han encontrado dos relaciones estadísticamente significativas entre las mujeres del grupo clínico de pacientes con TCA. Concretamente, se han hallado asociaciones significativas entre el AFI y los episodios de atracón subjetivo y la práctica excesiva de ejercicio físico. Cuando se han realizado el resto de análisis para esta y las otras dos condiciones diagnósticas (universitarias y psiquiátricas sin TCA), no se ha hallado ninguna relación estadísticamente significativa entre las variables anteriormente mencionadas y el maltrato físico infantil.

4.5.3. RELACIÓN ENTRE EL AFI Y LA ACTITUD ALIMENTARIA ALTERADA

En este subapartado, se presentan los resultados de los tres grupos de estudio que integran este trabajo de investigación, por lo que respecta al estudio de la relación entre el abuso físico infantil y los aspectos actitudinales claves de los trastornos del comportamiento alimentario evaluados a través del EDE-Q (*Restricción, Preocupación por la ingesta, Preocupación por el peso, Preocupación por la silueta*, escala Global) y de dos subescalas del EDI-2 (*Obsesión por la delgadez y Bulimia*) que recogen la esencia actitudinal y psicopatológica de este tipo de trastornos. Como ya se ha comentado en el subapartado 4.2.2, en este análisis no se ha utilizado la tercera subescala del EDI-2 relacionada con la *Insatisfacción corporal*, la cual suele utilizarse a menudo en combinación con las otras dos (*Obsesión por la delgadez y Bulimia*) porque formará parte de otros análisis más específicos sobre imagen corporal y AFI que se comentarán más adelante.

En la Tabla 4.32, se observan los resultados obtenidos por las tres condiciones diagnósticas después de realizar la prueba *t* de Student de comparación de medias o en el caso de incumplimiento de las condiciones de aplicación de ésta, de la prueba no paramétrica *U* de Mann-Whitney.

En cuanto al grupo comunitario de estudiantes universitarias, en la Tabla 4.32 se puede observar que aquellas que han sido abusadas físicamente en la infancia, en general puntúan más bajo que sus compañeras no abusadas en todas las subescalas

sometidas a estudio, excepto en la subescala *Bulimia* del EDI-2, donde puntúan más alto. No obstante, ninguna de estas diferencias alcanza un valor estadísticamente significativo.

Por lo que al grupo de pacientes con TCA se refiere, el patrón de resultados obtenido es muy diferente al presentado por el grupo anterior que se acaba de comentar. Más concretamente, las jóvenes abusadas físicamente durante su infancia del grupo clínico con TCA exhiben puntuaciones medias más elevadas que sus homólogas no abusadas en todas las subescalas sometidas a estudio, aunque sólo alcanza significación estadística la relación entre el AFI y la subescala *Preocupación por la Silueta* del EDE-Q ($U = 508,0; p = 0,05$).

Y en cuanto al grupo de pacientes psiquiátricas sin TCA, el perfil de resultados obtenido recuerda al del grupo comunitario, puesto que las pacientes con historia de abuso físico en la infancia obtienen puntuaciones más bajas en la mayoría de las subescalas, excepto en el caso de la subescala *Preocupación por el peso* del EDE-Q, donde exhiben puntuaciones más altas que las pacientes no victimizadas; sin embargo, y al igual que ha sucedido con el grupo de universitarias, ninguna relación ha alcanzado significación estadística.

Tabla 4.32. Comparación de los aspectos actitudinales claves de los trastornos alimentarios en función del estatus de AFI para cada condición diagnóstica

Sub- cala/es- cala	CD	AFI	n	M	DE	Md	Am. Inter.	t ^U	gl	p*	IC 95%	
											Inf.	Sup
EDE-Q- Restric- ción	Univ.	No	413	1,20	1,28	0,80	1,60	2334,0 ^U		0,22		
		Sí	14	0,86	1,04	0,30	2,00					
	TCA	No	91	4,40	1,64	5,00	2,00	673,5 ^U		0,63		
		Sí	16	4,41	2,02	5,00	2,25					
	Psiq.	No	29	0,72	0,75	0,60	1,20	141,0 ^U		0,91		
		Sí	10	0,66	0,70	0,50	1,15					
EDE-Q- Preocu- pación por la Ingesta	Univ.	No	413	0,58	0,86	0,20	0,60	2602,5 ^U		0,52		
		Sí	14	0,41	0,31	0,40	0,40					
	TCA	No	91	2,96	1,37			0,762	105	0,45	-0,47	1,05
		Sí	16	3,25	1,65							
	Psiq.	No	29	0,38	0,46	0,20	0,70	137,5 ^U		0,81		
		Sí	10	0,34	0,44	0,20	0,60					
EDE-Q- Preocu- pación por el Peso	Univ.	No	413	1,39	1,29	1,00	1,70	2351,0 ^U		0,23		
		Sí	14	1,09	1,26	0,50	2,55					
	TCA	No	91	4,36	1,50	4,40	1,80	532,5 ^U		0,09		
		Sí	16	4,75	1,19	5,10	1,55					
	Psiq.	No	29	0,88	0,67	1,00	1,20	141,5 ^U		0,91		
		Sí	10	0,96	0,96	0,70	1,90					

EDE-Q-Preocupación por la Silueta	Univ.	No	413	1,67	1,43	1,38	2,00	2773,5 ^u	0,80			
		Sí	14	1,44	1,10	0,94	1,78					
	TCA	No	91	4,65	1,07	4,88	1,50	508,0 ^u	0,05			
		Sí	16	5,08	1,07	5,50	1,69					
	Psic.	No	29	1,49	0,95			-0,24	37	0,81	-0,81	0,64
		Sí	10	1,40	1,05							
	Univ.	No	413	1,21	1,10	0,88	1,38	2587,5 ^u	0,50			
		Sí	14	0,95	0,80	0,61	1,18					
EDE-Q-Global	TCA	No	91	4,09	1,08	4,40	1,49	557,0 ^u	0,14			
		Sí	16	4,37	1,30	4,87	1,31					
	Psic.	No	29	0,87	0,57			-0,131	37	0,90	-0,47	0,41
		Sí	10	0,84	0,65							
EDI-2-Obse-sión por la Delgadez	Univ.	No	413	3,32	4,98	1,00	5	2565,0 ^u	0,46			
		Sí	14	2,29	3,75	0,50	3					
	TCA	No	91	12,38	6,85	14,00	13	722,0 ^u	0,96			
		Sí	16	12,69	6,61	14,50	14					
	Psic.	No	29	4,38	5,80	1,00	10	131,0 ^u	0,67			
		Sí	10	3,20	4,02	1,00	7					
	Univ.	No	413	0,73	1,73	0,00	1	2453,0 ^u	0,23			
		Sí	14	0,93	1,27	0,00	2					
EDI-2-Bulimia	TCA	No	91	3,76	5,48	1,00	6	713,0 ^u	0,89			
		Sí	16	3,88	5,78	1,00	8					
	Psic.	No	29	0,34	0,77	0,00	0	115,0 ^u	0,35			
		Sí	10	0,00	0,00	----	----					

CD: Condición Diagnóstica; Am. Inter.: Amplitud Intercuartil

^u En caso de incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba *t* de Student Fisher se informa del valor de la prueba *U* de Mann-Whitney

*Cuando se ha realizado la prueba *U* de Mann-Whitney para el grupo de pacientes psiquiátricas sin TCA se ha usado la aproximación exacta debido al pequeño tamaño de las muestras.

En resumen, la única relación estadísticamente significativa entre el AFI y los aspectos actitudinales claves de los trastornos alimentarios observada en las tres condiciones diagnósticas, ha sido la hallada en el grupo de pacientes con TCA en relación a la subescala *Preocupación por la Silueta* del EDE-Q.

4.5.4. RELACIÓN ENTRE EL AFI Y LA INSATISFACCIÓN CORPORAL

En este subapartado, se describen los resultados obtenidos con la prueba no paramétrica *U* de Mann-Whitney, debido a la vulneración de las condiciones de aplicación de la prueba *t* de Student, al comparar a los subgrupos de mujeres con y sin historia de abuso físico infantil para las tres condiciones diagnósticas, en dos escalas de imagen corporal (véase Tabla 4.33); en concreto, el Body Shape Questionnaire (BSQ) y la subescala *Insatisfacción Corporal* del EDI-2 (EDI-2-BD).

Tabla 4.33. Estadísticos descriptivos y prueba no paramétrica *U* de Mann-Whitney de comparación en las medidas de insatisfacción corporal (BSQ y subescala *Insatisfacción Corporal* del EDI-2), según el estatus de AFI para las tres condiciones diagnósticas

Escala/ subescala	Condición diagnóstica	AFI	n	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Md</i>	Am. Int.	<i>U</i>	<i>p</i> *
BSQ	Universitarias	No	324	73,94	31,31	67,00	37	2105,5	1,00
		Sí	13	70,77	24,38	72,00	46		
	Pacientes	No	91	128,20	40,40	136,00	69	637,0	0,43
		TCA	Sí	16	136,38	42,84	153,50		
	Psiquiátricas sin TCA	No	29	71,07	31,71	67,00	46	145,0	1,00
		Sí	10	68,50	28,16	62,50	39		
EDI-2- <i>BD</i>	Universitarias	No	413	6,39	6,55	4,00	8	2768,0	0,79
		Sí	14	5,64	5,68	3,50	10		
	Pacientes	No	91	14,25	8,01	12,00	14	649,5	0,49
		TCA	Sí	16	13,25	8,39	13,50		
	Psiquiátricas sin TCA	No	29	7,69	7,61	5,00	11	141,0	0,91
		Sí	10	5,90	4,23	4,50	8		

Am. Int.: Amplitud Intercuartil

*Cuando se ha realizado la prueba *U* de Mann-Whitney para el grupo de pacientes psiquiátricas sin TCA se ha usado la aproximación exacta debido al pequeño tamaño de las muestras.

En la Tabla 4.33, se observa que las mujeres de las tres condiciones diagnósticas que han sufrido abuso de tipo físico en la infancia exhiben puntuaciones más bajas en ambas escalas de insatisfacción corporal que las mujeres que no han sido víctimas de tal experiencia abusiva. Sólo en el caso del grupo clínico de pacientes con TCA, las pacientes con historia de ASI han obtenido puntuaciones medias más elevadas en la escala BSQ que sus compañeras no abusadas.

4.6. RELACIÓN ENTRE EL ABUSO FÍSICO INFANTIL (AFI) Y OTRA SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA

Para estudiar la relación entre el abuso físico infantil y las variables referentes a la sintomatología psicopatológica: sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa (estado y rasgo) e ideación suicida, se ha realizado la prueba estadística *t* de Student para comparar las medias obtenidas por las personas que han sido víctimas de abuso físico en la infancia y aquellas que no lo han sido, en dos de las citadas variables referentes a la sintomatología psiquiátrica (depresión y ansiedad), excepto cuando se rechace la hipótesis de igualdad de variancias que se utilizará con la corrección

propuesta por Welch (Tabla 4.34). En los casos de incumplimiento del supuesto de normalidad de la prueba t de Student-Fisher se ha aplicado la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Sin embargo, para comparar la presencia de ideación suicida (variable binaria) en función del estatus de abuso de cada condición diagnóstica, se ha realizado la prueba de χ^2 , y en caso de incumplimiento de las condiciones de aplicación, la prueba exacta de Fisher (Tabla 4.35).

En la Tabla 4.34 se muestran los resultados obtenidos por las tres condiciones diagnósticas en la prueba t de Student de comparación de medias o, en defecto del cumplimiento de sus condiciones de aplicación, de la prueba U de Mann-Whitney de tipo no paramétrico. En concreto, se ha estudiado la relación entre el abuso físico infantil y la sintomatología psicopatológica de tipo depresivo (evaluada mediante el BDI) y de tipo ansioso (estado y rasgo; evaluadas a través del STAI-E y del STAI-R, respectivamente).

Al comparar a las estudiantes universitarias con y sin historia de AFI en las medidas de sintomatología psicopatológica, en la Tabla 4.34 se observa que las mujeres victimizadas, en general presentan puntuaciones significativamente más bajas que sus compañeras no abusadas por lo que a sintomatología ansiosa se refiere, ya sea ansiedad estado ($U = 1697,5; p = 0,009$) o rasgo ($U = 1864,5; p = 0,02$). No obstante, cuando se trata de sintomatología depresiva, las estudiantes con antecedentes de AFI puntúan significativamente más alto en el BDI ($U = 1852,50; p = 0,02$), que las mujeres no victimizadas.

Si nos fijamos en el grupo clínico de pacientes con TCA, se aprecia que las pacientes con historia de abuso físico en la infancia muestran puntuaciones medias más elevadas de depresión, de ansiedad estado y de ansiedad rasgo, que las pacientes sin tal historia de abuso (véase Tabla 4.34). A pesar de que la totalidad de los resultados obtenidos por la muestra clínica de pacientes con TCA en estos análisis sobre la relación entre el abuso físico en la infancia y la psicopatología general es afín a la dirección propuesta por la hipótesis de estudio, ninguna de estas relaciones es estadísticamente significativa.

Por lo que respecta al grupo clínico de pacientes psiquiátricas sin TCA, los resultados obtenidos al comparar a las pacientes con y sin historia de abuso físico infantil en las medidas de depresión, de ansiedad estado y de ansiedad rasgo, siguen un patrón paralelo al obtenido por el otro grupo clínico de este estudio integrado por pacientes con TCA. Así pues, tal como se puede observar en la Tabla 4.34, las pacientes psiquiátricas sin TCA con historia de abuso físico infantil presentan más sintomatología depresiva y ansiosa (estado y rasgo) que sus análogas no abusadas. Sin embargo, sólo ha alcanzado significación estadística la relación entre el abuso físico infantil y la ansiedad estado (IC 95%: 6,56 a 25,02).

Tabla 4.34. Comparación de las medias de sintomatología depresiva, ansiosa y autoestima en función del AFI para cada condición diagnóstica

Escala	Cond. Diag.	AFI	n	M	DE	Md	Ampl. Inte.	t ^u	gl	p*	IC 95%	
											Inf.	Sup.
BDI	Univ.	No	413	5,59	5,99	4,00	7	1852,5 ^u		0,02		
		Sí	14	8,71	6,62	7,00	9					
	TCA	No	91	23,21	12,70	21,00	20	703,0 ^u		0,83		
		Sí	16	23,69	13,19	24,00	23					
	Psiqu.	No	29	22,24	11,41	18,00	10	104,5 ^u		0,20		
		Sí	10	26,10	10,64	22,00	19					
STAI- Ansiedad Estado	Univ.	No	413	22,28	7,59	23,00	9	1697,5 ^u		0,01		
		Sí	14	17,57	5,69	17,50	9					
	TCA	No	91	32,37	14,26			0,603	105	0,55	-5,29	9,92
		Sí	16	34,69	13,51							
	Psiqu.	No	29	25,31	13,74			3,47	37	0,001	6,56	25,02
		Sí	10	41,10	6,82							
STAI- Ansiedad Rasgo	Univ.	No	413	25,57	7,53	26,00	8	1864,5 ^u		0,02		
		Sí	14	22,29	5,41	22,50	6					
	TCA	No	91	35,82	12,66	39,00	18	654,0 ^u		0,52		
		Sí	16	38,31	11,99	39,00	24					
	Psiqu.	No	29	37,48	11,44			1,58	31,415	0,12	-1,29	10,12
		Sí	10	41,90	5,76							

Cond. Diag.: Condición Diagnóstica; Ampl. Inte.: Amplitud Intercuartil; Univ.: Estudiantes universitarias; TCA: Pacientes con Trastornos del Comportamiento Alimentario; Psiqu.: Pacientes psiquiátricas sin trastornos alimentarios

^u En caso de incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba t de Student Fisher se informa del valor de la prueba U de Mann-Whitney

*Cuando se ha realizado la prueba U de Mann-Whitney para el grupo de pacientes psiquiátricas sin TCA se ha usado la aproximación exacta debido al pequeño tamaño de las muestras.

Finalmente, en la Tabla 4.35, se muestran los resultados obtenidos con la prueba de χ^2 o prueba exacta de Fisher al comparar a las jóvenes con y sin historia de abuso físico infantil en ideación suicida.

Tabla 4.35. Comparación de la proporción de mujeres con ideación suicida en función del estatus de AFI para las tres condiciones diagnósticas

		Abuso Físico Infantil				χ^2 *	p	IC 95%	
		n	Ausencia	n	Presencia			Inf.	Sup.
	Universitarias	413	27 (6,5%)	14	4 (28,6%)		0,014	0,05	0,48
Ideación Suicida	Pacientes TCA	91	41 (45,1%)	16	10 (62,5%)	1,660	0,198	-0,09	0,39
	Psiquiátricas sin TCA	29	8 (27,6)	10	7 (70,0%)		0,027	0,07	0,66

*En caso de incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba χ^2 , se ha realizado la prueba exacta de Fisher

En el grupo de universitarias y en el de pacientes psiquiátricas sin TCA, se aprecia una relación estadísticamente significativa entre el abuso físico infantil y la ideación suicida (IC 95%: 0,05 a 0,48; IC 95%: 0,07 a 0,66; respectivamente); en ambos casos, la proporción de jóvenes con ideación suicida es significativamente superior en el subgrupo con AFI que en el subgrupo no victimizado. No obstante, esta situación no se produce cuando analizamos el grupo clínico de pacientes con TCA; donde no se halla relación entre las variables sometidas a análisis (abuso físico infantil e ideación suicida).

4.7. RELACIÓN ENTRE EL ABUSO FÍSICO INFANTIL Y LAS VARIABLES DE PERSONALIDAD Y AUTOESTIMA

En este apartado, se lleva a cabo el estudio de: *a*) la relación entre el AFI y características de personalidad comúnmente asociadas a los TCA: ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social (evaluados a través de las 8 subescalas del EDI-2 que ostentan el mismo nombre del constructo teórico que miden), y *b*) la relación entre el AFI y la autoestima (evaluada con la Escala de Autoestima de Rosenberg, RSES). A continuación, se presentan los resultados obtenidos por tres condiciones diagnósticas (estudiantes universitarias, pacientes con TCA, pacientes psiquiátricas sin TCA), al comparar a las mujeres con y sin historia de AFI en los aspectos de personalidad que se acaban de mencionar y en autoestima, mediante la

prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, debido al incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba t de Student-Fisher de comparación de medias.

En primer lugar, se describen los resultados obtenidos por el grupo comunitario de estudiantes universitarias, seguidos por los del grupo clínico de pacientes con TCA y en tercer lugar, por los del grupo clínico de pacientes psiquiátricas sin TCA. Finalmente, también se muestra un análisis conjunto de los resultados de los tres grupos de estudio en estos análisis bivariantes que nos ocupan.

En la Tabla 4.36, se observa que las estudiantes universitarias con historia de AFI presentan puntuaciones más bajas en ineficacia, miedo a la madurez y ascetismo que sus compañeras no abusadas. No obstante, ninguna de estas relaciones ha sido estadísticamente significativa. Por otro lado, son las estudiantes abusadas físicamente en su niñez las que exhiben puntuaciones más elevadas, y por tanto más patológicas, en los aspectos de personalidad relativos al perfeccionismo, a la desconfianza interpersonal, a la conciencia interoceptiva, a la impulsividad y a la inseguridad social. De todos estos análisis, destacar que sólo las relaciones entre el AFI y el perfeccionismo ($U = 1900,5; p = 0,03$) y la conciencia interoceptiva ($U = 1938,0; p = 0,03$), han conseguido un valor estadísticamente significativo. Y por lo que se refiere a la autoestima, a pesar de que las estudiantes con historia de AFI presentan una puntuación media inferior en la escala de Rosenberg que sus homólogas no abusadas, esta diferencia no alcanza un valor estadísticamente significativo.

Tabla 4.36. Estadísticos descriptivos y prueba no paramétrica *U* de Mann-Whitney de comparación en las medidas de características de personalidad y de autoestima, según el estatus de AFI para cada condición diagnóstica

Subescala	Cond. Diag.	AFI	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Md</i>	Ampl. Inter.	<i>U</i>	<i>p</i> *
EDI-2-Ineficacia	Univ.	<i>Ausencia</i>	413	4,02	2,72	3,00	3	2654,5	0,59
		<i>Presencia</i>	14	3,79	2,52	3,00	2		
	TCA	<i>Ausencia</i>	91	11,14	6,40	11,00	9	652,5	0,51
		<i>Presencia</i>	16	10,06	6,32	8,00	10		
	Psic.	<i>Ausencia</i>	29	9,93	6,63	8,00	10	122,0	0,48
		<i>Presencia</i>	10	12,10	8,14	9,50	10		
EDI-2-Perfeccionismo	Univ.	<i>Ausencia</i>	413	2,69	3,31	1,00	4	1900,5	0,03
		<i>Presencia</i>	14	4,71	4,16	4,50	5		
	TCA	<i>Ausencia</i>	91	7,02	4,94	7,00	7	668,0	0,60
		<i>Presencia</i>	16	6,69	5,84	5,00	9		
	Psic.	<i>Ausencia</i>	29	5,21	5,25	3,00	11	140,5	0,89
		<i>Presencia</i>	10	4,90	4,25	3,00	8		
EDI-2-Desconfianza Interpersonal	Univ.	<i>Ausencia</i>	413	2,40	3,05	1,00	4	2480,0	0,35
		<i>Presencia</i>	14	3,50	3,84	2,50	7		
	TCA	<i>Ausencia</i>	91	6,07	5,20	5,00	8	679,0	0,67
		<i>Presencia</i>	16	5,25	4,12	5,00	5		
	Psic.	<i>Ausencia</i>	29	4,24	4,27	3,00	5	140,0	0,89
		<i>Presencia</i>	10	3,40	2,76	4,00	6		
EDI-2-Conciencia Interoceptiva	Univ.	<i>Ausencia</i>	413	1,95	3,10	1,00	2	1938,0	0,03
		<i>Presencia</i>	14	2,93	2,43	2,00	4		
	TCA	<i>Ausencia</i>	91	8,08	6,00	6,00	8	500,5	0,05
		<i>Presencia</i>	16	6,31	8,00	3,00	4		
	Psic.	<i>Ausencia</i>	29	3,83	4,70	3,00	6	106,0	0,22
		<i>Presencia</i>	10	5,40	4,33	5,00	9		
EDI-2-Miedo a la Madurez	Univ.	<i>Ausencia</i>	413	4,62	3,31	4,00	4	2238,5	0,15
		<i>Presencia</i>	14	3,64	3,93	3,00	6		
	TCA	<i>Ausencia</i>	91	8,09	6,52	7,00	11	617,5	0,33
		<i>Presencia</i>	16	5,94	4,43	4,50	9		
	Psic.	<i>Ausencia</i>	29	11,03	7,08	11,00	12	71,0	0,02
		<i>Presencia</i>	10	4,90	5,34	4,00	5		
EDI-2-Ascetismo	Univ.	<i>Ausencia</i>	413	1,90	2,19	1,00	2	2728,5	0,71
		<i>Presencia</i>	14	1,71	1,27	1,50	4		
	TCA	<i>Ausencia</i>	91	6,65	4,91	6,00	7	658,5	0,54
		<i>Presencia</i>	16	6,19	5,58	4,50	9		
	Psic.	<i>Ausencia</i>	29	4,00	3,78	3,00	5	105,5	0,21
		<i>Presencia</i>	10	2,50	3,14	1,50	4		
EDI-2-Regulación de Impulsos	Univ.	<i>Ausencia</i>	413	1,70	2,74	0,00	3	2333,5	0,18
		<i>Presencia</i>	14	2,50	2,53	2,50	5		
	TCA	<i>Ausencia</i>	91	3,96	4,26	3,00	6	717,0	0,92
		<i>Presencia</i>	16	5,31	6,83	2,00	9		
	Psic.	<i>Ausencia</i>	29	4,59	5,82	2,00	6	121,0	0,46
		<i>Presencia</i>	10	7,10	8,17	3,50	14		

EDI-2- Inseguridad Social	Univ.	<i>Ausencia</i>	413	2,40	2,99	1,00	3	2479,5	0,35
		<i>Presencia</i>	14	3,79	4,74	2,00	6		
	TCA	<i>Ausencia</i>	91	7,23	5,25	6,00	7	694,0	0,77
		<i>Presencia</i>	16	7,31	4,90	7,00	6		
	Psiq.	<i>Ausencia</i>	29	5,62	5,42	4,00	8	143,5	0,96
		<i>Presencia</i>	10	5,80	5,25	5,00	9		
RSES- Autoestima	Univ.	<i>Ausencia</i>	413	32,13	4,94	33,00	7	2472,5	0,36
		<i>Presencia</i>	14	30,64	5,37	30,50	9		
	TCA	<i>Ausencia</i>	91	21,92	5,10	22,00	6	706,5	0,85
		<i>Presencia</i>	16	21,25	5,46	24,00	10		
	Psiq.	<i>Ausencia</i>	29	26,17	5,95	27,00	6	100,0	0,16
		<i>Presencia</i>	10	23,40	5,89	22,00	10		

**Cuando se ha realizado la prueba U de Mann-Whitney para el grupo de pacientes psiquiátricas sin TCA se ha usado la aproximación exacta debido al pequeño tamaño de las muestras.*

Tal como se aprecia en la Tabla 4.36, las pacientes con TCA abusadas físicamente en la infancia presentan puntuaciones medias más bajas que sus compañeras no abusadas, en las subescalas que evalúan ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez y ascetismo. Sin embargo, estas diferencias únicamente consiguen significación estadística en la medida de conciencia interoceptiva ($U = 500,5; p = 0,05$). Por otro lado, las pacientes con TCA que han sido víctimas de maltrato físico en la infancia exhiben puntuaciones medias más elevadas que las pacientes sin historia de maltrato, en las subescalas que evalúan impulsividad (o regulación de impulsos) e inseguridad social, pero ninguna de estas diferencias consigue significación estadística. En cuanto a la autoestima, el subgrupo de pacientes con TCA e AFI reporta peores niveles de valoración personal que sus compañeras sin abuso pero esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Como puede observarse en la Tabla 4.36, el subgrupo de pacientes psiquiátricas con historia de abuso físico infantil presenta puntuaciones medias más bajas en las subescalas que miden aspectos de perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez y ascetismo, puntuaciones medias más elevadas en las subescalas que evalúan los constructos de ineficacia, de conciencia interoceptiva y de impulsividad (regulación de impulsos) y peor autoestima, respecto al subgrupo de pacientes sin tales experiencias abusivas. Estas diferencias son estadísticamente significativas cuando se trata de la subescala que hace referencia al miedo a madurar ($U = 71,0; p = 0,02$).

