

# Personalidad y psicopatología en el Trastorno por atracón

Montserrat, Giner Lladós

Dipòsit Legal: B.37535-2011

<http://hdl.handle.net/10803/48513>

**ADVERTIMENT.** La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX ([www.tesisenxarxa.net](http://www.tesisenxarxa.net)) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

**ADVERTENCIA.** La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR ([www.tesisenred.net](http://www.tesisenred.net)) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

**WARNING.** On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX ([www.tesisenxarxa.net](http://www.tesisenxarxa.net)) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



# **Personalidad y psicopatología en el Trastorno por atracón**

---

TESIS DOCTORAL  
Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

Montse Giner Lladós

Directores:  
Dr. Joaquín Tomás Sábado  
Dra. María Fernández Capo

Barcelona, Junio 2011



A Quique y a María, que me habéis acompañado en todo momento con un estimulante empuje. Sin vosotros y sin vuestro apoyo incondicional e ilusionado,

este proyecto hubiera carecido de sentido.

A mi padre quién impulsó el inicio de esta trayectoria y siempre me ha alentado en los proyectos de largo alcance.

A mi madre gracias a quién he aprendido el valor trascendente de las cosas pequeñas y que con su ejemplo, me sigue enseñando...



## Agradecimientos

Deseo expresar mi más sincera gratitud al Dr. Joaquín Tomás-Sábado, por transmitirme su sabiduría y rigor metodológico, por darme el testimonio de lo que es un gran investigador y un verdadero maestro.

A la Dra. María Fernández Capo por su tarea de revisión y a la Dra. Pilar Gual García, a ambas, por enseñarme y transmitirme la experiencia clínica e investigadora en el campo de la patología alimentaria y por la confianza en mi práctica terapéutica.

A Mercè Criado, por estar siempre en los detalles y vivir este proyecto como propio. Gracias a su indudable aportación, esta investigación ha podido llevarse a cabo.

A todas aquellas personas, especialmente a toda mi familia, que han contribuido y han apoyado la iniciativa y realización de la presente investigación. A Carla Mediano y a Mercè Giner por aportar el sentido familiar de implicación.

A la Dra. Cristina Monforte Royo, por acompañarme en esta trayectoria con su, siempre, dispuesta colaboración. A Montse Girabent por estar siempre que la he necesitado. Al "*grupo Tamarindos*" con el que seguiremos compartiendo inquietudes.

Finalmente, un merecido reconocimiento y gratitud al personal del centro ABB y en especial a sus pacientes, auténticos protagonistas de esta labor investigadora, de los que nunca se termina de aprender y que con su predisposición a colaborar, permiten avanzar en los propósitos de mejoras terapéuticas en el campo de las patologías alimentarias.



## LISTADO DE ABREVIATURAS

<b>AN</b>	Anorexia Nerviosa
<b>ANP</b>	Anorexia Nerviosa Purgativa
<b>ANR</b>	Anorexia Nerviosa Restrictiva
<b>APA</b>	Asociación de Psiquiatría Americana
<b>BAT</b>	<i>Body Attitude Test</i>
<b>BDI</b>	<i>Beck Depresión Inventory</i>
<b>BED</b>	<i>Binge Eating Disorder</i> (denominación originaria del trastorno por atracón)
<b>BES</b>	<i>The Binge Eating Scale</i>
<b>BIS</b>	<i>Barrat Impulsiveness Scale</i>
<b>BITE</b>	<i>Bulimic Investigatory Test Edinburgh</i>
<b>BN</b>	Bulimia Nerviosa
<b>BNnoP</b>	Bulimia Nerviosa no Purgativa
<b>BNP</b>	Bulimia Nerviosa Purgativa
<b>BSQ</b>	<i>Body Shape Questionnaire</i>
<b>BULIT</b>	<i>Bulimia Test</i>
<b>BULIT-R</b>	Versión revisada de <i>Bulimia Test</i>
<b>C-BEDS</b>	<i>Children`s Binge Eating Disorder Scale</i>
<b>Centre ABB</b>	Centre de Prevenció i Tractament Anorexia, Bulímia Barcelona
<b>CES</b>	<i>Compulsive Eating Scale</i>
<b>ChEDE</b>	<i>Eating Disorders Examination adapted for children</i>
<b>CI</b>	Consentimiento informado
<b>CID-I</b>	<i>Composite Internacional Diagnostic Interview</i>
<b>CIE</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades
<b>DEBQ</b>	<i>Dutch Eating Behavior Questionnaire</i>
<b>DSM</b>	<i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders</i>
<b>EAT -40</b>	<i>The Eating Attitudes Test</i>
<b>EAT- 26</b>	Versión abreviada del EAT-40
<b>EDE</b>	<i>Eating Disorders Examination</i>
<b>EDE-Q</b>	<i>Eating Disorders Examination-self-report questionnaire</i>
<b>EDI</b>	<i>Eating Disorder Inventory</i>
<b>EDI-2</b>	Segunda versión del EDI
<b>EDNOS</b>	<i>Eating disorders not otherwise specified</i> (denominación originaria de TCANE)
<b>EES</b>	<i>Emocional Eating Scale</i>
<b>EHQ</b>	<i>Eating Hedonic Questionnaire</i>
<b>FCI</b>	<i>Food Craving Inventory</i>
<b>FES</b>	<i>Family Environment Scale</i>
<b>FSQ</b>	<i>Functional Status Questionnaire</i>
<b>GPC</b>	Guía Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud
<b>HAM- A</b>	Escala Hamilton para la ansiedad
<b>HAM- D</b>	Escala Hamilton para la depresión
<b>ICD</b>	<i>Impulsive Control Disorder</i>
<b>IMC</b>	Índice de Masa Corporal
<b>MCMi</b>	<i>Millon Clinical Multiaxial Inventory</i>
<b>MIPS</b>	Inventario Millon de Estilos de Personalidad
<b>MMPI-I</b>	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i>
<b>MMPI-2</b>	Segunda versión del MMPI
<b>NES</b>	<i>Night Eating Disorder</i>
<b>NHP</b>	<i>Nottingham Health Profile</i>
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud (WHO denominación inglesa)

<b>ORF</b>	<i>Oxford Risk Factor Interview</i>
<b>QEWPR</b>	<i>Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised</i>
<b>RS</b>	<i>Restraint Scale</i>
<b>SCID-II</b>	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis II</i>
<b>SCL-90</b>	<i>Symptom Checklist -90</i>
<b>SCL-90-R</b>	Versión revisada del SCL-90
<b>SCOFF</b>	<i>Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire</i>
<b>SCOFF-c</b>	Versión catalana del SCOFF
<b>SEBQ</b>	<i>Stanford Eating Behavior Questionnaire</i>
<b>SEEDO</b>	Sociedad Española para el estudio de la Obesidad
<b>SubTA-</b>	Cuadro incompleto de trastorno por atracón
<b>TA</b>	Trastorno por atracón
<b>TAS</b>	<i>Toronto Alexithymia Scale</i>
<b>TCA</b>	Trastorno de la conducta alimentaria
<b>TCANE</b>	Trastorno de la conducta alimentaria no especificado
<b>TCI</b>	<i>Temperament and Character Inventory</i>
<b>TFEQ</b>	<i>The Three-Factor Eating Questionnaire</i>
<b>TIC</b>	Trastorno por ingesta compulsiva
<b>TMI</b>	<i>Test Meal Intake</i>
<b>TP</b>	Trastorno de personalidad
<b>VPN</b>	Valor predictivo negativo
<b>VPP</b>	Valor predictivo positivo
<b>WPEQ</b>	<i>Weight Perception Evaluation Questionnaire</i>

---

## Índice general

---



<b>RESUMEN</b> .....	17
<b>I-INTRODUCCIÓN</b>	
1- TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) .....	21
1.1-ANOREXIA NERVIOSA (AN) y BULIMIA NERVIOSA (BN) .....	24
1.1.1- Diagnóstico y clínica de la AN .....	24
1.1.2- Diagnóstico y clínica de la BN .....	26
1.2- TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS (TCANE) .....	29
1.2.1- Trastorno por atracón (TA) .....	30
1.2.1.1- Concepto y referencias históricas .....	30
1.2.1.2- Epidemiología en el trastorno por atracón .....	36
1.2.1.3- Etiopatogenia en el trastorno por atracón .....	37
1.2.1.4- Criterios diagnósticos del trastorno por atracón .....	39
1.2.1.5- Diagnóstico diferencial .....	41
1.2.1.6- Trastorno por atracón y obesidad .....	45
1.3- INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN EL TRASTORNO POR ATRACÓN .....	53
1.3.1- Entrevistas semi-estructuradas .....	53
1.3.2- Instrumentos de cribaje en los TCA .....	54
1.3.3- Instrumentos de evaluación de actitudes frente a la comida .....	57
1.3.4- Instrumentos de evaluación de conductas bulímicas .....	59
1.3.5- Instrumentos de medición de la satisfacción con la propia imagen corporal .....	62
1.3.6- Instrumentos de evaluación de los aspectos emocionales en el comer .....	64
1.3.7- Instrumentos de evaluación de la calidad de vida y salud general .....	64
1.3.8- Instrumentos de evaluación del TA en niños .....	65
2- PERSONALIDAD .....	66
2.1- CONCEPTUAIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD .....	66
2.2- MODELO DE LA PERSONALIDAD DE THEODORE MILLON .....	71
2.2.1- Fundamentos conceptuales y clínicos. Teoría del aprendizaje biosocial .....	73
2.2.2- Clasificación de la gravedad de la personalidad .....	74
2.3- INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD UTILIZADOS EN LOS TCA .....	76
3- REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE EL TRASTORNO POR ATRACÓN .	82
3.1- DELIMITACIÓN DIAGNÓSTICA .....	85
3.1.1- Controversias en relación al estudio del trastorno por atracón ...	85
3.1.1.1- Estudios comparativos con la bulimia nerviosa .....	86
3.1.2- Validez diagnóstica: síndrome completo o parcial .....	89

3.2- ETIOPATOGENIA .....	91
3.2.1- Antecedentes de TCA .....	91
3.2.2- Factores de riesgo .....	91
3.2.3- Aspectos familiares .....	92
3.3- SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA .....	93
3.3.1- Preocupación por el peso y la silueta .....	93
3.3.2- Restricción alimentaria .....	95
3.3.3- Tipo de ingesta en el atracón .....	97
3.3.4- Relación con el sobrepeso y la obesidad .....	99
3.4- PERSONALIDAD .....	101
3.4.1- Aspectos de la personalidad .....	101
3.4.2- Baja autoestima y alexitimia .....	101
3.5- COMORBILIDAD .....	102
3.5.1- Trastornos de la personalidad .....	102
3.5.2- Trastornos afectivos .....	103
3.5.3- Impulsividad .....	105
3.5.4- Conductas adictivas .....	106
3.6- EVOLUCIÓN SINTOMATOLÓGICA .....	107
3.6.1- Curso natural y cronicidad .....	107
3.6.2- Calidad de vida .....	108
3.6.3- Perspectivas de tratamiento .....	109
 <b>II- OBJETIVOS E HIPÓTESIS</b>	
1- OBJETIVOS DEL ESTUDIO .....	115
2- HIPÓTESIS .....	117
 <b>III-METODOLOGÍA</b>	
1- SUJETOS Y MÉTODOS .....	121
1.1- CONDICIONES DE ESTUDIO .....	121
1.2- SELECCIÓN DE LA MUESTRA .....	121
2- RECOGIDA DE INFORMACIÓN .....	123
2.1- CUESTIONARIO INTEGRADO PARA PACIENTES CON TCA .....	123
2.2- INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN .....	125
2.2.1- Escalas de evaluación de sintomatología alimentaria .....	125
2.2.1.1- Eating Attitudes Test (EAT-40) .....	125
2.2.1.2- Eating Disorder Inventory (EDI-2) .....	126
2.2.2- Cuestionario de evaluación de personalidad Inventario Clínico Multiaxial de Millon /MCMI-II) .....	127
2.2.3- Escalas de evaluación de sintomatología depresiva y ansiosa ...	130
2.2.3.1- Escala Hamilton para la ansiedad (HAM-A) .....	130
2.2.3.2- Escala Hamilton para la depresión (HAM-D) .....	131
3- ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS .....	132

4- ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	133
5- LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	133
<b>IV- RESULTADOS</b>	
1- ANÁLISIS DESCRIPTIVO .....	137
1.1- VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS .....	137
1.2- ANTECEDENTES FAMILIARES .....	138
1.3- ANTECEDENTES PERSONALES .....	141
1.4- HISTORIA DE LA ENFERMEDAD .....	143
1.5- BATERÍA PSICOMÉTRICA .....	147
2- ANÁLISIS INFERENCIAL .....	152
<b>V- DISCUSIÓN</b> .....	165
<b>VI- CONCLUSIONES</b> .....	181
<b>VII- LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN</b> .....	185
<b>VIII- REFERENCIAS</b> .....	191
<b>IX- ANEXOS</b> .....	237



## LISTADO DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) según DSM-III R (APA, 1987) . . . . .	23
<b>Tabla 2</b> Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) según DSM-IV-TR (APA, 2001) . . . . .	24
<b>Tabla 3</b> Criterios diagnósticos de los trastornos alimentarios no especificados (TCANE) según DSM-IV (APA, 1994) . . . . .	29
<b>Tabla 4</b> Criterios de investigación para el trastorno por atracón según DSM-IV (APA, 1994) . . . . .	40
<b>Tabla 5</b> Criterios provisionales de investigación para el diagnóstico del TA en niños (Marcus y Kalarchian, 2003) . . . . .	40
<b>Tabla 6</b> Criterios diagnósticos diferenciales del TA respecto a BN según criterios del DSM-IV-TR (APA, 2001) para la bulimia . . . . .	44
<b>Tabla 7</b> Principios para conceptualizar la personalidad y sus trastornos según el modelo de Millon (Millon y Davis, 2000, p.7) . . . . .	72
<b>Tabla 8</b> Estudios sobre tratamiento farmacológico en el TA . . . . .	111
<b>Tabla 9</b> Estudios sobre tratamiento farmacológico y psicoterapéutico en el TA . . . . .	111
<b>Tabla 10</b> Batería psicométrica empleada en la recogida de información . . . . .	123
<b>Tabla 11</b> Variables que integran el cuestionario de la recogida de datos . . . . .	124
<b>Tabla 12</b> Estadísticos descriptivos de la variable edad por grupos diagnósticos . . . . .	137
<b>Tabla 13</b> Variables sociodemográficas por grupos diagnósticos . . . . .	138
<b>Tabla 14</b> Pacientes con hijos por grupos diagnósticos . . . . .	139
<b>Tabla 15</b> Número de hijos y hermanos de las pacientes por grupos diagnósticos . . . . .	139

<b>Tabla 16</b>	Estado civil de los padres de las pacientes por grupos diagnósticos . . . . .	139
<b>Tabla 17</b>	Familiares con antecedentes de TCA y psiquiátricos por grupos diagnósticos . . . . .	140
<b>Tabla 18</b>	Antecedentes familiares adicción al alcohol o sustancias por grupos diagnósticos . . . . .	141
<b>Tabla 19</b>	Antecedentes familiares de obesidad por grupos diagnósticos . . . . .	141
<b>Tabla 20</b>	Antecedentes personales de patología alimentaria por grupos diagnósticos . . . . .	141
<b>Tabla 21</b>	Antecedentes personales psiquiátricos y de adicción por grupos diagnósticos . . . . .	142
<b>Tabla 22</b>	Antecedentes personales de obesidad por grupos diagnósticos . . . . .	142
<b>Tabla 23</b>	Acontecimientos vitales negativos por grupos diagnósticos . . . . .	143
<b>Tabla 24</b>	Medias del peso (Kg.) de las pacientes en el momento de rellenar el protocolo . . . . .	143
<b>Tabla 25</b>	Valores de IMC de las pacientes por grupos diagnósticos . . . . .	144
<b>Tabla 26</b>	Clasificación por grupos de IMC de las pacientes según grupos diagnósticos . . . . .	144
<b>Tabla 27</b>	Síntomas conductuales en las pacientes por grupos diagnósticos . . . . .	145
<b>Tabla 28</b>	Frecuencia del consumo de tabaco y alcohol por grupos diagnósticos . . . . .	145
<b>Tabla 29</b>	Intervenciones quirúrgicas por grupos diagnósticos . . . . .	146
<b>Tabla 30</b>	Estado cognitivo-afectivo de las pacientes por grupos diagnósticos . . . . .	147
<b>Tabla 31</b>	Conductas de impulsividad en las pacientes por grupos diagnósticos . . . . .	147
<b>Tabla 32</b>	Medias de las puntuaciones globales del EAT-40 por grupos diagnósticos . . . . .	148
<b>Tabla 33</b>	Puntuaciones medias en las escalas del EDI-2 por grupos diagnósticos . . . . .	149

<b>Tabla 34</b>	Puntuaciones medias de las escalas del MCMI-II por grupos diagnósticos . . . . .	150
<b>Tabla 35</b>	Puntuaciones medias en HAM-A y HAM-D por grupos diagnósticos . . . . .	151
<b>Tabla 36</b>	Comparación de la variable edad en BN y TA . . . . .	152
<b>Tabla 37</b>	Descripción y análisis de las características sociodemográficas y familiares en BN y TA . . . . .	153
<b>Tabla 38</b>	Patología familiar: antecedentes de TCA, trastornos alimentarios, adicciones y obesidad . . . . .	154
<b>Tabla 39</b>	Antecedentes personales de TCA, psiquiátricos, adicciones y obesidad . . . . .	154
<b>Tabla 40</b>	Acontecimientos vitales negativos en BN y TA . . . . .	155
<b>Tabla 41</b>	Puntuaciones medias de los IMC en BN y TA . . . . .	155
<b>Tabla 42</b>	Síntomas conductuales en BN y TA . . . . .	156
<b>Tabla 43</b>	Estado cognitivo-afectivo en BN y TA . . . . .	156
<b>Tabla 44</b>	Conductas de impulsividad en BN y TA . . . . .	157
<b>Tabla 45</b>	Comparación de las puntuaciones medias en el EAT-40 y EDI-2 en BN y TA . . . . .	157
<b>Tabla 46</b>	Comparación de las puntuaciones medias en las escalas del MCMI-II en BN y TA . . . . .	159
<b>Tabla 47</b>	Puntuaciones medias en HAM-A y HAM-D en BN y TA . . . . .	160
<b>Tabla 48</b>	Valores de coeficiente y correlación entre edad, IMC y escala EDI (DT) en BN y TA . . . . .	160
<b>Tabla 49</b>	Regresión logística binaria . . . . .	161
<b>Tabla 50</b>	Programa de tratamiento para el TA por fases de intervención . . . . .	187



## LISTADO DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	
El TA como entidad nosológica diferenciada (Devlin et al., 2003) . . . . .	32
<b>Figura 2</b>	
El TA como variante de la bulimia nerviosa (Devlin et al., 2003) . . . . .	33
<b>Figura 3</b>	
El TA como subtipo conductual de la obesidad (Devlin et al., 2003) . . . . .	33
<b>Figura 4</b>	
El TA como reflejo de la psicopatología de la obesidad (Devlin et al., 2003) . . . . .	34
<b>Figura 5</b>	
Clasificación de las ingestas compulsivas (Fairburn, 1995) . . . . .	35
<b>Figura 6</b>	
Modelo de presentación de los TCA (Spitzer et al., 1993) . . . . .	35
<b>Figura 7</b>	
Antecedentes familiares deTCA por grupos diagnósticos . . . . .	140
<b>Figura 8</b>	
Distribución de las puntuaciones medias del EAT-40 por grupos diagnósticos . . . . .	148
<b>Figura 9</b>	
Distribución de las puntuaciones medias del EDI-2 por grupos diagnósticos . . . . .	149
<b>Figura 10</b>	
Perfiles de las medias en las escalas MCMI-II en BN y TA . . . . .	158
<b>Figura 11</b>	
Antecedentes personales de trastorno alimentario en los grupos diagnósticos . . . . .	168
<b>Figura 12</b>	
Perfil de personalidad y psicopatológico del TA . . . . .	174
<b>Figura 13</b>	
Evolución del trastorno alimentario en función de la variable peso . . . . .	176
<b>Figura 14</b>	
Áreas de intervención en el tratamiento para pacientes con TA . . . . .	188
<b>Figura 15</b>	
Diagnóstico y selección de tratamiento del paciente con obesidad . . . . .	188



---

## **Resumen**

---



Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) presentan un papel fundamental en las enfermedades psiquiátricas en nuestra sociedad. Según advirtió hace ya una década la Asociación de Psiquiatría Americana (APA, 2000), la patología alimentaria, constituye uno de los problemas psicológicos más prevalentes, especialmente en el sexo femenino. Del mismo modo, estudios epidemiológicos muestran que los TCA constituyen un importante problema de salud pública.

Hasta el momento, muchas de las investigaciones han estado centradas en las patologías alimentarias más conocidas, como son la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN).

El Trastorno por atracón (TA) no es aún una entidad nosológica claramente diferenciada. Actualmente se encuentra clasificado como un trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE) en el DSM-IV-TR (APA, 2001), permaneciendo en la sección de "*Diagnósticos en investigación y pendientes de estudios futuros*". La cuestión que se plantea es si en el futuro DSM-V, aparecerá definitivamente con un estatus propio.

La importancia clínica y epidemiológica del TA radica en su elevada prevalencia en población clínica y general, y en la relación que guarda con la BN, de forma más concreta con el subtipo no purgativo (BNnoP). Destaca también su prevalencia considerablemente alta entre la población obesa.

A través de la recogida de información retrospectiva de 127 pacientes candidatas a tratamiento en un centro especializado de trastornos alimentarios, con los diagnósticos (TA=53, BNP=53, BNnoP=21), según criterios diagnósticos DSM-IV (APA, 1994), los objetivos de este estudio fueron conocer los rasgos de personalidad y psicopatológicos del grupo con TA y su posible diferenciación respecto al grupo con BN,

Los resultados obtenidos permiten concluir que, las pacientes con TA (con o sin obesidad) forman un grupo homogéneo diferenciado del grupo de BN. Las pacientes con TA de la muestra se caracterizaron por una menor alteración de la personalidad respecto al grupo de BN, presentando un nivel moderado de patología con indicadores de trastorno de personalidad en la escala compulsiva del MCMI-II. El perfil psicopatológico mostró una menor severidad respecto a la BN, con aspectos cognitivo-afectivos más relevantes en el grupo de TA y una menor asociación con los síntomas conductuales. La insatisfacción corporal se mostró como característica clínica del TA. Por otro lado, se identificaron como variables predictoras significativas del TA, la baja tolerancia al estrés, el IMC, la edad y el patrón básico de personalidad compulsiva.

Palabras clave: Trastorno de la conducta alimentaria, Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, Trastorno por atracón.



---

## **I- Introducción**

---



## 1-TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

Los trastornos alimentarios pueden entenderse como aquellos trastornos psiquiátricos en los que el miedo a engordar, junto con la alteración de la percepción de la silueta y la dependencia de la opinión de los demás, provocan alteraciones graves de la conducta alimentaria y del estado psíquico de la persona.

En cuanto a la epidemiología de los TCA, en la actualidad se viene observando que dichos trastornos surgen a edades más tempranas y se mantienen hasta edades más avanzadas (Díaz-Marsá y Carrasco, 2001). La población de más alto riesgo son mujeres jóvenes y adolescentes de países desarrollados o en vías de desarrollo. El sector de mujeres en dichas edades presenta una prevalencia e incidencia más elevada de trastornos alimentarios comparado con otras enfermedades crónicas que afectan a esas franjas de edad (Martínez-González et al., 2003). En estas poblaciones, se ha producido en las últimas tres décadas un incremento considerable. Según la APA (2001) y revisiones recientes de estudios epidemiológicos de TCA (Hoek y van Hoeken, 2003), se considera que, en los países occidentales, existe un porcentaje de 0,5-1% de AN, de 1-3% de BN y de aproximadamente 3% de TCANE, con una ratio de prevalencia de TCA de uno a nueve en varones respecto a mujeres (Peláez, Labrador y Raich, 2005). En población homosexual, la homosexualidad masculina presenta un riesgo más elevado de TCA que en la homosexualidad femenina (Heffernan, 1994).

En España, la prevalencia de los TCA no difiere en gran medida de lo descrito en otros países. Se estima que en la población general, la BN alcanzaría valores entre 1-3,5% y la AN valores entre 0,5-2% (Morandé, Celada y Casas, 1999; Martínez-Martínez, Menéndez-Martínez, Sánchez-Trapiello, Seoane y Suárez-Gil, 2000; Gual et al., 2002). En cuanto a la incidencia de la AN y BN se han hallado valores similares en ambos trastornos (200 nuevos casos/100,000/año), siendo estos valores menos elevados que en los TCANE (2800 nuevos casos/100,000/año) (Lahortiga et al., 2005).

En opinión de Peláez et al. (2005) los TCA constituyen en la actualidad la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente y juvenil en las sociedades desarrolladas y occidentalizadas.

En relación a la etiopatogenia, la BN y la AN, han sido descritas en la bibliografía como enfermedades en cuyo desarrollo intervienen múltiples factores, entre los que se incluyen los trastornos emocionales de la personalidad, las alteraciones del entorno familiar, una posible sensibilidad genética o biológica y un ambiente sociocultural en el que coexisten la sobreabundancia de comida y la obsesión por la delgadez (García-Camba, 2001). Por ello, para comprender las causas que pueden incidir en la aparición,

desarrollo y mantenimiento de este tipo de patologías, es fundamental tener en cuenta, tanto los aspectos biológicos, como los psicológicos, familiares y sociales (Turón, 2003).

Desde esta perspectiva, el modelo etiopatogénico más aceptado en la actualidad es el biopsicosocial, siendo también el más ampliamente utilizado para el abordaje terapéutico y preventivo.

La integración multifactorial como modelo etiopatogénico, nos permite identificar no sólo los elementos que inciden en la génesis y la perpetuación de los TCA, sino también la acción conjunta de distintos factores, en forma de predisponentes, desencadenantes y mantenedores del trastorno. Entre estos factores pueden encontrarse la baja autoestima, el aislamiento, la desmotivación y el pensamiento anticipatorio, dicotómico o rígido, destacando también la falta de empatía, la impulsividad, la inseguridad, la dependencia de la valoración de los demás y la alexitimia. A nivel sociocultural, intervienen de forma decisiva el reforzamiento social de la delgadez y el culto al cuerpo, junto con la búsqueda excesiva del éxito (Correas, Quintero, García-Moreno, García-Blázquez y Chinchilla, 2003). En la misma línea, se ha hallado como el hábito de comer en soledad, la situación de divorcio, separación o viudedad de los padres, así como el elevado consumo de determinados mass media, son factores de influencia en el inicio de los TCA (Martínez-González et al., 2003).

La psicopatología asociada a la BN es muy variada, especialmente la relacionada con depresión y ansiedad (Turón, 1999).

En el caso de la BN, entre los factores causales más importantes destacan: la presión cultural por la delgadez, el deseo de alcanzar una imagen idealizada de cuerpo perfecto, los estados anímicos negativos, junto con estrés interpersonal y hábitos alimentarios y de control de peso pobres, además de los pensamientos desadaptados sobre nutrición, peso y apariencia física (Leitenberg, Rosen, Gross, Nudelman y Vara, 1988).

Según Toro (1999), los factores etiopatogénicos o factores causales más significativos de la AN se pueden clasificar en diversos grupos. Entre los factores predisponentes destacaría la influencia de los factores genéticos, socioculturales y personales (rasgos de perfeccionismo, baja autoestima y escasa empatía a nivel individual). Entre los posibles factores precipitantes, destaca la influencia que ejercen las críticas (reales o supuestas) referidas a la estética corporal.

Por último, como factores de mantenimiento, las consecuencias biológicas y psicobiológicas de la malnutrición, la distorsión de la imagen corporal y la conflictividad familiar son los aspectos más destacados.

Muchos de estos factores se pueden encontrar en diversos trastornos psiquiátricos, concretamente en los denominados neuróticos, por lo que ninguno de estos

factores considerados aisladamente puede justificar la aparición de un cuadro de AN, siendo necesario factores específicos para llegar a la toma de decisión de la delgadez (Toro, 1999).