5. DISCUSIÓN

Con el propósito de facilitar la discusión de los resultados obtenidos en la presente tesis, señalar que se ha optado por seguir un orden distinto al de la exposición de los resultados.

5.1. PRESENCIA DE ABUSO INFANTIL

Como se ha explicado en la introducción, el abuso infantil, sobre todo el de tipo sexual y el de tipo físico, es uno de los temas que más atención ha suscitado dentro de la literatura científica, por su gran impacto en la salud mental de las víctimas a lo largo de toda su vida, así como por las graves implicaciones que este suceso traumático puede conllevar tanto a nivel personal, familiar y social.

A pesar de que se han realizado numerosos estudios en diferentes países sobre la prevalencia del abuso sexual infantil y de la prevalencia del maltrato físico en la infancia, tanto en muestras de tipo comunitario como en muestras de tipo clínico, en nuestro país sólo disponemos de escasos estudios epidemiológicos sobre la tasa de maltrato infantil, evidenciándose así la necesidad de ahondar más en este fenómeno que, desgraciadamente, es mucho más frecuente de lo que imaginaríamos.

5.1.1. PRESENCIA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)

Los resultados hallados en nuestro estudio sobre la presencia de ASI antes de los 18 años en el grupo comunitario compuesto por estudiantes universitarias (15.9%), concuerdan con los resultados obtenidos por De Paúl, Milner y Múgica (1995), en su estudio epidemiológico sobre maltrato infantil con estudiantes vascos (chicos y chicas) de psicología. En concreto, estos autores observaron que el 14,9% de las mujeres revelaba haber sido víctima de abusos sexuales en la infancia. Otro resultado parecido es el 13,9% obtenido por Pereda, Guilera, y Abad (2014) en un reciente estudio con una muestra de chicas adolescentes españolas (12-17 años) que informaban haber sufrido experiencias abusivas de tipo sexual en algún momento de su vida. Asimismo, nuestra prevalencia de ASI es semejante, aunque ligeramente inferior a la encontrada por

Pereda y Forns (2007), con estudiantes de nivel universitario, donde la prevalencia de este tipo de victimización infantil (con contacto físico) fue del 19% en el caso de las mujeres. Este estudio, tal como señalan las propias autoras, fue realizado con el fin de actualizar y profundizar en la prevalencia y características del ASI en estudiantes universitarios españoles. Sin embargo, la presencia de ASI encontrada en la presente investigación es mayor que la obtenida por Cantón-Cortés y Cantón (2010) con una muestra de estudiantes universitarias españolas que habían sufrido ASI antes de los 14 años (11.5%).

A pesar de que la presencia de ASI observada en el grupo comunitario de estudiantes universitarias de esta investigación es casi la misma que la encontrada por Preti, Incani, Camboni, Petretto, y Masala (2006) en una muestra comunitaria de 126 jóvenes italianas de entre 18 y 30 años (15%), si comparamos los resultados de esta investigación con los hallados en estudios de otros países, la disparidad entre las cifras respecto a la presencia de ASI es más notoria. Mientras que algunos estudios han observado un porcentaje de ASI muy superior al nuestro, como es el caso del estudio americano realizado por Aspelmeier, Elliott, y Smith (2007), donde más de un tercio de su muestra de estudiantes universitarias reportó haber sufrido experiencias abusivas de tipo sexual antes de los 16 años (37,7%), otras investigaciones han hallado porcentajes más bajos de victimización sexual infantil. En este sentido, Moulton, Newman, Power, Swanson, y Day (2015) informaron de una presencia de ASI (antes de los 18 años) de un 11,4% en estudiantes universitarias de psicología de Gran Bretaña, mientras que Burns, Fischer, Jackson, and Harding (2012), a pesar de considerar también el abuso sexual infantil hasta antes de los 18 años, la prevalencia de ASI observada fue de un 7,4% en su muestra universitaria de mujeres americanas.

La presencia de ASI hallada en el grupo clínico combinado de esta investigación (pacientes con TCA + pacientes psiquiátricas sin TCA) ha sido del 40,6%. Específicamente, un 42,0% de las pacientes con TCA, y un 35,6% de las pacientes psiquiátricas sin TCA, reveló haber sufrido ASI, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. En este sentido, los dos grupos clínicos de nuestra investigación no difirieron por lo que a presencia de ASI se refiere, aunque mostraron una presencia de ASI significativamente superior a la hallada en el grupo comunitario de estudiantes universitarias, tal como se había sugerido en la

hipótesis planteada sobre esta cuestión de acuerdo con la literatura científica revisada. Este hallazgo viene a reforzar el papel del ASI como factor de riesgo inespecífico de psicopatología general en la edad adulta, sin ser determinante de ningún trastorno psiquiátrico en concreto (Folsom et al.). Nuestros resultados se asemejan bastante a las cifras obtenidas por Léonard, Steiger, and Kao (2003) con una muestra de 51 mujeres bulímicas y 25 mujeres sin problemas alimentarios de Quebec (Canadá), hallando un 39,2% y un 32% de ASI antes de los 14 años, respectivamente. Sin embargo, el porcentaje de ASI observado en esta investigación en la muestra clínica de pacientes con TCA es ligeramente más bajo que el comunicado por Carter, Bewell, Blackmore, and Woodside (2006), con una muestra clínica de 77 pacientes canadienses con anorexia nerviosa, hallando que casi la mitad de la muestra (48%) reportaba una historia de ASI antes del inicio del trastorno alimentario.

Paralelamente, los resultados del estudio comparativo sobre abuso sexual realizado por Vize and Cooper (1995) con pacientes con TCA (un grupo con AN y otro grupo con BN), pacientes con depresión y controles normales, revelaron tasas igualmente elevadas de abuso sexual en las tres muestras clínicas sugiriendo que el ASI parece ser un factor de vulnerabilidad NO específico para los TCA, pero que estaría asociado con un riesgo aumentado de psicopatología en general (Thompson & Wonderlich, 2004, Welch & Fairburn, 1994). En concordancia con los resultados que se han obtenido en el presente estudio, Mangweth-Matzek, Rupp, Hausmann, Kemmler, and Biebl (2007), al comparar un grupo de pacientes con TCA (AN + BN), con un grupo control psiquiátrico de pacientes con polidependencia a sustancias y un grupo control no psiquiátrico de mujeres sanas sin historia de TCA ni de dependencia a sustancias, observaron porcentajes de ASI muy elevados en ambos grupos clínicos (48% de las pacientes con TCA y 47% de las pacientes con polidependencia a sustancias), no encontrando diferencias significativas entre ellos. No obstante, al comparar a estos dos grupos con el grupo control de mujeres sanas, las cuales mostraron una presencia de abuso del 10%, las diferencias sí alcanzaron significación estadística, al igual que ha sucedido en nuestro caso. Si tenemos en cuenta que la definición de ASI utilizada en el estudio de Mangweth-Matzek et al. (2007) también considera que la víctima debe de tener menos de 18 años y que el grupo de pacientes con TCA incluía tanto a pacientes con AN como con BN, al igual que en nuestro estudio, se puede considerar como un punto de referencia importante. Asimismo, Folsom et al. (1993),

compararon las tasas de abuso físico y sexual en mujeres con trastornos alimentarios ($n = 102$) y en mujeres con trastornos psiquiátricos generales ($n = 49$). Sus resultados mostraron que a pesar de haber encontrado tasas elevadas de abuso sexual en la muestra de pacientes con TCA, esta tasa no era significativamente más elevada que la hallada en la población psiquiátrica general. Por su parte, Fosse and Holen (2006), en su estudio con 107 mujeres psiquiátricas noruegas de entre 18 y 55 años, exploraron la posible relación entre el maltrato infantil y los trastornos alimentarios subsiguientes en la edad adulta, encontrando que las pacientes que cumplían los criterios diagnósticos de Bulimia Nerviosa reportaban haber sufrido mucho más *bullying* por parte de sus compañeros, más frialdad y sobreprotección por parte de su padre, y más abuso emocional, físico y sexual.

El porcentaje de ASI hallado en la presente investigación en el grupo clínico de pacientes psiquiátricas sin TCA (35,6%), no concuerda con el informado por Rossiter, Byrne, Wota, Nisar, Ofuafor, Murray, Byrne, and Hallahan (2015) en su reciente estudio con adultos (hombres y mujeres) de Irlanda que acuden a los servicios de Salud Mental, los cuales obtuvieron porcentajes de este tipo de victimización notablemente más bajos que los aquí presentados, independientemente de si los resultados se habían obtenido mediante un cuestionario estandarizado sobre trauma infantil (24,8%) o bien mediante las anotaciones de los clínicos (8,5%).

Por su parte, Tucci, Kerr-Corrêa, y Souza-Formigoni (2010), en su estudio con un grupo de pacientes con dependencia al alcohol, un grupo de pacientes con dependencia a otras sustancias, un grupo de pacientes con depresión y un grupo de pacientes sin ningún diagnóstico psiquiátrico, hallaron una frecuencia e intensidad más elevada de abuso sexual, físico y emocional en los grupos de pacientes con dependencia al alcohol y a otras drogas, que en los pacientes con depresión; los cuales, a su vez, presentaban proporciones significativamente más altas de abuso sexual que el grupo control. En todos los casos, la frecuencia fue mayor en las mujeres que en los hombres. Asimismo, la presencia de una historia de abuso físico y de abuso emocional en la infancia o en la adolescencia pareció ser más prevalente que la historia de abuso sexual entre los pacientes que recibían tratamiento para la depresión o para la dependencia de alcohol u otras drogas.

Como se puede observar a la luz de estos resultados, la presencia de abuso sexual infantil en las diferentes muestras de estudio, presenta una alta variabilidad en la literatura especializada. Sin embargo, la presencia de abuso sexual infantil hallada en las diferentes condiciones diagnósticas (estudiantes universitarias, pacientes con TCA y pacientes psiquiátricas sin TCA) del presente estudio, se puede situar dentro de los intervalos de referencia que importantes investigaciones epidemiológicas han señalado sobre el fenómeno del abuso sexual infantil (Finkelhor, 1994; López et al., 1995; Pereda y Forns, 2007). Esta gran variabilidad en las cifras sobre la prevalencia de ASI en los diferentes estudios, puede deberse a las características específicas de la población estudiada (culturales, sociales y personales), a la definición de ASI empleada (más restrictiva o menos, con límites de edad diferentes, con contacto físico o no, etc.), a los diferentes tipos de instrumento usados para medir este tipo de victimización, así como a las diferencias metodológicas utilizadas en los análisis estadísticos, tal como sugería Arruabarrena y de Paúl (1994).

5.1.2. PRESENCIA DE ABUSO FÍSICO INFANTIL (AFI)

Al igual que ha sucedido con la distribución porcentual del abuso sexual infantil en los tres grupos que integran la presente tesis (estudiantes universitarias, pacientes con TCA y pacientes psiquiátricas), el abuso físico infantil también ha tenido una presencia significativamente más elevada en el grupo clínico unificado compuesto por las pacientes con TCA y por las pacientes psiquiátricas sin TCA (17,8%), que en el grupo comunitario de estudiantes universitarias (3,3%); lo cual es concordante con la hipótesis que se había planteado en torno a esta cuestión. Más concretamente, las pacientes con TCA han presentado un 15,0% de AFI y las pacientes psiquiátricas sin TCA, un 25,6%; sin embargo, esta diferencia no ha sido estadísticamente significativa, lo cual refuerza los hallazgos de investigaciones previas que abordan este fenómeno y que refieren una presencia significativamente mayor de AFI en muestras clínicas que en muestras comunitarias (Tucci et al., 2010).

En cuanto al porcentaje de AFI observado en el grupo comunitario de jóvenes universitarias de este estudio (3,3%), en general ha sido bastante inferior al hallado en otras investigaciones sobre esta cuestión con población universitaria. No obstante, no se ha distanciado mucho del 5,3% observado en universitarias catalanas por Pereda (2006);

o del 5,4% hallado por Burns, Fischer et al. (2012), en su muestra de estudiantes de psicología. En esta misma línea, Fischer, Stojek, y Hartzell (2010) y Messman-Moore and Scheer (2007) encontraron en sus respectivos estudios que un 4,5% de las estudiantes había sufrido maltrato físico durante la infancia.

De todas formas, en relación a otras investigaciones europeas y americanas revisadas, el porcentaje de AFI encontrado aquí es sensiblemente más bajo. Este es el caso de la investigación de Moulton et al. (2015), donde se halló un 10,7% de abuso físico infantil en universitarias escocesas, o el de Springer, Sheridan, Kuo, y Carnes (2007), que informaron de un 11,4% de AFI para el total de su muestra comunitaria estadounidense de hombres (10,6%) y mujeres (12,1%). Con un porcentaje de AFI mucho más elevado, se encuentra el estudio de MacMillan, Tanaka, Duku, Vaillancourt, y Boyle (2013), que hallaron que el AFI se daba en un 28,2% de las jóvenes adultas de su muestra comunitaria; y con un resultado muy parecido, McLewin y Muller (2006) observaron que el 30,75% de los universitarios (mujeres principalmente, pero también hombres) de su investigación referían una historia de victimización física. Asimismo, en Suecia, Cater, Andershed, y Andershed (2014) detectaron que el abuso físico infantil se presentaba en casi la mitad de las jóvenes adultas (20-24 años) de su muestra (48,0%). Y en cuanto a datos epidemiológicos sobre AFI en un país asiático, un exhaustivo meta-análisis realizado recientemente por Ji y Finkelhor (2015), mostró que la prevalencia de este tipo de victimización infantil en China era de un 36,6%.

En cuanto al porcentaje de AFI hallado en el grupo de pacientes con TCA de este estudio (15,0%), se puede observar que es bastante similar al 17,5% observado por Rorty, Yager, y Rossotto (1994) en las mujeres con bulimia nerviosa (de entre 18 y 35 años) de su muestra comunitaria. Estos autores además, observaron que la tasa de AFI presentada por las bulímicas era significativamente más elevada que la del grupo control sin problemas alimentarios (2,5%). Sin embargo, al igual que ha sucedido con el grupo comunitario, la presencia de AFI observada en nuestro grupo clínico con patología alimentaria, ha sido mucho menor que la hallada en otros estudios. En este sentido, destacaríamos el 25% de abuso físico infantil observado por Fullerton, Wonderlich, y Gosnell (1995), en su amplia muestra de mujeres con trastornos alimentarios ($n = 712$); el 34,2% de victimización física reportada por las pacientes mujeres clínicas con trastorno por atracón del estudio de Grilo y Masheb (2001); o el 60,8 % de mujeres

bulímicas que informaron haber sido víctimas de abuso físico infantil (hasta los 14 años) en el estudio de Léonard et al. (2003).

Por lo que respecta a la presencia de AFI observada en muestras psiquiátricas generales de otras investigaciones, también es más elevada que la presentada por el grupo psiquiátrico sin TCA de esta tesis (25,6%), aunque en algunos estudios, los porcentajes de abuso físico infantil reportados no difieren sustancialmente del nuestro. Este el caso de la investigación de Klein, Shankman, y Rose (2008), con una muestra clínica de 87 pacientes con distimia con y sin solapamiento de depresión mayor, donde los autores hallaron que un 29,6% de los pacientes había sufrido abuso físico infantil; porcentaje muy semejante al 28% observado por Wota et al. (2014) en su reciente estudio con una muestra de pacientes psiquiátricos generales ambulatorios (hombres y mujeres), casi la mitad de ellos con diagnóstico clínico de depresión mayor y sin observar diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de AFI entre hombres y mujeres. No obstante, Tucci et al. (2010), informaron de que más de la mitad de las pacientes mujeres del grupo con depresión unipolar o distimia de la muestra clínica de su estudio, revelaron haber sufrido maltrato físico en la infancia (51,45%), siendo este porcentaje el doble que el hallado en el presente estudio.

Estas discrepancias con la mayoría de estudios que han reportado porcentajes de abuso físico infantil muy superiores a los encontrados en este estudio, pueden explicarse, como ya se ha comentado en relación al abuso sexual infantil, a diferencias importantes en la definición (con una acotación más laxa o más estricta de lo que se consideraría abuso físico), así como en los instrumentos y aspectos metodológicos, además de la edad de los participantes en el estudio y de su contexto social y cultural. Otra explicación plausible de esta menor presencia de AFI observada en este estudio, puede deberse al hecho de que, a diferencia de otras investigaciones donde se contempla un rango más amplio de conductas abusivas de tipo físico hacia el menor, como bofetadas, empujones, zarandeos, etc. (Tucci et al., 2010); en nuestro caso, esta variable se ha evaluado a través de una sola pregunta relativa al castigo que conlleva secuelas físicas (moratones, quemaduras, cortes o fracturas); es decir, sólo se ha considerado el abuso físico infantil de mayor gravedad a nivel físico observable.

5.2. ABUSO INFANTIL Y SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA

Otros tipos de abuso acontecidos durante la etapa infantil, como pueden ser el abuso físico y/o el abuso emocional o psicológico, han recibido menor atención por parte de los investigadores que la victimización sexual, aunque en los últimos años, a raíz de observar una asociación más potente entre el poder predictivo del abuso emocional infantil y los trastornos de la conducta alimentaria, éste ha empezado a focalizar más atención por parte de la comunidad científica (Burns et al., 2012; Hund y Espelage, 2006; Kent et al., 1999). No obstante, en nuestro estudio, sólo se ha analizado la relación entre abuso infantil de tipo sexual y de tipo físico y la psicopatología alimentaria (actitudinal y comportamental).

5.2.1. ABUSO SEXUAL INFANTIL Y SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA: ASPECTOS ACTITUDINALES

Una vez realizados los análisis bivariantes sobre la relación entre el abuso sexual infantil y los aspectos actitudinales de los trastornos alimentarios en las participantes del presente estudio, se observó que las mujeres abusadas sexualmente en la infancia del grupo comunitario de estudiantes universitarias y del grupo de pacientes con trastornos alimentarios, mostraban puntuaciones significativamente más elevadas en la mayoría de las subescalas actitudinales del EDE-Q, así como también en la escala Global de este mismo cuestionario. Más concretamente, tanto las pacientes con TCA como las estudiantes universitarias que habían sido víctimas de abusos sexuales en su infancia exhibían puntuaciones significativamente más altas que sus homólogas no abusadas en la subescala *Preocupación por la Ingesta*, la subescala *Preocupación por la Silueta*, así como también en la escala *Global* del EDE-Q; pero sólo las estudiantes universitarias victimizadas mostraron más patología en la subescala *Preocupación por el Peso* al compararlas con sus compañeras sin historia de abuso. Por lo que respecta a la subescala *Restricción*, no se hallaron diferencias significativas entre las mujeres abusadas y las no abusadas de ambos grupos. Estos resultados, aunque no en su totalidad, van en la línea de la hipótesis planteada sobre esta cuestión que espera encontrar actitudes más patológicas hacia la comida, el peso y la silueta en aquellas mujeres que han experimentado abuso sexual infantil. En concordancia con estos resultados, Carter et al. (2006), también hallaron una puntuación media

significativamente más elevada en la escala *Global* del EDE-Q en las pacientes con AN con historia de abuso sexual infantil, indicando la presencia de mayor gravedad de psicopatología alimentaria, que en las pacientes con AN no victimizadas. Sin embargo, Moulton et al. (2015), en su estudio con 142 universitarias estudiantes de psicología no hallaron un efecto individual significativo del abuso sexual infantil en el desarrollo de psicopatología alimentaria (evaluada sólo con la escala global del EDE-Q). No obstante, los propios autores sugieren que el reducido tamaño de su muestra comunitaria de estudio puede explicar este resultado. Asimismo, Burns et al. (2012), tampoco observaron una asociación significativa entre el abuso sexual y el abuso físico infantiles con la puntuación media de la escala Global del EDE-Q obtenida por las 1254 estudiantes universitarias que participaron en su estudio. Las discrepancias de estos dos estudios con nuestros hallazgos pueden deberse al hecho de no haber controlado los efectos del abuso emocional infantil en la asociación entre el ASI y la psicopatología alimentaria; siendo posible que la frecuente co-ocurrencia entre el abuso sexual y el abuso emocional haya podido explicar la relación estadísticamente significativa observada en la presente investigación entre ambos fenómenos.

Y por lo que se refiere al grupo psiquiátrico sin TCA, las pacientes con historia de abuso sexual no han mostrado diferencias significativas respecto a sus compañeras no abusadas por lo que a actitudes alimentarias se refiere. En este caso, los resultados no apoyan la hipótesis planteada sobre esta cuestión. De todos modos, si tenemos en cuenta que uno de los criterios de exclusión del grupo psiquiátrico de depresión y/o ansiedad era no presentar criterios diagnósticos de trastorno alimentario (total o parcial), para controlar así que pudiera actuar como un grupo de comparación psiquiátrico general bien diferenciado del grupo constituido por pacientes con TCA, y que además se trataba de una muestra mucho más reducida que la de los otros dos grupos de estudio (pacientes con TCA y estudiantes universitarias), es posible que estas restricciones no hayan permitido observar el patrón de resultados esperado en la hipótesis planteada al respecto.

5.2.2. ABUSO SEXUAL INFANTIL Y SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA: ASPECTOS COMPORTAMENTALES

Por lo que se refiere a la relación del abuso sexual infantil con los aspectos conductuales claves de los trastornos alimentarios, son numerosas las investigaciones que han abordado este tema desde hace años encontrando resultados dispares. Mientras que existen autores que defienden la idea de que el abuso sexual infantil está relacionado con una mayor severidad de los síntomas alimentarios (Waller, 1992a; Waller, 1992b), en los últimos años, cada vez son más las investigaciones que no refieren una mayor gravedad alimentaria al comparar a personas con y sin historia de abuso sexual infantil. Sin embargo, numerosos estudios con muestras clínicas han corroborado que el ASI está asociado con la presencia de atracones y de conductas de purga en pacientes con trastornos alimentarios (Oliosi & Dalle Grave, 2003; Waller, Halek, & Crisp, 1993), observándose esta relación, sobre todo en las personas con bulimia nerviosa o entre aquellas que presentan sintomatología bulímica (Everill & Waller, 1995; Van Gerko, Hughes, Hamill, & Waller, 2005).

En el trabajo que nos ocupa, los resultados encontrados apoyan parcialmente la hipótesis planteada en relación a esta cuestión, puesto que se ha observado una relación significativa entre el abuso sexual infantil y ciertos aspectos comportamentales de los trastornos alimentarios. Concretamente, en el grupo de pacientes con TCA e historia de abuso se halló una mayor proporción de mujeres que presentaban episodios de atracón subjetivo, abuso de laxantes y diuréticos y ejercicio físico excesivo, que en el grupo de pacientes con TCA no victimizadas. Sin embargo, este resultado difiere del obtenido por Léonard et al. (2003), los cuales realizaron un análisis de la varianza ANOVA que indicó efectos de grupo no significativos entre los grupos de pacientes bulímicas de su muestra: sin ASI, con ASI, y con ASI + abuso sexual en la edad adulta) en las frecuencias de los atracones y los vómitos. A pesar de que la puntuación media de la frecuencia de vómitos fue más elevada en el grupo de mujeres bulímicas revictimizadas (con abuso sexual infantil y en la edad adulta), no se detectó una diferencia significativa en relación a los otros grupos.

Por lo que se refiere al grupo comunitario de estudiantes universitarias, entre aquellas que referían haber sufrido abusos sexuales en la infancia, la proporción de las que realizaban episodios de atracón subjetivo, restringía la ingesta y se provocaba el vómito, también era significativamente superior a la presentada por sus compañeras sin tal historia de abuso. En esta misma línea de resultados, se encuentran los obtenidos por Vartanian, Smyth, Zawadzki, Heron, y Coleman (2014), en su reciente investigación con una muestra de 748 estudiantes universitarias. Estos autores, después de poner a prueba un modelo de ecuación estructural en el cual la adversidad temprana (ampliamente definida y más allá del abuso sexual infantil) estaba asociada con desorden alimentario a través de los recursos personales e interpersonales y la insatisfacción corporal, observaron que las puntuaciones obtenidas en un cuestionario sobre adversidad familiar temprana (estrés y disfunción familiar, relaciones frías, de abandono,...), estaban negativamente asociadas con los recursos intrapersonales (autoestima e iniciativa de crecimiento personal) e interpersonales (apoyo social y gratitud) y que ambos recursos a su vez, correlacionaban negativamente con la insatisfacción corporal. Asimismo, Vartanian et al. (2014), destacaron el hecho de que la insatisfacción corporal estaba relacionada con la mayoría de las variables relacionadas con la alteración de la conducta alimentaria incluyendo mayor frecuencia de realización de atracones y conductas compensatorias de purga (vómitos y uso de laxantes y diuréticos), mayor realización de ejercicio para perder peso, y más restricción alimentaria.

Sin embargo, nuestros hallazgos difieren de los reportados por Smyth, Heron, Wonderlich, Crosby, y Thompson (2008), en su estudio con una muestra de estudiantes universitarios (hombres y mujeres) donde a pesar de observar que los eventos vitales adversos, como puede ser la pérdida de un ser querido o la separación o el divorcio de los padres, predecían prospectivamente el desarrollo de restricción alimentaria y de conductas de atracón/purga durante el primer semestre del primer año de universidad, los eventos traumáticos sexuales no estuvieron relacionados con la sintomatología alimentaria informada por los estudiantes ni al inicio ni al final del primer semestre de universidad. No obstante, los propios autores sugieren que este hallazgo podría deberse a las características de su muestra (p.e., las personas con un trauma sexual más grave probablemente no asistirían a la universidad), o al uso tan amplio que otorgaron a la

categoría “*evento sexual traumático*”, donde se incluían experiencias menos frecuentes y menos graves.

Por su parte, y al igual que ha sucedido en el grupo psiquiátrico sin TCA en relación a los aspectos actitudinales de los trastornos alimentarios, tampoco se han hallado diferencias significativas entre las pacientes, independientemente del estatus de ASI, por lo que a los aspectos conductuales claves de los trastornos alimentarios se refiere. En concordancia con este hallazgo, Folsom et al. (1993), después de examinar la relación entre el abuso sexual infantil y la gravedad de los síntomas alimentarios de las pacientes con TCA y de las pacientes psiquiátricas generales que integraban su muestra, no encontraron relación entre una historia de abuso sexual infantil y la gravedad de la sintomatología alimentaria.

5.2.3. ABUSO FÍSICO INFANTIL Y SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA: ASPECTOS ACTITUDINALES y COMPORTAMENTALES

La relación entre el abuso físico en la infancia y los trastornos del comportamiento alimentario ha recibido mucha menos atención por parte de la comunidad científica que el abuso infantil de índole sexual, a pesar de tratarse de un tipo de abuso mucho más prevalente que éste último.

En relación a esta cuestión, los resultados obtenidos en el presente estudio al comparar las jóvenes con historia de abuso físico infantil con sus homólogas no abusadas de cada condición diagnóstica (pacientes con TCA, pacientes psiquiátricas sin TCA y estudiantes universitarias) por lo que a los aspectos actitudinales de los trastornos alimentarios se refiere, no se ha hallado ninguna diferencia estadísticamente significativa. Estos hallazgos sugieren una falta de asociación entre ambos fenómenos. No obstante, al examinar la posible relación entre el abuso físico en la infancia y los aspectos conductuales claves de los trastornos alimentarios, se han observado asociaciones estadísticamente significativas entre ambos fenómenos en el grupo de pacientes con TCA donde una proporción significativamente mayor de mujeres con historia de AFI ha informado de la realización de episodios de atracón subjetivo así como de práctica de ejercicio físico excesivo para controlar el peso. Este hallazgo es consistente con un estudio poblacional de casos-contróles con mujeres de 36 a 44 años,

realizado por Rayworth, Wise, y Harlow (2004). En este estudio se observó que las mujeres víctimas de AFI tenían el doble de probabilidades de sufrir síntomas subclínicos de trastorno alimentario o de cumplir criterios DSM-IV de un trastorno del comportamiento alimentario, en comparación con las mujeres que no reportaban haber sufrido abuso durante su infancia. Asimismo, Rayworth et al. (2004), señalaron que las mujeres que habían experimentado abuso físico y también abuso sexual en la infancia mostraban un riesgo tres veces mayor de desarrollar síntomas de trastorno alimentario y un riesgo 4 veces mayor, de cumplir criterios DSM-IV de un trastorno alimentario. Mientras que el abuso sexual sin abuso físico no estuvo asociado con patología alimentaria, el abuso físico sin abuso sexual todavía presentaba relación con un riesgo aumentado de desorden alimentario. Por su parte, Miskinyte, Perminas y Sinkariova (2006), en una muestra de 299 estudiantes universitarias mujeres observaron que las jóvenes que habían sufrido abuso parental de tipo físico y psicológico en la infancia mostraban más conductas de tipo anoréxico que sus compañeras no victimizadas.

En esta investigación, como se ha apuntado anteriormente, no se ha observado una relación estadísticamente significativa entre el AFI y los aspectos comportamentales claves de los TCA en el grupo psiquiátrico sin TCA, ni en el grupo comunitario de estudiantes universitarias. De acuerdo con este resultado, Burns et al. (2012), en su muestra de estudiantes universitarias, al realizar los análisis correlacionales bivariantes tampoco observaron que el AFI estuviera significativamente asociado con los síntomas de patología alimentaria, siendo el abuso de tipo emocional, el único que asociado de forma consistente con los síntomas de TCA.

Sin embargo, estos resultados difieren de otras investigaciones donde la victimización física infantil sí ha presentado asociación con la psicopatología alimentaria. Por ejemplo, en el estudio de Moulton et al. (2015) con una muestra de estudiantes universitarias, observaron que tanto el abuso físico infantil, como el abuso emocional infantil y el abandono físico y emocional infantiles estaban significativamente asociados con la psicopatología alimentaria. De forma similar, y también con población universitaria (varones y mujeres) pero económicamente desfavorecidos y de diferentes étnias minoritarias, Gentile, Raghavan, Rajah, y Gates (2007), informaron de que el AFI, así como el ASI, contribuían por igual a aumentar el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.

Como se ha podido observar, en general, nuestros hallazgos no han sido afines con otros estudios que abordan esta cuestión. Tal vez el pequeño tamaño de los subgrupos de jóvenes con historia de maltrato físico infantil de las tres condiciones diagnósticas ha podido influir en los resultados obtenidos por la pobre potencia estadística. Además, el hecho de que en nuestro caso se haya controlado que las jóvenes abusadas físicamente en infancia no hayan sufrido también abuso sexual infantil, es posible que haya restringido el efecto que la victimización sexual puede ejercer en el desarrollo de psicopatología alimentaria. Ante esta situación, es necesario que se lleven a cabo más investigaciones sobre el vínculo entre el AFI y la conducta alimentaria alterada con muestras comunitarias y clínicas más grandes que permitan realizar pruebas estadísticas de mayor potencia y controlando, en la medida de lo posible, por el abuso de tipo sexual, así como de tipo emocional.

5.3. ABUSO INFANTIL E IMAGEN CORPORAL

5.3.1. ABUSO SEXUAL INFANTIL E IMAGEN CORPORAL

Los resultados obtenidos en este trabajo sugieren que el hecho de haber sufrido abuso sexual en la infancia está relacionado con niveles más elevados de insatisfacción corporal en las tres condiciones diagnósticas (pacientes con TCA, pacientes psiquiátricas sin TCA y estudiantes universitarias) tanto en el BSQ como en la subescala *Insatisfacción Corporal* del EDI-2. Esta relación ha sido estadísticamente significativa al comparar a los subgrupos de jóvenes con y sin historia de abuso sexual infantil del grupo de pacientes con TCA y del grupo comunitario de universitarias, no alcanzando tal significación estadística cuando se trataba del grupo psiquiátrico sin TCA. Estos resultados apoyan en gran medida la hipótesis planteada sobre esta cuestión y son afines a la mayoría de investigaciones realizadas sobre el vínculo entre el abuso sexual infantil y la imagen corporal. Este es el caso de la investigación realizada por Vartanian et al. (2014), los cuales sugirieron que la insatisfacción corporal puede ser uno de los mecanismos a través del cual la adversidad temprana tiene su impacto en la patología alimentaria.

Asimismo, Dunkley, Masheb, y Grilo (2010), a partir de los resultados obtenidos con 170 pacientes con trastorno por atracón revelaron que, tanto el abuso emocional infantil como el abuso sexual infantil estaban significativamente asociados con mayor insatisfacción corporal; mientras que el abuso físico infantil, el abandono físico y el abandono emocional no conseguían alcanzar significación estadística.

En esta misma línea, pero con una muestra comunitaria de mujeres (18-30 años), se encuentran los resultados de la investigación de Preti et al. (2006), que sugieren un rol mediador de la insatisfacción corporal en el impacto del ASI y los síntomas de alteración alimentaria reportados. En este sentido, los autores concluyen que el abuso sexual producido antes de la pubertad podría considerarse un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología alimentaria, generando malestar y rechazo hacia el propio cuerpo que podría combinarse con aspectos relacionados con la figura, el tamaño y el peso corporal.

5.3.2. ABUSO FÍSICO INFANTIL E IMAGEN CORPORAL

Al examinar la relación entre el abuso físico infantil y la imagen corporal de la muestra de estudio, observamos que al comparar cada subgrupo de chicas en función del estatus de abuso (ausencia *versus* presencia) de cada condición diagnóstica (pacientes con TCA, pacientes psiquiátricas sin TCA y estudiantes universitarias), sólo las pacientes con TCA que sufrieron maltrato físico en su infancia han mostrado niveles significativamente mayores de insatisfacción corporal que sus compañeras no abusadas. En este sentido, el AFI sólo ha mostrado asociación con una mayor insatisfacción corporal en el grupo de pacientes con TCA, apoyando parcialmente la hipótesis teorizada al respecto.

Sin embargo, y contrariamente a lo que *a priori* se esperaba hallar en el grupo de pacientes psiquiátricas sin TCA y en el grupo de estudiantes universitarias, aquellas jóvenes que habían sufrido maltrato físico en la infancia obtenían puntuaciones más bajas que sus homólogas no abusadas en ambas medidas de insatisfacción corporal (BSQ y EDE-Q Preocupación por la Silueta), aunque estas diferencias no alcanzaron significación estadística. En esta misma línea de resultados, Miskinyte, Perminas, y Sinkariova (2006), sugirieron que las estudiantes universitarias de su estudio que habían

sufrido abuso parental físico y emocional en la infancia no diferían en insatisfacción corporal respecto a las jóvenes que no habían experimentado tales abusos cuando eran niñas.

5.4. ABUSO INFANTIL Y SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA: SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD.

5.4.1. ABUSO SEXUAL INFANTIL Y SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA DEPRESIVA Y ANSIOSA.

El abuso sexual infantil está asociado con dificultades psiquiátricas que pueden ser potencialmente perdurables y causar un malestar funcional significativo. En este sentido, aquellos niños y adolescentes que han sido victimizados sexualmente exhiben tasas incrementadas de depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático, síntomas externalizantes y trastornos por uso de sustancias (Saywitz, Mannarino, Berliner, & Cohen, 2000).

Respecto a la hipótesis sobre la relación entre el abuso sexual infantil y la sintomatología psicopatológica asociada (síntomas depresivos y síntomas de ansiedad), al realizar las comparaciones pertinentes entre las mujeres con y sin historia de abuso sexual infantil de cada condición diagnóstica, se ha observado que en todos los contrastes que se han llevado a cabo, las jóvenes que han sufrido abuso sexual infantil presentan de forma significativa mayor sintomatología depresiva y ansiosa (estado y rasgo); lo cual nos permite mantener la hipótesis planteada sobre este aspecto. Estos hallazgos sugieren que el hecho de haber sufrido abuso sexual en la infancia podría contribuir a una peor salud mental general de las víctimas en la edad adulta, independientemente de si sufren o no un trastorno psiquiátrico, y de qué trastorno en cuestión se trate. Estos resultados son consistentes con la mayoría de estudios que han abordado este fenómeno (p.e., Carter et al., 2006; Folsom et al., 1993), tal como se ha explicado en la introducción. En consistencia con resultados previos de otras investigaciones, destacaríamos el trabajo de Bonomi, Cannon, Anderson, Rivara y Thompson (2008) con una amplia muestra de mujeres de entre 18 y 64 años que fueron seleccionadas aleatoriamente. Estos autores realizaron análisis ajustados comparando la salud física y mental de mujeres con y sin historia de abuso físico y/o sexual sufrido

antes de los 18 años, y observaron un peor *estatus* de salud en las mujeres con historia de ambos tipos de abuso comparado con las mujeres no victimizadas. En los modelos que ajustaron por la edad y la renta familiar, las mujeres con ambos tipos de abuso presentaban una mayor prevalencia de síntomas depresivos leves, síntomas depresivos graves, síntomas físicos, salud pobre autoinformada y puntuaciones más bajas en el *Short Form- 36 Health Survey*, versión 2 (SF-36; un cuestionario que evalúa salud general y funcionamiento físico, social y mental). En esta misma línea, Fergusson, Boden, y Horwood (2008), realizaron un estudio longitudinal con una cohorte de nacimiento de más de 1000 neozelandeses evaluada hasta los 25 años de edad, para examinar la asociación entre el abuso sexual infantil y el abuso físico infantil (sufridos antes de los 16 años) y la salud mental en la edad adulta temprana, encontrando que tanto el ASI como el AFI estaban asociados con un riesgo aumentado de padecer trastornos mentales posteriores incluyendo la depresión o el trastorno de ansiedad, entre otros, incluso después de controlar factores sociales, familiares e individuales. Asimismo, Cater et al. (2014), informaron que, en relación a los problemas de salud mental y conductual, la sintomatología ansiosa, el estrés post-traumático, las auto-agresiones, y la criminalidad estaban claramente sobre-representados entre aquellos jóvenes (varones y mujeres) que habían experimentado cualquier tipo de abuso (incluyendo el abuso físico, sexual y/o verbal, el abandono, presenciar violencia y la exposición a actos delictivos). Paralelamente, entre las chicas del estudio, la sintomatología depresiva también estuvo significativamente sobre-representada entre aquellas que habían experimentado cualquier tipo de victimización.

Por lo que se refiere a estudios realizados con muestras clínicas de pacientes con trastornos alimentarios, también se han obtenido datos consistentes relativos a una relación estadísticamente significativa entre el ASI y la psicopatología psiquiátrica general. Un ejemplo de ello es el estudio de Léonard et al. (2003), con un grupo de pacientes mujeres con bulimia nerviosa y un grupo control de mujeres sin patología alimentaria, observaron que existía una correspondencia entre la presencia y la gravedad del abuso infantil y la gravedad de los síntomas psicopatológicos concurrentes por lo que a impulsividad, disociación y depresión se refiere. A pesar de que estos autores colapsaron el abuso físico y el abuso sexual en una sola categoría de abuso para asegurar así, números adecuados para el análisis estadístico, especifican que los

hallazgos obtenidos eran comparables a aquellos conseguidos cuando evaluaban sólo los casos de abuso sexual.

Romans et al. (2001), por su parte, al comparar a los tres grupos de mujeres con trastornos alimentarios (AN+BN combinadas, sólo AN y sólo BN) que habían sufrido abuso sexual infantil con el grupo de mujeres victimizadas sexualmente en la infancia pero sin ningún trastorno alimentario, corroboraron una mayor prevalencia a lo largo de la vida de depresión mayor, ansiedad e intentos de suicidio. Sin embargo, la elevada prevalencia de depresión mayor observada en el grupo de pacientes con AN e historia de abuso sexual infantil no alcanzó significación estadística. Cuando los autores compararon las mujeres con trastornos alimentarios victimizadas con las mujeres abusadas del grupo de comparación psiquiátrico (mujeres que habían recibido el diagnóstico de depresión/ansiedad en algún momento de su vida pero que nunca habían padecido un trastorno alimentario), no hallaron diferencias estadísticamente significativas en las tasas de depresión, ideas obsesivas, dependencia de sustancias y trastornos de ansiedad.

Carter et al. (2006), en su estudio con pacientes clínicas con anorexia nerviosa también observaron que las pacientes con historia de abuso sexual infantil reportaban significativamente mayor comorbilidad psiquiátrica, incluyendo niveles más altos de depresión y ansiedad, peor autoestima, más problemas interpersonales, y síntomas más graves de tipo obsesivo-compulsivo.

5.4.2. ABUSO FÍSICO INFANTIL Y SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA DEPRESIVA Y ANSIOSA

Al examinar el abuso físico infantil y su relación con los síntomas psiquiátricos generales de tipo depresivo y de tipo ansioso, observamos que las mujeres abusadas físicamente en la infancia de cada condición diagnóstica (pacientes con TCA, pacientes psiquiátricas sin TCA y estudiantes universitarias) exhibían, en mayor o en menor medida, más sintomatología depresiva que sus correspondientes homólogas sin historia de abuso físico. Sin embargo, sólo alcanzó significación estadística la diferencia entre las jóvenes con y sin historia de abuso físico del grupo comunitario de estudiantes universitarias. En concordancia con este resultado, Bonomi et al. (2008), en uno de los modelos multivariantes de salud mental e historia de abuso infantil, después de ajustar

por la edad y el nivel socioeconómico, comprobaron que las mujeres con historia de abuso infantil sólo de tipo físico, presentaron una prevalencia aumentada de diferentes síntomas físicos (p.e., dolor articular, dolor torácico...), así como de síntomas depresivos. Asimismo, Fergusson et al. (2008), encontraron asociación entre el ASI y el AFI con un mayor riesgo de sufrir trastornos mentales posteriores incluyendo, entre otros, la depresión y los trastornos de ansiedad. Sin embargo, en contraste con los hallazgos para el ASI, los efectos de la exposición al AFI fueron más débiles y menos consistentes. De hecho, después de realizar un amplio ajuste para las covariables confusoras, las asociaciones entre el AFI y la mayoría de medidas sobre salud mental en la edad adulta temprana, incluyendo el trastorno de ansiedad, perdieron su significación estadística; no siendo así, para la depresión que sí conservó su relación significativa. De forma similar, Gámez-Guadix, Straus, Carrobes, Muñoz-Rivas, y Almendros (2010), en su estudio con estudiantes universitarios, mayoritariamente de sexo femenino (74,8%), observaron la relación que habían hipotetizado entre el castigo físico y los síntomas depresivos cuando realizaron los análisis bivariantes, pero no siendo así cuando se controlaban otras variables en el estudio. Los propios autores comentan que el tipo de muestra (p.e., estudiantes universitarios con elevada formación académica) podría atenuar la asociación entre ambas variables.

En cuanto a la sintomatología ansiosa, cuando se realizaron los mismos contrastes que para los síntomas depresivos, las mujeres con historia de AFI de los dos grupos clínicos (pacientes con TCA y pacientes psiquiátricas sin TCA), también presentaron niveles más elevados de sintomatología ansiosa que sus compañeras no abusadas de su misma condición diagnóstica, aunque sólo consiguió significación estadística el contraste referido a la ansiedad estado de las pacientes psiquiátricas sin TCA, lo que sugiere que el AFI no mostraría asociación con la sintomatología ansiosa de tipo más estable en las jóvenes que presentan un diagnóstico clínico. A modo especulativo, este hallazgo podría deberse a que en los dos grupos clínicos, los niveles de ansiedad rasgo presentados por las participantes que los integran ya son muy elevados. Si tenemos en cuenta que el grupo de pacientes psiquiátricas sin TCA está constituido por mujeres que cumplen criterios diagnósticos DSM-IV (APA, 1994) de algún trastorno de tipo depresivo y/o ansioso, y que las pacientes con trastornos del comportamiento alimentario presentan frecuentemente trastornos de ansiedad comórbidos, es posible que el hecho de haber experimentado AFI no añada de manera

significativa mayor sintomatología ansiosa respecto a las pacientes sin historia de maltrato físico. Asimismo, los pocos casos de abuso físico infantil hallados en ambos grupos, también puede haber comprometido este resultado.

Y por lo respecta al grupo comunitario de estudiantes universitarias, aquellas que revelaron haber sufrido abuso físico en la infancia mostraron significativamente menos sintomatología ansiosa (estado y rasgo) que sus compañeras no abusadas, mostrando la dirección contraria a la esperada en nuestra hipótesis sobre esta cuestión. Este hallazgo se contrapone a los resultados obtenidos por Springer et al. (2007), en su estudio longitudinal con una muestra comunitaria de hombres y mujeres de mediana edad. En sus modelos multivariantes controlando la edad, el sexo, las adversidades infantiles y el origen familiar, estos autores observaron que el AFI predecía un aumento gradual en depresión, ansiedad, ira, síntomas físicos, y diagnósticos médicos. A modo especulativo, una posible explicación podría ser que en personas que están acudiendo a la universidad y que por lo tanto, además de tener un elevado nivel de estudios, son capaces de llevar una vida normal, el hecho de haber experimentado AFI, con el consecuente miedo y ansiedad anticipatoria asociados a que se produzca un nuevo episodio de maltrato, permitiría a las víctimas relativizar y no percibir como tan amenazantes otras preocupaciones y problemas, en comparación con otras personas que no han tenido que vivir una experiencia de victimización. Esta explicación podría relacionarse con el concepto de crecimiento postraumático (Tedeschi y Calhoun, 1996) que se ha comentado anteriormente, el cual permitiría a las víctimas conseguir una mayor sensación de fortaleza ante las adversidades de la vida.

5.5. ABUSO INFANTIL E IDEACIÓN SUICIDA

5.5.1. ABUSO SEXUAL Y FÍSICO INFANTIL E IDEACIÓN SUICIDA

La revisión teórica relativa al vínculo entre el abuso infantil y la ideación suicida es consistente con los hallazgos de la presente tesis. En las tres condiciones diagnósticas, las mujeres con historia de maltrato infantil, sexual o físico, han presentado niveles más elevados de ideación suicida que sus homólogas no abusadas. Todos los contrastes bivariantes fueron significativos a excepción del realizado para las pacientes con TCA en función del estatus de AFI donde no se alcanzó significación estadística. Sin embargo, como ya se ha comentado anteriormente, el subgrupo tan poco

numeroso de pacientes con TCA e historia de AFI ($n = 16$) puede estar influyendo en este sentido.

Son numerosas las investigaciones que han hallado una asociación significativa entre el trauma infantil (sexual o físico) y la presencia de ideación suicida en la adolescencia (Evans et al., 2005; Lin et al., 2011; Murray et al., 2008; Rhodes et al., 2012; Zapata et al., 2013) y en la edad adulta (Brezo et al., 2008; Afifi et al., 2009); así como en muestras de tipo comunitario (Afifi et al., 2009), y clínico (Fullerton et al., 1995; Nickel et al., 2006), y especialmente en investigaciones con mujeres con bulimia nerviosa (Fullerton et al., 1995; Nickel et al., 2006).

De especial interés es el estudio de Afifi et al. (2009), con una muestra representativa de adultos, donde después de ajustar por las variables sociodemográficas y la psicopatología parental, en los modelos de regresión logística realizados observaron que el abuso infantil por sí solo, estaba asociado con trastornos psiquiátricos y con la ideación y los intentos de suicidio. En la misma línea, Brezo et al. (2008) hallaron que, en general, las historias de ideación y de intentos de suicidio fueron más frecuentemente exhibidas en el grupo de abusados que en el grupo de no abusados, observando una relación dosis-dependiente de la ideación suicida en el total de la muestra en función del estatus de abuso; siendo el grupo sin abuso el que presentaba la prevalencia más baja, seguida por la del grupo de abuso físico, el grupo de abuso sexual, y el grupo con ambos tipos de abuso con la prevalencia más elevada de este tipo de pensamiento.

5.6. ABUSO INFANTIL Y AUTOESTIMA

5.6.1. ABUSO SEXUAL INFANTIL Y AUTOESTIMA

Los resultados hallados en el presente estudio sugirieron que el haber sufrido abuso sexual en la infancia estaba asociado con una peor autoestima. En concreto, las jóvenes con historia de abuso sexual infantil del grupo comunitario de estudiantes universitarias y del grupo clínico de pacientes psiquiátricas sin TCA, puntuaron significativamente más bajo en la escala de Autoestima de Rosenberg que sus homólogas no abusadas. No obstante, en el grupo clínico de pacientes con TCA, aquellas que habían sufrido abuso sexual infantil obtenían una puntuación media más

elevada en la escala en cuestión que sus compañeras; aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística. Por lo tanto, estos hallazgos apoyan casi en su totalidad la hipótesis que se había planteado sobre esta cuestión. En concordancia con los resultados aquí expuestos, Fassler, Amodeo, Griffin, Clay y Ellis (2005), en una muestra comunitaria de 290 mujeres (de 21 años o más) estadounidenses que se habían criado en familias intactas (con ambas figuras parentales), hallaron que la experiencia de abuso sexual en la infancia, así como también la gravedad de este tipo de victimización, predecían significativamente un peor ajuste psicológico en la edad adulta. En concreto, las mujeres con historia de abuso sexual infantil así como las que presentaban mayor severidad de este tipo de abuso, obtenían peores puntuaciones en autoestima, adaptación social, satisfacción con la vida y era más probable que tuvieran problemas psiquiátricos. De manera similar, Romans, Martin y Mullen (1996), observaron que el abuso sexual infantil era un predictor importante de baja autoestima en la edad adulta, pero sólo cuando se era del tipo más intrusivo. Asimismo, Lin et al. (2011), en una muestra comunitaria de niños y jóvenes informaron de la relación hallada entre niveles significativamente más bajos autoestima y la presencia de ASI antes de los 16 años. Por su parte, Mullen, Martin, Anderson, Romans y Herbison (1996), en su amplia muestra comunitaria seleccionada aleatoriamente de mujeres neozelandesas, observaron que cualquier tipo de abuso (sexual, físico o emocional) estaba asociado con una menor autoestima, además de con niveles aumentados de psicopatología, dificultades sexuales y problemas interpersonales.

A pesar de que, como ya se comentado anteriormente, en el grupo clínico con psicopatología alimentaria de este estudio no se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes con y sin historia de abuso en los niveles de autoestima; los resultados obtenidos otras investigaciones también con muestras clínicas de pacientes con TCA, en general observan una asociación significativa entre una historia de victimización infantil y una peor autoestima en la edad adulta, en concordancia con los resultados hallados en investigaciones con muestras comunitarias. Este es el caso de la investigación de Carter et al. (2006), con una muestra clínica de pacientes con anorexia nerviosa, los cuales informaron de niveles significativamente más bajos de autoestima entre las pacientes que referían una historia de abuso sexual infantil, respecto las que no habían experimentado tal historia abusiva.

Por otro lado, cuando se realizó el análisis de la varianza, también se observó un efecto de interacción estadísticamente significativo entre el ASI y la condición diagnóstica por lo que a la variable autoestima se refiere, sugiriendo que la relación entre el trauma sexual y la autoestima no era equivalente para los tres grupos de estudio. En concreto, en el grupo comunitario de estudiantes universitarias y en el grupo de pacientes psiquiátricas sin TCA, el efecto del abuso sexual infantil fue estadísticamente significativo en el sentido de que las mujeres victimizadas presentaban peor autoestima que aquellas mujeres que no lo habían sido. En cambio, en el grupo clínico de pacientes con TCA, el efecto que tuvo el abuso sexual infantil sobre la autoestima no alcanzó tal significación estadística. Asimismo, cuando se comparó a los dos grupos clínicos combinados (TCA + otra psicopatología sin TCA) con el grupo comunitario de estudiantes universitarias, se detectaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la variable autoestima, presentando significativamente peor autoestima las pacientes del grupo clínico que las estudiantes universitarias. No obstante, cuando comparamos a las mujeres abusadas de los dos grupos clínicos entre ellas (pacientes con TCA vs pacientes con otra psicopatología sin TCA) no se halló una diferencia estadísticamente significativa; lo cual sugiere que independientemente del diagnóstico clínico, el efecto del ASI en la autoestima no ha diferido.