Los aspectos neuróticos que se observan en la AN, también se manifiestan en la BN, en ambos trastornos se hallan altos niveles de neuroticismo y baja autoestima como factores de riesgo de inicio de un TCA (Gual et al., 2002). Bajo estas premisas se podría concluir que la tendencia al aislamiento, depresión, alexitimia, insatisfacción corporal, escaso control de impulsos así como la dependencia e inmadurez, se presentan como sustrato común de estos trastornos (Toro, 1999).

En general, la falta de una etiología definida ha hecho que la clasificación de los TCA se haya basado clásicamente en criterios descriptivos.

El inicio de la clasificación moderna de los TCA fue llevada a cabo por la Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-III (APA, 1983), en la que se establecieron cinco categorías diagnósticas, reconociendo cinco trastornos alimentarios: AN, BN, pica, rumiación y los trastornos no especificados. En la versión revisada, DSM-III-R (APA, 1987), se mantuvieron los trastornos atípicos o TCANE, como formas incompletas de AN y BN, denominándolos diagnósticos difíciles o inusuales, bajo el concepto de categorías residuales (tabla 1).

Tabla 1- Clasificación de trastornos de la conducta alimentaria según DSM-III-R (APA, 1987)

307.10- Anorexia Nerviosa 307.51- Bulimia Nerviosa 307-52- Pica 307.53- Trastorno por rumiación en la infancia 307.50- Trastorno de la conducta alimentaria no especificados
307.50- Trastornos de la conducta alimentaria que no reúnen los criterios para el diagnóstico de un trastorno específico. Ejemplos: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) persona de peso promedio que no tiene episodios de voracidad, pero que frecuentemente se provoca el vómito por miedo a aumentar de peso.</li> <li>2) mujeres con todos los síntomas de la AN pero que no presenta amenorrea.</li> <li>3) todos los síntomas de la BN con la excepción de la frecuencia exigida de episodios de voracidad</li> </ol>

A partir de la siguiente edición del manual, DSM-IV (APA, 1994), la clasificación presentó aspectos nuevos:

- se consideraron los TCA de forma independiente respecto a los trastornos de inicio en la infancia y adolescencia

- la pica y la rumiación desaparecieron de la clasificación
- se establecieron subtipos de AN y de BN
- se incluyó el TA como posible entidad en el epígrafe de TCANE (junto a los casos parciales de AN y BN)

Desde entonces hasta la actualidad, se mantiene la clasificación exactamente de la misma forma en el DSM-IV texto revisado (APA, 2001), (tabla 2).

Tabla.2- Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria según DSM-IV-TR (APA, 2001)

<p>F.50.0-Anorexia nerviosa (307.1)          Tipo restrictivo          Tipo compulsivo/purgativo</p> <p>F50.2-Bulimia nerviosa (307.51)          Tipo purgativo          Tipo no purgativo</p> <p>F50.9-Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (307.50)          Casos parciales atípicos de AN          Casos parciales atípicos de la BN          Trastorno por atracón (compulsivo)</p>
--

## 1.1-ANOREXIA NERVIOSA (AN) y BULIMIA NERVIOSA (BN)

### 1.1.1- Diagnóstico y clínica de la AN

La principal característica de la AN es el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. Este rechazo se puede manifestar en forma de dietas drásticas y ejercicio físico desmesurado, configurando la anorexia de subtipo restrictivo (ANR), o bien, la denominada Anorexia Nerviosa Purgativa (ANP) en forma de atracones y conductas de purga (Echeburúa y Marañón, 2001). Son individuos que se sienten mal consigo mismos y son incapaces de comer normalmente por una preocupación obsesiva con su imagen, el peso y la comida (Turón, 2003). Según Toro (1999) la AN es un complejo trastorno psicossomático con manifestaciones clínicas muy diversas.

Entre las características clínicas de estos pacientes suele destacar la pérdida de peso mediante la reducción drástica de la cantidad total de alimentos ingeridos, disminuyendo de forma desproporcionada el consumo de alimentos ricos en carbohidratos y grasas. Añadido a la restricción extrema, las pacientes suelen llevar a cabo rigurosos programas de ejercicio y procuran mantenerse en constante actividad. En el subtipo purgativo utilizan el vómito autoinducido y el abuso de laxantes y diuréticos

como forma de purga. Los criterios diagnósticos de AN, según criterios DSM-IV (APA, 1994), son los mismos que en el DSM-IV-TR (APA, 2001), éstos figuran en el Anexo 1.

En cuanto a las principales características psicológicas, destacan una baja autoestima, inseguridad y rigidez. Estos pacientes presentan baja conciencia de enfermedad, lo cual les impide el reconocimiento de la peligrosidad y gravedad de su delgadez. Las distorsiones cognitivas son tales que consideran su valía personal en función de su silueta y de su capacidad para mantenerla y bajar de peso (Turón, 2003). La autoexigencia y, en especial, el perfeccionismo son aspectos muy comunes en la AN, incluso el perfeccionismo en ocasiones ha llegado a requerir un tratamiento específico (Castro et al., 2004). Otras características muy frecuentes en estos pacientes son la irritabilidad, los cambios de humor y estados depresivos, en concreto la inestabilidad y labilidad emocional (Turón, 2003).

Físicamente, presentan un índice de masa corporal igual o inferior a 17,5 según criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992), amenorrea y posibles problemas de hipotensión, hipotermia y bradicardia. También pueden padecer estreñimiento, sequedad de la piel y sufrir dolores abdominales.

A menudo desarrollan conductas obsesivo-compulsivas después del inicio del trastorno, destacando el contenido obsesivo del pensamiento. Son frecuentes los problemas a nivel sexual, con disminución de su actividad sexual o el rechazo absoluto. En el caso de la AN de tipo purgativo, pueden manifestar conductas promiscuas, desarrollando conductas impulsivas de modo análogo a pacientes con BN. Finalmente, a nivel interrelacional, se caracterizan por el aislamiento, conductas de evitación social y dependencia de los demás.

Respecto al diagnóstico diferencial de la AN, según establece el DSM-IV-TR (APA, 2001), es necesario tener en cuenta otras causas posibles de pérdidas de peso, muy especialmente cuando se presentan características atípicas (como el inicio de la enfermedad muy tardío). En estos casos, las personas con este tipo de enfermedades no presentan una imagen distorsionada del cuerpo ni ideación obsesiva con la silueta y/o la comida.

El síndrome de la arteria mesentérica superior (caracterizado por un tipo de vómitos provocados por la obstrucción intermitente del vaciamiento gástrico) debe diferenciarse de la AN, a pesar de que este síndrome puede aparecer algunas veces en individuos con AN (APA, 2001).

Por otro lado, debe valorarse la presencia de un trastorno depresivo mayor, en el que el deseo del paciente no es adelgazar ni destaca el miedo a engordar (APA, 2001). En este caso, la disminución del apetito y en consecuencia, la pérdida de peso, viene provocada por el propio cuadro depresivo.

De igual forma, en la esquizofrenia pueden observarse patrones de alimentación extraños o atípicos. Los enfermos adelgazan en ocasiones de forma significativa, pero rara vez temen ganar peso ni presentan alteraciones de su imagen corporal. En caso de manifestarlo, sería consecuencia de las ideas delirantes.

Asimismo, algunas características de la AN forman parte de los criterios diagnósticos para la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno dismórfico. Es posible que los enfermos se sientan molestos al comer en público como ocurre en la fobia social; también pueden presentar obsesiones y compulsiones en relación con los alimentos, al igual que sucede en el trastorno obsesivo-compulsivo.

Hasta el momento, los trastornos citados han tenido el punto diferenciador con el trastorno alimentario en el requerimiento de una distorsión de la imagen corporal y de un temor intenso a engordar. Sin embargo, podemos encontrar distorsión de la imagen corporal en el caso del trastorno dismórfico corporal, que no presenta ni temor intenso a engordar, ni bajo peso, sino una preocupación por algún defecto imaginario o hipertrofiado del aspecto físico. Tanto en este trastorno como en la fobia social y el trastorno obsesivo-compulsivo, para hacer un diagnóstico adicional, la sintomatología de éstos no debe estar limitada a la conducta alimentaria.

Por último, el diagnóstico diferencial de la AN se establece con la BN, ya que los individuos con BN presentan atracones recurrentes y conductas encaminadas a no ganar peso. También presentan excesiva preocupación por la silueta y el peso corporales. La diferencia reside en que los pacientes con AN de tipo purgativo no mantienen un peso igual o por encima de un nivel normal mínimo, en contraposición con los casos de BN que suelen presentar un peso normal (APA, 2001).

A pesar de que, tanto la OMS en las versiones de la *Clasificación Internacional de enfermedades* (CIE) y la APA en las diferentes versiones del DSM, ofrecen los diagnósticos de las diferentes patologías alimentarias, en adelante se hará referencia principalmente, a la clasificación categorial del DSM. La razón obedece a que no sólo es la clasificación más empleada en el campo de los TCA, sino también por las ventajas que ofrece respecto a los fines de la investigación. Entre otros aspectos ventajosos destaca el que proporciona criterios basados, en su mayor parte, en manifestaciones fenomenológicas-descriptivas (signos, síntomas y rasgos observables o inferidos). De esta manera, los diagnósticos basados en aspectos pretendidamente objetivos, facilitan que se pueda llegar al consenso entre profesionales de distinta formación teórica.

### 1.1.2- Diagnóstico y clínica de la BN

La BN se puede definir como un trastorno que se caracteriza esencialmente por la pérdida de control sobre la conducta de la alimentación, derivándose de ella, episodios de

ingesta voraz. Estos episodios suponen un gran consumo de alimentos seguidos de conductas compensatorias para evitar el incremento de peso (Turón, 1999). Las conductas de purga pueden ser los vómitos autoprovocados o el uso inadecuado de laxantes y diuréticos en el caso de la BNP o, en el caso de la BNnoP, el ayuno y/o la práctica de ejercicio físico excesivo.

El término y la verdadera individualización de la BN, se deben a Russell (1979), quien la definió como una variante de la AN, estableciendo los primeros criterios diagnósticos. Posteriormente, fue incluida como trastorno específico en el DSM-III (3ªed.) (APA, 1983). Las tres características fundamentales que Russell (1979) atribuyó a la BN fueron que estos pacientes:

- 1- sufren impulsos imperiosos e irresistibles de comer en exceso
- 2- buscan evitar el aumento de peso con vómitos y/o abuso de laxantes
- 3- presentan un miedo morboso a engordar

Por su parte Fairburn y Garner (1986), a partir de los criterios de Russell (1979) y de la APA (1983) para definir la BN, ratificarán los rasgos bulímicos delimitando como criterios diagnósticos: la pérdida de control, las conductas compensatorias para controlar el peso y la extrema preocupación por la silueta y el peso. De esta forma, quedarán como criterios estables de la BN los que figuran en el DSM-IV (APA, 1994) y, análogamente, en la versión revisada DSM-IV-TR (APA, 2001). Ver (Anexo 2).

Las repercusiones a nivel físico en la BN pueden ser numerosas. Posibles manifestaciones son las oscilaciones en el peso, alteraciones dentales a causa de la frecuencia de los vómitos, hipopotasemia y anemia, así como retraso en el vaciado gástrico, reflujo o estreñimiento y diarreas por el abuso de laxantes y disfunciones renales. A causa de los vómitos recurrentes, las pacientes bulímicas también pueden sufrir gastritis y esofagitis, además de presentar hipertrofia parotídea o el *signo de Russell* (callosidades en el dorso de la mano provocadas por el ácido del vómito o roce de los incisivos). Asimismo, pueden padecer conjuntivitis, gingivitis, calambres musculares, lipotimia, arritmias, taquicardia y alteraciones hormonales (APA, 2000).

En cuanto a los factores conductuales de los pacientes con BN, la compulsión por la comida y la pérdida de control de la ingesta, son los síntomas más característicos del comportamiento. También se pueden caracterizar por la irritabilidad, comportamientos compulsivos (compras-cleptomanía), agresividad y autoagresividad, con amenazas e intentos de suicidio y predisposición al consumo de tóxicos (Turón, 2003).

A nivel psicológico, manifiestan impulsividad e impaciencia, junto a una baja autoestima e inseguridad, con escasa tolerancia a la frustración. Son habituales los estados emocionales de desesperanza y depresión, así como la ansiedad generalizada y los ataques de pánico, configurando una psicopatología asociada muy vinculada a la

ansiedad y depresión. En cuanto al nivel de conciencia de enfermedad, al contrario que las pacientes con AN, las personas con BN suelen presentar mayor conciencia de enfermedad, siendo también frecuente la aparición de niveles agudos de sentimientos de culpa (López-Gómez, 2001).

En las relaciones interpersonales, las pacientes bulímicas presentan una evidente dificultad en la aceptación de límites y normas sociales y/o familiares. Son conductas muy usuales las manipulaciones, mentiras e incumplimiento de compromisos, en contraposición a la tendencia a establecer relaciones de dependencia.

En cuanto al diagnóstico diferencial, aunque el sistema de clasificación DSM no diferencia entre pacientes bulímicos con o sin antecedente de AN, debe tenerse en cuenta este factor, no sólo como antecedente de trastorno alimentario, sino también en el caso de concurrencia. En tal caso, si la BN concurriera durante la AN, es decir, los atracones aparecen exclusivamente en el transcurso de la AN, se diagnosticaría AN subtipo compulsivo/purgativo y no debería establecerse el diagnóstico adicional de BN (criterio E de la BN en DSM-IV). Según la CIE 10 (OMS, 1992), la BN se podría considerar en algunos casos como una secuela de la AN persistente, pudiéndose darse la secuencia contraria (un paciente previamente anoréxico con posteriores conductas de vómito y sobrealimentación).

Asimismo, deberá establecerse el diagnóstico diferencial entre la BN y aquellas enfermedades somáticas en las que existe una conducta alimentaria atípica y/o vómitos, donde, por lo general, no se presenta una imagen distorsionada del cuerpo ni preocupación excesiva por su silueta.

Al igual que en la AN, en la BN es importante valorar la existencia de un trastorno depresivo mayor, donde, en el caso de que existan síntomas atípicos, los pacientes pueden comer en exceso. Aunque esta hiperorexia puede confundirse en un primer momento con la BN, se diferencia de ella por la ausencia de atracones o mecanismos compensatorios inapropiados y la coexistencia de síntomas característicos, como un estado de ánimo deprimido o anhedonia. No obstante, en el caso de que se cumplan criterios para ambos trastornos, deberán establecerse los dos diagnósticos (APA, 1994).

En el trastorno límite de la personalidad, los atracones están incluidos entre las conductas impulsivas que caracterizan a este tipo de trastorno, aunque, en estos casos, no se presentan mecanismos compensatorios inapropiados ni sobrepreocupación por el peso y la imagen corporal (APA, 1994).

Por último, en caso de emplear como criterio diferenciador la presencia de atracones, se podría establecer un continuum que englobaría desde los atracones en su forma más severa (BN) a los atracones sin métodos compensatorios, lo cual introduciría los trastornos alimentarios inespecíficos, en concreto al referido TA. Sin embargo, no

todos los autores comparten esta visión de prolongación sintomatológica, existiendo un debate sobre la teoría del continuum o de la diferenciación cualitativa.

## 1.2-TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS (TCANE)

La categoría de los trastornos alimentarios no especificados, según DSM-IV (APA, 1994) y DSM-IV-TR (APA, 2001), se refiere a aquellos trastornos que no cumplen los criterios para ninguna patología alimentaria de diagnóstico formal (tabla 3). Integran esta parte, seis perfiles de síntomas. Los tres primeros hacen referencia a casos de anorexia nerviosa incompletos, mientras que los cuatro restantes, son cuadros que corresponden a síntomas parciales de BN, en los que se incluye el TA.

En la clasificación europea CIE 10 (OMS, 1992) estos trastornos subclínicos son referidos como anorexia atípica y bulimia atípica.

Tabla 3- Criterios diagnósticos de los trastornos alimentarios no especificados según DSM-IV (APA, 1994)

Criterios diagnósticos de los TCANE [307.50]
<p>La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.</li> <li>2- Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.</li> <li>3- Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.</li> <li>4- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo: provocación del vómito después de haber comido dos galletas).</li> <li>5- Masticar la comida y expulsar, pero sin tragar, cantidades importantes de comida.</li> <li>6- Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa (v.pág. Apéndice B del DSM-IV-TR para los criterios que se sugieren).</li> </ol>

Aunque los TCANE son los trastornos alimentarios menos conocidos, son relativamente comunes y pueden llegar a ser severos, a pesar de que en la realidad clínica han sido un tanto descuidados (Palmer y Norring, 2005) y, con excepción del TA,

siguen estando pobremente entendidos (Bisaga y Walsh, 2005). No obstante, ni por su severidad ni por su duración, constituyen un diagnóstico menos importante que otros. Los TCANE representan el diagnóstico más común, tanto en España (Ruiz-Lázaro, 2003) como en el resto del continente europeo y Norteamérica (Whitehouse, Cooper, Vize, Hill y Vogel, 1992; Crow, 2007; Wilfley, Bishop, Wilson y Agras, 2007; Walsh y Sysko, 2009).

El estudio de la epidemiología de los TCA exige criterios de diagnóstico adecuadamente definidos, así como la realización de estudios longitudinales que tengan en cuenta los síndromes parciales o los síndromes aún no reconocidos (Ruiz-Lázaro, 2003). La importancia del diagnóstico no solo radica en los antecedentes, sino también en el hecho de clasificar aquellos individuos con problemas alimentarios que sólo pueden ser descritos en términos de esta categoría no especificada. En muchos casos, estos trastornos pueden ser la consecuencia de un cuadro completo de AN o BN en el pasado (Palmer y Norring, 2005).

Estas dificultades pueden explicar en parte, la escasez de investigaciones con muestras de TCANE. No obstante, se estima que los trastornos inespecíficos presentan mayor incidencia respecto a las formas específicas (Fairburn, Cooper, Doll, Norman y O'Conner, 2000; Lahortiga et al., 2005).

#### 1.2.1- Trastorno por atracón (TA)

##### 1.2.1.1- Concepto y referencias históricas

El estudio de pacientes obesos con episodios de atracón fue iniciado por Stunkard (1959) que, a través de la diferenciación de los obesos sin atracones y obesos con atracones, propuso el Trastorno por Ingesta Compulsiva (TIC), estableciendo la vinculación entre el futuro TA y la obesidad. Como inicio en este campo de investigación, describió en los obesos con atracones, consumos episódicos de grandes cantidades de comida seguidos de sentimiento de culpa, malestar e intentos de hacer dieta, sin conductas compensatorias.

Previamente, Hamburger (1951) había descrito un tipo de hiperfagia en obesos caracterizada por deseos compulsivos por la comida, con frecuencia incontrolables. Años más tarde, Kornhaber (1970) definió el *Stuffing Syndrome* en obesos, caracterizado por tres síntomas: hiperfagia, malestar emocional y depresión.

Al introducirse la BN en el DSM-III (APA, 1983), basándose en la descripción realizada por Stunkard (1959), la definición incluía tanto a personas que presentaban atracones y conductas purgativas, como las que sólo presentaban atracones. Más adelante, fue cuando se modificó el término de bulimia en el DSM-III-R (APA, 1987), sustituyéndolo por el de Bulimia Nerviosa. La definición se basó en los criterios expuestos

por Rusell (1979) a partir de su investigación en la que describía las características de 30 pacientes (28 mujeres y 2 hombres) tratados durante seis años y medio, y diagnosticados de BN. Como consecuencia, la nueva clasificación diagnóstica excluía aquellos sujetos que no tomaban medidas extremas para controlar su peso.

Spitzer et al. (1992), en un estudio de destacable soporte psicométrico realizado con 1.785 sujetos en 18 centros de dietética, observaron numerosos factores clínicos diferenciadores de obesos con TA, de otros individuos con problemas de sobrepeso sin TA. Estos resultados se vieron confirmados y ampliados con un segundo estudio, también multicéntrico, diseñado para seguir trabajando a favor de la validación del TA (Spitzer et al., 1993). En esta investigación se definieron los criterios básicos del TA, destacando la asociación del trastorno con:

- a) la repercusión en la vida social y laboral del sujeto
- b) la frecuente asociación o comorbilidad con otra psicopatología
- c) la expresión psicopatológica propia del trastorno

Por otro lado, los patrones asociados sirvieron para distinguir el TA de la BN tipo purgativo, a pesar del peligro de cierto grado de solapamiento entre ambos (BN y TA). Esta cierta sobreposición, ligada al concepto del continuum, no representó un obstáculo, ya que las difíciles delimitaciones, son habituales en los TCA (Spitzer et al., 1992).

Basándose en los resultados de sus investigaciones, Spitzer et al. (1993) reconocieron que un estudio más profundo del TA podía ser de gran valor para el *Work Group on Eating Disorders*, respecto a la consideración del trastorno para su inclusión en la clasificación del DSM-IV (APA, 1994). Si bien, el TA acabó siendo incluido en la cuarta edición, el grupo de investigación propuso la revisión de variables como la frecuencia del atracón, no sólo en el TA sino también en la BN, y admitieron que la propuesta diagnóstica del TA representa un diagnóstico en evolución, con sus necesarias revisiones y posteriores aportaciones. En este sentido, el diagnóstico puede ser apropiado para personas con criterios clínicos de episodios de atracón que presentan sobrepeso y también para aquellas que son capaces de mantener un peso normal sin conductas de compensación propias de la BN (Spitzer et al., 1993).

Sin embargo, no todos los autores estaban de acuerdo con la inclusión de este trastorno en las clasificaciones diagnósticas. Así, Fairburn, Welch y Hay (1993) argumentaron la poca evidencia empírica de la que se disponía en ese momento y la posible fuente de confusión diagnóstica a la que podría llevar.

En la misma línea, Pincus, Frances, Davis, First y Widiger (1992) incidirán en la necesidad de más evidencia para prevenir una prematura inclusión del diagnóstico, premisa compartida por otros estudios (McCann, Rossiter, King y Agras, 1991; Fichter, Quadflieg y Brandl, 1993).

Las posturas que abogan por definir y valorar empíricamente el trastorno y determinar su utilidad clínica serán defendidas en otros trabajos (Kirkley, Kolotkin, Hernández y Gallagher, 1992; Mizes y Sloan, 1998; Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003; Wilfley, Wilson y Agras, 2003; Wilfley et al., 2007; Latner y Clyne, 2008; Wonderlich, Gordon, Mitchell, Crosby y Engel, 2009). Otros autores, al igual que Spitzer et al. (1992), estimularán al estudio de TA en obesos (de Zwaan, 2001), haciendo hincapié en la necesidad de la diferenciación del TA respecto de la BNnoP (Santonastaso, Ferrara y Favaro, 1999) y de la BN en general (de Zwaan et al., 1994; Latner y Clyne, 2008).

Desde los planteamientos a favor de la aceptación nosológica del TA, Devlin, Goldfein y Dobrow (2003) proponen cuatro formas posibles de conceptualizar el trastorno en diferentes modelos:

- Modelo 1 - TA como entidad nosológica diferenciada (Fig. 1)
- Modelo 2 - TA como variante de la BN (Fig.2)
- Modelo 3 - TA con atracones, como subtipo conductual de la obesidad (Fig. 3)
- Modelo 4 - TA como reflejo de la psicopatología de la obesidad (Fig. 4)

Los primeros modelos (Fig. 1 y Fig. 2) no requieren la presencia de obesidad, si bien en los modelos restantes (Fig. 3 y Fig. 4), se incluye la obesidad como un rasgo específico del síndrome.

Aunque Devlin et al. (2003) no descartan ninguno de los modelos, concluyen que la mayor parte de los datos sugieren una diferencia sustancial del TA respecto de la BNP. Añaden que el TA no es un subtipo conductual que presente una gran utilidad para la evaluación de la obesidad. No obstante, reconocen la necesidad de más estudios, especialmente de validez de constructo, para determinar definitivamente la validez del TA como trastorno diferenciado.

Fig 1- TA como entidad nosológica diferenciada (Devlin et al., 2003)



En la propuesta del TA como trastorno individualizado, para ser una categoría autónoma, debería pasar diversas pruebas para confirmar su validez y fiabilidad. La validez de constructo y de contenido, concurrente, discriminante y predictiva serían aspectos a demostrar. Un requisito mínimo adicional se refiere a los criterios definitorios

del diagnóstico, que deberían demostrar su fiabilidad inter e intraobservadores (Devlin et al., 2003).

En el modelo 2 (Fig. 2), el TA se presenta como una variante de la BN en la modalidad de tipo no compensador (apartado A); como una variante de BN en el subtipo no purgativo (apartado B); como un trastorno dentro del continuum según la intensidad (apartado C) y como un subgrupo definido arbitrariamente como TCANE (apartado D).