5.6.2. ABUSO FÍSICO INFANTIL Y AUTOESTIMA

En la presente tesis, y a diferencia de lo que ha sucedido con el abuso infantil de tipo sexual, el maltrato físico infantil no ha mostrado ninguna asociación significativa con los niveles de autoestima de las jóvenes, a pesar de que las mujeres con historia de abuso físico de las tres condiciones diagnósticas han obtenido puntuaciones medias más bajas en la Escala de Rosenberg que sus homólogas no victimizadas. A pesar de que la dirección de estos resultados es concordante con la hipótesis que planteábamos en torno a esta cuestión, así como con los hallazgos de investigaciones previas (Mullen et al., 1996) que destacan el efecto nocivo que el abuso físico infantil tiene en la autoestima de las víctimas, en este caso no se ha alcanzado ninguna significación estadística. No obstante, en el futuro sería necesario llevar a cabo más investigaciones sobre esta cuestión con muestras de mayor tamaño que permitieran obtener subgrupos de personas con historia de abuso más grandes y poder realizar así pruebas de mayor potencia estadística. Asimismo, como ya se ha comentado anteriormente, la definición que se ha

utilizado de abuso físico infantil para la presente tesis tan acotada, y restringida sólo al AFI de mayor gravedad (abuso físico infantil con manifestaciones observables de daño físico), ha podido condicionar la obtención de subgrupos menos numerosos de víctimas de AFI que en otras investigaciones con una definición más amplia de este tipo de trauma infantil.

Sin embargo, Briere y Runtz (1990), en su estudio comunitario con mujeres universitarias para examinar la sintomatología diferencial mostrada en la edad adulta en función del tipo de abuso (físico, sexual y emocional), señalaron que los análisis multivariantes realizados revelaron que únicamente la historia de abuso emocional presentaba asociación con niveles bajos de autoestima.

5.7. ABUSO INFANTIL Y CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

5.7.1. ABUSO SEXUAL INFANTIL Y CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

Contrariamente a estos hallazgos, Bardone-Cone et al. (2008), en su estudio para examinar las diferencias entre mujeres con bulimia nerviosa con y sin historia de anorexia nerviosa respecto a la sintomatología alimentaria, la personalidad y el maltrato infantil, constataron que las mujeres con BN e historia de AN presentaban niveles más elevados de restricción alimentaria y de conductas de purga, así como de todos los tipos de abuso y abandono que las mujeres con BN sin historia de AN. Sin embargo, no se identificaron diferencias significativas relativas a la personalidad por lo que respecta a las dimensiones de perfeccionismo y de impulsividad.

En este estudio, el análisis de la varianza (ANOVA factorial 2x3) realizado mostró que, en consonancia con los resultados obtenidos mediante los análisis bivariantes, las dos variables independientes (abuso sexual infantil y condición diagnóstica) producían efectos principales estadísticamente significativos al estudiar todas las variables de personalidad del EDI-2 (incluyendo ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad/regulación de impulsos e inseguridad social). Sin embargo, para las variables de personalidad relacionadas con la ineficacia, el perfeccionismo, la desconfianza interpersonal, la conciencia interoceptiva, el ascetismo y la inseguridad

social, no se observó un efecto de interacción estadísticamente significativo. Consecuentemente, se puede concluir que, independientemente de la condición diagnóstica a la que pertenecen las jóvenes (universitarias, pacientes con TCA o pacientes con otra psicopatología sin TCA), el efecto del abuso sexual infantil no es distinto, repercutiendo negativamente en las características de personalidad relacionadas con la ineficacia, el perfeccionismo, la desconfianza interpersonal, la conciencia interoceptiva, el ascetismo y la inseguridad social.

Contrariamente, se pudo observar un efecto de interacción estadísticamente significativo para las variables de personalidad relacionadas con el miedo a la madurez y la impulsividad o regulación de impulsos, lo cual implica que el efecto del abuso sexual en estas dos variables dependientes ha variado significativamente en función de la condición diagnóstica (pacientes con TCA, pacientes psiquiátricas sin TCA y estudiantes universitarias). Específicamente, y por lo que respecta a la variable de personalidad relacionada con el miedo a la madurez, las mujeres con historia de abuso sexual en la infancia del grupo comunitario de estudiantes universitarias, presentan valores medios significativamente más elevados de esta característica de personalidad que sus compañeras no victimizadas. No obstante, cuando analizamos los dos grupos clínicos (pacientes con TCA y pacientes psiquiátricas sin TCA), este patrón de resultados se invierte y, en contra de lo que planteábamos en las hipótesis, son las pacientes abusadas sexualmente en la infancia las que exhiben valores medios significativamente más bajos de miedo a la madurez que sus análogas no abusadas; aunque sólo en el caso de las pacientes psiquiátricas sin TCA esta diferencia ha alcanzado significación estadística. Estos resultados sugieren la presencia de una menor percepción de temor para hacerse mayores y para afrontar las responsabilidades inherentes a la edad adulta en aquellas pacientes psiquiátricas sin TCA que han padecido ASI. Ante este interesante hallazgo, debemos de plantearnos cómo la variable independiente del abuso sexual infantil ha debido de interactuar para que se hayan obtenido estos resultados.

En este sentido, la literatura científica especializada en el estudio de los TCA ha señalado que uno de los miedos característicos de las personas que padecen algún trastorno de la alimentación es el miedo a crecer (física y emocionalmente), a madurar y a gestionar las demandas y responsabilidades de la etapa adulta (Garner, Olmstead y

Polivy, 1983; Grasso, Nazzaro, Vona, Capacchione, y Lorigo, 2012), sobre todo entre aquellas con anorexia nerviosa (Behar y Arancibia, 2013; Manley, 1989, cfr. Kerr, Skok y McLaughlin, 1991). A pesar de esto, en la presente tesis, las jóvenes que en su infancia sufrieron experiencias de abuso sexual parecen sentirse más preparadas para adentrarse en el mundo adulto con el consiguiente aumento de la sensación de control, de seguridad y posiblemente, de mayor protección que las jóvenes no abusadas. La subescala *Miedo a la Madurez* del EDI-2 que se ha usado para evaluar este aspecto de personalidad, consta de 8 ítems donde se expresa el deseo de volver a ser niño para sentirse seguro, el anhelo de volver a ser joven, el pensar que la infancia es la época más feliz de la vida, la preferencia de ser adulto a ser niño, la creencia de que las exigencias de la vida adulta son excesivas, la alegría de haber dejado de ser un niño, la creencia de que las personas son más felices cuando son niños o la idea de que los mejores años de tu vida son cuando llegas a adulto (véase subapartado 3.2.3. *Eating Disorders Inventory-2*). A modo especulativo, si consideramos que las víctimas de abusos sexuales en la infancia tuvieran que contestar estos ítems, posiblemente el recuerdo traumático de esta etapa condicionaría en gran medida sus respuestas. Un trauma de esta magnitud podría generar un fuerte deseo de superar lo más rápido posible la etapa infantil y de alcanzar la madurez, la autonomía y la fortaleza física y mental que se espera encontrar, entre otros aspectos, al llegar a la edad adulta. Si se piensa en la infancia como una etapa hostil de la vida donde los referentes que deben amar, proteger, educar o cuidar, son los que anulan, abusan y de algún modo u otro, corrompen la niñez; el anhelo de crecer y de abandonar esta etapa se pone de relieve. Por consiguiente, los datos obtenidos en los resultados acerca de la relación entre el ASI y la característica de personalidad relativa al miedo a la madurez se contraponen a lo que se apuntaba en la hipótesis. Otra explicación para este interesante hallazgo podría enmarcarse dentro del concepto de *Crecimiento Postraumático* (*Posttraumatic-Growth*, PTG; Tedeschi y Calhoun, 1996); un constructo que hace referencia a los cambios positivos o beneficios (en la auto-percepción, las relaciones interpersonales, y la filosofía de vida), que también pueden experimentar algunas personas como resultado de haber afrontado algún acontecimiento traumático. En esta misma línea, Glad, Jensen, Holt y Ormhaug (2013), mediante análisis cualitativos de la información facilitada por los jóvenes (de 10 a 18 años) de su estudio sobre el cambio positivo percibido después de lidiar con un estresor traumático (incluyendo ASI, AFI, violación, etc.), detectaron que el tema de crecimiento reportado por más participantes fue el relacionado con un cambio personal

positivo que englobaba entre otros, sentimientos de mayor valentía, independencia y madurez, como resultado de la experiencia traumática. Los propios autores recogen el testimonio de una víctima de abuso sexual infantil que expresaba que aquel evento había hecho que tuviera un mayor deseo de irse de casa y de hacer su propia vida que la mayoría de chicos y chicas de su edad. Así pues, el hallazgo encontrado en el presente estudio sugiere que: "(...) trauma can produce a need to re-examine one's assumptive world, and an attempt to reestablish some useful basic cognitive guides for living that incorporates the traumatic event and its aftermath" (Glad et al, 2013, p.331). En este mismo sentido, Poseck, Baquero y Jiménez (2006, p.47) concluyen que "Vivir una experiencia traumática es sin duda una situación que modifica la vida de una persona y, sin quitar gravedad y horror de estas vivencias, no se puede olvidar que en situaciones extremas el ser humano tiene la oportunidad de volver a construir su forma de entender el mundo y su sistema de valores".

Finalmente, al examinar los efectos de interacción para el subgrupo de mujeres victimizadas sexualmente en la infancia de las tres condiciones diagnósticas, los resultados revelaron que entre el grupo clínico conjunto (TCA + otra psicopatología sin TCA) y el grupo comunitario de estudiantes universitarias, así como entre ambos grupos clínicos (pacientes con TCA vs pacientes con otra psicopatología sin TCA), no existían diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los dos contrastes por lo que al efecto del ASI en esta característica de personalidad relativa al miedo a la madurez se refiere.

En cuanto a la variable de personalidad relacionada con la impulsividad, en el grupo de pacientes con TCA y en el grupo de estudiantes universitarias, el abuso sexual infantil produjo un incremento estadísticamente significativo en los valores medios de esta característica de personalidad al pasar del subgrupo de no abusadas al de abusadas, siendo este efecto mucho mayor para el grupo de pacientes con TCA, que para el grupo de estudiantes universitarias. No obstante, en el grupo clínico de pacientes psiquiátricas sin TCA, el efecto del ASI no fue estadísticamente significativo en relación a esta característica de personalidad. Paralelamente, al comparar a los subgrupos de jóvenes con historia de ASI de las tres condiciones diagnósticas, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres victimizadas del grupo clínico combinado y las del grupo de estudiantes universitarias, en el sentido de que los valores

medios de impulsividad de las primeras eran más elevados que los de las segundas. Asimismo, al comparar a las mujeres abusadas de ambos grupos clínicos (TCA vs otra psicopatología sin TCA) entre ellas, también se halló una diferencia significativa a nivel estadístico, siendo las pacientes con TCA las que presentaban valores medios más elevados de esta característica de personalidad.

5.7.2. ABUSO FÍSICO INFANTIL Y CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

Los resultados que se han obtenido en torno al estudio de la relación entre la experiencia de abuso físico infantil y ciertas características de personalidad medidas con 8 de las 11 subescalas del EDI-2 que evalúan la ineficacia, el perfeccionismo, la desconfianza interpersonal, la conciencia interoceptiva, el miedo a la madurez, el ascetismo, la impulsividad o regulación de impulsos y la inseguridad social, no han reportado la misma consistencia que los resultados aportados por el abuso sexual infantil en torno a esta cuestión. Mientras que los contrastes bivariantes y los análisis de la varianza realizados con el ASI sugerían que la victimización sexual estaba asociada a un mayor desajuste en ciertos rasgos de la personalidad, en el caso del abuso físico infantil, no se han hallado resultados tan consistentes al respecto. Contrariamente a lo observado con el ASI y en contraposición a la dirección esperada que se había planteado en la hipótesis relativa a esta cuestión, en aproximadamente la mitad de contrastes, las jóvenes con historia de abuso físico infantil han obtenido puntuaciones medias más bajas y por lo tanto, más saludables que sus homólogas sin maltrato. Más concretamente, esta situación se ha producido en el grupo de pacientes con TCA en la característica relativa a la ineficacia; en ambos grupos clínicos (pacientes con TCA y pacientes psiquiátricas sin TCA) al estudiar el perfeccionismo, la desconfianza interpersonal, el miedo a la madurez y el ascetismo; y en el caso del grupo comunitario, al estudiar la ineficacia, el miedo a la madurez y el ascetismo. Sin embargo estas diferencias sólo han sido significativas al comparar a las pacientes con TCA con y sin abuso por lo que a conciencia interoceptiva se refiere, y al comparar a las pacientes psiquiátricas sin TCA con y sin abuso en el aspecto de personalidad vinculado al miedo a madurar. Por otro lado, y en la línea de lo esperado, en algunos análisis bivariantes realizados, los resultados obtenidos sí han mostrado una mayor alteración de ciertas características de personalidad entre las jóvenes que habían sido víctimas de maltrato

físico en la infancia. Específicamente, esta situación se ha podido observar en el grupo clínico de pacientes con TCA en relación a la impulsividad y a la inseguridad social; en el grupo psiquiátrico sin TCA, en lo relativo a ineficacia, conciencia interoceptiva, impulsividad e inseguridad social y finalmente, en el grupo de estudiantes universitarias, en lo referente a perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, impulsividad e inseguridad social. No obstante, de todos estos contrastes, sólo 3 han alcanzado significación estadística; siendo las estudiantes universitarias con historia de abuso físico infantil las que han mostrado puntuaciones medias significativamente más elevadas que sus compañeras no victimizadas en las subescalas del EDI-2 relativas al perfeccionismo y a la conciencia interoceptiva; así como las pacientes con TCA victimizadas físicamente en la infancia, las cuales han obtenido puntuaciones medias significativamente más altas que sus homólogas sin historia de abuso físico en la subescala del EDI-2 que mide conciencia interoceptiva.

5.8. ABUSO INFANTIL Y CONDUCTAS COMPENSATORIAS PURGATIVAS

En la presente investigación, para comprobar la hipótesis planteada en torno a esta cuestión, únicamente se analizaron los datos del grupo clínico de pacientes con TCA que presentaban historia de abuso sexual infantil, no incluyendo en el análisis a los otros dos otros grupos diagnósticos: pacientes psiquiátricas sin TCA y estudiantes universitarias. El motivo de su exclusión fue el requerimiento de un diagnóstico clínico específico de TCA que hubiera sido realizado con rigurosidad por parte de un terapeuta clínico especializado en el campo de los trastornos alimentarios, que permitiera clasificar con garantía a las pacientes en ambas categorías de la variable dicotómica "*conductas purgativas*" (presencia vs ausencia). Al comparar a las pacientes con TCA victimizadas sexualmente en la infancia por lo que se refiere a la utilización de conductas compensatorias de tipo purgativo, se pudo observar que casi tres cuartas partes de las pacientes (72,7%) realizaban conductas de tipo purgativo (vómito autoprovocado y abuso de laxantes y/o diuréticos), frente a un poco más de una cuarta parte (27,3%), que no recurría a ellas. Esta diferencia fue estadísticamente significativa, lo cual es concordante con la mayoría de investigaciones que sugieren que el abuso sexual infantil está relacionado con la utilización de conductas compensatorias de tipo purgativo que caracterizan el registro conductual de las pacientes con bulimia nerviosa

purgativa y/o anorexia compulsiva-purgativa. No obstante, cuando se realizó este mismo análisis para las pacientes con TCA que habían sufrido abuso físico infantil, a pesar de que también se halló un mayor porcentaje de pacientes que recurrían a conductas compensatorias de tipo purgativo (56,3%), la diferencia respecto a las pacientes que no las usaban no alcanzó significación estadística. En este sentido, por lo que respecta al abuso físico infantil se rechaza la hipótesis planteada en relación a una mayor utilización de conductas compensatorias de tipo purgativo entre las pacientes con TCA e historia de maltrato físico del estudio. Sin embargo, el reducido número de casos con presencia de AFI observado en el grupo con TCA, ha podido contribuir a la obtención de este resultado no significativo.

5.9. CONSIDERACIONES FINALES

Las implicaciones preventivas y clínicas que se derivan de los resultados obtenidos son de especial interés, tanto por el sufrimiento asociado a la propia experiencia del abuso infantil como por las consecuencias a corto y largo plazo que pueden derivarse de ella.

En este sentido, sería necesario implementar programas de prevención del abuso sexual y físico en la infancia, así como de detección precoz de estos fenómenos, con el fin de poder reducir las tasas de estos tipos de victimización, y paliar así las consecuencias físicas y psicológicas tan graves que pueden comportar estas experiencias. Además, sería de vital importancia enseñar a los propios niños y niñas, así como a los familiares y profesionales cuya actividad está vinculada con población infanto-juvenil (cuidadores, educadores, entrenadores, pediatras, etc.) a detectar la presencia de ambos abusos para facilitar la revelación del maltrato con la mayor celeridad posible y poder proteger al menor de esta situación de inmediato. Una población a tener muy en consideración a la hora de enseñar a prevenir y detectar el abuso en la infancia, serían las propias víctimas de abuso infantil, puesto que en base a diferentes estudios que sugieren una transmisión intergeneracional de la violencia (Helfer y Kempe, 1968; cfr. Arruabarrena y de Paúl, 1994, p. 50) estas personas podrían beneficiarse de este tipo de programas y evitar una posible repetición del patrón de

maltrato recibido. Previniendo el abuso infantil, se podrían reducir los desajustes psicológicos posteriores asociados al trauma.

A nivel clínico, los profesionales de la salud mental deberían de contemplar la posibilidad de incorporar en sus protocolos de evaluación preguntas relativas a la posible victimización sufrida en la infancia (tanto de tipo sexual como de tipo físico y de tipo emocional) para poder tratar debidamente este tipo de experiencia traumática en el caso de que hubiera existido. Otro punto interesante dentro del ámbito clínico, sería el poder detectar aquellos pacientes victimizados que refieren un crecimiento posttraumático para poder potenciarlo a lo largo de la intervención terapéutica y conseguir que la víctima tome mayor conciencia de él, con el consiguiente efecto positivo (Tedeschi y Calhoun, 1996). Asimismo, entre los profesionales clínicos dedicados al tratamiento de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, y dada la elevada presencia de abuso infantil observada entre las personas que sufren estas enfermedades (especialmente entre aquellas que recurren a conductas compensatorias de tipo purgativo para controlar el peso y la silueta, así como entre las que exhiben mayor psicopatología asociada y/o ideación suicida), sería muy necesario disponer de programas de tratamiento específicos para este tipo de pacientes con psicopatología alimentaria e historia de abuso, dadas sus características diferenciales. Paralelamente, en aquellos ámbitos donde se tiene mayor contacto con población infantil o adulta victimizada (servicios sociales, CRAEs, asociaciones de víctimas de abuso, y otras instituciones), se debería prestar especial atención a las posibles manifestaciones clínicas relativas a trastornos alimentarios así como de otros trastornos psicológicos y psiquiátricos.

Y finalmente, otro aspecto a considerar en futuras investigaciones sería el hecho de incorporar en las evaluaciones y análisis, el abuso emocional infantil, además del abuso físico y sexual; pues como se ha comentado a lo largo de este trabajo, son muchas las investigaciones que apuntan el rol específico del abuso psicológico como factor de riesgo de los trastornos del comportamiento alimentario (Burns et al., 2012), y las graves consecuencias psicológicas generales que también se derivan de este tipo de victimización.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, una de las más destacables sería el hecho de que se ha trabajado con cuestionarios autoinformados sobre información retrospectiva, con el consiguiente sesgo potencial del recuerdo de los participantes. Tal como se señala en diferentes estudios, generalmente las víctimas de abuso tienden a infrareportar su historia traumática, sobre todo en un contexto de entrevista más que cuando se trata de un autoinforme. Sin embargo en este caso, al utilizar medidas de autoinforme del abuso infantil y que la participación en el estudio fuera anónima, tal vez este efecto ha podido ser menor. Asimismo, al tratarse de una muestra de personas adultas jóvenes (18-30 años) y no distanciarse demasiado en el tiempo del posible estresor traumático, es posible que se haya podido paliar en cierta medida el efecto de la distorsión del recuerdo. Por otro lado, las características del diseño de investigación, de tipo transversal, no han permitido el establecimiento de relaciones de causalidad. No obstante, al considerar el abuso infantil hasta los 18 años (y habiendo excluido a las personas que sólo presentaban experiencias de abuso en la edad adulta) y disponer de una muestra de jóvenes adultas de entre 18-30, la anterioridad de las experiencias de abuso está garantizada. En futuras investigaciones, sería conveniente incorporar diseños longitudinales prospectivos que evaluaran las experiencias de abuso en niños y niñas y pudieran controlar que el debut de la sintomatología alimentaria y psicológica general es consecuencia de la victimización, sin necesidad de recurrir a medidas retrospectivas. Paralelamente, y dada la complejidad de la relación entre el abuso sexual infantil y el desarrollo de un trastorno alimentario, sería igualmente interesante incorporar en los análisis aspectos específicos del abuso como pueden ser la edad en la que sucedió la experiencia traumática, la relación con el perpetrador, el uso de la fuerza, etc.

Otra limitación de esta investigación, ha sido la no inclusión de varones que permitiera realizar análisis comparativos en función del sexo y poder generalizar los resultados. Actualmente, los estudios que se han centrado en el estudio del abuso infantil y los trastornos alimentarios en varones han recibido menor atención, pero dada la elevada prevalencia de maltrato sufrida también en los niños varones, sería muy importante profundizar en esta cuestión. Asimismo, la diferencia de tamaño de los tres grupos de estudio y en especial, el reducido número de pacientes psiquiátricas sin TCA ha condicionado los análisis estadísticos realizados, no siendo posible controlar algunas variables confundidoras. En próximas investigaciones y para mitigar esta cuestión, se sugiere aumentar el número de la muestra para poder disponer de un tamaño muestral

suficientemente amplio que permita realizar análisis de mayor potencia estadística como son los análisis multivariantes, o los modelos causales. Este tipo de análisis permite analizar el papel mediador de algunas variables como la disociación, el apoyo social o las estrategias de afrontamiento, entre muchas otras, en la relación entre la experiencia de abuso en la infancia y la presencia de sintomatología psicopatológica en la edad adulta. Paralelamente, los escasos casos de abuso físico infantil reportados por los tres grupos de estudio han mermado la potencia estadística de los análisis estadísticos realizados.

A pesar de estas limitaciones, este trabajo también presenta puntos fuertes. En primer lugar, el disponer de dos grupos clínicos de referencia (pacientes con TCA y pacientes con depresión/ansiedad sin TCA), así como de un grupo comunitario de estudiantes universitarias permite una mayor generalización de los resultados.

Además, según nuestro conocimiento, no existe ningún otro estudio a nivel nacional que haya abordado la relación entre el abuso físico infantil y los trastornos alimentarios en una muestra clínica de pacientes con TCA y en una muestra clínica de pacientes con depresión y/o ansiedad; lo cual confiere a este trabajo una originalidad e interés adicional.

Asimismo, después de revisar en detalle la literatura científica, esta investigación también es pionera en el estudio de la relación entre el abuso sexual infantil y el ajuste psicológico en una muestra de pacientes con trastornos del estado de ánimo y/o de ansiedad, lo que la convierte en una línea de investigación novedosa en nuestro país y cuyos resultados pueden entenderse como un punto de partida en el conocimiento de una problemática que afecta a un gran número de personas.

Otro punto fuerte de este estudio es el análisis factorial que se ha realizado para examinar los efectos de interacción del abuso sexual infantil y las tres condiciones diagnósticas en relación a las características de personalidad y la autoestima, obteniendo interesantes hallazgos sobre el efecto de la victimización sexual como la reducción del miedo a madurar en los grupos clínicos, lo cual implica un crecimiento postraumático a tener en cuenta y sobre el cual, poder actuar a nivel clínico para potenciarlo.

Y finalmente, otra aportación significativa de esta investigación ha sido el poder facilitar más datos sobre la presencia de abuso físico y de abuso sexual infantiles en nuestro país, tanto en una muestra comunitaria de estudiantes universitarias como en dos muestras clínicas con y sin psicopatología alimentaria. Las elevadas cifras de abuso encontradas en los tres grupos de estudio, sobre todo las relativas al abuso infantil de tipo sexual, las cuales son concordantes con la prevalencia reportada por otras investigaciones anteriores nacionales e internacionales, plantean la necesidad de seguir trabajando en este campo para poder establecer las bases y consecuencias que se derivan del trauma en la infancia y lo que es más importante, poder establecer las medidas necesarias para su prevención y tratamiento.

Se espera que este trabajo, circunscrito en el marco de estudio del fenómeno del abuso infantil y de los trastornos alimentarios, haya contribuido humildemente a aportar más datos sobre el estado actual de la cuestión en nuestro país, los cuales permitan establecer pautas terapéuticas más específicas dirigidas a ayudar a los supervivientes de abusos en la infancia que presentan algún desajuste psicológico en la edad adulta.

6. CONCLUSIONES

Una vez obtenidos los resultados de esta investigación, se exponen las conclusiones que se derivan de ellos. En este sentido, los hallazgos sugieren que:

1. La presencia de abuso infantil (sexual y físico) observada en los dos grupos clínicos ha sido similar, pero significativamente más elevada que la hallada en el grupo comunitario de estudiantes universitarias. Este resultado es concordante con la literatura científica que señala el abuso infantil como factor de riesgo inespecífico de psicopatología general en la edad adulta.
2. En el grupo comunitario de estudiantes universitarias y en el grupo clínico de pacientes con TCA se observa una relación estadísticamente significativa entre el ASI y los aspectos actitudinales y comportamentales asociados a los trastornos alimentarios.
3. El ASI está relacionado significativamente con mayor insatisfacción corporal en el grupo de pacientes con TCA y en el de estudiantes universitarias, no alcanzando tal significación estadística cuando se trata del grupo psiquiátrico sin TCA.
4. Las jóvenes de las tres condiciones diagnósticas que han sufrido ASI presentan significativamente mayor sintomatología depresiva y ansiosa (estado y rasgo) que sus homólogas no abusadas.
5. Para las variables de personalidad relativas a la ineficacia, el perfeccionismo, la desconfianza interpersonal, la conciencia interoceptiva, el ascetismo y la inseguridad social, el efecto del ASI no difiere en función de la condición diagnóstica; no observándose un efecto de interacción estadísticamente significativo. Consecuentemente, se puede concluir que, las jóvenes con historia de ASI de las tres condiciones diagnósticas (estudiantes universitarias, pacientes con TCA y pacientes psiquiátricas sin TCA), presentan características de personalidad significativamente más patológicas relacionadas con la ineficacia,

el perfeccionismo, la desconfianza interpersonal, la conciencia interoceptiva, el ascetismo y la inseguridad social que sus compañeras no abusadas.