Fig 2.- TA como variante de la bulimia nerviosa (Devlin et al., 2003)

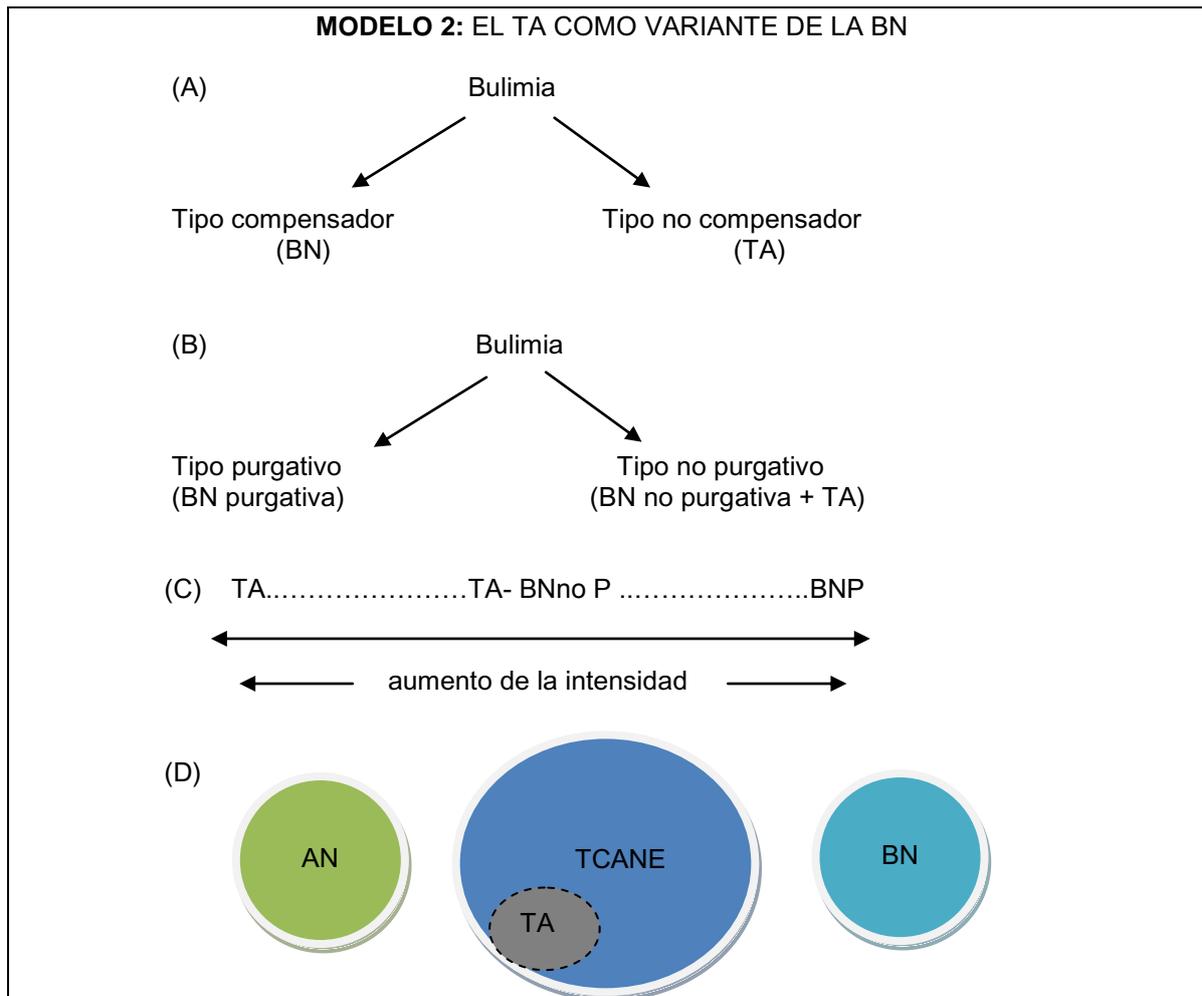
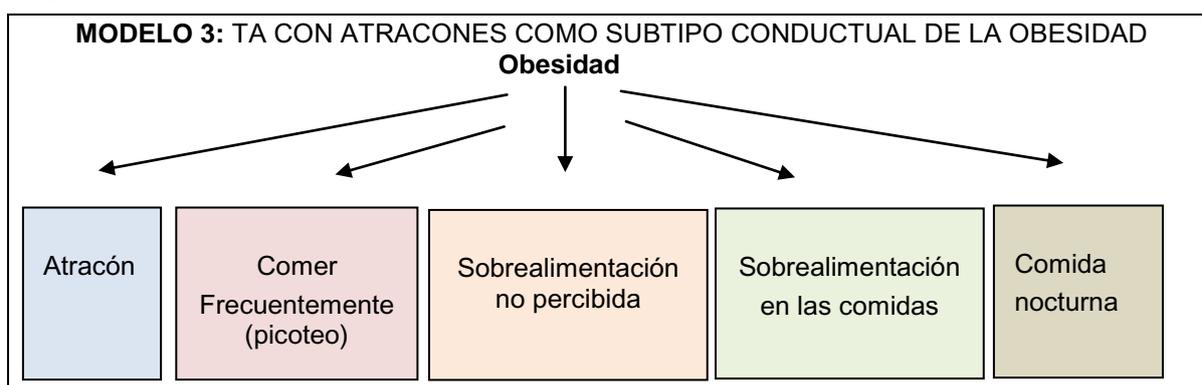
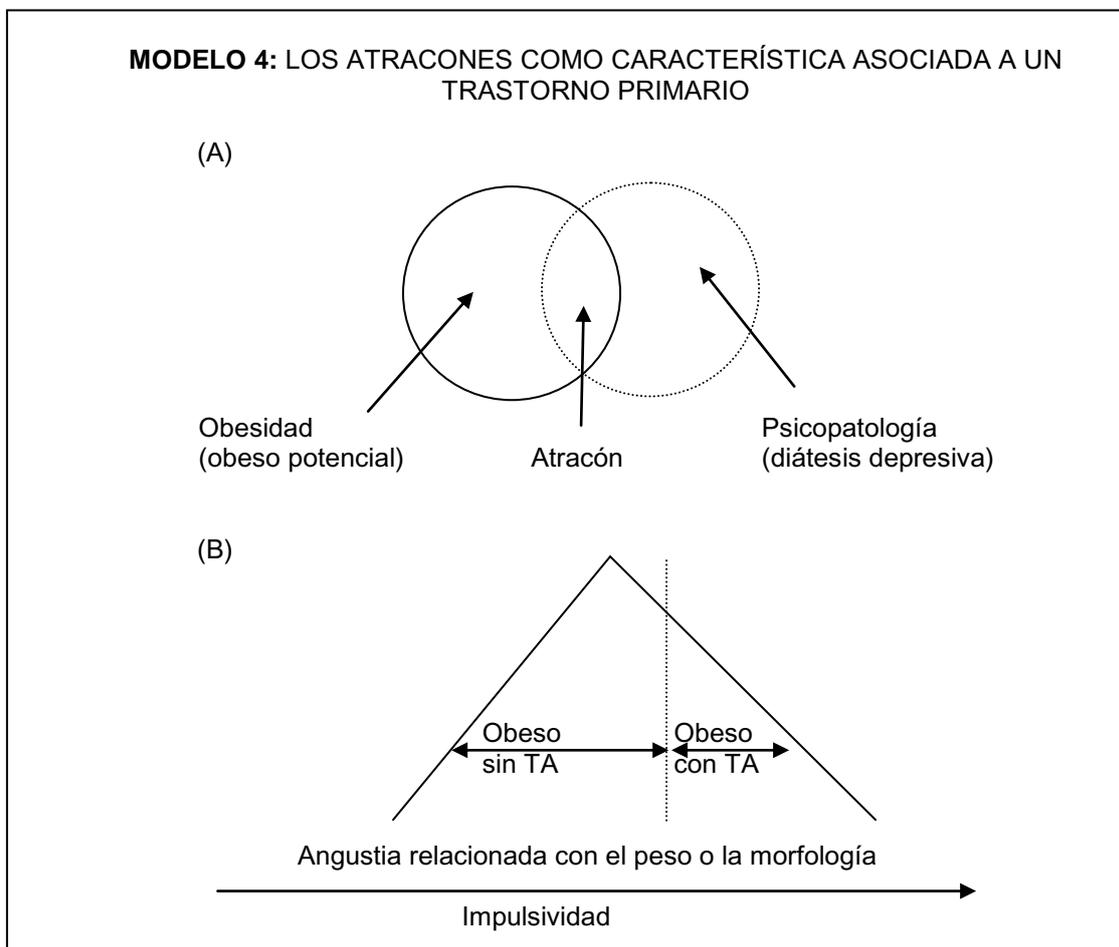


Fig 3- TA como subtipo conductual de la obesidad (Devlin et al., 2003)



En el modelo 3 (Fig.3) se incluye el TA dentro de la obesidad, en función del consumo de alimentos y los patrones de sobrealimentación. En el último modelo (Fig. 4) el TA en los apartados (A) y (B) reflejan la psicopatología de la obesidad.

Fig 4- TA como reflejo de la psicopatología de la obesidad (Devlin et al., 2003)

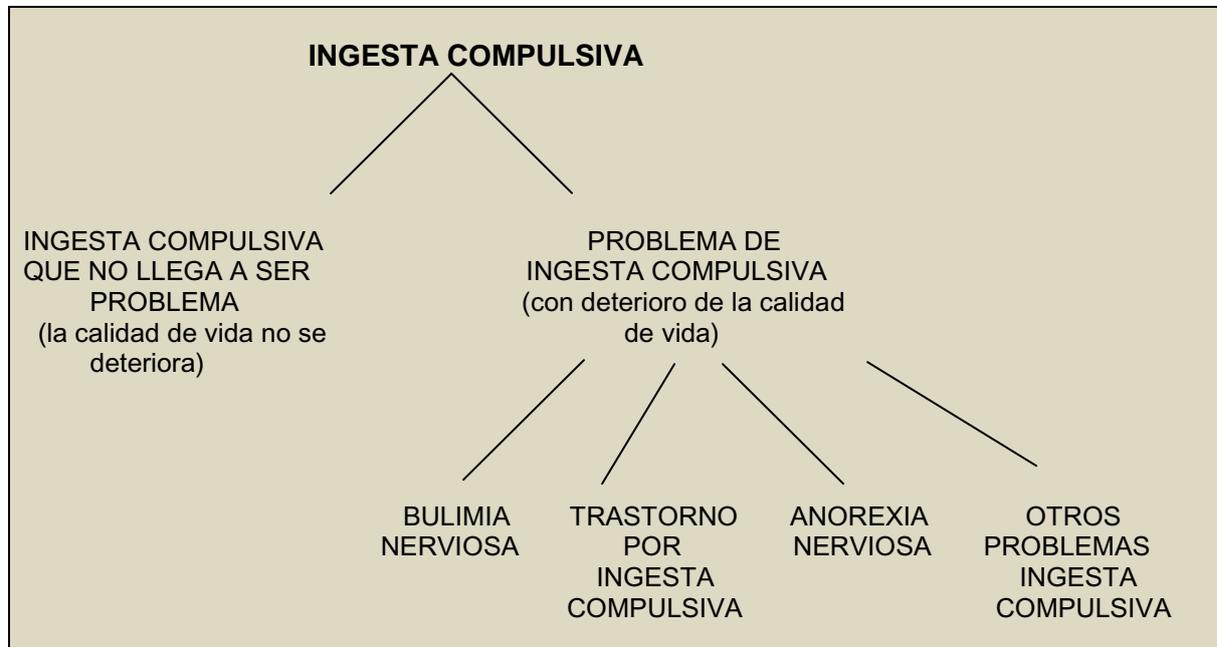


Fairburn (1995), por su parte, plantea la diferenciación entre ingesta compulsiva y trastorno alimentario. En su opinión, la gran mayoría de personas que comen compulsivamente no sufren ningún problema ni trastorno alimentario. Sus ingestas compulsivas son más ocasionales que frecuentes, sin implicar una gran cantidad de comida. Estas conductas tampoco deterioran de la calidad de vida de los sujetos que las sufren. Sin embargo, en opinión del autor, existe un número significativo de personas cuyas formas de comer compulsivas interfieren, en mayor o menor medida, en su calidad de vida. Sus ingestas compulsivas pueden ser frecuentes, causar alteraciones emocionales o afectar a la salud física. Puede decirse que estas personas tienen un problema alimentario.

En consecuencia, Fairburn (1995) divide las actitudes con la comida en función de la ingesta compulsiva (Fig.5), situando la característica primordial de la ingesta de este

tipo, en la sensación de la pérdida de control. Este rasgo, por encima de cualquier otro, distingue la verdadera ingesta compulsiva de la sobreingesta común y del mero descontrol.

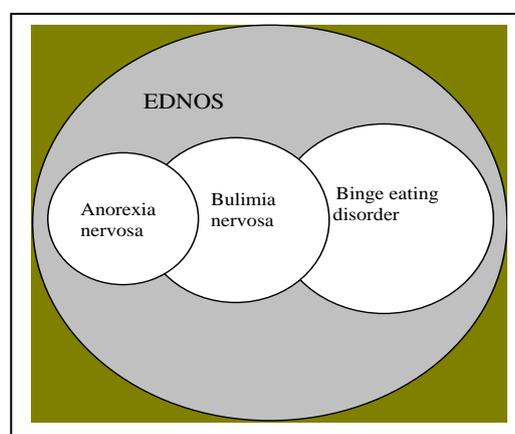
Fig.5 - Clasificación de las ingestas compulsivas (Fairburn, 1995)



Con este planteamiento, Fairburn (1995) muestra la gran heterogeneidad de los sujetos que realizan sobreingestas en los trastornos no específicos y plantea la necesidad de reducir dicha variabilidad.

Spitzer et al. (1993), coinciden con Fairburn (1995) en la visión de la heterogeneidad y amplitud de los trastornos inespecíficos y proponen un modelo en que la AN, BN y el TA presentan cierto grado de solapamiento (Fig. 6), de manera que los grupos de TCANE o EDNOS (eating disorders not otherwise specified) serían más reducidos.

Fig.6– Modelo de presentación de los TCA (Spitzer et al., 1993)



### 1.2.1.2- Epidemiología en el trastorno por atracón

Al ser el TA un diagnóstico relativamente nuevo dentro de los TCA no especificados, los diferentes matices no consensuados definitivamente, inherentes a su definición, condicionan considerablemente la estimación de la prevalencia. También deben tenerse en cuenta los problemas que se hallan en el resto de los TCA, como son las discrepancias metodológicas y la falta de uniformidad de los pacientes incluidos en las diferentes muestras seleccionadas (García-Camba, 2001; Correas et al., 2003).

Estos aspectos han provocado que los estudios epidemiológicos dirigidos a evaluar la prevalencia del TA hayan llegado a conclusiones diversas. Por otro lado, no se ha identificado ningún estudio publicado, dedicado a valorar la incidencia del trastorno.

El TA es más frecuente entre obesos que entre sujetos de peso normal (Saldaña, 2001). Asimismo, el porcentaje de individuos obesos que sufren TA varía ostensiblemente. Aunque existen importantes diferencias metodológicas entre los trabajos publicados, los resultados parecen indicar que el TA, al igual que otros TCA, podría presentar una cierta variabilidad cultural (García-Camba, 2001).

Spitzer et al. (1992) en su primer estudio multicéntrico, al hablar sobre los “*obese binge eaters*” establecen que el TA es un desorden muy común en sujetos en programas para control de peso (30,1%), extremadamente prevalente en el grupo de estudio de “*Comedores Compulsivos Anónimos*” (71,2%), y con una frecuencia menor en población general (2,0%). Estos datos serán confirmados en su trabajo posterior (Spitzer et al., 1993) en el que se incluye el tipo de programa de control de peso.

En ambos estudios se observará, que el desorden es más frecuente en mujeres que en hombres (ratio de 3:2 mujeres por hombres) y está asociado a una elevada frecuencia de obesidad e historia de fluctuación de peso.

Con respecto a la población general, el TA presenta una prevalencia en torno al 2% (Spitzer et al., 1992, 1993; Basdevant et al., 1995; Smith, Marcus, Lewis, Fitzgibbon y Schreiner, 1998; French, Jeffery, Sherwood y Neumark-Sztainer, 1999; Kinzl, Traweger, Trefalt, Mangweth y Biebl, 1999; Westenhöfer, 2001; Favaro, Ferrara y Santonastaso, 2003; Wade, Bergin, Tiggemann, Bulik y Fairburn, 2006), siendo este trastorno más común que la BN y la AN (Spitzer et al., 1992; Striegel-Moore et al., 2001; Wade et al., 2006; Gruzca, Przybeck y Cloninger, 2007).

Hoek y van Hoeken (2003) en su revisión epidemiológica de estudios según criterios APA y OMS, sitúan el TA en, al menos, un 1% de la población general. También destacan los inconvenientes en el estudio epidemiológico, debidos a la dificultad de definición del trastorno.

En general, los resultados indican que el TA es tan común entre blancos como en población de color, tanto en población general (Bruce y Agras, 1992; Striegel-Moore et al., 2000; Striegel-Moore y Franko, 2003) como en población en tratamiento (Yanovski, Nelson, Dubbert y Spitzer, 1993). Como excepción, el estudio de Pike, Dohm, Striegel-Moore, Wilfley y Fairburn (2001), realizado con una muestra de mujeres norteamericanas blancas y de color, encuentran diferencias significativas en todos los rasgos asociados al trastorno alimentario, incluidos la frecuencia del atracón, la restricción y las preocupaciones acerca del cuerpo y la comida.

En los escasos estudios realizados con respecto a las diferencias por el sexo en el TA, se han descrito tasas semejantes en hombres y mujeres (Spitzer et al., 1992, 1993; Gruzca et al., 2007). No obstante, Wilson, Nonas y Rosenblum (1993) encuentran mayor frecuencia de atracón en las mujeres, al igual que Spitzer et al. (1993), en la muestra de pacientes en programas de pérdida de control y criterios completos de TA.

Aunque el TA en hombres como diagnóstico completo no suele ser común en población no clínica, los síndromes parciales (subclínicos) de TA son bastante más comunes en ellos (Kinzl et al., 1999).

Con respecto a la preocupación por el cuerpo y silueta, las conductas restrictivas, y el distrés psicológico, no se aprecian diferencias significativas en hombres y mujeres con TA. La única diferencia destacable es el mayor abuso de sustancias en hombres (Tanofsky, Wilfley, Spurrell, Welch y Brownell, 1997).

En referencia al estudio del TA en España, la limitación metodológica más notable es la ausencia de métodos fiables de detección de casos. Más que el empleo de la entrevista diagnóstica, son comunes el uso de autoinformes, que proporcionan información sobre la vulnerabilidad para desarrollar un TA, más que indicar la prevalencia de éste (Peláez et al., 2005).

#### 1.2.1.3- Etiopatogenia en el trastorno por atracón

La bibliografía actual es escasa en cuanto a los factores etiopatogénicos del TA. A diferencia de la AN y BN, en el TA no se dispone apenas de estudios de epidemiología genética o factores biológicos. Por otro lado, tampoco se han realizado investigaciones sobre los factores familiares, como la estructura y dinámica familiar (Sánchez-Planell y Fernández-Valdés, 2002). La mayoría de los estudios se han centrado en los aspectos causales del atracón, sin desarrollar un modelo biopsicosocial integrativo similar al establecido para AN y BN.

En relación a los factores etiopatogénicos en el TA, la predisposición a la obesidad es posiblemente el factor más importante a tener en cuenta, pese a que todavía se tienen pocos resultados concluyentes al respecto. En este sentido, se ha hallado el

antecedente de obesidad como factor de riesgo en los TCA (Carretero, Sánchez-Planell, Rusiñol, Raich y Sánchez-Carrecedo, 2009).

Por otro lado, la mayoría de la literatura habla de la restricción alimentaria como potenciador de los atracones (Guisado y Vaz, 2001). En muchas ocasiones, la dieta precede a los episodios compulsivos, pero también puede ser una respuesta a ellos, cuestionándose el papel de causa-efecto de la dieta restrictiva (Saldaña, 2001). No obstante, es incuestionable el papel primordial del régimen en el inicio y/o mantenimiento del trastorno. Según Raich et al. (1996), el control del peso mediante la restricción precipita a la sobreingesta. Correas et al. (2003), por su parte, plantean que los factores dietéticos probablemente constituyen una respuesta desencadenada hipotalámicamente ante el estrés provocado por la dieta autoimpuesta.

Se ha observado que las personas obesas que realizan dietas de forma continua e intermitente presentan episodios frecuentes de sobreingestas. El ciclo suele ocurrir de forma que la restricción alimentaria causada por la insatisfacción de la imagen y del esquema corporal, lleva a generar un deseo de comida, pasando de la restricción a la compensación. Los estudios que han tenido en cuenta secencialidades como la explicada, han señalado diversas diferencias entre los pacientes que inician el trastorno con atracones y los que lo hacen iniciando con restricción (Spurrell, Wilfley, Tanofsky y Brownell, 1997; Abbott et al., 1998), aspecto que se desarrollará más ampliamente en la revisión de investigaciones realizadas acerca del curso e inicio del TA.

La teoría psicológica que puede explicar la posible causa del TA, es la referida al circuito "restricción dietética/escape de emociones negativas". Con ella se incorpora el factor emocional además del hábito alimentario. Es decir, la comida sirve como amortiguador emocional de las emociones negativas o estados disfóricos (Guisado y Vaz, 2001).

Paralelamente, los aspectos de tipo psicológico están estrechamente ligados a los factores socioculturales. Éstos juegan un papel en la patogenia de todos los trastornos alimentarios sin excepción, debido a la enorme presión que ejerce la cultura actual en la que prima la delgadez en las mujeres, tanto en población adolescente como adulta (Correas et al., 2003).

Por otro lado, la sobreestimación de la talla y el peso son factores que ayudan a mantener los problemas compulsivos por la comida en la medida que empujan a hacer dieta. En esta línea, se sugiere que el subestimar la obesidad está asociado a menor psicopatología de trastorno alimentario (Jones, Grilo, Masheb y White, 2010). A diferencia de la BN y AN, en los que la talla y el peso se sobredimensionan, en el caso de los trastornos alimentarios con obesidad, la insatisfacción por la imagen corporal puede ser entendida como un factor objetivo. Si bien, también existe la posibilidad que las

percepciones objetivas de obesidad sean incorrectamente percibidas por los propios sujetos (Jones et al., 2010).

Las conclusiones con respecto a estas preocupaciones en pacientes bulímicas y en pacientes obesas, no presentan un acuerdo general (García-Camba, 2001). Teniendo en cuenta no sólo la autopercepción, sino también el grado de insatisfacción corporal, diferentes estudios han demostrado que las personas obesas con TA están más insatisfechas con su peso que las obesas que no tienen el desorden alimentario (Wilson et al., 1993; Eldredge y Agras, 1996; Mussell et al., 1996).

Entre los factores de riesgo para desarrollar un TA, las conclusiones más aceptadas son las aportadas por dos estudios comunitarios iniciales centrados en la identificación de estos factores.

En el primero de ellos, de Fairburn et al. (1998), el TA se asociaría a los factores de riesgo de un trastorno psiquiátrico en general y a los determinantes de vulnerabilidad para la obesidad, siendo la predisposición a la obesidad claramente superior en los afectados de TA, en comparación con los grupos de control sano y con enfermedades psiquiátricas.

Por otra parte, en el estudio de Striegel-Moore et al. (2007) se constata que la obesidad infantil y familiar, junto con la presión social sobre el peso y la figura corporales son posibles elementos desencadenantes del TA.

#### 1.2.1.4- Criterios diagnósticos del trastorno por atracón

El TA se caracteriza por atracones recurrentes, más de dos veces por semana durante seis meses, en ausencia de conductas compensatorias inapropiadas típicas de la BN (APA, 2000). De forma análoga a la BN, en el TA se evidencia la sensación de falta de control con la comida, ya sea después del episodio de atracón franco, o bien, como episodios de picoteo constante e irrefrenable sin sensación de hambre

En cuanto al perfil característico de estos pacientes, destacan la baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, impaciencia e impulsividad, dependencia de la valoración externa e inestabilidad emocional.

En las relaciones interpersonales, los pacientes con TA, evitan frecuentemente comer en público, suelen mantener relaciones de dependencia y se implican excesivamente en los problemas ajenos (Saldaña, 2001).

Como ya hemos mencionado anteriormente, los sistemas de clasificación de la APA y de la OMS, no contemplan criterios formales para el diagnóstico de TA, si bien, para poder diagnosticar eventualmente un TA, el DSM-IV (APA, 1994) propone los siguientes criterios (tabla 4).

Tabla 4- Criterios de investigación para el trastorno por atracón según DSM-IV (1994)

<p>A.-Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ingestión, en un corto período de tiempo (p. ej., en 2 horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.</li><li>2. Sensación de pérdida de control sobre la ingestión durante el episodio (p. ej., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).</li></ol> <p>B.-Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ingestión mucho más rápida de lo normal.</li><li>2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.</li><li>3. Ingestión de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.</li><li>4. Comer a solas para esconder su voracidad.</li><li>5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.</li></ol> <p>C.-Profundo malestar al recordar los atracones.</p> <p>D.-Los atracones tienen lugar, como media, al menos 2 días a la semana durante 6 meses.</p> <p>E- El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inapropiadas( purgas, ayuno, ejercicio excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una AN o BN</p>
---

Aunque el TA se ha propuesto para población adulta, también se observa en adolescentes y niños. En este sentido, Marcus y Kalarchian (2003), en base a una revisión y síntesis de resultados de investigaciones previas, proponen unos criterios provisionales para diagnosticar este trastorno en niños (tabla 5).

Tabla 5- Criterios provisionales de investigación para el diagnóstico del TA en niños (Marcus y Kalarchian, 2003)

<p>A- Episodios recurrentes de atracón. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos criterios siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ansia de comida en ausencia de hambre (p.ej., tras una comida completa)</li><li>2. Sensación de falta de control sobre la ingesta de comida (p.ej., el paciente señala: “cuando empiezo a comer, no puedo parar”)</li></ol> <p>B- Los episodios de atracón se asocian a uno o más de los criterios siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ansia de comida en respuesta a los estados afectivos de carácter negativo (p.ej., tristeza, aburrimiento, inquietud)</li><li>2. Ansia de comida como recompensa</li><li>3. Ingesta de comida en soledad u ocultación de la comida</li></ol> <p>C- Los síntomas persisten más allá de un período de 3 meses</p> <p>D- La ingesta de comida no se asocia a la realización habitual de comportamientos de compensación inapropiados (p.ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo, etc.) y no tiene lugar exclusivamente en el contexto de la anorexia nerviosa o de la bulimia nerviosa.</p>
--

Otros investigadores (Nicholls, Chater y Lask, 2000; Marcus y Kalarchian, 2003; Decaluwe, Braet y Fairburn, 2003), proponen criterios más amplios y flexibles para evaluar el trastorno en niños.

En cuanto a la comorbilidad psiquiátrica, en general, existe considerable acuerdo en la presencia de psicopatología en el TA, aspecto que se comentará más adelante en la revisión de los resultados de las diferentes investigaciones. De forma general, la prevalencia de comorbilidad diagnóstica, se encuentra en sujetos con TA y depresión mayor (Yanovski, 1993; Specker, de Zwaan, Raymond y Mitchell, 1994; Mussell et al., 1996; Telch y Stice, 1998). Estos mismos autores también han constatado la presencia de un trastorno en el eje I, hallazgo también reconocido por Wilfley et al. (2000).

Por otro lado, los trastornos de ansiedad también han sido encontrados en sujetos con TA (Specker et al., 1994; Mussell et al., 1996). Los trastornos del eje II, particularmente los del cluster B (dramático-emocional) y cluster C (ansioso-temeroso) ocurren con frecuencia en el trastorno (Mitchell y Mussell, 1995; Marcus et al., 1996). En la misma línea, Specker et al. (1994), confirman también dichos clusters (B y C) y concretan los diagnósticos específicos de trastorno límite, histriónico y evitativo de la personalidad, como los más comunes en TA.

En general, los sujetos con TA presentan más psicopatología en los ejes I y II en comparación con los subgrupos diferentes de obesos sin TA (Aymamí y Serrano, 1997).

#### 1.2.1.5- Diagnóstico diferencial

Spitzer et al. (1993) matizan los diferentes elementos de los criterios diagnósticos del TA. En función de los criterios provisionales del TA, las diferencias con la BN son:

- Criterio A. Atracón entendido como ingesta en corto período de tiempo y sensación de falta de control. El atracón en el TA tiene los mismos requerimientos que en la BN, ya que la definición del atracón es análoga para ambos trastornos y constituye la característica definitoria también de ambos (BN y TA). Sin embargo, se debe destacar que la diferenciación de las formas de sobreingesta -como el atracón- es susceptible de diversas interpretaciones por su ambigüedad (Hsu, Betancourt y Sullivan, 1996; Wilfley, Schwartz, Spurrell y Fairburn, 1997).

El aspecto sobre la validez de constructo acerca del síntoma-atracón hizo que el grupo de trabajo del DSM-IV (APA, 1994) optara por incluir la pérdida de control en la definición del atracón de acuerdo a los criterios diagnósticos de la BN. En la definición de episodio de atracón y sensación de pérdida de control se reduce, en gran parte, la ambigüedad del DSM-III (APA, 1983) referente a dicho aspecto.

Aunque en muchos casos el paciente reconoce el atracón, no por la cantidad de comida sino por el sentimiento de descontrol (Turón, 1999), la premisa acerca de la

pérdida de control se sigue cuestionando, ya que es un aspecto poco delimitado la distinción poco clara de los sujetos que tienen un trastorno de la alimentación verdadero, de los que comen en exceso en ocasiones.

-Criterio B. Engloba la ingesta más rápida de lo normal que comprende, sentirse desagradablemente lleno, comer grandes cantidades de comida sin tener hambre, comer a solas para ocultar la voracidad y/o experimentar disforia.

Los síntomas asociados en el TA, son también análogos a los criterios referidos para BN. Sin embargo, en el TA no siempre se cumple el requerimiento de ingerir grandes cantidades de comida, como en el caso de ciertos pacientes obesos que no ingieren las cantidades referidas, pero permanece la sensación de falta de control y de haber comido en exceso durante el día (Rossiter, Agras, Telch y Schneider, 1993).

Delimitar lo que constituye en realidad una cantidad grande de comida, para poder marcar un punto objetivable ha dificultado la determinación del número real de episodios de atracón (Cooper y Fairburn, 2003; Bulik, Brownley y Shapiro, 2007).

Del mismo modo, otros aspectos psicológicos del TA, como son los síntomas depresivos, se relegan al grado de características asociadas (Spitzer et al., 1993).

- Criterio C. Entendido como “profundo malestar al recordar los atracones”. La sensación de distress, se introduce en el DSM-IV (APA, 1994) en orden a minimizar los falsos positivos. No obstante, debe matizarse la existencia de pacientes que manifiestan altos niveles de distrés que no están directamente relacionados con el TA.

Tanto en la BN como en TA es necesario que los atracones provoquen malestar clínicamente significativo, que debe incluir insatisfacción durante o/y después de cada episodio y preocupación sobre los efectos a largo plazo que dichos atracones pueden tener sobre el peso y la imagen corporal, aunque el grado de obesidad no se ha incluido formalmente como criterio diagnóstico del TA.

- Criterio D. Duración y frecuencia del atracón. Para diferenciar los atracones episódicos y no estables de los recurrentes, se establece seis meses –como mínimo- de permanencia de los episodios de atracón en el TA, a diferencia de los tres meses establecidos para la BN. Por ello, el método para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la BN.

La validez clínica de este criterio de frecuencia en dos veces a la semana, ha sido cuestionada (Wilson et al., 1993; Garfinkel et al., 1995). Incluso se ha llegado a proponer la unificación del punto de corte de la frecuencia, en una vez por semana, tanto en la BN como en el TA (Wilfley et al., 2007).

También se ha propuesto la unificación del tiempo de duración de los atracones, en el TA de tres meses, en lugar de seis (Wilson y Sysko, 2009). Según la APA (2001), futuros trabajos de investigación aclararán si el mejor método para establecer un umbral

de frecuencia debe basarse en la cuantificación de los días en que hay atracones o en la cuantificación de su número.

- Criterio E. Criterio correspondiente a la Bulimia Nerviosa. Según la APA (2001), no debe diagnosticarse un TA en el caso de utilización regular de mecanismos inapropiados de compensación. Es precisamente la ausencia de tales comportamientos los que señalan el rasgo diferenciador fundamental del TA.

Sin embargo, no está claro cuál es el tipo de conducta compensatoria que se considera inapropiada (Sánchez-Planell y Fernández-Valdés, 2002), ya que, aunque puede resultar que en ocasiones el individuo lleve a cabo estrategias compensatorias (p.ej. purgas, abstinencia de comer o ejercicio físico excesivo), éstas pueden no constituir una práctica habitual para contrarrestar el efecto de los atracones.

Las investigaciones realizadas hasta la fecha no se han puesto de acuerdo en el modo de definir el “empleo habitual de estrategias compensatorias”. Algunos estudios definen el término “habitual” del mismo modo que en la BN, es decir, dos episodios por semana, considerando que los individuos que practican estos comportamientos una sola vez por semana, deben recibir el diagnóstico de TA. Otros estudios excluyen a los sujetos que confiesan haber recurrido al menos a una de aquellas estrategias durante el episodio (APA, 2001).

En definitiva, si se comparan los criterios diagnósticos del TA con los de la BN, puede concluirse que son más las semejanzas que las divergencias. Teniendo en cuenta los criterios diagnósticos de la BN según el DSM-IV (APA, 1994) (Anexo 2), el diagnóstico diferencial del TA se plantea principalmente con este trastorno bulímico y más concretamente con el subtipo no purgativo.

En la tabla 6 se presentan los aspectos comunes y los diferenciadores del TA, en base de los criterios establecidos para la BN en ambos subtipos.

Otro trastorno de los cuales debe diferenciarse el TA es el trastorno afectivo estacional que, en general, aparece en otoño o invierno (García-Blázquez, Correas, Quintero, García-Moreno y Chinchilla, 2003) y se caracteriza por una mayor apetencia de carbohidratos. En estos casos las ingestas pueden ser descontroladas, pudiendo provocar una importante ganancia de peso. También son frecuentes las ingestas constantes de pequeñas cantidades (picoteo), que se acompañan de humor depresivo con apatía y astenia.

Las alteraciones del humor y una mayor apetencia por la ingesta de carbohidratos son también síntomas que acompañan frecuentemente al síndrome premenstrual. En el trastorno depresivo también suelen aparecer episodios de sobreingesta, aunque, por lo general, no son propiamente atracones (APA, 2001).

Tabla 6- Criterios diagnósticos diferenciales del TA respecto a la BN según criterios del DSM-IV-TR (APA, 2001) para la bulimia

	<u>Criterio A</u> Atracón Recurrente y pérdida de control	<u>Criterio B:</u> Conductas compensatorias	<u>Criterio C:</u> Frecuencia del atracón	<u>Criterio D:</u> Autoevaluación influida por el peso y silueta	<u>Criterio E</u> No aparición exclusivamente en el transcurso de
<b>BNP</b>	=	vómitos laxantes, diuréticos, enemas, u otros	al menos 2 veces por semana durante 3 meses	=	AN
<b>BNnoP</b>	=	ayuno, ejercicio físico	al menos 2 veces por semana durante 3 meses	=	AN
<b>TA</b>	=	no aparecen de forma regular	al menos, 2 días por semana durante 6 meses	no necesariamente	BN o AN

En el TA, al igual que en la BN, el diagnóstico diferencial incluye entidades orgánicas que cursan con hiperfagia y aumento de peso. Las más destacadas son la diabetes mellitus, hipotiroidismo, síndrome de Kleine-Levin, lesiones hipotalámicas y tumores inductores de hiperfagia (APA, 1994).

Otra diferenciación diagnóstica del TA se puede establecer con un reciente síndrome no completo, aún no reconocido formalmente, el síndrome del comedor nocturno, denominado *Night Eating Disorder* (NES), clasificado por la APA (1994) como un TCA no específico. Este nuevo síndrome, descrito por Stunkard, Grace y Wolff (1955) se caracteriza por anorexia matutina, hiperfagia nocturna e insomnio, rasgos que, a su vez, también lo distinguen de la BN y del desorden del sueño relacionado con la ingesta (Ellenberg et al., 2006; Piñeiro y Sánchez-Planell, 2006). En el caso del comedor nocturno, no se presentan comportamientos compensatorios asociados y las ingestas son de pequeñas cantidades, aspectos que también lo diferencian del TA. Aunque dicho síndrome no se relaciona con la excesiva preocupación por la dieta o comida, está ligado a las circunstancias vitales y al estrés psicosocial (Stunkard et al., 1955; Striegel-Moore et al., 2005).

A pesar de ser un síndrome de escasa prevalencia en la población general, en la actualidad se cuestiona si el NES es un verdadero trastorno o, simplemente, una dimensión del comportamiento (Stunkard y Allison, 2003), que podría constituir un factor de riesgo para el desarrollo de obesidad (Piñeiro y Sánchez-Planell, 2006; Devlin, 2007).

En la actualidad, aunque algunos autores han aportado datos que contribuyen a su conocimiento, se dispone de escasa evidencia empírica referente a la prevalencia, factores asociados y características definitorias de este síndrome.

En esta línea de investigación, Colles, Dixon y O'Brien (2007) exploraron la significación clínica del NES en candidatos de cirugía bariátrica, personas en programas de pérdida de peso y población general, observando la estrecha relación entre el NES con la obesidad, el TA y el distrés psicológico. En una muestra de 431 sujetos con NES sin sintomatología alimentaria, no observaron asociación con distrés. En los casos de NES asociado con sintomatología parcial de TA, encontraron distrés elevado, semejante al observado en otros trastornos alimentarios. Como conclusión, Colles et al. (2007) sugieren, en concordancia con Stunkard et al. (1955), que los síntomas depresivos asociados podrían ser debidos a la concurrencia del NES con el TA. Por otro lado, destacan la estrecha vinculación del NES al peso (IMC) y a una subclínica del TA y género masculino.

Recientemente, Lundgren, Rempfer, Brown, Goetz y Hamera (2010) han estudiado la prevalencia concurrente de NES y TA en pacientes obesos con trastornos mentales severos adscritos a programas para perder peso. Los hallazgos muestran que el 25% de los pacientes presentan un cuadro de NES, el 5,9% criterios de TA y tan sólo un participante reúne ambos criterios (TA y NES).

De forma más acusada que el TA, el NES adolece de falta de uniformidad de criterios y de instrumentos de valoración estandarizados (Piñeiro y Sánchez-Planell, 2006), de manera que, en la actualidad no constituye formalmente ni un trastorno del sueño ni un trastorno de la alimentación.

#### 1.2.1.6- Trastorno por atracón y obesidad

La OMS (1992) define la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal y excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud y que se manifiesta por un exceso de peso y volumen corporales.

Se trata de una enfermedad crónica que va aumentando con la edad y que suele darse más en mujeres que en hombres (García-Blázquez et al., 2003).

Los índices ponderales indirectos de medición del peso corporal son diversos. En la actualidad el indicador considerado más preciso para la medición en niños y adultos, es el de Quetelet o índice de masa corporal (IMC), que presenta una correlación entre 0,7 y 0,8 con el tejido adiposo medido a través de procedimientos de laboratorio más exactos (Bray, 1978). De esta forma, el IMC es una fórmula que relaciona el peso y la talla, además de emplearse para clasificar el estado nutricional. Cuando el IMC es superior a

25, es un caso de sobrepeso y cuando es superior a 30 es un caso de obesidad. La obesidad mórbida se presenta cuando hay un valor igual o mayor a 40. En el caso en que se detecte una patología agregada, como hipertensión, diabetes, apnea del sueño, problemas articulares u otros, se considera obesidad mórbida desde el valor 35 de IMC.

Existen diversos criterios para clasificar la obesidad: en función de los rasgos morfológicos del tejido adiposo, de su distribución anatómica, en función de la edad de comienzo, etc. También se clasifican, según la causa, en exógenas y endógenas (García-Blázquez et al., 2003).

Como materia que nos ocupa en el presente estudio, nos referimos a la obesidad de tipo exógeno o simple, no atribuible a ninguna causa orgánica o secundaria. En este tipo de obesidad es importante diferenciar aquellas que incluyen trastornos de alimentación. Éstas suelen ser las que tienen mayores complicaciones psicopatológicas y ofrecen más dificultades terapéuticas. Los obesos con TA son los perfiles más comunes. En ellos se pueden diagnosticar distintos cuadros psicopatológicos, que también pueden preceder, ser comórbidos o consecuencias de la obesidad (APA, 1994).

En EEUU las tasas de obesidad en adultos, han ido aumentando gradualmente a lo largo de los últimos 30 años. El aumento del IMC y la mayor prevalencia de obesidad se observan en toda la población adulta, afectando a todos los grupos sociales (Hill, Catenacci y Wyatt, 2005).

La prevalencia de obesidad en población adulta en España se sitúa en un punto intermedio entre los países del norte de Europa. Mientras Francia y Australia presentan las proporciones de obesidad más bajas, los países del este europeo, muestran en la actualidad las tasas más elevadas. Según la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) la prevalencia de la obesidad en población adulta española entre 25 y 64 años, se estima en un 15,5%, con una prevalencia más elevada en mujeres (del 17,5%) que en varones con un 13,2%. La prevalencia de sobrepeso, de un 39,2%, es más elevada en el colectivo masculino en comparación con el grupo de mujeres (Aranceta, Serra-Majem, Foz-Sala, Moreno y Grupo Colaborativo SEEDO, 2005).

Los estudios epidemiológicos realizados en determinadas comunidades autónomas españolas, principalmente en Cataluña, Madrid, León y País Vasco, han empleado diferentes metodologías, lo que complica la comparación de los resultados o la estimación de prevalencias globales (Saldaña, 1998). No obstante, es común el hecho que en la mayoría de estudios realizados en adultos en nuestro país, la prevalencia de la obesidad es más elevada en el subgrupo femenino y aumenta a medida que avanza la edad (Aranceta et al., 2005).

El análisis de la distribución de la obesidad en la población y los factores determinantes permiten identificar el colectivo de mujeres mayores de 45 años, de bajo

nivel educativo, y procedentes de un entorno socioeconómico desfavorable, como un importante grupo de riesgo. En la población infantil y juvenil, los escolares en edad prepuberal se configuran también como grupo de riesgo (Aranceta et al., 2005).

Entre los factores que influyen en una mayor prevalencia de la obesidad destacan, los ligados al estilo de vida, como un mayor sedentarismo, menor consumo de frutas y verduras, así como el incremento de aporte calórico a expensas de grasas y alcohol (Aranceta et al., 2005).

Las obesidades primarias se sitúan entre el 95% y el 99% de las obesidades en su conjunto. Las secundarias están entre el 1 y el 5 % del global. La comorbilidad psiquiátrica en los obesos se sitúa alrededor del 45-50%. El 80% de los obesos presentan antecedentes familiares de obesidad por factores genéticos, de identificación parental, o como método para superar conflictos o ansiedades (Correas et al., 2003).

La asociación entre personalidad y obesidad con frecuencia ha generado aportaciones y modelos explicativos diferentes. No obstante, se pueden perfilar ciertas características y rasgos propios de la obesidad, tales como una alteración de la imagen corporal, mayor presencia de ansiedad, sintomatología somática y depresión, menor sociabilidad, alteraciones atencionales e impulsividad (Aymamí y Serrano, 1997).

Para realizar un diagnóstico de obesidad, en la historia clínica deberán explorarse los antecedentes familiares de obesidad y enfermedades relacionadas si las hubiera. Se deben valorar también otros aspectos, como hábitos tóxicos, hábitos de alimentación y actividad física, así como posibles factores externos (medicación y complicaciones derivadas de la obesidad). Asimismo, no debe obviarse la exploración de posibles anomalías genéticas en la familia, para descartar que se deba una obesidad secundaria a un síndrome específico (García-Blazquez et al., 2003).

Si bien la obesidad ha sido entendida desde el modelo de trastornos de alimentación, también lo ha sido desde un patrón adictivo (Devlin, 2007; Corsica y Pelchat, 2010; Schroder, Sellman y Elmslie, 2010; Alguacil, Salas y González-Martín, 2011).

En la actualidad, existe discordancia entre los resultados de los estudios en lo que se refiere a la psicopatología comórbida en los obesos. Algunos autores concluyen que psicopatología y obesidad no se encuentran relacionadas, aunque otros defienden que ambas entidades se relacionan inversamente. No obstante, a nivel general puede concluirse que la tasa de prevalencia de los trastornos de personalidad (TP) en sujetos obesos es muy alta, aunque no se puede establecer una asociación clara entre este tipo específico de trastornos y la obesidad de tipo mórbido (Echeburúa y Marañón, 2001).

Malhotra y Mc Elroy (2002) proponen que la obesidad puede estar relacionada con los trastornos del estado del ánimo, trastornos de la conducta alimentaria y otros

trastornos. Siendo la obesidad cada vez más habitual, es todavía más corriente en sujetos que padecen trastornos mentales psiquiátricos graves.

Charles et al. (1985) describen una prevalencia de trastornos afectivos de un 53% en 15 pacientes con obesidad extrema; mientras que Halmi, Long, Stunkard y Mason (1980) encuentran una prevalencia del 29% de trastornos depresivos en una muestra mayor (80 obesos mórbidos).

Así como los factores genéticos incrementan el riesgo de obesidad, también se proponen como factores de riesgo en el TA. En torno a estos aspectos, Bulik, Sullivan y Kendler (2003) aportan datos de un análisis de clase latente con una muestra de 2163 gemelas. El estudio revela que una de las clases generadas se aproxima a las características del TA, y que las parejas de gemelos monocigóticos caen más frecuentemente en la misma clase que los gemelos dicigóticos. Los autores afirman que tanto el TA como la obesidad son condiciones hereditarias.

Arias Horcajadas et al. (2006), estudian pacientes con obesidad mórbida con y sin atracones. Analizan las características psicopatológicas y de conducta alimentaria, mediante una entrevista clínica y ocho escalas de psicopatología y TCA. La muestra se dividió en dos grupos, según criterios CIE-10 (OMS, 1992) y DSM-IV (APA, 1994). En el primer grupo se incluyeron 14 pacientes con BN, 32 con TA y 15 pacientes con atracones pero sin criterios completos para los diagnósticos anteriores. Un total de 61 pacientes configuraban los pacientes obesos con atracones, frente a 145 sin atracón.

Los resultados obtenidos muestran mayor psicopatología en los pacientes con atracones, fundamentalmente mayor prevalencia de distimia. Sin embargo, la muestra fue extraída de la consulta psiquiátrica de un hospital general, por lo que la prevalencia de psicopatología y TCA era elevada. Debido a ello, los resultados no se puedan extrapolar a otras muestras de sujetos obesos como aquellos que se encuentran en centros de asistencia primaria, endocrinología o población general.

Las repercusiones psicológicas y sociales de la obesidad son considerables (Vartanian y Novak, 2011) y, en la actualidad, se han superado en gran medida las limitaciones metodológicas. En general, los estudios sugieren la posibilidad de una asociación entre obesidad y sintomatología, tanto del estado del ánimo como del TA, en poblaciones clínica y comunitaria, siendo la relación mayor en la clínica (Saldaña, 2001).

Más allá de la discutida existencia de ciertas características clínicas presentes en el paciente obeso, es indudable el incremento de la presencia de diagnósticos del eje I y del II en ellos. La relación entre los aspectos de personalidad y la obesidad no se limita a una relación de causa efecto en un solo sentido, sino que también puede ser la relación inversa entre estos dos factores (Aymamí y Serrano, 1997).

Aunque la obesidad simple está incluida en la CIE-10 (OMS, 1992), como una enfermedad médica, en el DSM-IV (APA, 1994) no se menciona de tal modo. Según consta en la 4ª edición, no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. El diagnóstico de TA se pensó teniendo en cuenta la obesidad como factor importante, sin embargo, no se ha incluido la obesidad como criterio diagnóstico para el TA.

Cuando existen pruebas de que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología o en el curso de algún caso específico de obesidad, se puede indicar señalando la presencia de factores psicológicos que afectan al estado físico. Por lo tanto, la obesidad sólo debe diagnosticarse en el eje III como “*Enfermedad médica*” y/o en el eje I como “*Factor Psicológico que afecta la condición médica*” si se sospecha la existencia de estos factores.

En cuanto a la patogénesis de la obesidad, se considera como un trastorno metabólico, poligénico y heterogéneo con una etiología aún no clara, pero con una etiopatogenia indiscutiblemente multifactorial (Marcus y Wildes, 2009). En ciertos casos la obesidad se debe a alguna causa identificable, como ciertos fármacos o enfermedades, es decir una obesidad secundaria.

En conclusión, descartando secundarismos, la obesidad se asocia muy estrechamente con el TA o sintomatología bulímica (Fitzgibbon y Kirschenbaum, 1990; Kanter, Williams y Cummings, 1992; Yanovski et al., 1993). Sin embargo, en la relación entre ambas dolencias (TA y obesidad) se mantienen las controversias acerca de si el TA debe ser visto como precedente, consecuencia, o comórbido a la obesidad.

Consecuentemente, las alteraciones psicopatológicas relacionadas con la obesidad pueden organizarse también en diferentes niveles: alteraciones psicopatológicas primarias que constituyen un factor causal de la obesidad; alteraciones reactivas que se consideran una consecuencia de la obesidad y alteraciones psicopatológicas que se desarrollan durante el proceso de reducción ponderal.

Al margen del importante origen genético de este trastorno, los modelos explicativos para tratar de explicar el inicio y el mantenimiento de la obesidad se pueden contemplar desde diferentes perspectivas (Saldaña, 2001).

A nivel biológico, mediante el balance energético, desarrollado en la teoría del “*set point*”, concepto introducido por Nisbett (1972), refiere que el peso corporal, así como otros parámetros biológicos, vienen determinados genéticamente y, por tanto, varían de un individuo a otro.

A nivel psicosocial se ha formulado la “*hipótesis de la externalidad*” (Schachter, Goldman y Gordon, 1968), modelo del aprendizaje que ha permitido explicar por qué las personas obesas comen más de lo que gastan, poniendo de relieve la importancia de los

factores motivacionales y cómo los principios de reforzamiento son muy útiles para explicar el mantenimiento de estos patrones de comportamiento inadecuados.

Finalmente, también se ha pretendido proporcionar una explicación mediante la hipótesis de la *"ingesta emocional"*, en el que las emociones y los estados del humor juegan un papel determinante en la ingesta de comida (Saldaña, 2001).

Por otro lado, en las obesidades que no presentan trastornos de la alimentación ni alteraciones psicopatológicas definidas, se pueden observar hábitos alimentarios normales o también inadecuados que pueden ir del "picoteo" a la hiperfagia con variantes de sedentarismo. En estos casos, las dificultades provienen de características biológicas y/o condiciones ambientales en las que no corresponde hablar en estos pacientes de trastornos psicopatológicos (Aymamí y Serrano, 1997).

En otra dirección, Allison y Stunkard (2005) defienden que actualmente la obesidad no se considera un trastorno de la conducta alimentaria. No obstante, afirman que los dos subtipos existentes de ingesta patológica (TA y NES) que afectan a una parte de la población obesa y con sobrepeso, si no se identifican, se tratan y se previenen, pueden mantener e incluso favorecer el sobrepeso y la obesidad.

La intervención en la obesidad se dirige, a modo general, en diferentes direcciones.

Si se trata de una obesidad secundaria, el tratamiento a llevar a cabo está dirigido hacia un abordaje específico del factor etiológico.

En estos casos, también deben emplearse estrategias para reducir la ingesta, disminuyendo la cantidad de comida y modificando la calidad de las ingestas, así como también se deben fomentar estrategias para aumentar el gasto energético.

Aunque no es objeto del presente trabajo, es de interés considerar el tratamiento quirúrgico de la obesidad, debido a que en los casos de obesidad con un TCA comórbido, existe una marcada controversia en la idoneidad del empleo de técnicas quirúrgicas.

Los frecuentes fracasos observados en el tratamiento de la obesidad condujeron a la propuesta de cirugía digestiva para tratar los casos de obesidad grave refractarios a la terapéutica convencional (Quintero, Fraile, García-Moreno, Correas y Chinchilla, 2003). Ésta se ha terminado utilizando en pacientes con un IMC superior a 35 con riesgos asociados o en pacientes con un IMC mayor de 40 sin riesgos asociados. Como técnicas quirúrgicas para la disminución del volumen gástrico se han empleado: derivación gástrica, gastroplastia, estrechamiento vertical, anastomosis terminolateral y derivación biliopancreática.

Los estudios que han valorado la eficacia de estas intervenciones han sugerido que los pacientes extremadamente obesos sometidos a cirugía bariátrica experimentan mejoras en la imagen corporal (Adami, Gandolfo, Meneghelli y Scopinaro, 1996; Neven et

al., 2002). Sin embargo, también se evidencia que algunos pacientes sometidos a cirugía bariátrica manifiestan falta de satisfacción con sus cuerpos tras una pérdida masiva de peso.

En la valoración médica del individuo obeso candidato a cirugía, se deben identificar los antecedentes del estilo de vida, los antecedentes sociales, psiquiátricos y psicológicos, además de los antecedentes de medicación. Todo ello unido a una exploración completa (Kushner y Roth, 2005).

De forma más específica, en la valoración de los aspectos psicosociales en los candidatos a cirugía bariátrica es importante la valoración psiquiátrica y psicológica. En ésta se recomienda la exploración de diversas áreas.

El primer aspecto a explorar sería la valoración del estado mental del sujeto. Dicha exploración debe ser en orden a descartar trastornos psiquiátricos o psicológicos, como los trastornos del estado del ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos o del control de los impulsos o trastornos de la personalidad (Quintero et al., 2003).

Asimismo, se recomienda valorar otros aspectos como el estrés y las estrategias de afrontamiento, el soporte social, la evaluación del funcionamiento cognitivo y social del paciente y la motivación.

El sujeto idóneo para la cirugía bariátrica no debe presentar ni historia de psicopatología mayor ni alteraciones de las conductas de alimentación. Por ello, es esencial la inclusión de una evaluación detallada de los hábitos relacionados con la alimentación, así como la exploración minuciosa de posibles síntomas propios de los TCA (BN y otros trastornos de la conducta alimentaria como el TA o el NES).

La intervención psicológica es, en este sentido, fundamental para una actuación más completa y rigurosa. El problema surge cuando estas evaluaciones realizadas tanto por cirujanos como por profesionales de la salud mental, muestran discrepancias. Gran parte de los obesos que demandan o se les indica cirugía, presentan destacable sintomatología vinculada con el TA, que queda reflejada en las valoraciones de los psicólogos o psiquiatras, aunque en ocasiones no son tenidas lo suficientemente en cuenta por parte de los cirujanos. Es importante fomentar una uniformidad de criterios en la evaluación y valoración para una adecuada intervención y posterior eficacia de las actuaciones quirúrgicas llevadas a cabo.

Un campo de investigación con contribuciones recientes son los diferentes estudios que abordan la vinculación entre obesidad extrema y las intervenciones quirúrgicas.

En este sentido, Hsu et al. (2002) realizaron un estudio prospectivo de sujetos con obesidad extrema con o sin TA, antes de someterse a la cirugía de bypass gástrico, con una muestra compuesta por 31 mujeres y 6 hombres. Como resultado principal

destacaron el mayor grado de disrupción en las actitudes y conductas frente a la comida en el grupo de TA respecto al grupo sin TA, con un pobre estado de salud física y mental. El hecho de utilizar el criterio de duración de los atracones de tres meses, del criterio de examinación del Eating Disorders Examinations (EDE) de Cooper y Fairburn (1987), permitió contar con la categoría parcial del TA. Es decir, aportó el criterio de los síntomas parciales (3 meses) y síntomas completos (más de 3 meses).

Las conclusiones del estudio se vieron confirmadas por otros trabajos que también emplearon el EDE, entre otras de sus mediciones, también en obesos extremos (Kalarchian, Wilson, Brolin y Bradley, 1998) y en sujetos con obesidad moderada (Wilson et al., 1993).

Concretamente, Kalarchian et al. (1998) mediante una muestra de 65 mujeres y hombres pendientes de intervención quirúrgica para la obesidad, observaron que una elevada proporción de éstos reportaban episodios regulares de atracón. Los sujetos con TA presentaron resultados elevados en los ítems del EDE referentes a la comida, la figura y el peso, por lo que los autores apoyaron estos aspectos como actitudes disfuncionales en el TA. Asimismo, hallaron que el TA no presentaba relación con el peso (IMC más elevado) en el caso del punto de corte del atracón de una vez por semana. No obstante, si la frecuencia se estableciese en 2 veces por semana se observaría asociación entre peso (IMC) y atracón.

Siguiendo con la obesidad extrema y pacientes demandantes de cirugía, la primera investigación llevada a cabo en minorías étnicas fue realizada por el equipo de Sánchez-Johnsen, Dymek, Alverdy y le Grange (2003). En una muestra de 62 mujeres afroamericanas, 18 latinas y 130 mujeres blancas, se observó que las minorías étnicas presentaban menor desinhibición con la comida que las mujeres blancas. Sin embargo, tanto un grupo como el otro eran equiparables en la frecuencia de atracones, tendencia a la restricción dietética y la sensación de hambre.

Bancheri et al. (2006) estudiaron los aspectos de personalidad en relación con la obesidad severa y las intervenciones quirúrgicas mediante el MMPI-2 (Hathaway y McKinley, 1999) y el EDI (Garner, Olmsted y Polivy, 1983). El estudio incluía 100 obesos severos (41 mujeres y 9 hombres por grupo) divididos entre los sometidos a intervención quirúrgica y pacientes sin intervención (50 pacientes respectivamente).

Los pacientes no intervenidos presentaron puntuaciones más altas en las escalas Pa (Paranoia) y Pt (Psicastenia) del MMPI-2, respecto a los intervenidos. No se observaron diferencias en el EDI-2, ya que ambos grupos puntuaron alto en las escalas de Obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal. Como único aspecto diferencial los sujetos no sometidos a intervención presentaron resultados altos en las escalas de Bulimia e Ineficacia.

Es evidente la necesidad de estudios longitudinales, para aclarar el impacto de cómo los atracones afectan a medio o largo plazo en los resultados de las intervenciones (Wadden et al., 2011). Por otro lado, para entender mejor la etiología y patogénesis del TA en las personas obesas son necesarias evaluaciones exhaustivas de los pacientes obesos que sugieran la posibilidad de un TA, con o sin trastornos comórbidos (Telch y Agras, 1996). Todo ello puede favorecer la distinción del TA como un síndrome psiquiátrico, o bien, como un síntoma asociado a determinados pacientes obesos (Sánchez-Planell y Fernández-Valdés, 2002).

### 1.3- INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN EL TRASTORNO POR ATRACÓN

Según recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud (GPC, 2009) la evaluación de las personas con TCA debe incluir la exploración de los aspectos físicos, psicológicos y sociales, así como una completa valoración del riesgo personal del paciente, tanto en el proceso diagnóstico como en el tratamiento.