6. Las relaciones observadas entre el ASI y las variables relativas a la autoestima y a las características de personalidad relacionadas con el miedo a la madurez y la impulsividad no son equivalentes en las tres condiciones diagnósticas indicando la presencia de un efecto de interacción significativo entre el ASI y la condición diagnóstica.
7. Para la variable autoestima, en el grupo comunitario de estudiantes universitarias especialmente y en el grupo de pacientes psiquiátricas sin TCA, el ASI hace empeorar la autoestima, mientras que en el grupo de pacientes con TCA no se observa tal efecto estadísticamente significativo. Asimismo, las pacientes abusadas sexualmente de ambos grupos clínicos no presentan diferencias significativas entre ellas por lo que a niveles de autoestima se refiere, pero en conjunto, sí presentan significativamente peor autoestima que las estudiantes universitarias victimizadas.
8. Para la variable miedo a la madurez, el ASI hace aumentar de forma estadísticamente significativa el miedo a madurar en las estudiantes universitarias pero en cambio, tiene el efecto contrario en las pacientes psiquiátricas sin TCA, haciendo descender significativamente este miedo. Entre las pacientes victimizadas sexualmente en la infancia no se observan diferencias estadísticamente significativas por lo que se refiere al miedo a la madurez, ni al compararlas en función del estatus de diagnóstico clínico (TCA vs Depresión/ansiedad), ni del estatus de grupo (clínico vs comunitario).
9. Para la variable impulsividad, el ASI hace aumentar significativamente los valores medios de la impulsividad en las pacientes con TCA principalmente y también en las estudiantes universitarias; sin embargo, en el grupo de pacientes psiquiátricas sin TCA el efecto del ASI no alcanza significación estadística. Las pacientes abusadas del grupo clínico combinado presentan significativamente mayor impulsividad que las estudiantes universitarias con historia de ASI; y asimismo, las pacientes con TCA victimizadas sexualmente presentan niveles

significativamente más elevados de impulsividad que las pacientes abusadas del grupo clínico sin patología alimentaria.

10. En el grupo de pacientes psiquiátricas sin TCA y en el de estudiantes universitarias, el AFI no está relacionado con los aspectos actitudinales y comportamentales de los trastornos alimentarios. Sin embargo, en el grupo de pacientes con TCA sí se observa una relación estadísticamente significativa entre este tipo de victimización infantil y una mayor preocupación por la silueta, así como con ciertos aspectos comportamentales asociados a psicopatología alimentaria.
11. El AFI no ha mostrado relación con una mayor insatisfacción corporal en ninguna de las tres condiciones diagnósticas (pacientes con TCA, pacientes psiquiátricas sin TCA y estudiantes universitarias).
12. Las mujeres con historia de AFI de cada condición diagnóstica han mostrado, en mayor o en menor medida, más sintomatología depresiva y ansiosa (en el grupo clínico) que sus compañeras no maltratadas. Por lo respecta al grupo comunitario de estudiantes universitarias, aquellas que han revelado haber sufrido AFI han mostrado significativamente menos sintomatología ansiosa (estado y rasgo) que sus compañeras no abusadas.
13. El AFI no ha mostrado ninguna asociación significativa con los niveles de autoestima de las jóvenes, a pesar de que las mujeres con historia de AFI de los tres grupos de estudio han obtenido puntuaciones medias más bajas en la escala de autoestima de Rosenberg que sus homólogas no victimizadas. Cuando comparamos a los dos grupos clínicos conjuntamente con el grupo comunitario de estudiantes universitarias, el primer grupo presenta peores niveles.
14. Las pacientes con TCA e historia de AFI han obtenido puntuaciones medias significativamente más bajas y por lo tanto, más saludables en la variable conciencia interoceptiva que sus homólogas no maltratadas. Asimismo, las pacientes psiquiátricas sin TCA que han sufrido maltrato físico en la infancia han reportado significativamente un menor miedo a madurar. Sin embargo, las

estudiantes universitarias con historia de AFI han presentado puntuaciones medias significativamente más elevadas de perfeccionismo y de conciencia interoceptiva que sus compañeras no abusadas.

15. En todas las condiciones diagnósticas, el ASI y el AFI han mostrado una relación estadísticamente significativa con la ideación suicida.

16. Casi tres cuartas partes de las pacientes con TCA victimizadas sexualmente en la infancia (72,7%) realizan conductas compensatorias de tipo purgativo (vómito autoprovocado y abuso de laxantes y/o diuréticos), frente a un poco más de una cuarta parte de ellas (27,3%), que no recurre a tales conductas; siendo esta diferencia estadísticamente significativa. En cambio, cuando se realizó este mismo análisis para las pacientes con TCA que habían sufrido AFI, la relación entre ambos fenómenos no alcanzó significación estadística.

7. REFERENCIAS

- Abramson, E. E., & Lucido, G. M. (1991). Childhood sexual experience and bulimia. *Addictive Behavior, 16*, 529-532.
- Afifi, T. O., Boman, J., Fleisher, W., & Sareen, J. (2009). The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse & Neglect, 33*, 139-147. doi:10.1016/j.chiabu.2008.12.009.
- Afifi, T. O., Brownridge, D. A., Cox, B. J., & Sareen, J. (2006). Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child Abuse & Neglect, 30*, 1093-1103. Doi: 10.1016/j.chiabu.2006.04.006.
- Alonso, J. M., Creus, E., Domingo, F., Estany, J., Lema, T., Martínez, A., . . . Vitoria, A. (1996). *El llibre d'en Pau. Guia per a l'abordatge del tractament en la infància per als professionals de la salut*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social; Departament de Justícia (Direcció General d'Atenció a la Infància), Institut Català de la Salut; ACIM.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fourth ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2010). *Publication of Manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, K. P., LaPorte, D. J., & Crawford, S. (2000). Child sexual abuse and bulimic symptomatology: Relevance of specific abuse variables. *Child Abuse & Neglect, 24*(11), 1495-1502.
- Anestis, M. D., Silva, C., Lavender, J. M., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Engel, S. C., & Joiner, T. E. (2012). Predicting nonsuicidal self-injury episodes over a discrete period of time in a sample of women diagnosed with bulimia nerviosa: An analysis of self-reported trait and Ecological Momentary Assessment based affective lability and previous suicide attempts. *International Journal of Eating Disorders, 45*(6), 808-811. doi: 10.1002/eat.20947.
- Arata, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D., & O'Brien, N. (2007). Differential correlates of multi-type maltreatment among urban youth. *Child Abuse & Neglect, 31*, 393-415. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.09.006.
- Arruabarrena, M. I., & de Paúl, J. (1994). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Asgeirsdottir, B. B., Sigfusdottir, I. D., Gudjonsson, G. H., & Sigurdsson, J. F. (2011). Associations between sexual abuse and family conflict/violence, self-injurious behavior, and

- substance use: The mediating role of depressed mood and anger. *Child Abuse & Neglect*, 35, 210-219. doi: 10.1016/j.chiabu.2010.12.003.
- Aspelmeier, J. E., Elliott, A. N., & Smith, C. H. (2007). Childhood sexual abuse, attachment, and trauma symptoms in college females: The moderating role of attachment. *Child Abuse & Neglect*, 31, 549-566.
- Atienza, F. L., Moreno, Y., & Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, 22(1-2), 29-42.
- Baños, R., & Guillén, V. (2000). Psychometric characteristics in normal and social phobic samples for a Spanish version of the Rosenberg Self-esteem Scale. *Psychological Reports*, 87(1), 269-274. doi: 10.2466.
- Bardone-Cone, A. M., Maldonado, C. R., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Wonderlich, S. A., Joiner, T. E., . . . le Grange, D. (2008). *International Journal of Eating Disorders*, 41(8), 697-704. doi: 10.1002/eat.20567.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). *Beck Scale for Suicidal Ideation. Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: 25 years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Behar, R., & Arancibia, M. (2013). Temor a la madurez en la anorexia nerviosa. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 143-152.
- Berg, K. C., Peterson, C. B., Frazier, P., & Crow, S. J. (2012). Psychometric evaluation of the Eating Disorder Examination and Eating Disorder Examination-Questionnaire: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 428-438. doi: 10.1002/eat.20931.
- Binford, R. B., Le Grange, D., & Jellar, C. C. (2005). Eating Disorders Examination versus Eating Disorders Examination-Questionnaire in adolescents with full and partial-syndrome bulimia nervosa and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 44-49. doi: 10.1002/eat.20062.
- Bonomi, A. E., Cannon, E. A., Anderson, M. L., & Thompson, R. S. (2008). Association between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18. *Child Abuse & Neglect*, 32, 693-701. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.10.004.
- Briere, J., & Runtz, M. (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse & Neglect*, 14(3), 357-364. doi:10.1016/0145-2134(90)90007-G.

- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., & Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 371-377. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.371>.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Smailes, E. M. (1999). Childhood abuse and neglect: Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*(12), 1490-1496.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Rorty, M. (1989). Childhood sexual abuse in women with bulimia. *Journal of Clinical Psychiatry, 50*, 460-464.
- Burns, E. E., Fischer, S. F., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2012). Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child Abuse & Neglect, 36*, 32-39. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.08.005.
- Cahill, C., Llewelyn, S. P., & Pearson, C. (1991). Long term effects of intrafamilial sexual abuse in childhood: A review. *British Journal of Clinical Psychology, 30*, 117-130.
- Calam, R., Horne, L., Glasgow, D., & Cox, A. (1998). Psychological disturbance and child sexual abuse: a follow-up study. *Child Abuse & Neglect, 22*(9), 901-913. doi: 10.1016/S0145-2134(98)00068-4.
- Cantón-Cortés, D., & Cantón, J. (2010). Coping with child sexual abuse among college students and post-traumatic stress disorder: The role of continuity of abuse and relationship with the perpetrator. *Child Abuse & Neglect, 34*, 496-506. doi:10.1016/j.chiabu.2009.11.004.
- Carr, A., Dooley, B., Fitzpatrick, M., Flanagan-Howard, R., Tierney, K., White, M., . . . Egan, J. (2010). Adult adjustment of survivors of institutional child abuse in Ireland. *Child Abuse & Neglect, 34*, 477-489. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.11.003.
- Carter, J. C., Bewell, C., Blackmore, E., & Woodside, D. B. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse & Neglect, 30*, 257-269. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.09.004.
- Casey, P. R., Dunn, G., Kelly, B. D., Birkbeck, G., Dalgard, O. S., Lehtinen, V., . . . Ayuso-Mateos, J. L. (2006). Factors associated with suicidal ideation in the general population. *The British Journal of Psychiatry, 189*(5), 410-415. doi: 10.1192/bjp.bp.105017368.
- Casper, R. C., & Lyubomirsky, S. (1997). Individual psychopathology relative to reports of unwanted sexual experiences as predictor of a bulimic eating pattern. *International Journal of Eating Disorders, 21*(3), 229-236. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199704)21:3<229::AID-EAT3>3.0.CO;2-M.
- Cater, A. K., Andershed, A. K., & Andershed, H. (2014). Youth victimization in Sweden: prevalence, characteristics and relation to mental health and behavioral problems in young adulthood. *Child Abuse & Neglect, 38*(8), 1290-302. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.03.002.

- Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: a review of the empirical literature. *Trauma, Violence & Abuse, 6*(2), 103-129. doi: 10.1177/1524838005275087.
- Coelho, J. S., Wilson, S., Winslade, A., Thaler, L., Israel, M., & Steiger, H. (2013). Over-evaluation of thoughts about food: Differences across eating-disorder subtypes and a preliminary examination of treatment effects. *International Journal of Eating Disorders, 47*(3), 302-309. doi: 10.1002/eat.22207.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & y Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders, 6*, 485-494.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry, 64*, 577-584. Doi: 10.1001/archpsyc.64.5.577.
- Cortes, A. M., Saltzman, K. M., Weems, C. F., Regnault, H. P., Reiss, A. L., & Carrion, V. G. (2005). Development of anxiety disorders in a traumatized pediatric population: A preliminary longitudinal evaluation. *Child Abuse & Neglect, 29*, 905-914. Doi:10.1016/j.chiabu.2004.12.010.
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect, 34*, 813-822. Doi: 10.1016/j.chiabu.2010.04.004.
- Chan, K. L. (2011). Association between childhood sexual abuse and adult sexual victimization in a representative sample in Hong Kong Chinese. *Child Abuse & Neglect, 35*, 220-229. doi: 10.1016/j.chiabu.2010.11.005.
- Cheung, Y. B., Law, C. K., Chan, B., Liu, K. Y., & Yip, P. S. (2006). Suicidal ideation and suicidal attempts in a population-based study of Chinese people: risk attributable to hopelessness, depression, and social factors. *Journal of Affective Disorders, 90*(2-3), 193-199. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16406046>.
- Dansky, B. S., Brewerton, T. D., Kilpatrick, D. G., & O'Neil, P. M. (1997). The National Women's Study: relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 21*(3), 213-228. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199704)21:3<213::AID-EAT2>3.0.CO;2-N.
- De Paúl, J., Milner, J. S., & Múgica, P. (1995). Childhood maltreatment, childhood social support, and child abuse potential in a Basque sample. *Child Abuse & Neglect, 19*(8), 907-920. Doi: 10.1016/0145-2134(95)00053-B.
- Deep, A. L., Lilienfeld, L. R., Plotnicov, K. H., Pollice, C., & Kaye, W. H. (1999). Sexual abuse in eating disorder subtypes and control women: The role of comorbid substance dependence in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 25*, 1-10.

- Dinwiddie, S., Heath, A. C., Dunne, M. P., Bucholz, K. K., Madden, P. A., Slutske, W. S., . . . Martin, N. G. (2000). Early sexual abuse and lifetime psychopathology: a co-twin-control study. *Psychological Medicine, 30*, 41-52.
- Domínguez, S., Villegas, G., Sotelo, L., & Sotelo, N. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) en mujeres adolescentes de Lima. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 5*(1), 30-40. Recuperado de www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com.
- Dunkley, D., Masheb, R., & Grilo, C. M. (2010). Childhood maltreatment, depressive symptoms, and body dissatisfaction in patients with Binge Eating Disorder: The mediating role of self-criticism. *International Journal of Eating Disorders, 43*(3), 274-281.
- Evans, C., & Dolan, B. (1993). Body Shape Questionnaire: Derivation of shortened alternate forms. *International Journal of Eating Disorders, 13*, 315-321.
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2005). Suicidal phenomena and abuse in adolescents: a review of epidemiological studies. *Child Abuse & Neglect, 29*, 45-58.
- Everill, J., & Waller, G. (1995). Reported sexual abuse and eating psychopathology: A review of the evidence for a causal link. *International Journal of Eating Disorders, 18*(1), 1-11.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders, 16*, 363-370.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th Ed.). A. C. G. Fairburn, & G. T. Wilson, *Binge Eating: nature, assessment and treatment*. New York: Guildford Press.
- Fallon, P., & Wonderlich, S. A. (1997). Sexual abuse and other forms of trauma. A. D. M. Garner, & P. E. Garfinkel, *Handbook of Treatment for Eating Disorders* (p. 394-414). New York: The Guildford Press.
- Fariña, F., Seijo, D., & Novo, M. (2000). Desprotección infantil: el maltrato. A. F. Fariña, & R. Arce, *Psicología Jurídica al servicio del Menor* (p. 105-122). Barcelona: CEDECS.
- Fassler, I. R., Amodeo, M., & Griffin, M. C. (2005). Predicting long-term outcomes for women sexually abused in childhood: contribution of abuse severity versus family environment. *Child Abuse & Neglect, 29*(3), 269-84. doi:10.1016/j.chiabu.2004.12.006.
- Favaro, A., & Santonastaso, P. (1996). Purging behaviors, suicide attempts, and psychiatric symptoms in 398 disordered subjects. *International Journal of Eating Disorders, 20*(1), 99-103.
- Favaro, A., Dalle Grave, R., & Santonastaso, P. (1998). Impact of a history of physical and sexual abuse in eating disordered and asymptomatic subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 97*, 358-363.
- Fedorowicz, V., Falissard, B., Foulon, C., Dardennes, R., Divac, S., Guelfi, J., & Rouillon, F. (2007). Factors associated with suicidal behaviors in a large French sample of

- inpatients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40(7), 589-595. Doi: 10.1002/eat.20415.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 32, 607-619. doi:10.1016/j.chiabu.2006.12.018.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18(5), 409-417. Doi: 10.1016/0145-2134(94)90026-4.
- Fischer, S., Stojek, M., & Hartzell, E. (2010). Effects of multiple forms of childhood abuse and adult sexual assault on current eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 11(3), 190-192. doi: 10.1016/j.eatbeh.2010.01.001.
- Fleming, J., Mullen, P. E., Sibthorpe, B., & Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*, 23(2), 145-159.
- Folsom, V., Krahn, D., Nairn, K., Gold, L., Demitrack, M., & Silk, K. (1993). The impact of sexual and physical abuse on eating disordered and psychiatric symptoms: A comparison of eating disordered and psychiatric inpatients. *International Journal of Eating Disorders*, 13(3), 249-257.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del "Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo" (STAI) en universitarios. *Psicología Conductual*, 20(3), 547-561.
- Fullerton, D. T., Wonderlich, S. A., & Gosnell, B. A. (1995). Clinical characteristics of eating disorders patients who report sexual or physical abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 243-249.
- Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagu, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., . . . Haro, J. M. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Medicina Clínica*, 129(13), 494-500. Doi: 10.1157/13111370.
- Gámez-Guadix, M., Straus, M. A., Carrobbles, J. A., Muñoz-Rivas, M. J., & Almendros, C. (2010). Corporal punishment and long-term behavior problems: The moderating role of positive parenting and psychological aggression. *Psicothema*, 22(4), 529-536. Recuperado de www.psicothema.com.
- García-García, E., Vázquez, V., López, J., & Arcila, D. (2003). Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorder Inventory, en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*, 45, 206-210.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorders Inventory-2: Professional Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M. (1998). *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) Manual*. Madrid: TEA.

- Garner, D. M. (1998). *Manual del EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & 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. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (1983). The Eating Disorders Inventory: a measure of cognitive-behavioral dimensions of anorexia nervosa and bulimia. A P. L. Darby, P. E. Garfinkel, D. M. Garner, & P. V. Goscina, *Anorexia Nervosa: Recent developments in research* (p. 173-184). New York: Alan R. Liss.
- Gáti, A., Tényi, T., Túry, F., & Wildmann, M. (2002). Anorexia nervosa following sexual harassment on the internet: a case report. *International Journal of Eating Disorders*, 31(4), 474-477. doi: 10.1002/eat.10029.
- Gentile, K., Raghavan, C., Rajah, V., & Gates, K. (2007). It doesn't happen here: eating disorders in an ethnically diverse sample of economically disadvantaged, urban college students. *Eating Disorders*, 15(5), 405-25. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17987450>.
- Gerke, C. K., Mazzeo, S. E., & Kliewer, W. (2006). The role of depression and dissociation in the relationship between childhood trauma and bulimic symptoms among ethnically diverse female undergraduates. *Child Abuse & Neglect*, 30, 1161-1172. Doi: 10.1016/j.chiabu.2006.03.010.
- Glad, K. A., Jensen, T. K., Holt, T., & Ormhaug, S. M. (2013). Exploring self-perceived growth in a clinical sample of severely traumatized youth. *Child Abuse & Neglect*, 37, 331-342. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.02.007>.
- Goldfein, J. A., Devlin, M. J., & Kamenetz, C. (2005). Eating Disorder Examination-Questionnaire with and without instruction to assess binge eating in patients with Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 107-111.
- Goldney, R. D., Wilson, D., Dal Grande, E., Fisher, L. J., & McFarlane, A. C. (2000). Suicidal ideation in a random community sample: attributable risk due to depression and psychosocial and traumatic events. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 98-106. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11185952>.
- Grasso, M., Nazzaro, F., Vona, L., Capacchione, G., & Loriedo, C. (2012). [Maturity fears and weight phobia in eating disorders: research of a relationship]. *Rivista di Psichiatria*, 47(4), 319-326. Doi: 10.1708/1139.12560. [Article in Italian].
- Gray, M., Litz, B., Hsu, J., & Lombardo, T. (2004). Psychometric properties of the Life Events Checklist. *Assessment*, 11(4), 330-341. doi: 10.1177/1073191104269954.
- Griffin, M. L., & Amodeo, M. (2010). Predicting long-term outcomes for women physically abused in childhood: Contribution of abuse severity versus family environment. *Child abuse & Neglect*, 34, 724-733. Doi: 10.1016/j.chiabu.2010.03.005.

- Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2001). Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology. *Obesity Research, 9*, 320–325.
- Grilo, C. M., Reas, D., Hopwood, C. J., & Crosby, R. D. (2015). Factor structure and construct validity of the Eating Disorder Examination-Questionnaire in college students: Further support for a modified brief version. *International Journal of Eating Disorders, 48*(3), 284-289. doi: 10.1002/eat.22358.
- Groth-Marnat, G. (1990). *The handbook of psychological assessment*. New York: John Wiley & Sons.
- Grupo de trabajo de la Guía Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02. Recuperado de www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf.
- Hall, R., Tice, L., Beresford, T. P., Wooley, B., & Hall, A. K. (1989). Sexual abuse in patients with anorexia nervosa and bulimia. *Psychosomatics, 30*, 73-79.
- Hartt, J., & Waller, J. (2002). Child abuse, dissociation, and core beliefs in bulimic disorders. *Child Abuse & Neglect, 26*, 923-938.
- Hastings, T., & Kern, J. M. (1994). Relationships between bulimia, childhood sexual abuse, and family environment. *International Journal of Eating Disorders, 15*(2), 103-111.
- Hobbs, C. (2005). The prevalence of child maltreatment in the United Kingdom. *Child Abuse & Neglect, 29*, 949-951. Doi: 10.1016/j.chiabu.2005.08.002.
- Hollingshead, A. B. (1975). *Four Factor Index of Social Status*. New Haven: Yale University.
- Hund, A. R., & Espelage, D. L. (2006). Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse & Neglect, 30*(4), 393-407. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.11.003.
- Inglés, A., Farrás, J., Rafel, R., & Sendra, R. (2000). *Maltractaments infantils a Catalunya. Quants, com i per què*. Col.lecció Justícia i Societat, 22. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Jewkes, R. K., Dunkle, K., Nduna, M., Jama, P. N., & Puren, A. (2010). Associations between childhood adversity and depression, substance abuse and HIV and HSV2 incident infections in rural South African youth. *Child Abuse & Neglect, 34*, 833-841. Doi: 10.1016/j.chiabu.2010.05.002.
- Ji, K., & Finkelhor, D. (2015). A meta-analysis of child physical abuse prevalence in China. *Child Abuse & Neglect, 43*, 61-72. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.11.011>.

- Jonas, S., Bebbington, P., McManus, S., Meltzer, H., Jenkins, R., Kuipers, E., . . . Brugha, T. (2011). Sexual abuse and psychiatric disorder in England: results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Psychological Medicine, 41*(4), 709-719. Doi: 10.1017/S003329171000111X.
- Jonzon, E., & Lindblad, F. (2006). Risk factors and protective factors in relation to subjective health among adult female victims of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 30*(2), 127-143. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.08.014.
- Junta de Andalucía. (sense data). *Tipología del maltrato infantil. Indicadores y niveles de gravedad*. Recollit de sitio Web Junta de Andalucía: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Infancia_Familia_archivos_TiposMaltrato.pdf
- Kashani, J. H., Sherman, D. D., Parker, D. R., & Reid, J. C. (1990). Utility of the Beck depression inventory with clinic-referred adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*8-282.
- Kaslow, N. J., & Thompson, M. P. (2008). Associations of child maltreatment and intimate partner violence with psychological adjustment among low SES, African American children. *Child Abuse & Neglect, 32*, 888-896. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.09.012.
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of Anxiety Disorders with Anorexia and Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry, 161*, 2215–2221.
- Kenardy, J., & Ball, K. (1998). Disordered eating, weight dissatisfaction and dieting in relation to unwanted childhood sexual experiences in a community sample. *Journal of Psychosomatic Research, 44*(3/4), 327-337.
- Kendall, T. K., Williams, L., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical findings. *Psychological Bulletin, 113*, 164-180.
- Kent, A., Waller, G., & Dagnan, D. (1999). A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes. *International Journal of Eating Disorders, 25*, 159-167. Doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2<159::AID-EAT5>3.0.CO;2-F.
- Keppel, G. (1991). *Design and analysis: a researcher's handbook* (Third ed.). London: Prentice-Hall.
- Kerr, J. K., Skek, R. L., & McLaughlin, T. F. (1991). Characteristics common to females who exhibit anorexic or bulimic behavior: A review of current literature. *Journal of Clinical Psychology, 47*(6), 846-853. Doi: 10.1002/1097-4679(199111)47:6<846::AID-JCLP2270470616>3.0.CO;2-F.
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and

- comorbidity: Results from the National Survey of adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 692-700. Doi: 10.1037/0022-006X.71.4.692.
- Kinzl, J. F., Mangweth, B., Traweger, C. M., & Biebl, W. (1997). Eating-disordered behavior in males: The impact of adverse childhood experiences. 22(2), 131–138. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:2<131::AID-EAT3>3.0.CO;2-G.
- Klein, D. N., Shankman, S. A., & Rose, S. (2008). Dysthymic disorder and double depression: prediction of 10-year course trajectories and outcomes. *Journal of Psychiatric Research*, 42(5), 408-15. doi: 10.1016/j.jpsychires.2007.01.009.
- Kubany, E. S. (2004). *The Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ) and PTSD Screening and Diagnostic Scale (PSDS)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Kubany, E. S., & Haynes, S. N. (2001). *Traumatic Life Events Questionnaire. Manual*. Second Draft, Western Psychological Services.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Leisen, M. B., Owens, J. A., Kaplan, A. S., Watson, S. B., & Burns, K. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment*, 12, 210-224.
- Laaksonen, T., Sariola, H., Johansson, A., Jern, P., Varjonen, M., von der Pahlen, B., . . . Santtila, P. (2011). Changes in the prevalence of child sexual abuse, its risk factors, and their associations as a function of age cohort in a Finnish population sample. *Child Abuse & Neglect*, 35(7), 480-490. Doi: 10.1016/j.chiabu.2011.03.004.
- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, 4, 863. Doi: 10.3389/fpsyg.2013.00863.
- Landau, S., & Everitt, B. S. (2004). *A handbook of statistical analyses using SPSS*. New York, NY: Chapman & Hall/CRC. Press LLC.
- Larson, C. S., Terman, D. L., Gomby, D. S., Quinn, L., & Behrman, R. E. (1994). Sexual abuse of children: Recommendations and analyses. *Sexual Abuse of Children*, 4, 4-30.
- Lasa, L., Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Barquero, J. L., Díez-Manrique, F. J., & Dowrick, C. F. (2000). The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *Journal of Affective Disorders*, 57(1-3), 261-265.
- León, O. G., & Montero, I. (1993). *Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en Psicología y Educación* (Primera ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Léonard, S., Steiger, H., & Kao, A. (2003). Childhood and adulthood abuse in bulimic and nonbulimic women: Prevalences and psychological correlates. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 397-405. Doi: 10.1002/eat.10176.