De forma concreta, el diagnóstico de los TCA habitualmente se basa en la entrevista clínica, que se completa con la exploración física, psicopatológica y conductual, además de las exploraciones complementarias, con el fin de valorar la existencia de alteraciones somáticas, emocionales, conductuales y cognitivas. Las diferentes formas de entrevistas más empleadas son:

#### 1.3.1- Entrevistas semi-estructuradas

Las **entrevistas semi-estructuradas** más utilizadas para el diagnóstico de los TCA son la entrevista diagnóstica **Composite Internacional Diagnostic Interview (CID-I)** desarrollada por la OMS (WHO, 1990) y **Eating Disorders Examinations (EDE)** de Cooper y Fairburn (1987).

Aunque ambas entrevistas se adecúan a criterios diagnósticos definidos por el DSM-IV-TR (APA, 2001) y la CIE-10 (OMS, 1992), existe acuerdo en que la entrevista semiestructurada más fiable y mejor validada para el diagnóstico de TA es el EDE. La 12ª versión (EDE-12) desarrollada por Fairburn y Cooper (1993) dispone de la versión española, adaptada por Raich, Mora, Sánchez y Torras (2000) y otra versión realizada por Robles, Oberst, Sánchez-Planell y Chamarro (2006), que presenta cualidades psicométricas apropiadas y similares a las de la versión original.

Otra forma de evaluar puede ser a través de la lista de verificación de síntomas o **Symptom Checklist -90-Revised (SCL-90-R)**, desarrollada por Derogatis, Lipman y Covi (1973), cuya versión española se debe a González de Rivera et al. (1989). Es un cuestionario de respuesta rápida, compuesta por 90 ítems, que ofrece un perfil de las

dimensiones sintomáticas de los pacientes a nivel general. Las subescalas incluyen las dimensiones sintomáticas de: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal (sentimientos de inadecuación e inferioridad personal, autodesprecio), ansiedad, hostilidad e ideación paranoide. A nivel de sintomatología alimentaria, evalúa la obsesión por la comida, la vulnerabilidad al rechazo, la baja autoestima, la ansiedad frente a la comida, el comer demasiado y los sentimientos de culpabilidad. Existe documentación acerca de la fiabilidad y validez de la escala ofrecida por el propio autor (Derogatis, 1977).

También puede ser útil en la anamnesis preguntar únicamente los ítems de los criterios diagnósticos de los TCA descritos en la CIE-10 y el DSM-IV-TR.

A nivel general, son numerosos los instrumentos empleados para evaluar los trastornos alimentarios, en especial la AN y la BN, sin embargo son más escasos los instrumentos de evaluación específicos para los TCANE así como para el TA. La mayoría de las veces, en el TA se emplean los instrumentos desarrollados inicialmente para el estudio de aspectos bulímicos. También es frecuente el uso de cuestionarios o mediciones, aplicados para la obesidad.

Basándonos en la revisión de la literatura y en las recomendaciones de la GPC (2009), los instrumentos de evaluación más empleados en la BN, que también pueden ser utilizados en el TA en población adulta, son:

### 1.3.2- Instrumentos de cribaje en los TCA

- **The Eating Attitudes Test (EAT-40)** (Garner y Garfinkel, 1979). En España, una versión adaptada y validada a nuestro medio del EAT-40 es la realizada por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991) en un grupo de pacientes anoréxicas y un grupo control sano. Utilizando el punto de corte de 30 recomendado por los autores originales, la sensibilidad es del 68% y la especificidad del 86%, con un coeficiente alfa de consistencia interna de 0,93. Entre las posibles causas que expliquen las diferencias con la versión original, destaca que las mujeres anoréxicas españolas tenían una edad menor (Castro et al., 1991).

En Navarra se llevó a cabo otro estudio de validación de la adaptación de Castro et al. (1991), con la intención de validar un punto de corte alternativo a la versión mencionada para el cribado de casos de TCA en la población general (de Irala et al., 2008). Después de un seguimiento durante 18 meses a una muestra representativa de estudiantes adolescentes que procedían de la población general, una vez excluidos los casos prevalentes de TCA, se estimaron los parámetros de validez interna y externa obtenidos con puntos de corte distintos de 30. La mejor predicción diagnóstica se obtuvo con 21 puntos (sensibilidad del 73,3% y especificidad del 85,1%). El VPP (valor predictivo

positivo) fue del 20% y el VPN (valor predictivo negativo) del 98,4%. Con ello el equipo navarro concluyó que la mejor predicción diagnóstica del EAT-40 en un entorno no clínico, se obtiene con un punto de corte de 21 puntos, algo inferior al recomendado por los autores del cuestionario original.

**EAT-26 (versión abreviada del EAT-40).** Posteriormente, los mismos autores del EAT-40 (Garner, Omlsted, Bohr y Garfinkel, 1982) realizaron una nueva versión reducida (EAT-26) que es altamente predictiva con la versión original ( $r=0.98$ ). En dicha versión se suprimieron 14 ítems de la escala original que según los autores eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento. Se sugirió el punto de corte en 20 puntos lo que permite identificar una proporción significativa de mujeres con TCA y reduce al máximo el número de falsos positivos. En esta versión se definieron tres nuevos factores:

- Factor I. Dieta. Se relaciona con la evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar más delgado. Describe a aquellas personas que sobrestiman la talla corporal, y que están insatisfechas con la forma de su cuerpo y desearían estar más delgadas. Está compuesto por 13 ítems. En algunas circunstancias este factor puede ser utilizado como un sustituto de la escala total.

- Factor II. Bulimia. Refleja pensamientos acerca de la comida y los atracones. Como el factor I, se relaciona con las alteraciones de la imagen corporal pero se diferencia del primero en que el factor II está positivamente relacionado con la bulimia y con un peso corporal mayor. Según los autores, una alta puntuación en el factor II está asociada con mal pronóstico.

- Factor III. Control oral. Se refiere al autocontrol en relación a la comida y a los factores que representan la presión social para ganar peso. Altas puntuaciones en este factor se asocian a un menor peso y a ausencia de bulimia.

Al igual que el EAT-40, este cuestionario también es autoadministrado y con la misma escala *likert* de 6 puntos. El rango de puntuación de las respuestas es de 0 a 78. Utilizando el punto de corte de 22 puntos o más, el rango de sensibilidades, y especificidades, son de 65,1% a 88,9% y 96,1% a 97,7% y 44 respectivamente, siendo las tasas de falsos positivos del 2,7% al 3,8% (Jacobi, Abascal y Taylor, 2004).

**Versión española del EAT-26.** La validación española del EAT-26 se ha llevado a cabo por Gandarillas et al. (2002) en un medio comunitario en población femenina escolarizada de 15 a 18 años de edad. Las características psicométricas de este cuestionario son similares a las descritas por sus autores.

Para un punto de corte de 20 puntos o más, la sensibilidad es del 59%, la especificidad del 93%, el VPP del 23% y el VPN del 99%, con porcentaje de bien clasificados del 92%. Como cuestionario de cribado es útil para diferenciar los casos de

TCA de la población normal, aunque es importante señalar el escaso VPP dado que la prevalencia del problema es baja (Gandarillas et al., 2002). Cuando el punto de corte es más bajo (10 puntos o más) el EAT-26 presenta una sensibilidad considerablemente más alta, una especificidad más baja, y unos valores de predicción positivos más bajos, pero los negativos se mantienen igualados respecto al punto de corte de 20.

- **Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire (SCOFF)**, (Morgan, Reid y Lacey, 1999). Es un instrumento de cribado de TCA que consta sólo de cinco preguntas dicotómicas (SI/NO) que valoran la pérdida de control sobre la ingesta, las purgas y la insatisfacción corporal. El rango de puntuación oscila de 0 a 5 puntos (NO=0 y SI=1), una puntuación total de dos o más puntos identifica personas de riesgo de TCA. Los datos de sensibilidad en AN son del 100% igual que en BN. La especificidad para AN y para BN es del 85% y 80% respectivamente, con tasa de falsos positivos del 7,3% para AN y 8% para BN (Morgan et al., 1999). Estudios independientes realizados en atención primaria indican valores de sensibilidad que oscilan entre el 78%-85% y de especificidad entre el 88%-90%, con sólo dos respuestas afirmativas (Luck et al., 2002; Cotton, Ball y Robinson, 2003).

Se estudió también si era más fiable la autoadministración escrita o la oral (por el médico) y los resultados sólo observaron mínimas diferencias en el poder de detección del SCOFF. No obstante, los autores sugieren que en el formato autoadministrado las respuestas pueden ser más sinceras, al reducirse la confrontación del paciente con el entrevistador (Perry et al., 2002).

**Versión española del SCOFF.** Se dispone de una versión española adaptada y validada en nuestro medio (García-Campayo et al., 2005) para la detección precoz de TCA en atención primaria. La sensibilidad es del 98%, con un índice de confianza del 95%: 93,5 a 99,5. En el estudio de validación se obtuvo una sensibilidad del 98% y una especificidad del 95%

También se ha adaptado y validado en nuestro medio la versión catalana (SCOFF-c) por Muro-Sans, Amador-Campos y Morgan (2008) en una muestra comunitaria de adolescentes (51% hombres y 49% mujeres, con una edad media de 14 años). En este estudio, las cifras de sensibilidad fueron del 73% y las de especificidad del 94%. Entre las posibles razones de la baja sensibilidad están las características de la muestra (jóvenes de la ciudad de Barcelona reclutados en atención primaria).

Los resultados sugieren que el SCOFF puede ser un cuestionario útil, ya que permite de forma rápida y fácil la detección en atención primaria de grupos de riesgo de TCA entre la comunidad (Burri, 2008). Sus características también han mostrado ser útiles en la monitorización del curso del tratamiento.

### 1.3.3- Instrumentos de evaluación de actitudes frente a la comida

- **Eating Disorder Inventory (EDI)** (Garner et al., 1983) o Inventario de trastornos de la conducta alimentaria, es un inventario multifásico de 64 ítems. Se compone de ocho escalas que exploran las diferencias cognitivas y conductuales de AN y BN, éstas son:

-Impulso u obsesión por adelgazar (7 ítems). Indica preocupación por la dieta y el peso. Ardiente deseo de perder peso y también, desmesurado temor a ganarlo.

-Sintomatología bulímica (7 ítems). Tendencia a presentar episodios de sobreingesta incontrolada que pueden ir seguidos de impulsos inductores de la provocación de vómito. La presencia o ausencia de sintomatología bulímica diferencia los subtipos de AN (AN restrictiva – AN compulsivo-purgativa).

-Insatisfacción corporal (9 ítems). Creencia de que aquellas partes del cuerpo asociadas al cambio producido en la pubertad (por ej.: caderas, muslos, nalgas) son excesivamente gruesas. La insatisfacción está asociada a la alteración de la imagen corporal que es un síntoma básico en los trastornos alimentarios.

-Sentimiento de insuficiencia (10 ítems). Referido a la autoestima, revela sentimientos generales de inadecuación, inseguridad, inutilidad y falta de control sobre la propia vida.

-Perfeccionismo (6 ítems). Indica unas expectativas exageradas sobre posibles logros personales y un énfasis excesivo sobre el éxito.

-Desconfianza en las relaciones interpersonales (7 ítems). En el ámbito relacional, refleja aversión generalizada hacia la formación de relaciones interpersonales íntimas. Es importante en el desarrollo y mantenimiento de la AN y debe ser distinguida de la ideación paranoide. La desconfianza refleja una incapacidad de formar lazos de amistad o de expresar emociones a los demás.

-Conciencia interoceptiva (10 ítems). Hace referencia al reconocimiento de estímulos y sensaciones internas, reflejando la incapacidad de reconocer las sensaciones de hambre y saciedad.

-Miedo a la madurez (8 ítems). Mide el deseo de permanecer en la seguridad de los años preadolescentes debido a las excesivas demandas de la vida adulta.

Las tres primeras escalas (Obsesión por adelgazar, Bulimia e Insatisfacción corporal) evalúan actitudes y/o conductas relacionadas con la comida y la forma del cuerpo. Las alteraciones en estas áreas además de ser propias para los TCA, también pueden encontrarse en otros grupos de personas muy pendientes de la dieta.

Las cinco escalas siguientes miden los aspectos fundamentales en la psicopatología de los TCA.

Cada ítem del EDI presenta 6 posibles respuestas que van de "siempre" a "nunca", de las cuales sólo tres se puntúan (de 1 a 3). Por ello, la puntuación total máxima de este cuestionario es de 192.

Aunque la versión del EDI en obesos no está validada, Lowe y Caputo (1991), aplican dicho tests para identificar las características asociadas con el atracón entre obesos.

**Versión española del EDI y EDI-2.** La versión adaptada al español del EDI fue desarrollada por Guimerá y Torrubia (1987) en una muestra clínica de 24 pacientes con AN y 24 casos control, con una fiabilidad test-retest que varía en las distintas subescalas entre 0,30-0,82 y un coeficiente alfa de consistencia interna que varía entre 0,74 y 0,92. Las puntuaciones de la muestra española son muy parecidas a las de otras adaptaciones europeas (Norrington y Sohlberg, 1988) y sensiblemente inferiores a las presentadas en la publicación original realizada con una muestra de pacientes canadienses (Garfinkel, Garner, Kaplan, Rodin y Kennedy, 1983).

La versión española del EDI-2 fue adaptada por Corral, González, Pereña y Seisdedos (1998). Se dispone también de la versión castellana validada en población mexicana, en la que cuando el punto de corte es de 80 para la puntuación total, la sensibilidad es del 91% y la especificidad del 80%. Cuando el punto de corte es de 105 puntos, la sensibilidad es del 82% y la especificidad del 89% (García-García, Vázquez, López y Arcila, 2003).

La fiabilidad test-retest de la escala validada en español puede considerarse también aceptable y dichos resultados pueden ser indicativos de que probablemente la mayoría de las escalas del EDI están midiendo rasgos psicopatológicos estables.

El EDI-2 también puede ser utilizado como medida de *screening*, siendo la subescala Tendencia u Obsesión por la delgadez, la que parece más útil. Si se trata de utilizar este cuestionario como instrumento para identificar nuevos casos, los autores sugieren añadir otras preguntas que hagan referencia a las conductas de riesgo típicas del trastorno.

Tanto el EAT-40 como el EDI-2, al ser instrumentos utilizados en la evaluación del presente estudio, en la parte empírica de la investigación se amplía la información acerca de ellos.

- **Restraint Scale (RS)** o escala de restricción. La versión original (Herman, Polivy, Pliner, Threlkeld y Munic, 1978) mide los esfuerzos por controlar o restringir la ingesta calórica. Existe la versión revisada por Herman y Polivy (1980). Aunque no constan datos relativos a la fiabilidad del instrumento, los autores informan acerca de la validez de criterio del mismo, tanto de la versión original como de la revisada.

### 1.3.4- Instrumentos de evaluación de conductas bulímicas

- **Bulimia Test (BULIT)** (Smith y Thelen, 1984). Este cuestionario fue diseñado con el objetivo de cubrir algunas necesidades detectadas en el ámbito de la evaluación de la BN, como la distinción entre personas con BN frente a personas sin problemas de TCA; personas con BN frente a personas con otros TCA y subgrupos de BN basados en criterios específicos. Consta de 32 ítems, más cuatro ítems de carácter informativo relativos al abuso de laxantes y uso de diuréticos y sobre amenorrea. Los reactivos se distribuyen en cinco dimensiones: atracones o descontrol de las comidas, malestar, vómitos, tipo de alimento y fluctuación en el peso. La puntuación se realiza mediante una escala de *likert* de cinco puntos (de 1 a 5). En varios ítems la respuesta más sintomática se presenta al final en lugar de al principio para prevenir un sesgo en la respuesta, a causa del orden de presentación. La suma de todos los ítems (excepto los puramente informativos) permite obtener una puntuación global que oscila entre 32 y 160 puntos. La mayor puntuación indica mayor intensidad de la sintomatología bulímica. Asimismo, la suma de los ítems correspondientes a cada una de las cinco dimensiones, permite obtener las puntuaciones para cada una de ellas. Se obtiene, por tanto, una puntuación global y cinco puntuaciones correspondientes a cada una de las dimensiones.

Los datos obtenidos con la versión original indican que se trata de un instrumento fiable, válido y objetivo para identificar a personas con síntomas bulímicos, confirmando su utilidad para detectar en la población general a aquellas personas que presentan BN o que se encuentran en riesgo de sufrirla (Smith y Thelen, 1984). Con un punto de corte de 102 o más, la sensibilidad, especificidad, el VPP y el VPN, del BULIT es de 95%, 98%, 91% y 99%, respectivamente.

**Versión española del BULIT.** En España, la versión adaptada y validada del BULIT fue realizada por Vázquez, García, y Vázquez (2007) en un grupo de personas, en su mayoría mujeres, atendidas en centros de salud mental, con un rango de edad entre 13-54 años. Los resultados apoyan sólidamente la fiabilidad y validez de la versión española del mismo, destacando su utilidad para la identificación de casos de BN y para cuantificar la gravedad de los síntomas bulímicos. Con un punto de corte de 88, permite clasificar correctamente a un 90% de las personas con BN, al tiempo que clasifica correctamente a un 100% de personas sin TCA, datos que apoyan ampliamente su uso como instrumento de cribado.

**Versión revisada del BULIT (BULIT-R).** Desarrollada por Thelen, Farmer, Wonderlich y Smith (1991). Su aportación más importante es la adaptación a los criterios del DSM-III-R (APA, 1987) y posteriormente al DSM-IV (APA, 1994). Consta de 36 ítems, aunque sólo 28 son utilizados para determinar la puntuación final, que oscila entre 28-140

puntos. Se correlaciona intensamente con la versión original ( $r=0,99$ ). En una muestra de estudiantes de enfermería y con el punto de corte de 104 puntos o más, la sensibilidad, especificidad, el VPP y el VPN, del BULIT-R fue alta: 80%, 99,5%, 80% y 99,5% respectivamente (Welch, Thompson y Hall, 1993).

La versión del BULIT-R, adaptada y validada en nuestro medio, es relativamente reciente (Berrios et al., 2007).

- **Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE)**. El test de investigación de bulimia de Edimburgo (Henderson y Freeman, 1987) es un cuestionario autoadministrado diseñado para identificar a sujetos con síntomas bulímicos, tanto en BN como en TA. Consta de 36 ítems que configuran dos subescalas. Se compone de una escala de síntomas, que evalúa el número y grado de los síntomas que están presentes, con 30 ítems de máxima puntuación y un punto de corte de 20 puntos o más. La otra escala proporciona un índice de gravedad del trastorno que se basa en la frecuencia con que se producen las conductas patológicas. Una puntuación total de 25 puntos o más es indicativa de presencia de un TCA grave.

El BITE ha mostrado una sensibilidad, especificidad y un VPP perfectos (100%, 100% y 100%, respectivamente). Sin embargo, no se conocen datos sobre su uso en la población (Henderson y Freeman, 1987).

**Versión española del BITE.** La versión adaptada y validada en España fue desarrollada por Rivas, Jiménez y Bersabé (2004). Se administró la versión española del BITE en una muestra de adolescentes entre 12 y 21 años de edad, de distintos centros escolares. A partir de los puntos de corte establecidos en base a los criterios del DSM-IV (APA, 1994) para BN, se halló una elevada especificidad y una sensibilidad mucho menor que la encontrada en muestras clínicas. Además, las puntuaciones en el grupo de BN fueron más elevadas que en otros TCA y en el grupo sin TCA. Por lo tanto, este instrumento puede utilizarse para la detección precoz de personas que pueden padecer algún TCA en población general. También se puede emplear para valorar la intensidad de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.

Tanto el BULIT como el BITE son los instrumentos de cribado para la BN que tienen valores de sensibilidad y especificidad para la BN. No obstante, la especificidad de dichos cuestionarios para diferenciar entre la BN y los casos parciales de BN y otros TCA es poco conocida y los datos de base poblacional son limitados.

Otros instrumentos útiles para evaluar síntomas bulímicos, con o sin medidas compensatorias, son:

- **Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R)**. Cuestionario de patrones de alimentación y peso, versión revisada (Spitzer, Yanovski y Marcus, 1993). Existe la validación de la versión original (QEWP) revisada por Brody,

Walsh y Devlin (1994). Asimismo, Nangle, Johnson, Carr-Nangle y Engler (1994), han realizado un análisis psicométrico del QWEP, para determinar la categoría diagnóstica del TA.

Actualmente se utiliza la versión revisada para identificar individuos con TA (Barnes, Masheb, White y Grilo, 2011), ya que indaga acerca de la cantidad de comida consumida en el atracón, la duración del mismo y sobre sentimientos de culpa con respecto a la comida, la dieta y el peso (Telch y Stice, 1998). Aunque el instrumento puede ser tomado como una medida válida de la presencia o ausencia de TA, se plantea que se sobrevalora el acercamiento dicotómico, de todo o nada. Del mismo modo, puede no identificar algunos individuos clínicamente significativos.

- **Eating Disorders Examination-self-report questionnaire (EDE-Q)**. El examen para trastornos de la alimentación cuestionario autoaplicado, fue desarrollado por Fairburn y Beglin (1994), elaborado a partir de la entrevista semiestructurada EDE de Fairburn y Cooper (1993), comentada anteriormente. Este cuestionario se utiliza para corregir los problemas en las mediciones autoaplicadas, como son dar una adecuada definición de la palabra atracón o de ciertas creencias, como el miedo enfermizo a engordar. También evalúa aspectos como la preocupación por el peso, la figura y la alimentación, así como la restricción alimentaria. Estas escalas han presentado una validez y fiabilidad aceptable (Fairburn y Beglin, 1994; Black y Wilson, 1996).

Consta de 38 ítems y se califica mediante una escala de siete puntos, indicando las puntuaciones más altas mayor severidad del trastorno.

Es una buena prueba de filtro para identificar individuos con conductas de riesgo para algún TCA. Entre pacientes con TA, el EDE-Q ha demostrado una buena fiabilidad interna y test.retest (Grilo, Masheb, Lozano-Blanco y Barry, 2004). Es adecuado para este trastorno, ya que evalúa de forma precisa el atracón tanto objetivo como subjetivo. También evalúa los rasgos asociados al atracón, como el comer mucho más rápido de lo normal, el vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos, dieta restrictiva fuera de los episodios bulímicos y ejercicio físico extremo. No obstante, exige experiencia en los entrevistadores y un amplio tiempo de administración (aproximadamente 60 minutos). A pesar de ello, el inconveniente más importante es el hecho de no contemplar el criterio completo de TA en seis meses, pues lo establece en tres meses. La versión revisada no difiere en los aspectos fundamentales del cuestionario original.

- **The Binge Eating Scale (BES)** de Gormally, Black, Daston y Rardin (1982). Los 16 ítems de la escala miden la existencia de atracones (moderados o severos) o la no existencia de los mismos, para sujetos obesos. Un resultado de 27 o por encima, indica problemas severos y el resultado de 17 o por debajo, designa la no existencia de problemas de atracón.

- **Compulsive Eating Scale (CES)** .Elaborado por Kagan y Squires (1984), es una escala diseñada para evaluar en individuos obesos la falta de habilidad para controlar la ingesta en ausencia de señales fisiológicas de hambre. La escala predice diferencias entre sujetos categorizados como comedores normales limítrofes (entre la normalidad y la patología del TA) y comedores compulsivos. Los propios autores presentan un índice de consistencia interna de 0,75.

#### 1.3.5- Instrumentos de medición de la satisfacción con la propia imagen corporal

Para el estudio de la **percepción de la imagen corporal**, Sarwer, Thompson y Cash (2005) proponen las escalas que miden la satisfacción con el peso, la imagen y la talla, según esta clasificación sugieren los siguientes instrumentos:

Entre las escalas de **satisfacción con el peso**, se aconseja el uso del **Body Shape Questionnaire (BSQ)** (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987), cuestionario compuesto de 34 ítems, que explora el grado de ansiedad que las pacientes experimentan respecto a su propio cuerpo. Cada ítem presenta seis posibles respuestas, según una escala de *likert*. Ha sido aplicado tanto en pacientes con trastornos de la alimentación como en población normal. Entre sus ventajas destaca que discrimina claramente pacientes con BN. Presenta una consistencia interna de 0.93, y está adaptado a población española (Raich et al., 1996). Con una puntuación de corte de 105, este instrumento ha mostrado tener una buena consistencia interna y validez concurrente de 0,66 con la subescala de Insatisfacción corporal del EDI (Garner et al., 1983).

Los siete ítems del EDI en la **subescala de insatisfacción con el cuerpo** (Garner et al., 1983), también son útiles para medir el grado de concordancia, con las aseveraciones acerca de partes corporales que se consideran grandes.

Ambas mediciones son idóneas para ser utilizadas en muestras de obesos y TA, puesto que se centran en la puntuación subjetiva de los aspectos corporales relacionados con el peso.

Otro método de evaluar la satisfacción con la imagen corporal implica el uso de metodologías que puntúan figuras esquemáticas, que consisten en una serie de figuras de tamaño variable, desde delgadez con peso bajo hasta obesidad.

Por otro lado, son útiles las **escalas que evalúan la satisfacción con la apariencia**, que se centran en aspectos no relacionados con el peso, como partes corporales concretas o la musculatura en general. También se pueden incluir ítems que intenten evaluar cómo un individuo se ve vestido o se muestra a los demás.

En el último grupo, las **escalas de percepción de la talla**, exploran los aspectos perceptivos de la imagen corporal donde se incluyen las escalas de la implicación en la

imagen corporal. Estas escalas evalúan hasta qué punto los individuos se implican psicológicamente en su apariencia.

Otros instrumentos de evaluación que pueden explorar tanto la imagen corporal como la sintomatología, también en sujetos con obesidad, son:

- **The Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ)** de Stunkard y Messick (1985). Es un cuestionario de 54 ítems con tres subescalas que miden restricción, tendencia hacia la desinhibición y sensación de hambre. Presenta una aceptable validez y fiabilidad (Stunkard y Messick, 1985). Posteriormente, Gladis, Wadden, Foster, Vogt y Wingate (1998) demostraron la utilidad clínica del TFEQ en población en tratamiento para obesidad y sobrepeso.

- **Body Attitude Test (BAT)** o test de actitudes hacia el cuerpo de Probst, Vandereycken, van Coppenolle y Vanderlinden (1995). Es uno de los más recientes cuestionarios de autoevaluación, elaborado para pacientes del sexo femenino que padecen TCA. Sus características psicométricas se comprobaron en un gran número de pacientes y sujetos de control (personas con trastornos alimentarios, integrantes de Obesos Anónimos e individuos normales). Los análisis produjeron una estructura estable de cuatro factores: valoración negativa del tamaño corporal, desconocimiento del propio cuerpo, descontento general con el propio cuerpo y un factor de reposo. Reiteradas pruebas en diferentes subgrupos mostraron que el BAT es confiable y válido, la validez discriminante entre muestras de TCA y población general es buena. La consistencia interna es alta (0,93) y la validez concurrente con la escala de insatisfacción corporal del EDI es de 0,72 (Probst et al., 1995).

El BAT tiene solamente 20 ítems que deben contestarse en una escala de seis puntos, desde “siempre” (5) hasta “nunca” (0). El valor máximo total es de 100 puntos, en el que a mayor puntuación, más anómala es la experiencia corporal. La puntuación de corte de 36 corresponde a una sensibilidad de 69% y una especificidad de 75% (Probst et al., 1995). Si bien el proyecto original se encuentra en idioma holandés, actualmente el BAT está disponible en inglés y en otras lenguas.

- **Stanford Eating Behavior Questionnaire (SEBQ)** (Agras, 1987). Es un extenso cuestionario de autoaplicación diseñado para recoger información referente a diversos aspectos. Éstos son: (1) demográficos, (2) historia de peso, (3) patrones realimentación, (4) historia médica, (5) historia psiquiátrica, (6) historia familiar del sujeto. Por otro lado, contiene 10 ítems dirigidos especialmente a explorar la conducta del atracón. Es de interés destacar que refleja los criterios según DSM-III-R (1987) de los episodios de atracón en la BN.

Eldredge y Agras (1997), diseñaron también un cuestionario, especialmente para la evaluación de la percepción del peso en los sujetos con TA de su estudio, el **Weight Perception Evaluation Questionnaire (WPEQ)**.

#### 1.3.6- Instrumentos de evaluación de los aspectos emocionales en el comer

Como destaca el DSM-IV (APA, 1994), algunos sujetos refieren que el atracón se desencadena por estados disfóricos. En este sentido, el instrumento más habitual para medir el comer por emoción es el ya aludido anteriormente *Three-Factor Eating Questionnaire* (TFEQ) (Stunkard y Messik, 1985).

También se ha empleado el **Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ)** de van Strien, Frijters, Bergers y Defares (1986) y de forma más extendida, el **Emocional Eating Scale (EES)** de Arnow, Kenardy y Agras (1995), para evaluar los estados del humor negativo.

Cabe destacar que tanto el DEBQ como el EES están basados más en el deseo de comer que en la frecuencia del comer como respuesta a las emociones.

Algunos investigadores han elaborado su propia escala, como es el caso del cuestionario de autoaplicación **Food Craving Inventory (FCI)** de White, Whisenhunt, Williamson, Greenway y Netemeyer (2002). Compuesto por 28 ítems, mide la frecuencia del deseo irrefrenable por comida concreta. Se han confirmado las propiedades psicométricas del FCI en su uso con población obesa y con TA en tratamiento (White y Grilo, 2005).

#### 1.3.7- Instrumentos de evaluación de la calidad de vida y salud general

Otros aspectos específicos de estudio en el TA, son la valoración de la calidad de vida y las disfunciones cotidianas, puesto que son aspectos de repercusión en pacientes obesos con y sin atracones.

Como indicadores de la calidad de vida destacan la versión española del **Nottingham Health Profile (NHP)** de Alonso, Antó y Moreno (1990), como indicador subjetivo del estado de salud general del individuo. La validez de constructo de la versión castellana se ha explorado evaluando la relación de las puntuaciones de la NHP con otras medidas de salud en sujetos de la población general y comparando las puntuaciones de personas que usualmente utilizan los servicios de atención primaria con las correspondientes a personas con un nivel de uso menor. Los resultados obtenidos indican que la versión castellana es culturalmente equivalente y presenta una validez de constructo similar al instrumento original. Se requieren, no obstante, más estudios acerca de la fiabilidad del instrumento (Alonso et al., 1990).

En la misma dirección, el **Functional Status Questionnaire (FSQ)** (Jette et al., 1986) evalúa el grado de disfunción que presenta el individuo en su actividad diaria, debido fundamentalmente a problemas de salud. Más específicamente, el instrumento recoge el nivel de disfunción en actividades cotidianas, sociales y laborales, así como el grado percibido de bienestar general. Los autores han informado de la validez de constructo del instrumento y de coeficientes de consistencia interna satisfactorios.

Otros instrumentos que pueden ser empleados para la medición de la calidad de vida, son los ya comentados *Binge Eating Scale* (BES) (Gormally et al., 1982) y el *Questionnaire for Eating and Weight Patterns- revised* (QEWP-R) de Spitzer et al. (1993). Asimismo, Kolotkin, Crosby, Kosloski y Williams (2001) estudian el impacto del peso en cuestionarios de calidad de vida.

Los escasos estudios que han comparado la calidad de vida en los sujetos con TA, han puesto de manifiesto las dificultades metodológicas, especialmente en lo concerniente a la medición.

### 1.3.8- Instrumentos de evaluación del TA en niños

Hasta el momento se han expuesto las medidas de evaluación en adultos. La detección de posibles casos de TA en niños y adolescentes ha llevado al inicial desarrollo de instrumentos de evaluación dirigidos a los pacientes de distintas edades.

Los instrumentos de evaluación del trastorno para niños son el ***Eating Disorders Examination adapted for children (ChEDE)*** y el ***Questionnaire of Eating and Weight Patterns – Adolescent versión*** (Johnson, Grieve, Adams y Sandy, 1999).

Por otra parte, Shapiro et al. (2007) desarrollaron una escala estructurada breve aplicada por el entrevistador, la ***Children`s Binge Eating Disorder Scale (C-BEDS)***, para evaluar el TA en niños de entre 5 y 13 años de edad. Como sugieren los propios autores, la C-BEDS puede ser apropiada para niños en estas edades y puede identificar el TA subsindrómico.

## 2- PERSONALIDAD

### 2.1- CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD

Según Polaino.-Lorente (2003), una primera dificultad en el estudio de la personalidad surge al considerar los rasgos o caracterizaciones que definen a cada persona en concreto. Aunque es cierto que la personalidad abarca el conjunto de todas las cualidades que definen a un ser humano, concreto y singular, no es ni la suma ni el conglomerado de estas cualidades.

Una segunda dificultad surge de la consideración de los factores que se han distinguido en la personalidad, según dos polos: variabilidad o permanencia. La personalidad es dinámica, una realidad abierta y cambiante, pero al mismo tiempo, se observa en ella una cierta permanencia.

La tercera dificultad consiste en que la personalidad se comprende entre lo biológico y lo cultural. Condicionada por la herencia biológica, no se determina por ésta, sino que la trasciende, del mismo modo que tampoco se reduce a un mero producto cultural.

Teniendo en cuenta estas limitaciones conceptuales, toda definición de la personalidad está ligada al marco desde el que el científico la contempla. Son muchos los autores que han descrito el concepto de personalidad y no existe una definición común o única aceptada por todos.

Las perspectivas empleadas más frecuentemente para el estudio de la personalidad, son la categorial y la dimensional.

Los modelos dimensionales, se basan en dimensiones estables de la personalidad, constituidas por la agrupación empírica de rasgos y características. Las mismas dimensiones se encuentran en todos los individuos, y es la desviación excesiva en el nivel cuantitativo de las mismas la que caracteriza a los trastornos de la personalidad.

En contraposición, las concepciones categoriales empleadas por la OMS (CIE) y la APA (DSM), se basan en el modelo clásico. Ambos consideran los TP como entidades patológicas individuales y delimitadas entre sí. Al constituir cada trastorno una categoría diagnóstica, se asume que estos trastornos están basados en alteraciones patológicas específicas.

Aún así, las alteraciones de la conducta producidas por la personalidad, sin ser necesariamente patológicas, explicarían las diferencias individuales (Belloch, Martínez-Narváez y Pascual, 1998). En esta línea, el DSM define los rasgos de la personalidad como "*formas duraderas de percibir, relacionarse y reflexionar sobre el entorno y sobre uno mismo*" (APA, 1987). Consecuentemente, se pasaría del rasgo al

trastorno en el momento que los rasgos son inflexibles, están mal adaptados y causan, o bien deterioro funcional significativo, o bien aflicción subjetiva. En este punto es cuando se constituye un TP debido al aspecto desadaptativo, inflexible y generalizado que se manifiesta por lo menos en dos de los ámbitos de la vida del sujeto (cognitivo, afectivo, funcionamiento interpersonal o control de los impulsos).

Por otra parte, la CIE-10 (OMS, 1992) considera los trastornos de personalidad como aquellas formas de comportamiento persistentes y arraigadas en la persona. Son formas de respuesta entendidas como desviadas y que afectan a un amplio espectro de la vida del sujeto.

La comprensión de la personalidad que emplean dichos modelos conceptuales supone entender los desordenes como entidades nosológicas discretas. Es decir, como características que pueden estar en la población de forma discontinua y que, por lo tanto, pueden estar presentes o ausentes. A partir de ello se establece un punto de corte asignando una categoría concreta.

Según la clasificación general propuesta por Cabanyes (2003), las distintas teorías de la personalidad pueden agruparse en tres modelos: situacionista, internalista e interaccionista. Los principales modelos y sus postulados básicos más relevantes son:

**a) Modelo situacionista.** Según este modelo, el individuo se define por su conducta. En consecuencia, para conocer la personalidad de un individuo hay que conocer su conducta y comprenderla desde el estudio de la situación en la que se encuentra. De esta forma, la conducta se puede explicar en función de las condiciones que anteceden y suceden a la situación. Por su parte, el modelo situacionista mantiene que la conducta es siempre aprendida y que dicho aprendizaje se lleva a cabo según las condiciones de la situación, lo que lleva a concluir que el aprendizaje es el modo en que se adquieren y modifican las conductas, determinado tal aprendizaje por la situación. Este modelo podría ser definido entonces como ambientalista, puesto que otorga al contexto la razón de la conducta.

**b) Modelo internalista.** Se basa en un enfoque orgánico que agrupa diversas teorías específicas de la personalidad. Estas teorías presentan características distintas pero que comparten, en mayor o menor grado, los siguientes supuestos:

-se subraya el papel de las variables personales como determinantes de la conducta.

-la conducta tiene un alto grado de consistencia en las distintas situaciones y de estabilidad a lo largo del tiempo.

-la medida de las características personales permitirá una elevada capacidad de predicción, como consecuencia de los dos supuestos anteriores.

Los tres supuestos sostienen que la personalidad es función directa de las características propias de cada individuo. Como ya se ha señalado anteriormente, existe un gran número de teorías de la personalidad englobadas en este modelo.

Teniendo en cuenta las características personales que se consideran relevantes para la conducta, a grandes rasgos, estas teorías pueden dividirse en dos grandes grupos, cuyos supuestos son:

Teorías internalistas biológicas. Las teorías biológicas de la personalidad sostienen que las variables personales que actúan como determinantes de la conducta tienen un origen biológico, y es precisamente esta naturaleza biológica la que distingue unas teorías de las otras. De este modo, hay teorías que relacionan las variables personales con aspectos genéticos, otras con aspectos anatómicos o constitucionales.

Alejándose de los enfoques más radicales de las teorías biológicas, actualmente han resurgido planteamientos de la personalidad que contemplan los factores biológicos como integrantes de la personalidad. En esta línea se encuentra el grupo de Eysenck (Eysenck y Sybil, 1964) y las aportaciones de Cloninger (Cloninger, Svrakic y Przybeck, 1993).

Teorías internalistas psicológicas. Las teorías psicológicas del modelo internalista representan la mayoría de los desarrollos y estudios teóricos sobre la personalidad. Estas teorías también pueden dividirse en dos grandes grupos de formulaciones teóricas según el modo de entender las variables personales: las teorías procesales o de estado y las teorías estructurales o de rasgo.

Las teorías procesales o de estado señalan que la conducta está determinada por mecanismos funcionales, de tipo cognitivo o afectivo, que tienen evidentes características dinámicas. A nivel general, las variables de la persona que determinan la conducta se encuentran en un nivel inconsciente que tiene que ver con el pasado o factores determinantes que se encuentran en el futuro.

A pesar de las diferencias, la mayoría de estas teorías han surgido en el ámbito clínico, con la intención de dar respuesta a patologías específicas. Por este motivo, se resaltan mucho las diferencias individuales y se insiste en el estudio del individuo como un todo.

Por otra parte, las teorías estructurales o de rasgo sostienen que los determinantes de la conducta son elementos estables y poco cambiantes. Según este supuesto, la personalidad se configura por la presencia de una serie de disposiciones relativamente estables de respuesta, denominados rasgos. El rasgo representa la tendencia habitual a manifestar una conducta determinada. Siguiendo el enfoque de esta teoría, el conjunto de rasgos constituye la estructura de la personalidad. Del

mismo modo que en el resto de teorías, a pesar de compartir un denominador común, según se trate de una teoría u otra, existen diferencias sustanciales.

En conclusión, las teorías internalistas ofrecen planteamientos basados en el principio de que la personalidad está determinada y configurada según las variables personales de cada individuo. Sin embargo, difieren a la hora de definir esas variables y de establecer una metodología común de estudio. A pesar de todo, el modelo internalista ha sido el que ha realizado un mayor número de aportaciones al estudio de la personalidad y sigue siendo la referencia fundamental en la psicología de la personalidad.

**c) Modelo interaccionista.** Este modelo resulta de la combinación de los dos modelos anteriores (situacionista e internalista). Básicamente, sostiene que la conducta está determinada por variables de la persona y variables del contexto, pero fundamentalmente, por la interacción entre ambas. Por tanto, explica la conducta en la interacción entre las variables personales y de la situación.

Entre las propuestas interaccionistas cabe destacar el modelo bio-psico-social, cuya aproximación conceptual de la personalidad presenta como variable única la biopsicosocial. Desde esta premisa, cinco tipos de variables básicas confluyen y se interrelacionan en la organización de la personalidad. Éstas son las variables observables, las variables no observables, las biológicas, las históricas y las sociodemográficas (Moreno-Jiménez, 2007).

Como defensor de esta postura interaccionista, destaca Millon (2000), que defiende el eclecticismo terapéutico. En su opinión, las técnicas de las diversas escuelas se pueden incorporar al tratamiento cuando sea necesario, independientemente del modelo teórico en el que se basa cada una de las técnicas.

Desde una concepción más global y generalista, otros autores como Schultz y Schultz (2002) consideran la personalidad y sus trastornos desde cuatro perspectivas: psicodinámica, humanista, conductual y biológica.

Desde la perspectiva psicodinámica, las fijaciones inconscientes y conflictos no resueltos en la niñez, que por lo general tienen que ver con el sexo y la agresión, marcan el origen.

Desde la perspectiva humanista, el trastorno es la incongruencia entre el yo y la experiencia real (autoconcepto impreciso), además de la dependencia excesiva de los otros para obtener aprobación y sentido de valía, factores que confluyen como causa de las perturbaciones.

Desde la perspectiva conductual, la conducta inadaptada obedece a fallos del aprendizaje. Los síntomas no son una señal de una enfermedad subyacente, sino el verdadero problema.

Desde la perspectiva biológica, la vulnerabilidad genética activada en parte por los factores ambientales, será la premisa básica.

En cuanto a los TP y la comorbilidad, deben destacarse varios aspectos, sólo se debe diagnosticar un TP cuando las características definitorias se manifiesten antes del comienzo de la edad adulta, sean típicas del funcionamiento a largo plazo del sujeto y no aparezcan exclusivamente durante un episodio de un trastorno del Eje I, según la clasificación multiaxial.

El concepto de comorbilidad, en términos generales, puede ser definido como la presencia de dos o más enfermedades independientes, de forma simultánea, en un individuo. En el ámbito clínico, se ha aceptado que la comorbilidad psiquiátrica es la presencia de un antecedente o síndrome psiquiátrico concurrente que se suma al diagnóstico principal. Sin embargo, para considerar que los trastornos son comórbidos, ambos deben estar presentes como episodios con expresión completa. La coexistencia de tales desórdenes o enfermedades, puede referirse tanto a dos trastornos del Eje I o un trastorno del Eje I y uno del Eje II.

El estudio de la relación entre los trastornos del Eje I del DSM y los trastornos de la personalidad ha sido objeto de diversos debates teórico-metodológicos (Wonderlich y Mitchell, 1992). La cuestión se centra en los modelos explicativos de dicha relación y en determinar cuál es la causa de esa correlación.

Los principales modelos sobre la etología de la comorbilidad son:

- Modelo predisposicional o de vulnerabilidad. Este modelo sostiene que ciertos rasgos de la personalidad predisponen a los individuos a desarrollar síndromes clínicos.

- Modelo de complicación. En este modelo, los TP son una complicación o consecuencia del trastorno del Eje I.

- Modelo de coefecto. Según este modelo, los TP y los síndromes clínicos son considerados como entidades psicobiológicas distintas y ambas son causadas por un tercer factor.

- Modelo de heterogeneidad o atenuación. Desde esta perspectiva, similar a la anterior, se considera que la interacción de varios factores de tipo constitucional y socio-cultural serían los causantes de ambos trastornos.

- Modelo de interacción o modificación. Desde este enfoque, ambos trastornos se originarían de forma independiente, pero cuando ambos coexisten, interactuarían para alterar o modificar las características de cada uno de ellos.

- Modelo de atenuación o continuidad. Este modelo sostiene que el TP es simplemente una versión subclínica del síndrome clínico, ambos con iguales orígenes genéticos o constitucionales.

- Modelo de solapamiento o superposición. Esta perspectiva implica que la apariencia de comorbilidad podría ser producida de forma artificial por el solapamiento o superposición en los criterios de los síndromes clínicos y los TP, que puede llevar a la sobreestimación de tal comorbilidad.

No existe, en la actualidad, un consenso sobre cuál de los modelos resulta más aplicable. La razón es que probablemente la comorbilidad no puede explicarse únicamente por uno de ellos, sino a través de distintas perspectivas, según los sujetos y el tipo de relación establecida entre ambos trastornos.

## 2.2- MODELO DE LA PERSONALIDAD DE THEODORE MILLON

Theodore Millon propuso una nueva clasificación para los trastornos psiquiátricos, presentando al mismo tiempo una teoría de los trastornos de la personalidad.

El planteamiento de su teoría es integrador, oponiéndose al eclecticismo y que conjuga teoría con evaluación e intervención, englobando en un mismo marco teórico la personalidad normal y la patológica (Millon y Davis, 1994).

La personalidad normal refleja los modos específicos de adaptación de un miembro de una especie, es decir, el funcionamiento adaptativo que muestra al relacionarse en sus ambientes. Del mismo modelo de la personalidad surgen estilos y dimensiones que diferencian y enlazan caracteres sanos y patológicos en un continuo (Strack, 1999; Sánchez-Verna, 2003).

Los patrones de personalidad patológica son características profundamente arraigadas que impregnan todas las facetas de la actividad del individuo. Estos patrones derivan de la interacción de los factores constitucionales y de la experiencia. Los patrones patológicos, una vez establecidos en los primeros estadios de la vida, tienden a invadir nuevas esferas y a perpetuarse dentro de círculos viciosos (Millon y Davis, 2000, p.70).

Conjugando ambas posibilidades de personalidad, Millon parte de unos principios básicos (tabla 7) necesarios para entender el marco desde el cual conceptualiza la personalidad (Millon y Davis, 2000, p.30-36).

La personalidad normal reflejaría los modos específicos de adaptación de un miembro de una especie, que son eficaces en ambientes previsibles, mientras que los TP representarían diferentes estilos de funcionamiento mal adaptados, atribuibles a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad de un miembro para relacionarse con los ambientes con que se enfrenta (Sánchez-Verna, 2003).

Tabla 7- Principios para conceptualizar la personalidad y sus trastornos según el modelo de Millon (Millon y Davis, 2000, p.7)

**Principio 1-**

Los trastornos de la personalidad no son enfermedades

**Principio-2-**

Los trastornos de la personalidad son sistemas estructurales y funcionales internamente diferenciados, no entidades internamente homogéneas

**Principio 3-**

Los trastornos de la personalidad son sistemas dinámicos, no entidades estáticas y permanentes

**Principio 4-**

La personalidad consiste en múltiples unidades en múltiples niveles de datos en múltiples sistemas de datos

**Principio 5-**

La personalidad existe en un *continuum*. No es posible una división estricta entre la normalidad y la patología

**Principio 6-**

La patogenia de la personalidad no es lineal, sino que se distribuye secuencialmente y de forma múltiple a través de todo el sistema

**Principio 7-**

Los criterios mediante los que se evalúa la patología de la personalidad deben estar coordinados de forma lógica con el propio modelo de sistemas

**Principio 8-**

Los trastornos de la personalidad pueden ser evaluados, pero no diagnosticados de una forma definitiva

**Principio 9-**

Los trastornos de la personalidad requieren modalidades de intervención combinadas y diseñadas estratégicamente

El instrumento para evaluar la personalidad normal es el Inventario Millon de estilos de personalidad (MIPS), (Millon, 1994). El MIPS está diseñado para ser utilizado con adultos sin patologías y evalúa dimensiones de rasgos y estilos interpersonales característicos que existen en la población normal (Sánchez-Verna, 2003).

En cuanto a la personalidad Millon (Millon y Davis, 1994), establece los patrones básicos y sus esquemas cognitivos en función de las estrategias de afrontamiento y la búsqueda de refuerzos de cada sujeto. Las variables básicas del carácter y origen de los refuerzos, se conjugan con la forma de establecimiento de relaciones interpersonales. Según la fuente primaria de satisfacciones y la dirección de la búsqueda del refuerzo, se distinguen cinco patrones comportamentales:

- Retraimiento. El sujeto no busca refuerzos y evita relacionarse.
- Dependencia. El sujeto busca refuerzos fuera de sí mismo.
- Independencia. El sujeto busca refuerzos a partir de sí mismo.

- Ambivalencia. El sujeto mantiene actitudes conflictivas, oscilantes, entre dependencia e independencia.
- Discordante. El sujeto utiliza las circunstancias para conseguir refuerzo positivo o evitar el refuerzo negativo.

Por otro lado, según las conductas empleadas habitualmente para maximizar los refuerzos o minimizar los refuerzos negativos, se definen dos patrones:

- Pasividad. Entendida como conformidad, resignación o apatía y ausencia de acción.
- Actividad. Entendida como participación activa en la reorganización de los acontecimientos de la propia vida para aumentar el placer y evitar el dolor.

De la combinación de estos dos ejes (las cinco fuentes de refuerzo primario y los dos patrones instrumentales o de afrontamiento) se obtienen 10 estilos básicos de personalidad (Millon y Davis, 2000, p. 75-78):

- activo-retraído y pasivo-retraído
- activo- dependiente y pasivo-dependiente
- activo-independiente y pasivo-independiente
- activo-ambivalente y pasivo-ambivalente
- activo-discordante y pasivo-discordante

En conclusión, el refuerzo buscado es la persecución del placer o la evitación del dolor, que puede ser encontrado en uno mismo o en los otros. Paralelamente, el individuo puede actuar de forma activa o pasiva para alcanzarlo, siendo en la combinación de estos ejes donde se configura el estilo básico de personalidad.

### 2.2.1- Fundamentos conceptuales y clínicos. Teoría del aprendizaje biosocial

Uno de los aspectos fundamentales de la teoría del aprendizaje biosocial, que le da nombre, es que la personalidad y la psicopatología se desarrollan como resultado de la interacción de fuerzas ambientales y organísmicas, tal como se ha aludido anteriormente. Estas interacciones empiezan en el mismo momento de la concepción y se mantienen a lo largo de la vida. Personas con potenciales biológicos similares poseen personalidades distintas y sufren distintos síndromes clínicos según las experiencias a las que se ven expuestas.

De acuerdo con esta teoría, los factores biológicos pueden configurar, facilitar o limitar la naturaleza de las experiencias y aprendizajes de la persona de varias maneras. Un claro ejemplo de ello sería como el mismo entorno puede ser percibido de forma distinta por individuos que poseen diferentes sensibilidades biológicas. En función de ello, las personas registran los distintos estímulos a intensidades variables,

según su patrón único de vigilancia, agudeza sensorial y disposición temperamental. Por tanto, las diferencias significativas en la experiencia son configuradas en primer término por la dotación biológica de la persona (Millon y Davis, 2000, p. 70-73).

La teoría sostiene también que la interacción entre factores biológicos y psicológicos no es unidireccional, en cuanto que los factores biológicos no siempre preceden a la experiencia y aprendizaje. Cada persona posee un patrón de sensibilidad y disposiciones comportamentales biológicamente determinado que conforma la naturaleza de sus experiencias y contribuye directamente a la aparición de dificultades ambientales (Millon y Davis, 2000, p.73-75).

Como se desprende de todo lo expuesto hasta el momento, Millon entiende la personalidad en términos de sistema adaptativo, formado por ámbitos estructurales y funcionales que se autorregulan. Estos ámbitos son útiles para el diagnóstico de los rasgos, trastornos y también para las intervenciones clínicas (Millon y Davis, 1994).

Aunque el modelo es dimensional, en cuanto a los trastornos de personalidad, éstos tienen una correspondencia categorial con el DSM, desde un enfoque multiaxial. El diagnóstico en el Eje II es decisivo para entender la patología del Eje I. Además, este diagnóstico debe ser contextualizado con los factores ambientales psicosociales y culturales representados en el Eje IV (Millon y Davis, 2000, p.168).

#### 2.2.2- Clasificación de la gravedad de la personalidad

La utilización de una perspectiva de sistemas que incluye la interacción de dinámicas internas y externas llevó a Millon a agrupar los 14 trastornos de la personalidad relacionados en el DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV en categorías más amplias (Millon y Davis, 2000, p.84), configurando tres grupos:

El primer grupo, denominado estilos "*con dificultades para el placer*", incluye los tipos desvinculados o aislados, que comprenden las personalidades esquizoide, evitativa y depresiva del DSM-IV (APA, 1994). Se considera que estos tres estilos presentan un nivel leve-moderado de gravedad debido a su desvinculación de sistemas de apoyo externo. Como resultado, los sujetos suelen tener pocos canales sublimatorios y escasas fuentes interpersonales de apoyo y estabilidad. Esta carencia predispone al incremento del aislamiento social, de la preocupación autista o de las regresiones depresivas.

El segundo grupo comprende los trastornos dependiente, histriónico, narcisista y antisocial de la personalidad, que suelen presentar un nivel leve de gravedad. Estos cuatro patrones de personalidad son entendidos como estilos "*interpersonalmente desequilibrados*", según el modelo teórico del autor. Están orientados principalmente

hacia las relaciones con los demás como la consecución de las propias necesidades. Al hablar de desequilibrio, se refiere a un estilo de funcionamiento interpersonal tanto dependiente como independiente. Las estructuras intrapsíquicas de estas personalidades les permiten concebirse a sí mismos y tratar con los otros de una forma relativamente coherente, por lo que estos pacientes son capaces de encontrar una posición estable en su entorno interpersonal mientras mantengan la cohesión psíquica.

El tercer grupo incluye los denominados estilos “*con conflictos intrapsíquicos*”, comprendiendo los trastornos sádico (agresivo), obsesivo-compulsivo, negativista (pasivo-agresivo) y masoquista (autodestructivo) de la personalidad. Los cuatro tipos de trastorno pueden reflejar un nivel de funcionamiento más grave que el segundo grupo por varias razones. Por un lado, presentan un desdoblamiento entre sus relaciones interpersonales y sus estructuras intrapsíquicas, siendo incapaces de mantener una dirección coherente que les permita orientar sus relaciones personales y sus operaciones defensivas. Por otro lado, estos pacientes se encuentran en permanente conflicto: dos de ellos (obsesivo-compulsivo y negativista/pasivo-agresivo) divididos entre asumir una posición dependiente o independiente y los otros dos (sádico/agresivo, masoquista/autodestructivo) experimentando una marcada discordancia de la polaridad placer-dolor.

El cuarto grupo, que refleja niveles moderadamente graves de funcionamiento personal, se denomina “*con déficits estructurales*”. Incluye los trastornos esquizotípico, límite y paranoide, propios del DSM-IV (APA, 1994). Las tres personalidades son socialmente incompetentes, con dificultades de relación y a menudo aislados, hostiles o confusos. No son capaces de suscitar el apoyo interpersonal que podría reforzar sus frágiles defensas y orientarlos hacia un estilo de vida más eficaz y satisfactoria.

En los trastornos esquizotípico y límite se observa una clara ruptura en la cohesión de la organización de la personalidad. En el perfil paranoide puede evidenciarse lo contrario, una focalización rígida y estricta sobre la estructura de la personalidad.

El grupo final de trastornos de la personalidad, los de extrema gravedad, lo constituyen los denominados “*estructuras descompensadas*”. Corresponden a los pacientes que dan muestras de un estado relativamente permanente de desintegración psíquica, en la que todas las funciones psicológicas están seriamente comprometidas.

Más allá de las clasificaciones de los diferentes trastornos, también son importantes las aportaciones de Millon referidas al ámbito de las intervenciones psicoterapéuticas. Estas contribuciones se basan en la propuesta de un modelo de

terapia integrativa, la psicodinámica (Millon, 2000), en la que el autor refuerza como sujeto principal del tratamiento psicológico a la persona más que a la patología (Sánchez-Verna, 2003).