- Lin, D., Li, X., Fan, X., & Fang, X. (2011). Child sexual abuse and its relationship with health risk behaviors among rural children and adolescents in Hunan, China. *Child Abuse & Neglect*, *35*, 680-687.
- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., & Weisskopf, M. G. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, *59*, 359-372. Doi: 10.1007/s00038-013-0519-5.
- Lomax, R. G., & Hahs-Vaughn, D. L. (2012). *Statistical concepts: A second course* (Fourth ed.). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis.
- López, F. (2005). Los abusos sexuales: el riesgo de ser mujer. *Feminismo/s*(6), 91-106.
- López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martín, M. J., & Fuertes, A. (1995). Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse & Neglect*, *19*(9), 1039-1050. Doi: 10.1016/0145-2134(95)00066-H.
- Luce, K. H., Crowther, J. H., & Pole, M. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for undergraduate women. *41*, 273-276. doi: 10.1002/eat.20504.
- Macdonald, A., Danielson, C. K., Resnick, H. S., Saunders, B. E., & Kilpatrick, D. G. (2010). PTSD and comorbid disorders in a representative sample of adolescents: The risk associated with multiple exposures to potentially traumatic events. *Child Abuse & Neglect*, *34*, 773-783. Doi: 10.1016/j.chiabu.2010.03.006.
- MacMillan, H. L. (1998). Child abuse: A community problem. *Canadian Medical Association Journal*, *158*, 1301-1302.
- MacMillan, H. L., Tanaka, M., Duku, E., Vaillancourt, T., & Boyle, M. H. (2013). Child physical and sexual abuse in a community sample of young adults: results from the Ontario Child Health Study. *Child Abuse & Neglect*, *37*(1), 14-21. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.06.005.
- Marzuk, P. M. (1991). Suicidal behavior and HIV illnesses. *International Review of Psychiatry*, *3*(3-4), 365-71. Doi:10.3109/09540269109072143.
- Mateos-Agut, M., Sanz-Cid, B., Martínez-Villares, A., Muñoz-García, J. J., Martín-Martín, E., Muñoz-Siscart, I., & De la Gándara-Martín, J. J. (2004). Abusos sexuales y trastornos de la conducta alimentaria. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*.(71/72), 44-52.
- McLewin, L. A., & Muller, R. T. (2006). Attachment and social support in the prediction of psychopathology among young adults with and without a history of physical maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, *30*, 171-191. Doi: 10.1016/j.chiabu.2005.10.004.
- Messman-Moore, T. L., & Scheer, A. (2007). Association of Child Abuse and Eating Disorder Symptomatology: The Importance of Multiple Forms of Abuse and Revictimization. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *14*(3), 51-72.

- Miskinyte, A., Perminas, A., & Sinkariova, L. (2006). The relationship of eating behavior to body dissatisfaction and physical and psychological abuse in childhood. *Medicina (Kaunas)*, *42*(11), 944-948. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17172797>.
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, *91*(5), 753-760. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446666/pdf/11344883.pdf>.
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., & Beumont, P. J. (2004b). Temporal stability of the Eating Disorder Examination Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, *36*, 195-2003. doi: 10.1002/eat.20017.
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., & Owen, C. (2006). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for young adult women. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 53-62. doi: 10.1016/j.brat.2004.12.003.
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P. J. (2004a). Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 551-567. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00161-X.
- Moscicki, E. K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America*, *20*, 499-517. Recuperado de <http://www.aafp.org/afp/1999/0315/p1500.html>.
- Moulton, S. J., Newman, E., Power, K., Swanson, V., & Day, K. (2015). Childhood trauma and eating psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child Abuse & Neglect*, *39*, 167-174.
- Moyer, D. M., DiPietro, L., Berkowitz, R. I., & Stunkard, A. J. (1997). Childhood sexual abuse and precursors of binge eating in an adolescent female population. *International Journal of Eating Disorders*, *21*, 23-30. Doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199701)21:1<23::AID-EAT3>3.0.CO;2-5.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1996). Long-Term Impact of the Physical, Emotional, and Sexual Abuse of Children: A Community Study. *Child Abuse & Neglect*, *20*(1), 7-21. doi: 10.1016/0145-2134(95)00112-3.
- Murray, C. D., Macdonald, S., & Fox, J. (2008). Body satisfaction, eating disorders and suicide ideation in an Internet sample of self-harmers reporting and not reporting childhood sexual abuse. *Psychology, Health & Medicine*, *13*(1), 29-42. doi: 10.1080/13548500701235757.
- Murray, C., & Waller, G. (2002). Reported sexual abuse and bulimic psychopathology among nonclinical women: The mediating role of shame. *International Journal of Eating Disorders*, *32*(2), 186-191. doi: 10.1002/eat.10062.

- Musliner, K., & Singer, J. (2014). Emotional support and adult depression in survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, *38*, 1331-1340. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.01.016>.
- Myers, T. C., Wonderlich, S. A., Crosby, R., Mitchell, J. E., Steffen, K. J., Smyth, J., & Miltenberger, R. (2006). Is multi-impulsive bulimia a distinct type of bulimia nervosa: Psychopathology and EMA findings. *International Journal of Eating Disorders*, *39*, 655-661. Doi: 10.1002/eat.20324.
- Nagata, T., Kiriike, N., Iketani, T., Kawarada, Y., & Tanaka, H. (1999). History of childhood sexual or physical abuse in Japanese patients with eating disorders: relationship with dissociation and impulsive behaviours. *Psychological Medicine*, *29*(4), 935-942. doi: 10.1017/S0033291799008557.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. J., Beuhring, T., & Resnick, M. D. (2000). Disordered eating among adolescents: associations with sexual/physical abuse and other familial/psychosocial factors. *International Journal of Eating Disorders*, *28*(3), 249-258. doi: 10.1002/1098-108X(200011)28:3<249::AID-EAT1>3.0.CO;2-H.
- Nickel, M. K., Simek, M., Lojewski, N., Muehlbacher, M., Fartacek, R., Kettler, C., . . . Nickel, C. (2006). Familial and sociopsychopathological risk factors for suicide attempt in bulimic and in depressed women: Prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, *39*(5), 410-417. Doi: 10.1002/eat.20288.
- Oppenheimer, R., Howells, R., Palmer, R. L., & Chaloner, D. A. (1985). Adverse sexual experience in childhood and clinical eating disorders: A preliminary description. *Journal of Psychiatric Research*, *19*, 357-361.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1 / Diciembre / 2014). *Nota descriptiva nº 150*. Recollit de <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es>
- Palau, M., Samaniego, M. T., & Gualtero, R. (2001). *Programa d'atenció al nen maltractat*. Barcelona: Pleniluni.
- Palmer, R. L. (1993). Sexual abuse and Eating Disorders. A C. G. Fairburn, & W. T. Wilson, *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment* (p. 230-233). New York: The Guilford Press.
- Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J., & Raich, R. M. (2012). Validation of Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) -Spanish Version- for screening eating disorders in community samples. *Spanish Journal of Psychology*, *15*(2), 817-824. doi: http://dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38893.
- Penelo, E., Villarroel, A. M., Portell, M., & Raich, R. (2012). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *European Journal of Psychological Assessment*, *28*, 76-83. doi: 10.1027/1015-5759/a000093.
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, *30*(2), 135-144. Recuperado de <http://www.cop.es/papeles>.

- Pereda, N. (2010). Consecuencia psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201. Recuperado de <http://www.cop.es/papeles>.
- Pereda, N., & Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect*, 31, 417-426. Doi: 10.1016/j.chiabu.2006.08.010.
- Pereda, N., Forns, M., & Abad, J. (2013). Prevalencia de acontecimientos potencialmente traumáticos en universitarios españoles. *Anales de psicología*, 29(1), 178-186. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.124921>.
- Perkins, D. F., & Luster, T. (1999). The relationship between sexual abuse and purging: findings from community-wide surveys of female adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 23(4), 371-382. doi: 10.1016/S0145-2134(99)00009-5.
- Perrin, E., Boone-Heinonen, J., Field, A., Coyne-Beasley, T., & Gordon-Larsen, P. (2010). Perception of overweight and self-esteem during adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 43(5).
- Peterson, C. B., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Joiner, T., Crow, S. J., Mitchell, J. E., . . . le Grange, D. (2007). Psychometric properties of the Eating Disorder Examination-Questionnaire: Factor structure and internal consistency. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 386-389. doi: 10.1002/eat.20373.
- Pike, K. M., & Mizushima, H. (2005). The clinical presentation of Japanese women with anorexia nervosa and bulimia nervosa: A study of the Eating Disorders Inventory-2. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 26-31. doi: 10.1002/eat.20065.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 187-213. Doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135103.
- Pollice, C., Kaye, W. H., Greeno, C. G., & Wetzin, T. E. (1997). Relationship of depression, anxiety, and obsessiveness to state of illness in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 367-376.
- Pope, H. G., & Hudson, J. I. (1992). Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa? *American Journal of Psychiatry*, 455-463.
- Poseck, B. V., Baquero, B. C., & Jiménez, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la Psicología Positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Preti, A., Incani, E., Camboni, M. V., Petretto, D. R., & Masala, C. (2006). Sexual abuse and eating disorder symptoms: the mediator role of bodily dissatisfaction. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 475-481. Doi: 10.1016/j.comppsy.2006.03.004.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 269-278.

- Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2015). Emotion dysregulation and anorexia nervosa: an exploration of the role of childhood abuse. *International Journal of Eating Disorders*, *48*, 55-58. Doi: 10.1002/eat.22364.
- Raich, R. M. (1994). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. M., Herrera, S., Rovira, T., & Torras, J. (1997). Evaluación de la imagen corporal en estudiantes universitarias. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, *41*, 6-14.
- Raich, R. M., Mora, M., Sánchez-Carracedo, D., & Torras, J. (2000). Adaptación y calidad psicométrica de la entrevista EDE (Eating Disorder Examination) para la evaluación de los trastornos alimentarios en población universitaria. *Revista AETCA (Asociación para el Estudio de los Trastornos del Comportamiento Alimentario)*, *1*, 3-5.
- Rayworth, B. B., Wise, L. A., & Harlow, B. L. (2004). Childhood abuse and risk of eating disorders in women. *Epidemiology*, *15*(3), 271-278. Doi: 10.1097/01.ede.0000120047.07140.9d.
- Rhode, P., Ichikawa, L., Simon, G. E., Ludman, E. J., Linde, J. A., Jeffery, R. W., & Operskalski, B. H. (2008). Associations of child sexual and physical abuse with obesity and depression in middle-aged women. *Child Abuse & Neglect*, *32*, 878-887. Doi: 10.1016/j.chiabu.2007.11.004.
- Rhodes, A. E., Boyle, M. H., Bethell, J., Wekerle, C., Goodman, D., Tommyr, L., . . . Manion, I. (2012). Child maltreatment and onset of emergency department presentations for suicide-related behaviors. *Child Abuse & Neglect*, *36*, 542-551. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.04.006>.
- Rivera-Rivera, A. C.-A.-B. (2006). Abuso físico y sexual durante la niñez y revictimización de las mujeres mexicanas durante la edad adulta. *Salud Pública de México*, *48*(2), 268-278. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10604807>.
- Romans, S. E., Gendall, K. A., Martin, J. L., & Mullen, P. (2001). Child sexual abuse and later disordered eating: A New Zealand epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders*, *29*, 380-392.
- Romans, S., Martin, J., & Mullen, P. (1996). Women's self-esteem: A community study of women who report and do not report childhood sexual abuse. *British Journal of Psychiatry*, *169*(6), 696-704.
- Root, M., & Fallon, P. (1988). The incidence of victimization experiences in a bulimic sample. *Journal of Interpersonal Violence*, *3*(2), 161-173.
- Rorty, M., Yager, J., & Rossotto, E. (1994). Child sexual, physical, and psychological abuse and their relationship to comorbid psychopathology in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *16*(4), 317-334. doi: 10.1002/1098-108X(199412)16:43.O.CO;2-J.

- Rosen, J. C., Jones, A., Ramirez, E., & Waxman, S. (1996). Body Shape Questionnaire: Studies of validity and reliability. *International Journal of Eating Disorders, 20*, 315-319.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sachs-Ericsson, N., Kendall-Tackett, K., & Hernández, A. (2007). Childhood abuse, chronic pain, and depression in the National Comorbidity Survey. *Child Abuse & Neglect, 31*, 531-547. Doi: 10.1016/j.chiabu.2006.12.007.
- Salgado, P. C., Nogueira, M. H., Yasuda, C. L., & Cendes, F. (2012). Screening symptoms of depression and suicidal ideation in people with Epilepsy using Beck Depression Inventory. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology, 18*(3), 85-91. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1676-26492012000300004>.
- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Cohen, J. A. (2000). Treatment of sexually abused children and adolescents. *American Psychologist, 55* (9), 1040-1049. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.9.1040>.
- Schmidt, U., Humfress, H., & Treasure, J. (1997). The role of general family environment and sexual and physical abuse in the origins of eating disorders. *European Eating Disorders Review, 5*(3), 184-207. doi: 10.1002/(SICI)1099-0968(199709)5:3<184::AID-ERV203>3.0.CO;2-B.
- Schoemaker, C., Smith, F., Bijl, R. V., & Vollebergh, W. A. (2002). Bulimia nervosa following psychological and multiple child abuse: support for the self-medication hypothesis in a population-based cohort study. *International Journal of Eating Disorders, 32*(4), 381-388. doi: 10.1002/eat.10102.
- Seaton, C. L. (2009). Psychological adjustment. A. S. J. López, *Encyclopedia of positive psychology* (p. 796-801.). Oxford: Blackwell Publishing. doi: 10.1111/b.9781405161251.2009.x.
- Seisdedos, N. (1988). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Shafran, R., & Robinson, P. (2004). Thought-shape fusion in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 399-408. Doi: 10.1348/0144665042389008.
- Shafran, R., Teachman, B. A., Kerry, S., & Rachman, S. (1999). A cognitive distortion associated with eating disorders: Thought-shape fusion. *British Journal of Clinical Psychology, 38*, 167-179. Doi: 10.1348/014466599162728.
- Shenk, C. E., Noll, J. G., Putnam, F. W., & Trickett, P. K. (2010). A prospective examination on the role of childhood sexual abuse and physiological asymmetry in the development of psychopathology. *Child Abuse & Neglect, 34*, 752-761. Doi: 10.1016/j.chiabu.2010.02.010.
- Sloan, G., & Lechner, P. (1986). Is there a relationship between sexual abuse or incest and eating disorders? *Canadian Journal of Psychiatry, 31*, 656-660.

- Smolak, L., & Murnen, S. K. (2002). A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 31*, 136-150. Doi: 10.1002/eat.10008.
- Smolak, L., Levine, M. P., & Sullins, E. (1990). Are child sexual experiences related to eating disordered attitudes and behaviors in a college sample? *International Journal of Eating Disorders, 9*, 167-178.
- Smyth, J. M., Heron, K., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., & Thompson, K. M. (sense data). The influence of reported trauma and adverse events on eating disturbance in young adults. *International Journal of Eating Disorders, 41*(3), 195-202. doi: 10.1002/eat.20490.
- Sokero, T. P., Melartin, T. K., Rytsälä, H. J., Leskelä, U. S.-M., & Isometsä, E. T. (2003). Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 64*(9), 1094-1100. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14628986>.
- Sperry, D. M., & Widom, C. S. (2013). Child abuse and neglect, social support, and psychopathology in adulthood: A prospective investigation. *Child Abuse & Neglect, 37*, 415-425. Doi: <http://dox.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.02.006>.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)* (Tercera ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect, 31*, 517-530. Doi: 10.1016/j.chiabu.2007.01.003.
- Steiger, H., & Zanko, M. (1990). Sexual traumata among eating-disordered, psychiatric, and normal female groups. *Journal of Interpersonal Violence, 5*, 74-86. Doi: 10.1177/088626090005001006.
- Steiger, H., Richardson, J., Schmitz, N., Israel, M., Bruce, K. R., & Gauvin, L. (2010). Trait-defined eating-disorder subtypes and history of childhood abuse. *International Journal of Eating Disorders, 43*(5), 428-432. Doi: 10.1002/eat.20711.
- Stiles-Shields, E. C., Labuschagne, Z., Goldschmidt, A. B., Doyle, A. C., & Le Grange, D. (2012). The use of multiple methods of compensatory behaviors as an indicator of eating disorder severity in treatment-seeking youth. *International Journal of Eating Disorders, 45*, 704-710. Doi: 10.1002/eat.22004.
- Sysko, R., Walsh, B. T., & Fairburn, C. G. (2005). Eating Disorder Examination-Questionnaire as a measure of change in patients with Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 37*, 100-1006.

- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 455-471. Doi: 10.1002/jts.2490090305.
- Thompson, K. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., & Mitchell, J. E. (2001). Sexual victimization and adolescent weight regulation practices: a test across three community based samples. *Child Abuse & Neglect, 25*(2), 291-305. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11330926>.
- Tobin, D. L., & Griffing, A. S. (1996). Coping, sexual abuse, and compensatory behavior. *International Journal of Eating Disorders, 20*(2), 143-148. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199609)20:2<143::AID-EAT4>3.0.CO;2-G.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- Tucci, A. M., Kerr-Corrêa, F., & Souza-Formigoni, M. L. (2010). Childhood trauma in substance use disorder and depression: An analysis by gender among a Brazilian clinical sample. *Child Abuse & Neglect, 34*, 95-104. Doi: 10.1016/j.chiabu.2009.07.001.
- Umamaheswari, V., Avasthi, A., & Grover, S. (2014). Risk factors for suicidal ideations in patients with Bipolar Disorder. *Bipolar Disorders, 16*(6), 642-651. Doi: 10.1111/bdi.12179.
- UNICEF. (4 / Septiembre / 2014). *Comunicado de prensa*. Recollit de http://www.unicef.org/spanish/media/media_75530.html
- Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A., & Leal, C. (2009). Evaluación de los trastornos alimentarios: Propiedades psicométricas del test EDI-2 en adolescentes escolarizados(as) de 13 a 18 años. *Revista chilena de nutrición, 36*(4), 1063-1073. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182009000400002> .
- Van Gerko, K., Hughes, M. L., Hamill, M., & Waller, G. (2005). Reported childhood sexual abuse and eating-disordered cognitions and behaviors. *Child Abuse & Neglect, 29*, 375-382. Doi: 10.1016/j.chiabu.2004.11.002.
- Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1999). *Trauma, disociación, y descontrol de los impulsos en los trastornos alimentarios. Nuevas terapias para el control de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: GRANICA.
- Vartanian, L., Smyth, J., Zawadzki, M. H., & Coleman, S. (2014). Early adversity, personal resources, body dissatisfaction, and disordered eating. *International Journal of Eating Disorders, 47*(6), 620-629.
- Vázquez, A., Jiménez, R., & Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología, 22*(2), 247-255.
- Villarroel, A. M. (2008). *El abuso infantil y su relación con sintomatología alimentaria (Tesis doctoral)*. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

- Villarroel, A. M., Penelo, E., Portell, M., & Raich, R. M. (2011). Screening for eating disorders in undergraduate women: Norms and validity of the Spanish version of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(1), 121-128. doi: 10.1007/s10862-009-9177-6.
- Villavicencio Carrillo, P. (1996). *La situación de maltrato y su repercusión en el ajuste psicosocial en las mujeres en centros de acogida (Tesis doctoral)*. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.
- Vize, C. M., & Cooper, P. J. (1995). Sexual abuse in patients with eating disorder, patients with depression, and normal controls. A comparative study. *British Journal of Psychiatry*, 167(1), 80-85.
- Waller, G. (1991). Sexual abuse as a factor in eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 159, 664-671.
- Waller, G. (1992). Sexual abuse and the severity of bulimic symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 161, 90-93.
- Waller, G. (1993). Sexual abuse and eating disorders: Borderline Personality Disorder as a mediating factor? *British Journal of Psychiatry*, 162, 771-775.
- Waller, G. (1998). Perceived control in eating disorders: Relationship with reported sexual abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 23(2), 213-216. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199803)23:2<213::AID-EAT12>3.0.CO;2-0.
- Waller, G., Halek, C., & Crisp, A. H. (1993). Sexual abuse as a factor in anorexia nervosa: Evidence from two separate case series. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 873-879.
- Webster, J. J., & Palmer, R. (2000). The childhood and family background of women with clinical eating disorders: a comparison with women with major depression and women without psychiatric disorder. *Psychological Medicine*, 30, 53-60.
- Weiner, K. E., & Thompson, J. K. (1997). Overt and covert sexual abuse: Relationship to body image and eating disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 22(3), 273-84. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199711)22:33.0.CO;2-K.
- Welch, S., & Fairburn, C. G. (1994). Sexual abuse and bulimia nervosa: Three integrated case control comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 151, 402-407.
- Werlang, B., & Esteves, M. (2012). Identificación de potencial suicida en adolescentes de 13 a 19 años. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(3), 281-289. Recuperado de <http://www.cienciarred.com.ar/ra/doc.php?n=1718>.
- WHO. (1995). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37003/1/WHO_TRS_854.pdf.

- WHO. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/My%20Documents/Downloads/WHO_TRS_894%20(1).pdf.
- Wilfley, D. E., Schwartz, M. B., Spurrell, E. B., & Fairburn, C. G. (1997). Assessing the specific psychopathology of binge eating disorder patients: Interview or self-report? *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 1151-1159.
- Wingenfeld, K., Schaffrath, C., Rullkoetter, N., Mensebach, C., Schlosser, N., Beblo, T., . . . Meyer, B. (2011). Associations of childhood trauma, trauma in childhood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder. *Child Abuse & Neglect*, *35*, 647-654. Doi: 10.1016/j.chiabu.2011.04.003.
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Thompson, K. M., Redlin, J., Demuth, G., & Smyth, J. (2001a). Pathways mediating sexual abuse and eating disturbance in children. *International Journal of Eating Disorders*, *29*, 270-279.
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Thompson, K. M., Redlin, J., Demuth, G., . . . Haseltine, B. (2001b). Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, *30*(4), 401-412.
- Wonderlich, S. A., Crosby, R., Mitchell, J. E., Roberts, J. A., Haseltine, B., DeMuth, G., & Thompson, K. M. (2000). Relationship of Childhood Sexual Abuse and Eating Disturbance in Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *30*(10), 1277-1283. doi: 10.1097/00004583-200010000-00015.
- Wonderlich, S. A., Rosenfeldt, S., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Engel, S. G., Smyth, J., & Miltenberger, R. (2007). The effects of childhood trauma on daily mood lability and comorbid psychopathology in bulimia nervosa. *Journal of Traumatic Stress*, *20*(1), 77-87. doi: 10.1002/jts.20184.
- Wota, A. P., Byrne, C., Murray, I., Ofuafor, T., Nisar, Z., Neuner, F., & Hallahan, B. P. (2014). An examination of childhood trauma in individuals attending an adult mental health service. *Irish Journal of Psychological Medicine*, *31*(4), 259-270. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/ipm.2014.49> .
- Yackobovitch-Gavan, M., Golan, M., Valevski, A., Kreitler, S., Bachar, E., Lieblich, A., . . . Stein, D. (2009). An integrative quantitative model of factors influencing the course of anorexia nervosa over time. *International Journal of Eating Disorders*, *42*(4), 306-317. doi: 10.1002/eat.20624.
- Zapata, L. B., Kissin, D. M., Bogoliubova, O., Yorick, R. V., Kraft, J. M., Jamieson, D. J., . . . Hillis, S. (2013). Orphaned and abused youth are vulnerable to pregnancy and suicide risk. *Child Abuse & Neglect*, *37*(5), 310-319. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.10.005.

Zlotnick, C., Hohlstein, L. A., Shea, M. T., Pearlstein, T., Recupero, P., & Bidadi, K. (1996). The relationship between sexual abuse and eating pathology. *International Journal of Eating Disorders*, 20(2), 129-134.

8. ANEXOS

8.1. ANEXO I: DATOS PERSONALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS

--	--	--	--	--	--	--	--

A continuación se le pedirá que responda una serie de cuestionarios, los cuales pueden tocar temas muy íntimos. Le rogamos responda con la mayor sinceridad posible. Tenga en cuenta que se trata de una prueba absolutamente anónima y que toda la información que pueda usted brindarnos se tratará con la máxima confidencialidad y será utilizada únicamente con fines de investigación.

Gracias por su colaboración.

DATOS PERSONALES

Edad _____

Fecha evaluación ___/___/___

Fecha de nacimiento ___/___/___

Sexo: Mujer ___ Varón ___

Nacionalidad: _____

Lugar de residencia: _____

Estudios que cursas: _____

Curso _____

¿Eres repetidor? Si No

Estado civil

- Soltero/a CON novio/a (no ha estado casado nunca)
- Soltero/a SIN novio/a (no ha estado casado nunca)
- Casado/a
- Separado
- Divorciado/a
- Viudo/a
- Vive en pareja
- Otros (especificar): _____

Peso _____ Kg Altura _____ m

Señala qué peso te gustaría tener _____ Kg

¿Estás haciendo una dieta para adelgazar ahora? Si ____ No ____

¿Quién/es en tu familia hace/n dieta para adelgazar? Nadie
 Madre
 Padre
 Hermana
 Hermano

Obesidad infantil: Presente Ausente

Edad de tu primera menstruación: _____

SITUACIÓN FAMILIAR

Número de hermanos (incluyéndote a ti) _____

Lugar que ocupas 1°
 2°
 3°
 4°
 5°
 más de 5°

NIVEL DE ESTUDIOS DE TUS PADRES

Indica el número que corresponde: Padre ____ Madre ____

1. Sin estudios, primer grado o E.G.B. sin acabar
2. Enseñanza primaria terminada
3. Bachillerato Superior incompleto. FP de 2° grado incompleto
4. Bachillerato Superior / FP de 2° grado terminado
5. Formación de tipo universitario (estudios medianos) incompleta
6. Título de grado medio (diplomaturas)

7. Título de grado superior terminado

PROFESIÓN DE TUS PADRES:

Indica el número que corresponde: Padre ____ Madre ____

Especifica la profesión: Padre _____ Madre _____

1. En paro, amas de casa, trabajadores de servicios eventuales no calificados, trabajadores temporales (limpiabotas, criados, canguros...).
2. Trabajadores no calificados (camareros, ascensorista, empleados de gasolinera, vendedor ambulante, jornaleros...).
3. Operadores de maquinaria, trabajadores semicalificados (operarios, repartidores, peluqueros no propietarios, conductores de autobús...).
4. Propietarios de pequeños negocios (máximo 5 trabajadores), agricultor de pequeña explotación (máximo 1 trabajador), trabajadores manuales calificados (carpintero, albañil, detective, electricista, cartero, dependiente, propietarios de pequeñas granjas...).
5. Trabajos fuera de la oficina, comerciales, vendedores, representantes, propietarios de negocios medianos y agricultores de explotaciones medias.
6. Técnicos semiprofesionales, trabajadores de oficinas (trabajadores de bancos, administrativos, agentes de publicidad, delineantes, fotógrafos, capataces, maestros, empleados de administración pública...).
7. Cargos intermedios, profesional asalariado, propietarios de grandes negocios, y agricultores de grandes explotaciones (actores, publicistas, agentes de compras, artistas, managers, profesores de instituto y universidad...).
8. Miembro de dirección (responsable de hasta 5 trabajadores), administradores, y profesionales (ingenieros industriales...).
9. Miembro de dirección, altos ejecutivos, propietarios de grandes empresas (ingenieros de caminos, canales y puentes, abogados, jueces, directores, altos cargos de la administración pública...).

8.2. ANEXO II: EATING DISORDER EXAMINATION- QUESTIONNAIRE

EDEQ

Instrucciones: Este cuestionario evalúa los hábitos y estilos de alimentación. Las siguientes preguntas se refieren al ÚLTIMO MES. Lee cada pregunta con atención y encierra en un círculo el número que corresponda. Es importante que contestes todas las preguntas. No hay respuestas buenas ni malas.

Cuántos días en las últimas 4 semanas.....	Ningún día	1-5 días	6-12 días	13-15 días	16-22 días	23-27 días	Todos los días
1. ¿Has intentado limitar deliberadamente la cantidad de alimentos que comes para modificar tu figura o peso?	0	1	2	3	4	5	6
2. ¿Has pasado por períodos de 8 o más horas de vigilia sin ingerir alimentos con el fin de modificar tu figura o peso?	0	1	2	3	4	5	6
3. ¿Has intentado evitar algunos alimentos que te gustan con el fin de modificar tu figura o peso?	0	1	2	3	4	5	6
4. ¿Has procurado seguir determinadas reglas de alimentación con el fin de modificar tu figura o peso; por ejemplo, limitar el consumo de calorías o la cantidad total de ingesta, o seguir normas acerca de cuánto o cuándo comer?	0	1	2	3	4	5	6
5. ¿Has deseado que tu estómago esté vacío?	0	1	2	3	4	5	6
6. ¿Pensar en alimentos o su contenido calórico ha interferido en tu capacidad de concentrarte en actividades en las que estás interesado como, por ejemplo, leer, ver la televisión o seguir una conversación?	0	1	2	3	4	5	6
7. ¿Has tenido miedo de perder el control sobre la comida?	0	1	2	3	4	5	6
8. ¿Te has dado atracones de comida?	0	1	2	3	4	5	6
9. ¿Has comido en secreto (exceptuando los episodios de atracones)?	0	1	2	3	4	5	6
10. ¿Has experimentado un claro deseo de tener el vientre plano?	0	1	2	3	4	5	6

11. ¿Pensar en la figura o el peso ha interferido en tu capacidad de concentrarte en actividades en las que estás interesado como, por ejemplo, leer, ver la televisión o seguir una conversación?	0	1	2	3	4	5	6
12. ¿Has experimentado un claro temor a engordar o convertirte en obeso/a?	0	1	2	3	4	5	6
13. ¿Te has sentido gordo/a?	0	1	2	3	4	5	6
14. ¿Has experimentado un fuerte deseo de perder peso?	0	1	2	3	4	5	6

EN EL ÚLTIMO MES:

15. ¿Cuántas veces te has sentido culpable después de comer por el efecto que esto pueda tener en tu figura o peso (exceptuando los episodios de atracones)?
- 0- Ninguna vez
 - 1- Alguna vez
 - 2- Menos de la mitad de las veces
 - 3- La mitad de las veces
 - 4- Más de la mitad de las veces
 - 5- La mayoría de las veces
 - 6- Siempre

16. ¿Alguna vez has sentido que has comido lo que para otras personas sería una cantidad anormalmente excesiva de comida en las mismas circunstancias?

- 0- No
- 1- Si

En caso afirmativo:

17. ¿En promedio, cuántas veces a la semana han tenido lugar estos episodios de sobreingesta (en el último mes)? _____

18. ¿Durante cuántos de estos episodios de sobreingesta has experimentado la sensación de perder el control sobre lo que comías? _____

19. ¿Ha habido otros episodios en los que hayas experimentado la sensación de perder el control y comer demasiado, sin que haya sido una cantidad anormalmente excesiva de comida dada las circunstancias?

- 0- No
- 1- Si

En caso afirmativo:

20. ¿Cuántas veces han tenido lugar estos episodios (en el último mes)?

21. En el último mes: ¿Te has provocado el vómito con el fin de controlar tu figura o tu peso?

0- No

1- Si

En caso afirmativo:

22. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio (en el último mes)? -

23. ¿Has tomado laxantes con el fin de controlar tu figura o tu peso?

0- No

1- Si

En caso afirmativo:

24. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio (en el último mes)?

25. ¿Has tomado diuréticos con el fin de controlar tu figura o tu peso?

0- No

1- Si

En caso afirmativo:

26. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio (en el último mes)?

27. ¿Has realizado ejercicio intenso con el fin de controlar tu figura o tu peso?

0- No

1- Si

En caso afirmativo:

28. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio (en el último mes)?

En el último mes.....	Nada en absoluto	Levemente	Moderadamente	Marcadamente			
29. ¿HA tenido tu peso una influencia importante al valorarte a ti mismo/a como persona?	0	1	2	3	4	5	6
30. ¿Ha tenido tu figura una influencia importante al valorarte a ti mismo/a como persona?	0	1	2	3	4	5	6
31. ¿En qué medida te molestaría si tuvieras que pesarte una vez por semana durante los próximos tres meses?	0	1	2	3	4	5	6
32. ¿En qué medida te has sentido insatisfecho/a con tu peso?	0	1	2	3	4	5	6
33. ¿En qué medida te has sentido insatisfecho/a con tu figura?	0	1	2	3	4	5	6
34. ¿En qué medida te ha preocupado que otras personas te vean comer?	0	1	2	3	4	5	6
35. ¿En qué grado te has sentido incómodo/a al ver tu cuerpo, por ejemplo, reflejado en un escaparate, en el espejo o cuando te desvestes o duchas?	0	1	2	3	4	5	6
36. ¿En qué grado te has sentido incómodo/a cuando otros ven tu cuerpo, por ejemplo, en los vestuarios, nadando o llevando ropas ajustadas?	0	1	2	3	4	5	6

CONTESTAR SÓLO SI ERES MUJER:

37. ¿Has tenido alteraciones en la menstruación en los últimos 3 meses?

0- No

1- Si

En caso afirmativo:

38. ¿Cuántos meses consecutivos te ha faltado la menstruación?

1 mes

2 meses

3 meses

Más de tres meses

8.3. ANEXO III: ROSENBERG SELF-ESTEEM SCALE

ROSENBERG

Lee las siguientes afirmaciones y marca con una cruz el número que mejor refleje tu grado de acuerdo con ellas.

- 1: Muy de acuerdo
2: De acuerdo
3: No estoy de acuerdo
4: Muy en desacuerdo

1. En general estoy satisfecha conmigo misma.	1	2	3	4
2. A veces pienso que no sirvo para nada.	1	2	3	4
3. Creo tener varias cualidades buenas.	1	2	3	4
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	1	2	3	4
5. Creo que no tengo muchos motivos para enorgullecerme.	1	2	3	4
6. A veces me siento realmente inútil.	1	2	3	4
7. Siento que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás.	1	2	3	4
8. Desearía sentir más respeto por mi misma.	1	2	3	4
9. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracaso.	1	2	3	4
10. Asumo una actitud positiva hacia mi misma.	1	2	3	4

8.4. ANEXO IV: BECK DEPRESSION INVENTORY

BDI

Instrucciones:

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lee con atención cada uno de ellos. A continuación, señala la afirmación de cada grupo que mejor describe tus sentimientos durante la **ÚLTIMA SEMANA INCLUIDO EL DÍA DE HOY**. Rodea con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que hayas elegido. Asegúrate de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

(1)

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste.
- 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3 Me siento triste o tan desgraciada que no puedo soportarlo.

(2)

- 0 No me siento especialmente desanimada de cara al futuro.
- 1 Me siento desanimada de cara el futuro.
- 2 Siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

(3)

- 0 No me siento como una fracasada.
- 1 He fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2 Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3 Soy un fracaso total como persona.

(4)

- 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3 Estoy insatisfecha o aburrida respecto a todo.

(5)

- 0 No me siento especialmente culpable.
- 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3 Me siento culpable constantemente.

(6)

- 0 No creo que esté siendo castigada.
- 1 Siento que quizás esté siendo castigada.
- 2 Espero ser castigada.
- 3 Siento que estoy siendo castigada.

(7)

- 0 No estoy descontenta de mí misma.
- 1 Estoy descontenta de mí misma.
- 2 Estoy a disgusto conmigo misma.
- 3 Me detesto.

(8)

- 0 No me considero peor que cualquier otra.
- 1 Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
- 2 Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3 Me culpo por todo lo malo que me sucede.

(9)

- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2 Desearía poner fin a mi vida.
- 3 Me suicidaría si tuviese oportunidad.

(10)

- 0 No lloro más de lo normal.
- 1 Ahora lloro más que antes.
- 2 Lloro continuamente.
- 3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

(11)

- 0 No estoy especialmente irritada.
- 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2 Me siento irritada continuamente.
- 3 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

(12)

- 0 No he perdido el interés por los demás.
- 1 Estoy menos interesada en los demás que antes.
- 2 He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3 He perdido todo interés por los demás.

(13)

- 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1 Evito tomar decisiones más que antes.
- 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3 Me es imposible tomar decisiones.

(14)

- 0 No creo tener peor aspecto que antes.
- 1 Estoy preocupada porque parezco envejecida y poco atractiva.
- 2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractiva.
- 3 Creo que tengo un aspecto horrible.

(15)

- 0 Trabajo igual que antes.
- 1 Me cuesta más esfuerzo de lo habitual empezar a hacer algo.
- 2 Tengo que obligarme a mí misma para hacer algo.
- 3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

(16)

- 0 Duermo tan bien como siempre.
- 1 No duermo tan bien como antes.
- 2 Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.
- 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.

(17)

- 0 No me siento más cansada de lo habitual.
- 1 Me canso más que antes.
- 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3 Estoy demasiado cansada para hacer nada.

(18)

- 0 Mi apetito no ha disminuido.
- 1 No tengo tan buen apetito como antes.
- 2 Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3 He perdido completamente el apetito.

(19)

- 0 No he perdido peso últimamente.
- 1 He perdido más de dos kilos.
- 2 He perdido más de 4 kilos.
- 3 He perdido más de 7 kilos.

(20)

- 0 No estoy preocupada por mi salud.
- 1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, el malestar de estómago o los catarros.
- 2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3 Estoy tan preocupada por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

(21)

- 0 No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1 La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2 Estoy mucho menos interesada por el sexo que antes.
- 3 He perdido totalmente mi interés sexual.

8.5. ANEXO V: BODY SHAPE QUESTIONNAIRE

B.S.Q

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

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

	Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
1. Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?	1	2	3	4	5	6
2. ¿Has estado tan preocupado/a por tu figura que has pensado que deberías ponerte a dieta?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas (culo) son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Has tenido miedo a convertirte en gordo/a (o más gordo/a)?	1	2	3	4	5	6
5. ¿Te ha preocupado el que tu carne no sea suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6
6. ¿Sentirte lleno/a (después de una comida) te ha hecho sentir gordo/a?	1	2	3	4	5	6
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que incluso has llorado por ello?	1	2	3	4	5	6
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara, saltara?	1	2	3	4	5	6
9. ¿Estar con chicos/as delgados/as te ha hecho fijar en tu figura?	1	2	3	4	5	6
10. ¿Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?	1	2	3	4	5	6
11. ¿El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a?	1	2	3	4	5	6

	Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
12. ¿Te has fijado en la figura de otros chicos/as y has comparado la tuya con la de ellos/as desfavorablemente?	1	2	3	4	5	6
13. Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando estás mirando la televisión, leyendo o manteniendo una conversación)?	1	2	3	4	5	6
14. Estar desnudo/a, por ejemplo, cuando te duchas, ¿Te ha hecho sentir gordo/a?	1	2	3	4	5	6
15. ¿Has evitado llevar vestidos o ropa que marcasen tu figura?	1	2	3	4	5	6
16. ¿Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
17. Comer caramelos, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te ha hecho sentir gordo/a?	1	2	3	4	5	6
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?	1	2	3	4	5	6
19. ¿Te has sentido excesivamente gordo/a y lleno/a?	1	2	3	4	5	6
20. ¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
21. La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?	1	2	3	4	5	6
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?	1	2	3	4	5	6
23. ¿Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol?	1	2	3	4	5	6
24. ¿Te ha preocupado que la otra gente vea <i>michelines</i> alrededor de tu cintura?	1	2	3	4	5	6
25. ¿Has pensado que no es justo que otros chicos/as sean más delgados/as que tú?	1	2	3	4	5	6

	Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgado/a?	1	2	3	4	5	6
27. Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo en un autobús, en el cine...)?	1	2	3	4	5	6
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de <i>piel de naranja o celulitis</i> ?	1	2	3	4	5	6
29. Verte reflejado/a en un espejo, ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?	1	2	3	4	5	6
30. ¿Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa hay?	1	2	3	4	5	6
31. ¿Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (por ejemplo, piscinas, duchas, vestidores...)?	1	2	3	4	5	6
32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?	1	2	3	4	5	6
33. ¿Te has fijado más en tu figura cuando estás en compañía de otra gente?	1	2	3	4	5	6
34. ¿LA preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?	1	2	3	4	5	6

8.6. ANEXO VI: TRAUMATIC LIFE EVENTS QUESTIONNAIRE

TLEQ

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

1. ¿Ha experimentado alguna vez un desastre natural (una inundación, huracán, terremoto, etc.)?

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> una vez | <input type="checkbox"/> cuatro veces |
| <input type="checkbox"/> dos veces | <input type="checkbox"/> cinco veces |
| <input type="checkbox"/> tres veces | <input type="checkbox"/> más de 5 veces |

Si esto le ocurrió:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Experimentó temor intenso, desamparo u horror cuando esto sucedió? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| ¿Resultó usted seriamente herido? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| ¿Resultó seriamente herido, o muerto, un ser querido o alguien cercano? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| ¿Pensó que usted o un ser querido estaban en peligro de muerte por el desastre? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |

2. ¿Se ha visto involucrado en un accidente de tráfico por el cual usted recibió atención médica o en el que alguien fue gravemente herido o muerto?

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> una vez | <input type="checkbox"/> cuatro veces |
| <input type="checkbox"/> dos veces | <input type="checkbox"/> cinco veces |
| <input type="checkbox"/> tres veces | <input type="checkbox"/> más de 5 veces |

Si esto le ocurrió:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Experimentó temor intenso, desamparo u horror cuando esto sucedió? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| ¿Resultó usted seriamente herido? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |

3. Se ha visto involucrado en cualquier otro tipo de accidente en el que usted u otro haya resultado gravemente herido? (ejemplos: un accidente de aviación, ahogo, un accidente eléctrico o de maquinaria, una explosión, incendio doméstico, fuga química, sobre exposición a radiación o químicos tóxicos...).

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> una vez | <input type="checkbox"/> cuatro veces |
| <input type="checkbox"/> dos veces | <input type="checkbox"/> cinco veces |
| <input type="checkbox"/> tres veces | <input type="checkbox"/> más de 5 veces |

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor intenso, desamparo u horror cuando esto sucedió?

sí no

¿Resultó usted seriamente herido?

sí no

4. ¿Ha vivido, trabajado o realizado el servicio militar en una zona bélica?

no sí

Si respondió sí: ¿Alguna vez estuvo expuesto a una situación de guerra o combate? (por ejemplo, en los alrededores de un ataque aéreo o tiroteo; ver cómo alguien fue herido o muerto...).

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> una vez | <input type="checkbox"/> cuatro veces |
| <input type="checkbox"/> dos veces | <input type="checkbox"/> cinco veces |
| <input type="checkbox"/> tres veces | <input type="checkbox"/> más de 5 veces |

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor intenso, desamparo u horror cuando esto sucedió?

sí no

¿Resultó usted seriamente herido?

sí no

5. ¿Ha sufrido la muerte repentina e inesperada de un amigo cercano o de un ser querido?

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> una vez | <input type="checkbox"/> cuatro veces |
| <input type="checkbox"/> dos veces | <input type="checkbox"/> cinco veces |
| <input type="checkbox"/> tres veces | <input type="checkbox"/> más de 5 veces |

- ¿Debido a un accidente?..... sí no
- ¿Enfermedad?..... sí no
- ¿Suicidio?..... sí no
- ¿Asesinato?..... sí no

Si esto le ocurrió:

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

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

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> una vez | <input type="checkbox"/> cuatro veces |
| <input type="checkbox"/> dos veces | <input type="checkbox"/> cinco veces |
| <input type="checkbox"/> tres veces | <input type="checkbox"/> más de 5 veces |

Si esto le ocurrió:

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

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

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> una vez | <input type="checkbox"/> cuatro veces |
| <input type="checkbox"/> dos veces | <input type="checkbox"/> cinco veces |
| <input type="checkbox"/> tres veces | <input type="checkbox"/> más de 5 veces |

Si esto le ocurrió:

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

8. ¿Ha sido asaltado, o ha presenciado un robo, en donde el/los asaltante/s utilizó/aron o enseñó/aron un arma?

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces
 tres veces más de 5 veces

Si esto le ocurrió:

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

¿Resultó usted seriamente herido? sí no

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

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces
 tres veces más de 5 veces

Si esto le ocurrió:

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

¿Resultó usted seriamente herido? sí no

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

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> una vez | <input type="checkbox"/> cuatro veces |
| <input type="checkbox"/> dos veces | <input type="checkbox"/> cinco veces |
| <input type="checkbox"/> tres veces | <input type="checkbox"/> más de 5 veces |

Si esto le ocurrió:

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

11. ¿Alguna vez alguien le ha amenazado con matarle o causarle grave daño físico?

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> una vez | <input type="checkbox"/> cuatro veces |
| <input type="checkbox"/> dos veces | <input type="checkbox"/> cinco veces |
| <input type="checkbox"/> tres veces | <input type="checkbox"/> más de 5 veces |

¿Era esta persona un extraño? sí no

¿Un amigo o conocido? sí no

¿Un pariente? sí no

¿Una pareja íntima? sí no

Si esto le ocurrió:

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

12. *Cuando eras menor:* ¿Fuiste castigado físicamente de tal manera que sufriste moratones, quemaduras, cortes o fracturas?

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> una vez | <input type="checkbox"/> cuatro veces |
| <input type="checkbox"/> dos veces | <input type="checkbox"/> cinco veces |
| <input type="checkbox"/> tres veces | <input type="checkbox"/> más de 5 veces |

Si esto le ocurrió:

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

13. *Cuando eras menor: ¿Observaste o escuchaste violencia familiar? (como por ejemplo ver a tu padre golpear a tu madre; o cualquier miembro de tu familia golpear o causar moretones, quemaduras o cortes a otro miembro de la familia...)*

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces
 tres veces más de 5 veces

Si esto le ocurrió:

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

14. *¿Alguna vez su esposo(a), novio(a) o pareja íntima le ha dado una bofetada, puñetazo, patada, paliza o le ha infringido cualquier otro tipo de daño físico?*

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces
 tres veces más de 5 veces

Si esto le ocurrió:

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

¿Resultó usted seriamente herido? sí no

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

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

15. *Antes de cumplir los 13 años: ¿Alguien que era por lo menos 5 años mayor que tú, tocó o acarició tu cuerpo, o te hizo tocar o acariciar el suyo, de manera sexual?*

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces
 tres veces más de 5 veces

- ¿Era esta persona un extraño?..... sí no
 ¿Un amigo o un conocido?..... sí no
 ¿Tu padre, madre o cuidador?..... sí no
 ¿Un pariente?..... sí no
 ¿Hubo amenaza o uso de fuerza?..... sí no
 ¿Fuiste dañado seriamente?..... sí no
 ¿Hubo penetración oral, anal o vaginal?..... sí no

Si esto le ocurrió:

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

16. *Antes de cumplir los 13 años: ¿Alguien cercano a tu edad tocó zonas sexuales de tu cuerpo o te hizo tocar las suyas, en contra de tu voluntad o sin tu consentimiento?*

- no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

- una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces
 tres veces más de 5 veces

- ¿Era esta persona un extraño?..... sí no
 ¿Un amigo o un conocido?..... sí no
 ¿Tu padre, madre o cuidador?..... sí no
 ¿Un pariente?..... sí no
 ¿Hubo amenaza o uso de fuerza?..... sí no
 ¿Fuiste dañado seriamente?..... sí no
 ¿Hubo penetración oral, anal o vaginal?..... sí no

Si esto le ocurrió:

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

17. *Después de cumplir los 13 años y antes de los 18: ¿Alguien tocó zonas sexuales de tu cuerpo o te hizo tocar las suyas, en contra de tu voluntad o sin tu consentimiento?*

- no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

- una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces
 tres veces más de 5 veces

- ¿Era esta persona un extraño?..... sí no
 ¿Un amigo o un conocido?..... sí no
 ¿Tu padre, madre o cuidador?..... sí no
 ¿Un pariente?..... sí no
 ¿Una pareja íntima?..... sí no
 ¿Hubo amenaza o uso de fuerza?..... sí no
 ¿Fuiste dañado seriamente?..... sí no
 ¿Hubo penetración oral, anal o vaginal?..... sí no

Si esto le ocurrió:

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

18. Después de cumplir los 18 años: ¿Alguien tocó zonas sexuales de tu cuerpo o te hizo tocar las suyas, *en contra de tu voluntad o sin tu consentimiento?*

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

- una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces
 tres veces más de 5 veces

- ¿Era esta persona un extraño?..... sí no
 ¿Un amigo o un conocido?..... sí no
 ¿Tu padre, madre o cuidador?..... sí no
 ¿Un pariente?..... sí no
 ¿Una pareja íntima?..... sí no
 ¿Hubo amenaza o uso de fuerza?..... sí no
 ¿Fuiste dañado seriamente?..... sí no
 ¿Hubo penetración oral, anal o vaginal?..... sí no

Si esto le ocurrió:

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

19. ¿Ha sido usted alguna vez objeto de atención sexual indeseada?

(diferente a las experiencias de contacto sexual referidas en los ítems 15, 16, 17 y 18)
 (por ejemplo: toqueteos, agarrones, presión para la realización de favores sexuales, comentarios...)

no sí

- una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces

tres veces más de 5 veces

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

¿Era esta persona un extraño?..... sí no
¿Un amigo o un conocido?..... sí no
¿Tu padre, madre o cuidador?..... sí no
¿Un pariente?..... sí no
¿Un supervisor o compañero de trabajo?..... sí no

Si esto le ocurrió:

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

20. ¿Alguna vez alguien lo ha acechado (en otras palabras, le ha seguido o ha estado al tanto de sus actividades), haciéndole sentir intimidado o preocupado por su seguridad?

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces
 tres veces más de 5 veces

¿Era esta persona un extraño?..... sí no
¿Un amigo o un conocido?..... sí no
¿Tu padre, madre o cuidador?..... sí no
¿Un pariente?..... sí no
¿Una pareja íntima?..... sí no

Si esto le ocurrió:

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

21. ¿Usted, o su pareja íntima, ha sufrido alguna vez un aborto espontáneo?

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces
 tres veces más de 5 veces

Si esto le ocurrió:

- ¿Experimentó temor intenso, desamparo u horror cuando esto sucedió? sí no
¿Ocurrió esto después de haber sido dañado físicamente? sí no

22. ¿Usted, o su pareja íntima, se ha realizado alguna vez un aborto?

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

- una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces
 tres veces más de 5 veces

Si esto le ocurrió:

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

23. ¿Ha experimentado (u observado) cualquier otro acontecimiento que amenazara su vida, le causara serios daños, o que le resultó altamente perturbador o estresante? (por ejemplo: perderse en medio de un bosque o selva; una grave mordida de un animal, la muerte violenta de una mascota; haber sido secuestrado o tomado de rehén; observar un cuerpo mutilado...)

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

- una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces
 tres veces más de 5 veces

Por favor describa la experiencia:

Si esto le ocurrió:

- ¿Experimentó temor intenso, desamparo u horror cuando esto sucedió? sí no
¿Resultó usted seriamente herido? sí no

24. Los acontecimientos enumerados a continuación, corresponden a los ítems 1 al 23 de este cuestionario. Si alguno de estos eventos le ha ocurrido a usted, encierre en un círculo el número *aquel* que le causó mayor perturbación. Asegúrese de escoger sólo uno.