### 2.3- INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD UTILIZADOS EN LOS TCA

Además del modelo de evaluación e intervención de Millon, entre los instrumentos más empleados para el estudio de la personalidad destacan:

El **Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)** o Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (Hathaway y McKinley, 1951), que ha sido una de las herramientas más utilizada en la práctica clínica general y en las investigaciones sobre la personalidad y los TCA. Se trata de una escala autoadministrada que permite obtener un perfil muy amplio de la personalidad. Proporciona una evaluación objetiva de algunas de las más importantes dimensiones de la personalidad relacionadas con la adaptación personal y social de la persona. La composición inicial constaba de 9 escalas clínicas (hipocondría, depresión, histeria, desviación psicopática, masculinidad-feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia e hipomanía). Posteriormente fueron añadidas otras escalas, como introversión social, dominancia y responsabilidad, entre otras.

El inventario posibilita la comparación controlada del individuo con el grupo de pertenencia, con lo que se obtienen rasgos específicos de la personalidad del sujeto. Asimismo, el MMPI facilita información sobre las características generales del estado afectivo del sujeto (tristeza, euforia, pesimismo, desesperanza, etc.), la calidad de las relaciones interpersonales (si existen dificultades para establecer compromisos afectivos o si existe dependencia emocional), las características de la demanda y la manifestación afectiva. Por último, este inventario también es útil para detectar dificultades en el control de los impulsos y los mecanismos de defensa que utiliza el sujeto (Macías, Unikel, Cruz y Caballero, 2003).

Una versión posterior, el MMPI-2 (Hathaway y McKinley, 1999), mejora y actualiza la primera versión.

Otra de las líneas actuales de investigación de la personalidad es el de la teoría del aprendizaje neurobiológico de Cloninger. El cuestionario autoaplicado que refleja esta teoría es el **Temperament and Character Inventory (TCI)** o Inventario de temperamento y carácter (Cloninger et al., 1993). Este instrumento evalúa las siete dimensiones del modelo de personalidad de Cloninger, cuatro del temperamento y tres del carácter, mediante 240 ítems dicotómicos (V o F). Según el autor, la personalidad es un complejo sistema jerárquico que puede ser descompuesto en distintas

dimensiones psicobiológicas del temperamento y del carácter. Ambas dimensiones se operativizan, en el caso del temperamento, en evitación del daño, búsqueda de novedad, dependencia de la recompensa y persistencia. La dimensión del carácter se mide a través de tres escalas: auto-dirección, cooperación y auto-trascendencia (Cloninger et al., 1993).

Un instrumento más clásico de evaluación destacable es el **Eysenck Personality Inventory** o Cuestionario de personalidad de Eysenck, (Eysenck y Sybil, 1964). Se basa en la consideración de tres dimensiones de la personalidad: neuroticismo, psicoticismo y extroversión, junto con una cuarta dimensión llamada “deseabilidad social o mentiras”. Cada una de estas áreas hace referencia a conductas normales que se vuelven patológicas sólo en casos extremos.

La teoría de Eysenck está basada principalmente en la psicología y la genética y parte de un modelo internalista, que propone un orden jerárquico, donde el nivel más simple los constituyen las conductas específicas. En esa misma jerarquía, existe un nivel superior de organización estructural formado por tres factores denominados ‘*superfactores*’. A partir de estos factores, se configuran perfiles de personalidad que supuestamente permiten describir a los individuos y predecir sus conductas (Cabanyes, 2003). Estos tres factores de personalidad, basados en las diferencias biológicas de los individuos, son los siguientes.

El primer factor, extraversión-introversión, es propuesto como resultado de las diferencias en los procesos de excitación e inhibición del sistema nervioso. Las personas extrovertidas tendrían un sistema nervioso más fuerte. Por el contrario, los inhibidos tendrían mecanismos fisiológicos más lentos para separar la estimulación excesiva, es decir, un déficit de activación cortical.

El segundo factor es el neuroticismo. Según éste, las personas ‘neuróticas’ tienen una mayor actividad del sistema límbico que ocasiona que muestren una mayor excitación emocional cuando se sienten amenazadas o cuando se encuentran en situaciones estresantes.

Por último, el tercer factor se refiere al psicoticismo o tendencia hacia la no conformidad o desviación social. Serían aquellas personas con tendencias disociales y con conductas agresivas (Cabanyes, 2003).

A parte de estos instrumentos concretos, en las evaluaciones de la personalidad las entrevistas suelen ser consideradas como el método más riguroso, debido al sistema de recogida de información, directa e interactiva, lo que permite el control de la misma.

El mayor inconveniente de las entrevistas es valorar la fiabilidad y la validez que puede tener la información facilitada por los mismos pacientes. Una posible

solución es minimizar los juicios subjetivos e inferenciales, preguntando más acerca de conductas concretas, que pueden dar información sobre la forma de ser del entrevistado.

La entrevista que utiliza actualmente esta metodología es la **Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis II (SCID-II)**. Esta entrevista clínica estructurada ha sido desarrollada por Firts, Spitzer, Gibbon, Williams y Benjamin (1994). Su característica más destacada es la incorporación del cuestionario de autoinforme que debe ser cumplimentado antes de la entrevista, de forma que en ella sólo se pregunta sobre los temas en los que se ha respondido afirmativamente. Consta de 121 cuestiones que se responden en una escala de cuatro puntos.

A pesar de existir diferentes versiones del SCID, con características distintivas, todas ellas se corresponden con los criterios propuestos por la APA en sus diferentes versiones del DSM (Spitzer, Williams, Gibbon y First, 1990). La adaptación al castellano ha supuesto la reformulación de algunas cuestiones para mejorar su fiabilidad (Gómez-Beneyto et al., 1994).

Otra forma de evaluación muy empleada en la actualidad es el anteriormente nombrado **Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI)** (Millon, 1977). Como se ha desarrollado anteriormente, es una prueba psicométrica que, en sus diferentes versiones (de la inicial a la tercera versión actual MCMI-III), permite establecer de modo preciso una relación entre aspectos funcionales y disfuncionales de la personalidad. Además, permite medir también la presencia de ciertas condiciones sintomáticas como ansiedad, depresión, hipomanía y abuso de sustancias, entre otras.

A un nivel de aplicación más concreto, las investigaciones realizadas en patología alimentaria con el MCMI (en sus distintas versiones) muestran ventajas respecto a otros instrumentos de medida.

A diferencia del MMPI-2 (Hathaway y McKinley, 1999), que no discrimina entre los diferentes subtipos de TCA, algunos de los estudios con el MCMI-II han mostrado su utilidad para entender la diferencia en la psicopatología de la personalidad entre mujeres con distintos TCA. Sin embargo, aún son escasos los estudios que se han realizado con este instrumento.

Tisdale, Pendleton y Marler (1990) estudiaron un grupo de pacientes diagnosticadas de BN frente a mujeres sin diagnóstico de patología mental. Las primeras presentaron niveles más elevados en las escalas Esquizoide, Fóbica (evitativa) y Dependiente (sumisa).

El único estudio con el MCMI que ha empleado una muestra amplia (165 pacientes con TCA) y ha diferenciado subgrupos de TCA es el realizado por Wiederman y Pryor (1997) con 27 mujeres adultas con diagnóstico de ANR, 33 con AN

purgativa y 105 bulímicas. Los hallazgos más relevantes fueron las elevaciones clínicamente significativas (mayores o iguales a 75) en pacientes con BN purgativa en las escalas autodestructiva (68,6%), dependiente (59%), evitativa (55,2%) y pasivo-agresiva (52,4%).

Sin embargo, estos resultados no son consistentes con los obtenidos hasta el momento por otros investigadores. Las divergencias pueden ser atribuibles al hecho de que la mayoría de los estudios se han realizado utilizando diferentes instrumentos de evaluación, con muestras pequeñas y sin diferenciar los subtipos de trastornos de conducta alimentaria.

Norman, Blais y Herzog (1993) evaluaron diferentes grupos diagnosticados con AN (n=17), BN (n=58) y un grupo diagnosticado con AN y BN (n=12). El grupo diagnosticado con BN presentó tendencia a puntuar más alto en las escalas dependiente e histriónica, comparado con el grupo de AN y el grupo mixto (AN y BN). En los grupos de AN y la combinación de AN y BN se apreciaron puntuaciones elevadas en las escalas esquizoide y evitativa. Por otra parte, se observó que las pacientes con ANP constituían un estadio intermedio entre las ANR y BN.

Con el objetivo de comprobar el grado de acuerdo entre la SCID-II y el MCMI-II al diagnosticar trastornos de personalidad en pacientes con TCA, Kennedy et al. (1995) analizaron dicha concordancia en una muestra de 43 pacientes. Los grupos comprendían 22 pacientes con AN, 16 pacientes con BN y 5 pacientes con diagnóstico mixto de con AN y BN.

Respecto al SCID-II, la prevalencia de los diagnósticos de trastornos de personalidad identificados más frecuentemente fueron el evitativo (51,2%), seguido del paranoide (27,9%), límite (23,3%), dependiente (23,3%), compulsivo (20,9%) y autodestructivo (25,6%). Los trastornos de personalidad esquizoide, esquizotípico, histriónico, narcisista, antisocial y pasivo-agresivo fueron menos frecuentes. De la muestra, un 74,4% cumplía criterios para al menos un diagnóstico de TP.

En cuanto al MCMI-II, la mayoría de diagnósticos de trastorno de personalidad se hallaban dentro del *cluster* C (81,4%). El TP autodestructivo fue el más frecuente (53,5%), seguido del evitativo (48,8%), pasivo-agresivo (37,2%), dependiente (32,6%) y compulsivo (25,6%). En el *cluster* A, el trastorno más frecuente era el esquizoide (20,9%), seguido del esquizotípico (18,6%). Por último, en el *cluster* B, se presentaron un 18,6% de los diagnósticos, siendo el TP límite el más habitual (16,3%), seguido del histriónico (4,7%).

Según los autores, la proporción de diagnósticos de TP en pacientes con trastornos de conducta alimentaria es similar entre el MCMI-II y el SCID-II, si bien el

grado de acuerdo entre esos dos instrumentos es bajo cuando se comparan las escalas o *clusters* individualmente (Kennedy et al., 1995).

En nuestro ámbito, Martín, Motos y del Águila (2001) realizaron un estudio que incluía mujeres jóvenes con AN de tipo restrictivo (n=11), BN de tipo purgativo (n=9) y sujetos control (n=11), utilizando el MCMI-II, como parte de una batería de evaluación psicométrica. Destacaron diferencias significativas en las puntuaciones de los tres grupos. Los datos mostraron mayor frecuencia de trastornos del *cluster* A y C (esquizoide y fóbico/evitativo) en AN y del *cluster* B (histriónico) en el grupo BN.

Otras aportaciones españolas son el estudio de del Río, Pérez y Borda (2002) en un total de 33 mujeres en edades comprendidas entre 18 y 41 años, que cumplían criterios diagnósticos DSM-IV (APA, 1994) para la BN purgativa. Los resultados del MCMI-II reflejaron altas puntuaciones en la escala Esquizoide (TB=76,97), seguida por la escala Autodestructiva (TB=68,64), Pasivo-Agresiva (TB=68,15) y Evitativa (TB=67,12). Un 81% de las pacientes presentaba niveles clínicamente significativos de comorbilidad en alguna de las escalas (TB>75): en un 45% de las pacientes se encontraron elevaciones en una, dos o tres escalas (15% respectivamente) y el 36% restante, las presentó en cuatro o más escalas.

Los resultados son relativamente consistentes con los obtenidos en el estudio de Wiederman y Pryor (1997) respecto a las pacientes bulímicas de tipo purgativo. En el estudio del equipo español, en general, los perfiles siguieron la misma línea, aunque los resultados se encontraban siempre por debajo (con menor patología), excepto en la escala esquizoide, donde el promedio de la muestra era más alto. Destacó también el promedio en la escala dependiente, mucho más baja (del Río et al., 2002).

Las limitaciones del estudio se reflejan nuevamente en la no diferenciación de los subtipos de TCA, lo que puede dar lugar a que se pierda o se contamine información diferencial relevante, tanto psicopatológica como conductual.

Teniendo en cuenta estos inconvenientes, del Río et al. (2002) concluyeron que no era posible establecer un patrón típico de rasgos de personalidad para estas pacientes. De la misma forma, resaltaron la importancia de realizar estudios con pacientes hospitalizados y no hospitalizados, así como con pacientes que cumplan todos los criterios diagnósticos y otros que no los cumplan totalmente (subclínicas).

Una investigación más reciente realizada en nuestro país, empleando el MCMI-II en población clínica con TCA, es la de Jáuregui, Santiago y Estébanez (2009). En este trabajo se estudiaron 147 pacientes ambulatorias atendidas en una unidad de trastornos alimentarios, con edades entre 22 y 24 años, con diagnósticos de AN, BN (purgativa o no purgativa) y TA.

En pacientes con AN se detectaron, al menos un TP, en BN llegó al 30,44% y en el TA se alcanzó el 32,13%. La media de puntuaciones significativas (tasa base>84) entre quienes presentaron algún trastorno, fue de 3,04%, lo que supone una media de tres trastornos de personalidad por sujeto. No se evidenciaron diferencias significativas entre los tres tipos de TCA, si bien en AN y BN las diferencias resultaron significativas para los trastornos narcisistas y obsesivo. Entre las bulimias (purgativas y no purgativas) tampoco se encontraron diferencias significativas.

Otro objetivo del estudio era investigar la influencia de la evolución del trastorno en las características de personalidad y síndromes clínicos. Jáuregui et al. (2009) analizaron la evolución del TCA mediante la variable de la duración del trastorno, especialmente en los casos de más larga permanencia de la patología. Concluyeron que los pacientes con más de siete años de evolución - el 35,37% total de la muestra- puntuaron más alto en ansiedad, neurosis depresiva y abuso de alcohol.

### 3- REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE EL TRASTORNO POR ATRACÓN

De forma previa a la exposición de los resultados de las investigaciones en TA, deben tenerse en cuenta los aspectos más destacados del estudio de la personalidad en los TCA. En este sentido, los trastornos alimentarios más explorados, la AN y la BN, proporcionan un marco de encuadre que precede a la investigación en el TA, más reciente y con más divergencia de conclusiones.

La relación entre TCA y TP se puede abordar desde diferentes perspectivas. Puede ser que la alteración de la personalidad sea una complicación propia del trastorno alimentario, que dicha alteración de la personalidad sea un factor predisponente para sufrir un TCA, o bien, que la alteración se presente como una entidad independiente del trastorno alimentario o como un síntoma propio de la patología alimentaria (Díaz-Marsá y Carrasco, 2001).

Ahora bien, tanto si los trastornos en el eje I actúan como rasgos patológicos previos, como si la personalidad alterada constituye un factor de riesgo para la aparición del TCA, la presencia de un TP junto a una alteración de la conducta alimentaria complica el cuadro clínico. Además, dificulta la detección temprana del problema, su posible tratamiento y no favorece un buen pronóstico terapéutico (Echeburúa y Marañón, 2001).

Pese a las observadas diferencias existentes entre las escuelas psicológicas sobre las teorías de la personalidad, nos centraremos en los conocimientos predominantes que existen actualmente entre los especialistas en patología alimentaria en cuanto a la personalidad y el TCA.

La comorbilidad de los TCA con los TP es elevada, situándose por encima de un 50% en los casos con diagnóstico de TCA (Gartner, Marcus, Halmi y Loranger, 1989; McClelland, Mynors-Wallis, Fahy y Treasure, 1991; Wonderlich y Mitchell, 1992; Díaz-Marsá, Carrasco, Prieto-López y Saiz-Ruiz, 2000).

Se observa que la manifestación simultánea de más de un TP se da con una frecuencia superior a la de la población general, sobre todo en las pacientes bulímicas con historia previa de AN (Herzog, Keller, Lavori, Kenny y Sacks, 1992; Braun, Sunday y Halmi, 1994).

Sin embargo, los diversos estudios difieren en sus resultados acerca de los datos de comorbilidad y los TP. En este sentido, los TP aparecen de forma relativamente frecuente aunque la proporción de individuos afectados varía considerablemente entre unos estudios y otros (Skodol et al., 1993).

Desde el punto de vista categorial, para describir las relaciones de los TCA con cada uno de los TP, debe tenerse en cuenta su agrupación por *clusters*.

*Cluster A:*

Incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad y está conformado por sujetos que suelen ser descritos como raros o excéntricos. Los sujetos de este grupo parecen hallarse poco representados dentro del espectro de los trastornos alimentarios (Álvarez- López, 1997).

*Cluster B:*

Este grupo comprende los trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista. Los sujetos que reciben estos diagnósticos suelen ser dramáticos, emotivos o inestables. Aunque algunos autores han señalado asociaciones importantes entre el *cluster B* y la bulimia, la relación más importante encontrada hasta el momento es la referida al trastorno de personalidad límite y BN (Gartner et al., 1989; Schmidt y Telch, 1990; Ames-Frankel et al., 1992; Skodol et al., 1993; Kennedy et al., 1995). Se ha planteado que la elevada comorbilidad entre el trastorno límite y la BN podría deberse a que ambos comparten algunos criterios diagnósticos (Álvarez-López, 1997). Por otra parte, también se ha sugerido que la depresión que acompaña a menudo a la BN, podría conducir también a un falso diagnóstico de trastorno límite (Piran, Lerner, Garfinkel, Kennedy y Broullete, 1988).

El TP histriónico suele presentarse con mayor frecuencia en pacientes con BN que en AN restrictivas. Las tasas de prevalencia varían entre un 25% y un 53% en muestras de pacientes bulímicas de peso normal (Levin y Hyler, 1986; Powers, Coovert, Brightwell y Stevens, 1988; Yates, Sieleni, Reich y Brass, 1989; Wonderlich, Swift, Slotnick y Goodman, 1990). En el caso de pacientes anoréxicas restrictivas y bulímicas, las tasas de prevalencia disminuyen de un 0% a un 20% (Piran et al., 1988; Wonderlich et al., 1990).

Los TP narcisista y antisocial, son poco frecuentes en pacientes con TCA aunque algunos pacientes, particularmente con un trastorno límite, pueden presentar rasgos antisociales prominentes.

*Cluster C:*

Incluye los trastornos de personalidad por evitación, dependencia y obsesivo-compulsivo y caracteriza a sujetos ansiosos o temerosos.

Wonderlich et al. (1990) indican que los trastornos del *cluster C* suelen ser más frecuentes en la AN. El trastorno evitativo se halla presente en un 30 a un 35% de los casos y aparece con mayor frecuencia en grupos con AN, al igual que el trastorno obsesivo compulsivo, cuyas tasas de prevalencia varían entre un 4 a un 37% en asociación a la AN, particularmente de subtipo restrictivo. Contrariamente, Gartner et al. (1989) no confirman esta relación.

Por último, el TP de tipo dependiente ha mostrado una consistente asociación con los desórdenes alimenticios, con tasas que varían entre un 16 a un 33%. Sin embargo, este tipo de TP se encuentra en todos los grupos de trastornos de la alimentación.

En función de lo descrito en los *clusters*, basándonos en la extensa revisión realizada por Sansone, Levitt y Sansone (2005), se pueden observar los diferentes TP más frecuentes en las patologías alimentarias de AN, BN y el TA (Anexo 3).

El TP más frecuente entre individuos con AN de subtipo restrictivo, es el obsesivo-compulsivo (22%) seguido muy de cerca del TP evitativo (1%). Alrededor de un 10% sufren trastorno límite o dependiente y aproximadamente el 5% evidencian trastornos de la personalidad propios del *cluster* A. El *cluster* C aparece como dominante en este tipo de individuos.

En el caso de los pacientes con AN purgativa, el trastorno más frecuente es el límite, con una prevalencia del 25%. Alrededor del 15% sufren trastorno evitativo o dependiente y el 10% trastorno histriónico.

En la BN vuelve a observarse que el trastorno límite es el más frecuente en el eje II, con una prevalencia del 28%, seguido del TP dependiente e histriónico con un 20%.

Continuando con la revisión de Sansone et al. (2005), en cuanto al TA, la evidencia disponible habla del TP obsesivo-compulsivo como trastorno más común, trastornos predominantes del *cluster* A, seguido de los TP evitativo y límite.

No debe olvidarse que esta comorbilidad puede afectar tanto al curso de la patología alimentaria TCA, como al curso psiquiátrico general y al funcionamiento psicosocial.

A pesar de que los rasgos temperamentales han sido menos estudiados, los rasgos generales que comparten AN y BN en ambos subgrupos, parecen caracterizarse por un elevado neuroticismo y una baja autosuficiencia (Bulik, Sullivan, Weltzin y Kaye, 1995).

Un campo de interés más reciente se ha centrado en el eje de la impulsividad-compulsividad. Mientras la impulsividad se ha mostrado propia de la BN, la obsesión por la delgadez y el rechazo a la alimentación que pueden constituir un signo de compulsividad, es más propio de la AN.

La asociación de la BN con la impulsividad es notable y ligada estrechamente a esta patología. Está por determinar si estos trastornos son la consecuencia de la propia evolución de la BN o son previos. La presencia de BN puede presentarse conjuntamente con abuso de alcohol y drogas, conducta autolesiva y parasuicida, desinhibición sexual, robo o cleptomanía. En el caso de concurrir la BN con dos de los comportamientos descritos (por lo menos), puede constituir, según algunos autores, un subgrupo diferenciado que se ha denominado *bulimia multiimpulsiva*. Su existencia como un

subgrupo independiente, no obstante, no ha sido confirmada (Echeburúa y Marañón, 2001).

Para Gargallo, Fernández-Aranda y Raich (2003), existe una elevada comorbilidad entre BN y TP. De este modo, la presencia de un TP en este tipo de pacientes va asociado a una mayor severidad del trastorno y es indicador de un mal pronóstico.

Los estudios sobre los TCANE, a pesar de haber proliferado en los últimos años, no permiten aún establecer una asociación clara entre aspectos referentes al TA y la personalidad. Lo mismo ocurre en la relación del TA con la obesidad.

El primer estudio que ha examinado empíricamente los subgrupos de TCANE es el de Williamson, Gleaves y Savin (1992), que, junto con otro posterior de Mizes y Sloan (1998), llegan a conclusiones parecidas al afirmar que existen distintos subgrupos dentro de los TCANE, siendo el TA el subgrupo más homogéneo frente al resto de trastornos incompletos.

Las investigaciones sobre el TA se han llevado a cabo abarcando aspectos diversos, referidos tanto a la sintomatología propia como a la comorbilidad y otros aspectos. A continuación se presentan las conclusiones de los estudios que se han llevado a cabo en áreas concernientes al trastorno.

### 3.1- DELIMITACIÓN DIAGNÓSTICA

#### 3.1.1- Controversias en relación al estudio del trastorno por atracón

La mayoría de los pacientes que responden al perfil de atracones sin purgas han sido extraídos de programas de control de peso (Gormally et al., 1982; Marcus, Wing y Hopkins, 1988). En consecuencia, se ha discutido si los hallazgos encontrados en pacientes que siguen tratamiento son representativos de las personas con el trastorno en la población general.

Para intentar paliar la sobrestimación de la patología comórbida que se suele presentar en esta población, Telch y Stice (1998) analizan las características de mujeres que merecen el diagnóstico de TA, pero que no realizan ningún tratamiento. Concluyen que dichas mujeres presentan un trastorno en el Eje I y otro en el Eje II relativo al control de los impulsos.

También interesados en los sesgos de reclutamiento de muestras clínicas en los pacientes con TA, Wilfley, Pike, Dohm, Striegel-Moore y Fairburn (2001) comparan las características clínicas y demográficas de los reclutados en muestras clínicas con población general. En ambos grupos se emplean los mismos criterios de definición operacional del TA y métodos de evaluación. Los resultados demuestran que los estudios

previos que reclutaban muestras clínicas no presentan estimaciones sesgadas acerca de la comorbilidad psiquiátrica en el TA.

Además de los aspectos de medición, la conceptualización del TA también es objeto de otros cuestionamientos. Así, se señala que tanto la aproximación categorial como la dimensional, presentan sus propias deficiencias. Por un lado, la aproximación categorial ha sufrido cambios en las diferentes ediciones del DSM. Por otro, la aproximación dimensional conocida como “*continuum de los trastornos alimentarios*” (Hay y Fairburn, 1998), secundada por Stice y Agras (1999), también adolece de falta de claridad en cuanto a los constructos que definen las dimensiones. Ejemplo de ello es la discusión en torno a la mejor definición de diferentes trastornos alimentarios, además de la distinción conceptual entre TA y BNnoP. Cuando los investigadores consideran múltiples dimensiones, a menudo observan relaciones no claras entre variables de personalidad y los síntomas de los trastornos alimentarios (Williamson, Gleaves y Stewart, 2005).

Van Hanswijck de Jonge, van Furth, Lacey y Waller (2003), al comparar psicopatología en pacientes con BN, TA y obesidad, afirman que la aproximación dimensional de medida de los TP, ofrece una distinción más clara, proponiendo la utilización de los marcadores dimensionales de TP para completar el diagnóstico categorial.

#### 3.1.1.1- Estudios comparativos con la bulimia nerviosa

Los estudios comparativos de TA y BNnoP han mostrado resultados contradictorios.

En Inglaterra, Hay y Fairburn (1998), en un estudio de seguimiento durante un año, observan que las BN (de ambos subtipos) no presentan diferencias significativas. La única excepción se muestra en las conductas de purga, ya que, obviamente, es lo que establece el diagnóstico clínico. Como conclusión, los autores no apoyan la diferenciación del TA respecto a la BN, al no encontrar diferencias significativas entre ambos trastornos en cuanto a psicopatología, autoestima o ajuste social.

Cabe destacar que la muestra empleada se limita a pacientes de 35 años de edad o más jóvenes, por lo que, en pacientes con TA de más edad, los resultados podrían variar.

Los datos obtenidos llevan a Hay y Fairburn (1998) a concluir que en la BN, los subtipos deben ser entendidos como partes de un mismo trastorno y no de forma diferenciada. Consecuentemente, proponen el *continuum* de severidad clínica en la BNP seguida de la BNnoP, para terminar en el TA.

En concordancia con este planteamiento, otros autores proponen que el TA puede presentarse como una forma menos severa de BN (Hudson et al., 1988; McCann et al., 1991) o, alternativamente, como una BN en remisión parcial. Diversos autores (Marcus et al., 1988; Schlundt et al., 1991; Fichter et al., 1993; Spitzer et al., 1993; Antony, Johnson, Carr-Nangle y Abel, 1994; Brody et al., 1994; Striegel-Moore, Wilson, Wilfley, Elder y Brownell, 1998) apuntan niveles más altos de psicopatología en pacientes con TA, pero niveles significativamente más bajos si se comparan con la BN (Spitzer et al., 1993; Raymond, Mussell, Mitchell, de Zwaan y Crosby, 1995).

Según Raymond et al. (1995), los sujetos con un TA presentan un inicio de alteración mucho más temprano que la BN, situando la edad media de inicio de atracón en el TA de 14,3 años y en la BN de 19,8 años, lo que haría inconsistente la hipótesis de que el TA es una subclínica de la BN o una forma parcial de BN.

Tobin, Griffing y Griffing (1997) plantean la imposibilidad de focalizar la distinción de las BN en las conductas purgativas, debido al gran número y variedad de éstas. Por esta causa, centran su interés en distinguir las conductas purgativas predictoras de mayor comorbilidad psicopatológica. En lo que concierne a los casos de TA, indican que las compensaciones presentan una menor comorbilidad psiquiátrica que en la BN.

En un intento de apoyar la validación del diagnóstico de la BNnP, en Italia, Santonastaso et al. (1996), exploran los aspectos sintomáticos del trastorno y el perfil de personalidad. Sus resultados sustentan el planteamiento de que BNnP viene precedida por restricción y pérdidas de peso.

Ambas patologías (TA y BNnoP) divergen de forma significativa en: edad y peso de inicio, insatisfacción corporal y tendencia a la somatización. Confirmando la existencia de diferencias sustanciales entre ambas alteraciones alimentarias, Santonastaso et al. (1996) apoyan la individuación de ambos diagnósticos. Posteriormente, Santonastoso et al. (1999) confirmarán las diferencias entre BNnoP y TA, sin encontrar diferencias en cuanto a síntomas psiquiátricos.