1. Desastre natural
2. Accidente de tráfico
3. "Otro" tipo de accidente
4. Situación de guerra o combate
5. Muerte repentina de un ser querido
6. Evento que ha amenazado la vida, o ha incapacitado a un ser querido
7. Enfermedad que ha amenazado su propia vida
8. Asalto a mano armada
9. Ser golpeado por un extraño o alguien que no conocía mucho
10. Presenciar el serio ataque de un extraño a otro
11. Amenaza de muerte o daño
12. *Cuando menor*: ser castigado físicamente
13. *Cuando menor*: presenciar violencia familiar
14. Ser dañado físicamente por su pareja íntima
15. *Antes de los 13 años*: contacto sexual con alguien por lo menos 5 años mayor
16. *Antes de los 13 años*: contacto sexual indeseado con alguien de edad cercana
17. *Entre los 13 y 18 años*: contacto sexual indeseado.
18. *Como adulto*: contacto sexual indeseado
19. Acoso sexual
20. Acecho
21. Aborto espontáneo
22. Aborto
23. "Otro" evento traumático
24. Ninguno de estos eventos me ha ocurrido a mi

a. ¿Cuándo le ocurrió por primera vez este evento? (Señale su edad o la fecha):

b. ¿Cuándo le ocurrió por última vez este evento? (Intente ser preciso, por ejemplo, señale año, mes, día): _____

c. ¿Cuánta perturbación (ansiedad, preocupación, tristeza, frustración, o pesar) le causó este evento? (Marque con una X la respuesta que mejor represente su experiencia):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido ninguno de estos eventos | <input type="checkbox"/> Perturbación moderada |
| <input type="checkbox"/> No me causó perturbación | <input type="checkbox"/> Considerable perturbación |
| <input type="checkbox"/> Leve perturbación | <input type="checkbox"/> Perturbación extrema |

8.7. ANEXO VII: EATING DISORDER INVENTORY-2

EDI – 2

Instrucciones:

Por favor, lea cuidadosamente estas instrucciones antes de empezar.

Este cuestionario contiene una lista de frases. Lea cada frase con atención y piense si lo que dice describe o no su forma de sentir y actuar respecto a la comida u otros aspectos relacionados.

Si usted está de acuerdo con ella, escoja la respuesta que considera más apropiada es su caso, marcando con una cruz el cuadrante que mejor describa su experiencia. Intente decidirse siempre por una de las opciones, procurando no dejar ninguna respuesta sin contestar.

	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme	0	1	2	3	4	5
2. Creo que mi estómago es demasiado grande	0	1	2	3	4	5
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro	0	1	2	3	4	5
4. Suelo comer cuando estoy disgustado	0	1	2	3	4	5
5. Suelo hartarme de comida	0	1	2	3	4	5
6. Me gustaría ser más joven	0	1	2	3	4	5
7. Pienso en ponerme a dieta	0	1	2	3	4	5
8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes	0	1	2	3	4	5
9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos	0	1	2	3	4	5
10. Me considero una persona poco eficaz	0	1	2	3	4	5
11. Me siento muy culpable cuando como en exceso	0	1	2	3	4	5
12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado	0	1	2	3	4	5
13. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes	0	1	2	3	4	5
14. La infancia es la época más feliz de la vida	0	1	2	3	4	5
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos	0	1	2	3	4	5
16. Me aterroriza la idea de engordar	0	1	2	3	4	5

	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
17. Confío en los demás	0	1	2	3	4	5
18. Me siento solo en la vida	0	1	2	3	4	5
19. Me siento satisfecho en la vida	0	1	2	3	4	5
20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.	0	1	2	3	4	5
21. Suelo estar confuso sobre mis emociones	0	1	2	3	4	5
22. Preferiría ser adulto a ser niño	0	1	2	3	4	5
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás	0	1	2	3	4	5
24. Me gustaría ser otra persona	0	1	2	3	4	5
25. Exagero o doy demasiada importancia al peso	0	1	2	3	4	5
26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento	0	1	2	3	4	5
27. Me siento incapaz	0	1	2	3	4	5
28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer	0	1	2	3	4	5
29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores	0	1	2	3	4	5
30. Tengo amigos íntimos	0	1	2	3	4	5
31. Me gusta la forma de mi trasero	0	1	2	3	4	5
32. Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada	0	1	2	3	4	5
33. No sé que es lo que ocurre en mi interior	0	1	2	3	4	5
34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás	0	1	2	3	4	5
16. Las exigencias de la vida adulta son excesivas	0	1	2	3	4	5
17. Me fastidia no ser el mejor en todo	0	1	2	3	4	5
18. Me siento seguro de mí mismo	0	1	2	3	4	5
19. Suelo pensar en darme un atracón	0	1	2	3	4	5

	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
39. Me alegra haber dejado de ser un niño	0	1	2	3	4	5
40. No sé muy bien cuando tengo hambre o no	0	1	2	3	4	5
41. Tengo mala opinión de mí	0	1	2	3	4	5
42. Creo que no puedo conseguir mis objetivos	0	1	2	3	4	5
43. Mis padres esperaban de mi resultados sobresalientes	0	1	2	3	4	5
44. Temo no poder controlar mis sentimientos	0	1	2	3	4	5
45. Creo que mis caderas son demasiado anchas	0	1	2	3	4	5
46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van	0	1	2	3	4	5
47. Me siento hinchado después de una comida normal	0	1	2	3	4	5
48. Creo que las personas son más felices cuando son niños	0	1	2	3	4	5
49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso	0	1	2	3	4	5
50. Me considero una persona valiosa	0	1	2	3	4	5
51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado	0	1	2	3	4	5
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas	0	1	2	3	4	5
53. Pienso en vomitar para perder peso	0	1	2	3	4	5
54. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado	0	1	2	3	4	5
55. Creo que el tamaño de mis muslos es el adecuado	0	1	2	3	4	5
56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior	0	1	2	3	4	5
57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos	0	1	2	3	4	5
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto	0	1	2	3	4	5
59. Creo que mi trasero es demasiado grande	0	1	2	3	4	5
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo	0	1	2	3	4	5

	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
61. Como o bebo a escondidas	0	1	2	3	4	5
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado	0	1	2	3	4	5
63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos	0	1	2	3	4	5
64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer	0	1	2	3	4	5
65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome	0	1	2	3	4	5
66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas	0	1	2	3	4	5
67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable	0	1	2	3	4	5
68. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales.	0	1	2	3	4	5
69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo	0	1	2	3	4	5
70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento	0	1	2	3	4	5
71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer	0	1	2	3	4	5
72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas	0	1	2	3	4	5
73. Soy comunicativo con la mayoría de la gente	0	1	2	3	4	5
74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado	0	1	2	3	4	5
75. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente	0	1	2	3	4	5
76. La gente comprende mis verdaderos problemas	0	1	2	3	4	5
77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza	0	1	2	3	4	5
78. Comer por placer es signo de debilidad moral	0	1	2	3	4	5
79. Soy propenso a tener ataques de rabia o ira	0	1	2	3	4	5
80. Creo que la gente confía en mí tanto como merezco	0	1	2	3	4	5
81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol	0	1	2	3	4	5
82. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo	0	1	2	3	4	5

	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
83. Los demás dicen que me irrito con facilidad	0	1	2	3	4	5
84. Tengo la sensación de que todo me sale mal	0	1	2	3	4	5
85. Tengo cambios de humor bruscos	0	1	2	3	4	5
86. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo	0	1	2	3	4	5
87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás	0	1	2	3	4	5
88. el sufrimiento te convierte en una persona mejor	0	1	2	3	4	5
89. Sé que la gente me aprecia	0	1	2	3	4	5
90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo	0	1	2	3	4	5
91. Creo que realmente sé quien soy	0	1	2	3	4	5

POR FAVOR, COMPRUEBE QUE NO HA DEJADO NINGUNA FRASE SIN CONTESTAR.

8.8. ANEXO VIII: STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY

STAI

Instrucciones:

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo **SE SIENTE Vd. AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas ni buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado				
2. Me siento seguro				
3. Estoy tenso				
4. Estoy contrariado				
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)				
6. Me siento alterado				
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras				
8. Me siento descansado				
9. Me siento angustiado				
10. Me siento confortable				
11. Tengo confianza en mí mismo				
12. Me siento nervioso				
13. Estoy desasosegado				
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)				
15. Estoy relajado				
16. Me siento satisfecho				
17. Estoy preocupado				
18. Me siento aturdido y sobreexcitado				
19. Me siento alegre				
20. En este momento me siento bien				

Instrucciones:

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo **SE SIENTE Vd. EN GENERAL**, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas ni buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	CASI NUNCA	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien				
22. Me canso rápidamente				
23. Siento ganas de llorar				
24. Me gustaría ser tan feliz como otros				
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto				
26. Me siento descansado				
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30. Soy feliz				
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente				
32. Me falta confianza en mí mismo				
33. Me siento seguro				
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades				
35. Me siento triste (melancólico)				
36. Estoy satisfecho				
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia				
38. Me afectan tanto los engaños, que no puedo olvidarlos				
39. Soy una persona estable				
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado				

8.9. ANEXO IX: DESCRIPCIÓN DE LAS PARTICIPANTES EXCLUIDAS EN SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA, PSICOPATOLOGÍA GENERAL, AUTOESTIMA Y PERSONALIDAD

En el presente anexo se muestran los datos descriptivos obtenidos por las mujeres de las tres condiciones diagnósticas del estudio (estudiantes universitarias, pacientes con trastornos alimentarios y pacientes psiquiátricas sin TCA) que han sido excluidas de los análisis para examinar la relación entre el abuso infantil y la conducta alimentaria, la psicopatología general, la autoestima y ciertas características de personalidad, por haber sido abusadas sexualmente sólo en la edad adulta ($> \text{ó} = 18$ años). Asimismo, se presentan también los datos descriptivos exhibidos por las mujeres excluidas de los citados análisis por haber sido víctimas de abuso físico, exclusivamente cuando eran adultas.

En concreto, del total inicial de 263 mujeres víctimas de algún tipo de abuso (físico y/o sexual) sufrido en cualquier etapa de su vida (infancia y/o edad adulta), 23 de ellas informaron haber sufrido abuso sexual en la etapa adulta únicamente y 37, refirieron haber sufrido maltrato físico sólo en la edad adulta; consecuentemente, estas participantes ($n = 60$) se excluyeron del estudio porque, a pesar de haber sido victimizadas en la edad adulta, nunca lo fueron durante la etapa infantil. Más concretamente, se excluyeron 23 participantes victimizadas sexualmente sólo en la edad adulta (10 estudiantes universitarias y 13 pacientes con TCA) y a 37, por haber sufrido abuso físico durante la edad adulta exclusivamente (23 estudiantes universitarias, 8 pacientes con TCA y 6 pacientes psiquiátricas sin TCA).

8.9.1. DESCRIPCIÓN DE LAS MUJERES EXCLUIDAS POR PRESENTAR ABUSO SEXUAL SÓLO EN LA EDAD ADULTA

A continuación, en las Tablas 8.1 y 8.2 se presentan los datos descriptivos relativos a aspectos generales, actitudinales y comportamentales característicos de los trastornos alimentarios de aquellas mujeres que han sido excluidas por haber sufrido abuso de tipo sexual en la edad adulta. Destacar que en esta ocasión, sólo se pueden mostrar los datos descriptivos correspondientes a las estudiantes universitarias y a las pacientes con algún trastorno alimentario, debido a la inexistencia de mujeres victimadas sexualmente en la edad adulta exclusivamente en el grupo de pacientes con otra psicopatología sin TCA.

Tabla 8.1. Descripción del grupo de mujeres excluidas del grupo comunitario y del grupo clínico con TCA por presentar abuso sexual sólo en la edad adulta en los aspectos generales y actitudinales asociados a los trastornos alimentarios

Variable/Escala	Grupo	n	Mínimo	Máximo	M	DE	Md	Amplitud Intercuartil
Aspectos generales								
IMC	Universitarias	10	17,91	25,28	21,42	2,52	20,69	4,23
	Pacientes TCA	13	14,20	34,67	20,65	5,49	19,84	8,03
Aspectos actitudinales								
EDE-Q Restricción alimentaria	Universitarias	10	0,00	4,0	1,34	1,50	0,80	2,55
	Pacientes TCA	13	0,00	6,0	4,74	1,67	5,20	1,60
Preocupación por la ingesta	Universitarias	10	0,00	3,4	0,64	1,08	0,20	1,20
	Pacientes TCA	13	2,0	5,6	3,88	1,00	3,80	1,40
Preocupación por el peso	Universitarias	10	0,20	4,2	1,66	1,27	1,10	1,60
	Pacientes TCA	13	1,2	6,0	4,40	1,41	4,40	2,10
Preocupación por la silueta	Universitarias	10	0,13	5,6	1,74	1,68	1,13	1,81
	Pacientes TCA	13	2,3	6,0	5,11	1,19	5,75	1,69
EDE-Q Escala Global	Universitarias	10	0,14	4,3	1,34	1,29	0,93	1,65
	Pacientes TCA	13	2,1	5,7	4,53	1,12	4,81	1,24
EDI-2 Obsesión por la delgadez	Universitarias	10	0	18	4,60	5,56	4,00	7
	Pacientes TCA	13	4	21	14,54	5,65	15,00	10
EDI-2-Bulimia	Universitarias	10	0	3	0,90	1,10	0,50	2
	Pacientes TCA	13	0	16	6,92	5,81	5,00	12

Tabla 8.2. Descripción del grupo de mujeres excluidas del grupo comunitario y del grupo clínico con TCA por presentar abuso sexual sólo en la edad adulta en los aspectos comportamentales asociados a los trastornos alimentarios

Aspectos comportamentales claves de los trastornos alimentarios	Universitarias		Pacientes con TCA	
	<i>n</i> = 10	%	<i>n</i> = 13	%
Episodios de atracón objetivo ^a	5	50	11	84,6
Episodios de atracón subjetivo ^b	3	30	9	69,2
Restricción alimentaria ^c	0	0	9	69,2
Vómito autoinducido ^d	0	0	10	76,9
Abuso de laxantes ^e	0	0	4	30,8
Abuso de diuréticos ^f	1	10	2	15,4
Ejercicio físico intenso ^g	1	10	4	30,8

^{ab} Ocurrencia al menos una vez en el último mes

^{def} Ocurrencia en promedio al menos una vez a la semana en el último mes

^c Ocurrencia en promedio 3 o más veces a la semana en el último mes

^g Ocurrencia en promedio 5 o más veces a la semana en el último mes

En la Tabla 8.3, se muestran los resultados descriptivos presentados por las estudiantes universitarias y las pacientes con TCA que se han excluido por haber sufrido abuso sexual sólo en la edad adulta en las variables referidas a insatisfacción corporal, psicopatología general, autoestima y características de personalidad.

Tabla 8.3. Descripción del grupo de mujeres excluidas del grupo comunitario y del grupo clínico con TCA por presentar abuso sexual sólo en la edad adulta en los aspectos relativos a insatisfacción corporal, psicopatología general, autoestima y características de personalidad

Escala	Grupo	n	Mínimo	Máximo	M	DE	Md	Amplitud Intercuartil
Insatisfacción corporal								
BSQ	Universitarias	10	37	164	85,70	36,39	84,00	50
Insatisfacción corporal	Pacientes	13	84	189	152,46	37,57	166,00	68
	TCA							
EDI-2-	Universitarias	10	0	21	9,00	8,47	8,00	18
Insatisfacción Corporal	Pacientes							
	TCA	13	8	27	19,85	6,40	21,00	13
Psicopatología general								
Depresión	Universitarias	10	2	34	12,40	10,47	10,50	16
	Pacientes	13	2	50	28,00	15,40	31,00	29
Ansiedad Estado	TCA							
	Universitarias	10	3	32	19,40	9,40	19,50	17
Ansiedad Rasgo	Pacientes	13	13	59	37,54	15,40	41,00	28
	TCA							
Ansiedad Rasgo	Universitarias	10	8	37	25,50	8,16	26,00	11
	Pacientes	13	17	60	40,77	12,91	41,00	17
TCA								
Autoestima y características de personalidad								
Autoestima	Universitarias	10	20	37	28,40	5,44	27,50	9
	Pacientes	13	14	29	23,15	4,38	24,00	6
EDI-2- Ineficacia	TCA							
	Universitarias	10	1	11	4,70	3,09	4,00	5
EDI-2- Perfeccionismo	Pacientes	13	4	27	14,38	7,36	15,00	13
	TCA							
EDI-2- Desconfianza Interpersonal	Universitarias	10	0	12	4,20	3,82	3,50	6
	Pacientes	13	1	15	5,23	3,79	6,00	4
EDI-2- Conciencia Interoceptiva	TCA							
	Universitarias	10	0	10	2,30	3,27	1,00	4
EDI-2- Miedo a la Madurez	Pacientes	13	2	15	8,46	4,29	8,00	6
	TCA							
EDI-2- Ascetismo	Universitarias	10	0	10	3,00	3,92	1,00	7
	Pacientes	13	2	23	11,38	6,29	12,00	10
EDI-2- Regulación de Impulsos	TCA							
	Universitarias	10	0	20	6,60	6,11	3,50	8
EDI-2- Inseguridad Social	Pacientes	13	0	13	5,77	4,53	7,00	9
	TCA							
EDI-2- Ascetismo	Universitarias	10	0	16	3,00	4,74	2,00	3
	Pacientes	13	1	24	8,69	5,98	8,00	8
EDI-2- Regulación de Impulsos	TCA							
	Universitarias	10	0	12	4,40	4,95	3,00	9
EDI-2- Inseguridad Social	Pacientes	13	0	25	8,00	7,21	5,00	11
	TCA							
EDI-2- Inseguridad Social	Universitarias	10	0	11	3,60	3,50	3,50	6
	Pacientes	13	0	17	10,69	5,99	9,00	11
EDI-2- Inseguridad Social	TCA							

8.9.2. DESCRIPCIÓN DE LAS MUJERES EXCLUIDAS POR PRESENTAR ABUSO FÍSICO SÓLO EN LA EDAD ADULTA

En la Tabla 8.4 y la Tabla 8.5, se presentan los datos descriptivos obtenidos por las mujeres de los tres grupos de estudio (universitarias, pacientes con TCA y pacientes con otra psicopatología) que han sido excluidas por presentar abuso físico en la edad adulta en ciertos aspectos generales, actitudinales y comportamentales relativos a la psicopatología alimentaria.

Tabla 8.4. Descripción del grupo de mujeres excluidas de las tres condiciones diagnósticas por presentar abuso físico sólo en la edad adulta en los aspectos relativos a los aspectos generales y actitudinales asociados a los trastornos alimentarios

Variable/Escala	Grupo	n	Mínimo	Máximo	M	DE	Md	Amplitud Intercuartil
Aspectos generales								
IMC	Universitarias	23	17,58	23,46	20,14	1,82	19,96	2,84
	Pacientes	8	13,97	21,22	17,85	3,12	18,27	6,05
	TCA							
	Psiquiátricas	6	18,34	22,60	19,80	1,53	19,22	2,16
Aspectos actitudinales								
EDE-Q Restricción alimentaria	Universitarias	23	0,00	5,0	1,24	1,67	0,60	1,80
	Pacientes	8	2,2	6,0	4,73	1,29	5,10	1,95
	Psiquiátricas	6	0,00	2,4	0,87	0,92	0,70	1,65
EDE-Q Preocupación por la ingesta	Universitarias	23	0,00	3,6	0,66	0,96	0,40	0,80
	Pacientes	8	1,2	5,0	3,78	1,39	4,20	2,20
	Psiquiátricas	6	0,00	0,60	0,27	0,24	0,30	0,45
EDE-Q Preocupación por el peso	Universitarias	23	0,00	4,8	1,28	1,34	1,00	1,40
	Pacientes	8	3,8	6,0	5,20	0,81	5,30	1,50
	Psiquiátricas	6	0,00	1,4	0,60	0,57	0,40	1,10
EDE-Q Preocupación por la silueta	Universitarias	23	0,00	5,5	1,58	1,55	1,00	2,13
	Pacientes	8	4,4	5,6	5,09	0,51	5,31	1,03
	Psiquiátricas	6	0,38	1,6	1,04	0,58	1,19	1,16
EDE-Q Escala Global	Universitarias	23	0,03	4,6	1,19	1,26	0,64	1,89
	Pacientes	8	3,3	5,6	4,70	0,84	4,86	1,50
	Psiquiátricas	6	0,19	1,2	0,69	0,37	0,71	0,73
EDI-2 Obsesión por la delgadez	Universitarias	23	0	20	3,35	5,62	0,00	4
	Pacientes	8	0	20	15,75	6,59	17,50	4
	TCA							
EDI-2-Bulimia	Psiquiátricas	6	0	7	2,50	2,59	1,50	4
	Universitarias	23	0	3	0,35	0,89	0,00	0
	Pacientes	8	0	16	4,75	5,70	3,00	9
	TCA							
	Psiquiátricas	6	0	0	0,00	0,00	0,00	0

Tabla 8.5. Descripción del grupo de mujeres excluidas de las tres condiciones diagnósticas por presentar abuso físico sólo en la edad adulta en los aspectos comportamentales claves asociados a los trastornos alimentarios

Aspectos comportamentales claves de los trastornos alimentarios	Universitarias		Pacientes con TCA		Psiquiátricas sin TCA	
	n = 23	%	n = 8	%	n = 6	%
Episodios de atracón objetivo ^a	8	34,8	6	75	0	0
Episodios de atracón subjetivo ^b	3	13,0	6	75	0	0
Restricción alimentaria ^c	2	8,7	6	75	0	0
Vómito autoinducido ^d	1	4,3	6	75	0	0
Abuso de laxantes ^e	0	0	1	12,5	0	0
Abuso de diuréticos ^f	1	4,3	2	25	0	0
Ejercicio físico intenso ^g	1	4,3	1	12,5	0	0

^{ab} Ocurrencia al menos una vez en el último mes

^{def} Ocurrencia en promedio al menos una vez a la semana en el último mes

^c Ocurrencia en promedio 3 o más veces a la semana en el último mes

^g Ocurrencia en promedio 5 o más veces a la semana en el último mes

En la Tabla 8.6 que se presenta a continuación, se exhiben los datos descriptivos relativos a la psicopatología general y a ciertos aspectos de personalidad de las mujeres de los tres grupos de estudio excluidas de los análisis por haber sufrido maltrato físico sólo en la edad adulta.

Tabla 8.6. Descripción del grupo de mujeres excluidas de las tres condiciones diagnósticas por presentar abuso físico sólo en la edad adulta, en los aspectos relativos a insatisfacción corporal, psicopatología general, autoestima y características de personalidad

Escala	Grupo	n	Mínimo	Máximo	M	DE	Md	Amplitud Intercuartil
Insatisfacción corporal								
BSQ Insatisfacción corporal	Universitarias	18	39	150	67,56	32,48	56,00	40
	Pacientes TCA	8	101	180	146,63	25,78	151,00	41
	Psiquiátricas	6	50	131	81,33	30,53	80,50	55
EDI-2- Insatisfacción corporal	Universitarias	23	0	22	4,39	6,24	2,00	5
	Pacientes TCA	8	8	24	16,25	5,39	14,50	9
	Psiquiátricas	6	1	11	4,83	3,87	4,00	6
Psicopatología general								
Depresión	Universitarias	23	0	29	8,65	6,87	8,00	7
	Pacientes TCA	8	14	52	32,50	10,82	31,50	11
	Psiquiátricas	6	20	45	27,83	8,93	25,00	11
	Universitarias	23	8	35	22,35	5,92	22,00	5
Ansiedad Estado	Pacientes TCA	8	14	48	41,00	11,26	44,50	7
	Psiquiátricas	6	28	45	38,83	5,91	39,50	8

Ansiedad Rasgo	Universitarias	23	10	49	25,83	7,72	25,00	6
	Pacientes	8	16	52	43,75	11,74	48,50	8
	TCA	6	31	47	38,83	7,00	39,00	14
Autoestima y características de personalidad								
Autoestima	Universitarias	23	21	40	31,52	5,28	31,00	7
	Pacientes	8	12	28	21,75	5,15	23,50	7
	TCA	6	21	32	24,67	3,93	24,00	5
EDI-2-Ineficacia	Universitarias	23	1	16	4,52	3,67	3,00	3
	Pacientes	8	3	22	13,13	6,79	14,00	13
	TCA	6	4	14	7,17	3,82	6,50	6
EDI-2-Perfeccionismo	Universitarias	23	0	14	4,22	4,06	3,00	4
	Pacientes	8	2	14	7,25	4,03	7,00	7
	TCA	6	0	9	2,83	3,43	2,00	5
EDI-2-Desconfianza interpersonal	Universitarias	23	0	9	1,91	2,76	1,00	3
	Pacientes	8	0	11	4,00	4,00	3,00	7
	TCA	6	1	9	4,083	3,25	5,50	7
EDI-2-Conciencia interoceptiva	Universitarias	23	0	14	2,22	4,02	0,00	2
	Pacientes	8	0	18	10,75	5,99	12,50	9
	TCA	6	0	8	3,17	2,79	3,00	4
EDI-2-Miedo a la Madurez	Universitarias	23	0	18	3,61	3,93	3,00	4
	Pacientes	8	0	21	11,25	7,44	13,00	13
	TCA	6	5	22	9,33	6,44	6,50	7
EDI-2-Ascetismo	Universitarias	23	0	5	1,87	1,66	1,00	3
	Pacientes	8	3	17	8,25	6,48	4,50	13
	TCA	6	1	3	2,00	0,89	2,00	2
EDI-2-Regulación de Impulsos	Universitarias	23	0	18	2,39	4,34	0,00	3
	Pacientes	8	0	13	6,50	4,50	6,50	8
	TCA	6	0	13	3,00	5,29	0,00	7
EDI-2- Inseguridad Social	Universitarias	23	0	12	2,57	3,23	1,00	5
	Pacientes	8	2	19	10,00	6,16	9,50	12
	TCA	6	1	12	6,67	3,88	7,00	7