El hecho de que los tres principales estudios comparativos mencionados se basen en población clínica -a excepción de Hay y Fairburn (1998)- limita la generalización de los resultados. El empleo de muestras pequeñas de TA es también otro factor condicionador de los resultados. Por otro lado, tanto Hay y Fairburn (1998), como Tobin et al. (1997) coinciden en destacar la poca frecuencia del subtipo no purgativo en la BN. A este respecto, los tres estudios proporcionan evidencia de que la BNnoP es un trastorno poco común. A excepción del estudio italiano, en los dos estudios restantes, menos de un 10% de los individuos son del subtipo no purgativo.

Mc Cann et al. (1991) en su estudio comparativo de las conductas de purga (bulímicas purgativas/ bulímicas no purgativas), mediante el empleo de instrumentos de

diagnóstico estandarizados en 20 mujeres entre 18 y 31 años de edad, confirman las diferencias entre los dos grupos bulímicos.

En los aspectos sociodemográficos, con un nivel educativo equivalente, las mujeres con BN purgativa son más jóvenes, con una mayor presencia de solteras. En los aspectos clínicos, los atracones se presentan de forma más frecuente en el subtipo purgativo. Por último a nivel psicopatológico, destaca en el grupo de bulimias purgativas mayor tendencia a la depresión mayor, trastornos de pánico y antecedentes de AN, en contraposición con el grupo de BN no purgativo, que presentan más sobrepeso e historia de abuso de sustancias.

En general estos resultados apoyan la hipótesis planteada inicialmente de que la BNnoP es un subgrupo clínico distinto de la BN purgativa.

Por su parte, Striegel-Moore et al. (2001), en el estudio con población no clínica de mujeres con BN y obesas con TA (150 TA, 48 BN y 14 BNnoP), no encuentran diferencias significativas en el grado de preocupación por el peso y la figura, ni tampoco en la prevalencia de trastornos psiquiátricos comórbidos. En cuanto al TA, se observa una mayor asociación con obesidad (con un elevado índice de obesidad en TA) y menor historia de patología alimentaria o de antecedentes de AN. Los datos confirman el bajo riesgo de AN en el TA y los escasos antecedentes de BN en el TA (1 de cada 10 casos). Todo ello lleva a defender el patrón diferenciado del BN y TA, en contra de la conceptualización del *continuum* (Hay y Fairburn, 1998), si bien Striegel-Moore et al. (2001) insisten en la necesidad de más información, así como una distinción explícita de la BN subtipo purgativo.

Apoyando la sugerencia del *continuum* de severidad clínica del TA y BN, Dingemans, Bruna y van Furth (2002) sitúan el TA en posición intermedia, entre BN y obesidad, con respecto a la severidad psicopatológica. En su revisión general sobre el TA promueven la aceptación del trastorno como categoría diagnóstica válida. A pesar de que muchas de las características de los sujetos con TA parecen ser más semejantes a sujetos con BN que a sujetos obesos, los pacientes con TA con frecuencia adolecen de dos problemas: TA y obesidad.

En referencia a la validez diagnóstica del TA, Wilfley et al. (2007), demuestran que el trastorno presenta un perfil sociodemográfico único respecto al resto de los TCA. Los sujetos con TA muestran edad más tardía de inicio del trastorno alimentario y un porcentaje más bajo de mujeres respecto a los hombres (a diferencia de otros TCA), además de mayor presencia en minorías étnicas.

En estudios comparativos de psicopatología comórbida entre obesos con TA y BN purgativa y no purgativa también se han señalado resultados contradictorios, probablemente, derivados de la selección de las muestras. Diversos autores (Mc Cann et

al., 1991; Kirkley et al., 1992; Spitzer et al., 1992; Fichter et al., 1993; Raymond et al., 1995) sitúan el TA en el punto medio entre BN y obesos sin TA, tanto a nivel de psicopatología general como de sintomatología propia del trastorno alimentario. A pesar del acuerdo en este sentido, las conclusiones de las investigaciones son divergentes en cuanto a las características de personalidad.

Tanto Fichter et al. (1993) como Kirkley et al. (1992) dividen a los pacientes en grupos de: TA, obesos sin TA y BN. En el estudio de Fichter et al. (1993), que constituye el primer trabajo longitudinal en pacientes con TA, tras un seguimiento de tres años, no identifican diferencias de personalidad entre los tres grupos.

Contrariamente, Kirkley et al. (1992) hallan diferencias en las escalas del MMPI (Hathaway y McKinley, 1951). El perfil de TA aparece más coincidente psicológicamente con la BN (sólo difieren en 4 de las 13 escalas). Las diferencias radican en el grupo de los obesos (tanto con TA como sin TA), con divergencias en 10 de las 13 escalas. Como conclusión, los autores defienden que los tres grupos de comparación son entidades diferenciadas, en las que el perfil de estrés psicológico de los sujetos obesos con TA está por encima de los obesos sin TA.

A su vez, estos datos apoyan el trabajo de Prather y Williamson (1988), que también emplea el MMPI y que defiende el continuum de severidad sintomatológica.

El interés del estudio de Kirkley et al. (1992) reside en que la muestra se divide en pacientes en tratamiento y sin tratamiento. Si bien en la BN se muestran más síntomas psicopatológicos, en el TA se evidencia más depresión y características histriónicas, así como una adherencia más fuerte al rol femenino tradicional, que en las obesas que no están en tratamiento. No obstante, cabe destacar que la investigación emplea los criterios diagnósticos del DSM-III-R (APA, 1987) para la BN, por lo no se especifica un diagnóstico más específico para los obesos con atracón.

### 3.1.2- Validez diagnóstica: síndrome completo o parcial

Entre los criterios cuestionados respecto a la validez diagnóstica del TA, destaca el punto de corte establecido para el número de atracones.

Este problema se presenta no sólo en el TA, sino también en la valoración de los TCANE en general. Prueba de ello es la investigación de Gladis et al. (1998). Entre las 128 mujeres obesas de su estudio con diagnóstico de TCANE, 25 muestran una aproximación al perfil de TA, aunque 20 de ellas no cumplen el requerimiento de frecuencia del atracón de dos veces por semana. Con ello, se plantea la cuestión acerca de la consideración como síndrome completo y parcial de estos trastornos, en función del número de atracones.

En el estudio de Berrocal y Ruiz (2002), que investiga una muestra de 118 mujeres con obesidad mórbida, los resultados apoyan lo referido por Striegel-Moore et al. (1998), en cuanto a las escasas diferencias existentes entre el síndrome completo del TA (por una frecuencia de atracones de dos veces por semana) y el parcial (frecuencia menor). Berrocal y Ruiz (2002) plantean que el criterio de severidad de los atracones propuesto por la APA para el diagnóstico del TA en la frecuencia del atracón (dos veces por semana durante seis meses consecutivos como mínimo), es arbitrario y demasiado restrictivo, opinión que es compartida por otros autores (Wilson et al., 1993; Garfinkel et al., 1995; Shisslak, Crago y Estes, 1995; Hay y Fairburn, 1998).

Berrocal y Ruiz (2002) refieren que el grado de psicopatología se relaciona más estrechamente con el grado de obesidad que con la gravedad de los atracones, en contraposición con otros autores (Yanovski et al., 1993; Telch y Agras, 1996; Wilfley et al., 2000; Didie y Fitzgibbon, 2005) que relacionan la psicopatología con la severidad de los atracones, independientemente del peso.

Por otra parte, algunos de los resultados obtenidos en el estudio de Berrocal y Ruiz (2002), difieren de los encontrados en estudios previos. Así, se ha observado que los sujetos obesos que presentan TA manifiestan un mayor grado de comorbilidad psicológica que los sujetos obesos que no tienen el trastorno (Fichter et al., 1993; Spitzer et al., 1993; Yanovski et al., 1993; Dalle, Todisco, Oliosi y Marchi, 1996; Grissett y Fitzgibbon, 1996; Basdevant et al., 1995). Sin embargo, los resultados obtenidos por Berrocal y Ruiz (2002) sugieren que las conclusiones anteriores no serían extensibles a sujetos que presentan un grado de obesidad más severo. Precisamente, en el estudio se emplea una muestra de pacientes con obesidad severa, aportación novedosa respecto a los estudios anteriores que emplean muestras de obesidades leves o moderadas.

En un estudio transversal realizado en Francia, Basdevant et al. (1995) han evaluado la prevalencia del TA en una muestra de mujeres sin TA y en pacientes con TA que buscan ayuda para control del peso, comparando las características de la fluctuación de peso. Los resultados muestran que el TA es común entre los pacientes en tratamiento para control de peso en consultas privadas (9%) y hospital (15%), en contraposición con la poca frecuencia en población general (0,7%).

Algunas de las pacientes con el trastorno referían un uso regular de productos de adelgazamiento (29%) o vómitos (39%) con una frecuencia de dos veces por semana. Consecuentemente, se pueden distinguir 2 grupos: las mujeres que no llevaban a cabo compensaciones y aquellas que compensaban de forma más o menos regular, pero sin llegar a la frecuencia requerida para una BN.

Otro estudio al respecto es el ya referido estudio de Bruce y Agras (1992), realizado con 455 mujeres de la población general, reclutadas aleatoriamente, y

evaluadas mediante una entrevista telefónica estructurada, dirigida a estimar la prevalencia del atracón y las características sociodemográficas y topográficas. En este caso, la clasificación por grupos se hace más extensiva, distinguiendo entre pacientes con cuadro completo de TA y cuadro incompleto de TA (subTA), además del grupo de TCANE (sin criterios de TA ni similares).

Según Friederich et al. (2007) no existen diferencias significativas respecto a aspectos alimentarios y psicopatología general entre 19 pacientes con el síndrome parcial de TA y 39 pacientes con síndrome total. Sugieren que la diferenciación entre ambos grupos (TA y subTA) no parece ser de gran significación clínica en lo que a tratamiento se refiere. Como hallazgo principal de este trabajo destaca que el TA, tanto en su forma total como parcial, muestra una mejoría equivalente y sustancial respecto a la alimentación y psicopatología general en respuesta al tratamiento.

### 3.2 - ETIOPATOGENIA

#### 3.2.1- Antecedentes de TCA

En el TA no se suele observar historia previa de AN (McCann et al., 1991; Specker et al., 1994), siendo más común el antecedente de BN (Specker et al., 1994; Spurrell et al., 1997).

Los resultados del estudio de Pike et al. (2001) entre mujeres blancas y de color, muestran un sector pequeño de pacientes con TA que presentan historia previa de BN.

Recientemente, Eddy et al. (2010) en un estudio longitudinal de 9 años de seguimiento, examinan la subclínica de un total de 246 mujeres con AN y BN, observando que un 20% de los casos de BN derivaban en un TA.

#### 3.2.2- Factores de riesgo

Los factores de vulnerabilidad en el TA es un terreno poco explorado. Por el momento, los criterios de referencia sobre factores de riesgo psicosociales para el TA son los tomados de las conclusiones de Fairburn et al. (1998) y Striegel-Moore et al. (2005) en sus estudios ya referidos anteriormente.

Un estudio reciente, Dunkley, Masheb y Grilo (2010) relacionan maltrato en la infancia, autocrítica, síntomas depresivos e insatisfacción corporal. En consonancia con otros estudios anteriores (Grilo y Masheb, 2001), los hallazgos sugieren que los malos tratos psicológicos, entendidos como abuso emocional, y el abuso sexual están fuertemente asociados, con una mayor insatisfacción corporal en los pacientes con TA. Por otro lado, el maltrato de tipo emocional está asociado con una mayor afectación depresiva.

Pike et al. (2006) realizan un análisis de los antecedentes psicosociales asociados al inicio del TA, con el propósito de estudiar la ocurrencia de *life events* antes del inicio del trastorno. Para ello, utilizan un diseño de casos-controles, aplicando la versión modificada del Oxford Risk Factor Interview (ORF) (Fairburn et al., 1998). Las mujeres con TA muestran una mayor exposición de acontecimientos vitales durante el año anterior al desarrollo del TA y situaciones de riesgo significativamente más alto. Estas situaciones son descritas como: comentarios acerca del cuerpo, comida o peso; estrés laboral o escolar; cambios en las relaciones interpersonales y abuso físico, entre las más destacadas. En relación al número de antecedentes estresores, no se encuentran diferencias entre mujeres blancas o de color, resultados que coinciden con Striegel-Moore et al. (2005), que afirman que los factores de riesgo son homogéneos en ambas razas.

En nuestro ámbito, Carretero et al. (2009) evalúan la relevancia de los factores de riesgo de: antecedente de obesidad, edad de inicio de la menarquía y edad de inicio del trastorno alimentario, en función de la categoría diagnóstica. En la muestra de 73 mujeres (29 con BNP, 6 con TA, y 17 con TCANE tipo purgativo) hallan como factores de riesgo de consistencia, el antecedente de obesidad y el inicio del trastorno alimentario en la adolescencia.

A pesar del escaso número de sujetos que compone la muestra (en especial las pacientes con TA), se evidencia la necesidad de prevención de la obesidad, dado que destaca como factor de riesgo en todos los TCA.

### 3.2.3- Aspectos familiares

Los estudios de familia en AN y BN han proporcionado importante información en torno a la etiología de estos desordenes. Sin embargo, es poco lo que se conoce acerca de los factores familiares etiopatogénicos en el TA.

Las familias con pacientes anoréxicas han sido caracterizadas por sobreprotección, rigidez, y un estilo evitativo (Minuchin, Rosman y Baker, 1978), mientras que las familias de pacientes bulímicas se han descrito como desintegradas y con altos niveles de conflictividad (Johnson y Flach, 1985). Asimismo, en las familias con pacientes BN, ANP o ANR, se identifican elevados niveles de interacción conflictiva y expresión de la negatividad (Strober, 1981).

Entre los estudios de aproximación a los aspectos familiares de los pacientes con TA, destaca el de Kagan y Squires (1985), que explora los factores ambientales y los

hábitos alimentarios entre estudiantes. Los datos aportados muestran como tendencia familiar predominante la de comer compulsivamente.

Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Hodges, Cochrane y Brewerton (1998) que analizan las características de 43 pacientes con TA comparadas con AN y BN, para obtener una descripción de los factores familiares. El grupo de TA presenta menor cohesión y mayores conflictos familiares que el grupo de las anoréxicas. Las pacientes con TA describen a sus familias de origen como poco fomentadoras de autoestima, más solitarias y sedentarias, respecto a los restantes grupos.

Estas conclusiones deben ser vistas desde la perspectiva un tanto limitante del uso del instrumento de medida autoaplicado. Concretamente emplean el Family Environment Scale (FES) de Moos y Moos (1986), cuyas medidas de percepción de las interacciones familiares no se comprueban con ningún otro miembro familiar. Por otro lado, los criterios diagnósticos son los propios del DSM-III-R (APA, 1987) para AN, BN y trastornos mixtos (AN y BN), si bien los diagnósticos de TA son los propios del DSM-IV (APA, 1994).

Hudson et al. (2006) en un estudio mediante entrevistas a familias de personas con sobrepeso u obesos con TA (n=150) y sin TA (n=150) y sus parientes de primer grado (n=888), realizan una evaluación de éstos, entre los años 2002 al 2004. Las conclusiones del estudio señalan que el TA se agrupa de forma clara en las familias independientemente de la obesidad.

### 3.3- SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA

#### 3.3.1- Preocupación por el peso y la silueta

Es indiscutible que la sobrepreocupación por el peso y la figura es un rasgo psicopatológico central en el diagnóstico de la AN y la BN. Fairburn y Garner (1986) defienden el importante papel de estas variables como elementos mantenedores del trastorno (tanto en AN como en BN) y los equiparan en importancia a otras variables, como los hábitos alimentarios o el peso corporal. Contrariamente, para Palmer (1993), este aspecto no sería un criterio diagnóstico necesario.

En una revisión de la literatura acerca de las preocupaciones referidas al cuerpo y la silueta, Gowers y Shore (2001) destacan las dificultades para discriminar entre la etiología de las preocupaciones y el trastorno alimentario en sí mismo.

Concerniente a ello y respecto al TA, algunos investigadores afirman que la preocupación acerca del cuerpo-silueta, en estos pacientes, es menor respecto a la BN (Spitzer et al., 1993; Raymond et al., 1995).

Los resultados son contradictorios con otras investigaciones (Marcus, Smith, Santelli y Kaye, 1992; Hay y Fairburn, 1998), en las que el TA es comparable con la BN (de ambos subtipos) en el nivel de preocupaciones con el peso y figura. De acuerdo con ello, Striegel-Moore et al. (1998, 2001), Masheb y Grilo (2006) y Wilfley, Schwartz, Spurrell y Fairburn (2000) proponen que las actitudes disfuncionales respecto al peso, reflejan psicopatología, tanto en la BN como en el TA.

Por su parte, Hsu et al. (2002) apoyándose en sus resultados, afirman que el TA es similar a la AN y BN en cuanto a las preocupaciones acerca de la silueta.

En relación al TA en obesos, como se ha explicitado anteriormente, diversos estudios muestran que las personas obesas presentan más insatisfacción con el peso/silueta que los obesos sin TA, cuestión discutida por Eldredge y Agras (1996) que creen que este tipo de preocupaciones son reflejo de la obesidad objetiva que acompaña al trastorno. Posteriormente, los mismos investigadores observan que una mala percepción de la silueta influye en una menor pérdida de peso (Eldredge y Agras, 1997). Concluyen que para el diagnóstico de TA, se requiere una mayor evidencia científica en el terreno de la sobrepreocupación por el peso y la silueta.

Por su parte Cachelin et al. (1999), en el seguimiento de pacientes con TA, observan que a medida que decrece la sintomatología del TA decrece también la sobrepreocupación por el peso/silueta.

Volery, Carrard, Rouget, Archinard y Golay (2006), en un estudio exploratorio, investigan las distorsiones cognitivas en pacientes obesas con o sin TA. Fueron seleccionadas 29 mujeres obesas (18 mujeres con el diagnóstico de TA y 11 mujeres con el trastorno), además de 13 mujeres sin obesidad. Contrariamente a la hipótesis inicial que abogaba por las diferencias, los resultados no muestran divergencias destacables entre los dos grupos de obesas acerca de mayor presencia de alteraciones cognitivas.

Hrabosky, Masheb, White y Grilo (2007) analizan la incidencia de estas preocupaciones extremas en 399 pacientes con TA. Los pacientes divididos en 2 grupos según la preocupación excesiva clínica (58% de la muestra) o subclínica (42% restante), no difieren significativamente en el IMC ni tampoco en la frecuencia del atracón.

Resultados semejantes obtienen Mond, Hay, Rodgers y Owen (2007) respecto que las pacientes con mayores preocupaciones muestran el mismo deterioro a nivel funcional y psicopatológico. En su estudio, las pacientes con extrema preocupación por la figura y peso (el 46,4% de la muestra) presentan también niveles más altos de psicopatología y deterioro funcional respecto a los que no muestran tales preocupaciones. Por otro lado, las preocupaciones extremas dan mayor inclinación a la demanda de tratamiento para el problema alimentario y mayor uso de servicios sanitarios.

Los resultados apoyan, según los autores, la inclusión de la preocupación extrema como criterio diagnóstico.

Goldschmidt et al. (2010), al explorar la validez convergente y diagnóstica específica de la sobrestimación de la figura y peso en el TA, también apoyan la utilidad de esta especificación diagnóstica en el TA.

Ramacciotti et al. (2005) aportan un aspecto destacable en torno al tema, al constatar que tales preocupaciones disminuyen sustancialmente la autoestima.

### 3.3.2- Restricción alimentaria

La importancia de la restricción dietética como potenciador de los atracones en presencia de desinhibidores específicos (disforia, ingesta de alcohol, comidas apetitosas para el paciente, claudicación en la dieta), defendida por Polivy y Herman (1985), marca la premisa de cómo la dieta predispone al atracón.

Así como la asociación entre dieta restrictiva y atracón es más clara en la BN, la etiología relacionada con la restricción en el TA es más discutida. La dificultad en definir el término dieta, será la limitación más marcada de este tipo de estudios.

Según los diferentes planteamientos etiológicos del TA, se pueden establecer dos posibles perfiles, según se inicie el trastorno con o sin restricción dietética. Diversos autores defenderán el comienzo de atracones como precedentes a la dieta (Spitzer et al., 1992; Malkoff, Marcus, Grant, Moulton y Vayonis, 1993; Wilson et al., 1993; Mussell et al., 1995; Basdevant et al., 1995; Spurrell et al., 1997).

Otros estudios (Kirkley et al., 1992; Marcus et al., 1992; Fichter et al., 1993; Raymond et al., 1995) que han comparado directamente la patología de los obesos TA con la patología de los BN en peso normal, apoyan dicho supuesto, concluyendo de forma general que el TA tiene un inicio más temprano de los episodios de atracón, siendo en la BN un inicio con restricción.

Independientemente de la BN, Spurrell et al. (1997) hacen hincapié en las posibles diferencias etiológicas, así como en los condicionantes que éstas pueden tener en el tratamiento (diferentes respuestas en el tratamiento cognitivo-conductual o interpersonal). En la forma de inicio por atracón, observarán un mayor riesgo de perturbación psiquiátrica. Este grupo presenta un cuadro de inicio más joven, con mayor historia de trastornos de personalidad. Los resultados son similares a los de Abbot et al. (1998) en los que la edad de inicio del TA es diferente, dependiendo de cómo se inicie el cuadro, por atracón o por dieta.

En ambos estudios se sugiere que el grupo que inicia con atracones presenta más psicopatología asociada y más historia antecedente de BN, trastornos afectivos y de la

personalidad, datos confirmados posteriormente por Mitchell, Devlin, de Zwaan, Crow y Peterson (2008). Posturas opuestas a las defendidas por Fairburn et al. (1998).

Empleando el mismo instrumento (ORF), Manwaring et al. (2006) no hallan diferencias significativas en los factores de riesgo emergentes entre las mujeres con TA que inician el trastorno con atracón o bien, con dieta. No obstante, los sujetos que iniciaron el TA con atracón presentan mayor psicopatología del trastorno alimentario.

En otra dirección, Agras y Telch (1998) y Binford, Mussell, Peterson, Crow y Mitchell (2004), niegan la restricción dietética como forma explicativa del trastorno, al no encontrar antecedentes restrictivos.

Mitchell et al. (2008) comparan entre grupos que inician el trastorno con restricción ("*diet- first*") o bien con atracón ("*binge-firts*"). El grupo de los iniciados con atracón son significativamente más jóvenes en el inicio del síntoma, en la edad inicial de sobrepeso y también más jóvenes en el diagnóstico de TA, que el grupo de inicio con restricción. Además, el grupo de inicio con atracón muestra una mayor psicopatología relacionada con la comida, con mayor historia previa de BN, trastornos afectivos y trastornos de la personalidad. En conclusión, estos dos patrones temporales de inicio del TA pueden ayudar a estimar diferentes subtipos del trastorno en función de la etiología

Paralelamente, Stice y Agras (1998) subrayan la influencia de la insatisfacción corporal como aspecto clave que contribuye al atracón.

Como posicionamiento más drástico, Allison y Stunkard (2005) sostienen que, actualmente, la explicación del desarrollo del TA a causa de la dieta es una teoría que no se tiene en consideración.

El estudio de Yanovski et al. (1992) también explora la relación de la personalidad patológica con el peso y la gravedad del atracón, en muestra no clínica, concluye una mayor psicopatología debida a la severidad del atracón independientemente del peso.

A conclusiones semejantes llegan Telch y Agras (1996) al analizar los datos en función de los episodios de atracón. Observan que, a mayor frecuencia de la hiperfagia, surgen mayores síntomas depresivos, grado menor de autoestima y más sintomatología psiquiátrica.

Telch y Agras (1996) investigan la ingesta en tres ocasiones diferentes en 30 mujeres con TA y 30 sin TA. Un criterio de exclusión de la muestra será la presencia de BN o posible TCANE, con lo que se delimita considerablemente el diagnóstico de TA. Al realizarse el experimento en un medio controlado de laboratorio permite un control exhaustivo de las calorías consumidas, aunque plantea la desventaja de la difícil equiparación con una situación real. Asimismo, la inducción al atracón en una situación experimental puede no reflejar un estado real de distrés.

En esta misma línea, Picot y Lilienfeld (2003) analizan dos aspectos básicos del atracón (frecuencia y cantidad de comida), para determinar qué aspectos de la conducta son predictivos de la personalidad psicopatológica. Observan cómo la severidad del atracón correlaciona significativamente y de forma positiva con el IMC y sintomatologías propias del trastorno de personalidad. La frecuencia -aunque no el tamaño o la cantidad- del atracón está asociada a niveles más altos de psicopatología. Se concluye que el IMC y la personalidad psicopatológica no se relacionan. Los resultados sugieren que la patología alimentaria, más que el peso, se asocia a la personalidad psicopatológica.

A pesar que la muestra de estudio es más representativa que las empleadas en otros estudios realizados en esta dirección, sin embargo, se excluyen sujetos debido a la variabilidad física y psicológica. Otro aspecto controvertido es la obtención de la información en función del recuerdo subjetivo del atracón, haciéndose difícil asegurar la objetividad del mismo.

### 3.3.3- Tipo de ingesta en el atracón

Más que la restricción alimentaria o además de ella, los estados emocionales también se han relacionado con la ocurrencia de los atracones en diversos trabajos empíricos (Dalle et al., 1996; Grissett y Fitzgibbon, 1996; Telch y Agras, 1996).

Los antecedentes de la ingesta emocional se sitúan en el estudio de Hamburger (1951), quien delimitó las posibles causas psicológicas de la sobreingesta en la sobrealimentación como respuesta a tensiones emocionales no específicas.

Masheb y Grilo (2006) observan que tanto los hombres como las mujeres difieren escasamente en las respuestas emocionales, excepto en la soledad (menos presente en los hombres), como desencadenante. Los resultados se basan en la observación de 220 personas obesas (48 hombres y 172 mujeres) y utilizan como variables de estudio sólo 6 emociones que representan un rango de lo positivo a lo negativo.

En contraposición, Tanofsky et al. (1997), al analizar las características de pacientes con TA utilizando el EES (Arnow et al., 1995), observan mayor propensión de las mujeres a comer por emociones disfóricas, particularmente por ansiedad, enfado, frustración y depresión.

Mitchell et al. (1999) utilizan una escala propia, el Eating Hedonic Questionnaire (EHQ) para evaluar las cogniciones y conductas respecto al atracón. Destacan las diferencias entre pacientes con BN y TA (según criterios DSM-IV; APA, 1994) respecto a que los últimos refieren disfrutar más de la comida, el sabor y la textura de los alimentos. Éstos manifiestan más relajación y menor disconfort físico que los pacientes con BN. No

obstante ambos grupos diagnósticos participan de los mismos sentimientos ansiógenos y depresivos durante la hiperfagia.

Apoyando estas conclusiones y también en una muestra reducida, Hilbert y Tuschen-Caffier (2007) plantean resultados semejantes. Refieren el humor negativo como antecedente del atracón, tanto en el TA como la BN. No obstante, las conclusiones son cuestionables debido al escaso número de pacientes (60 sujetos) y el breve tiempo de evaluación de los atracones (dos días).

En la actualidad se mantiene la discusión acerca de si el cambio de humor es una consecuencia o una experiencia concomitante del atracón. De igual manera, es motivo de controversia si este tipo de estado anímico es exclusivo del TA o puede ocurrir igualmente en el contexto normal de comer (Adriaanse, de Ridder y Evers, 2011).

Además del estado negativo del humor, el número de calorías consumidas parece estar relacionado con la sensación de pérdida de control durante la comida. Goldfein, Walsh, LaChaussee, Kissileff y Devlin (1993) demuestran que los sujetos con TA consumen más calorías durante el atracón que los sujetos sin TA. Asimismo, Yanovski et al. (1992) aportan datos de una mayor desinhibición en la ingesta de alimentos.

Otros estudios posteriores de laboratorio (Guss, Kissileff, Devlin, Zimmerli y Walsh, 2002) apoyan tales premisas, al constatar que sujetos con TA consumen más calorías que los que no presentan TA y, a su vez, los sujetos con BN consumen más que los sujetos con TA.

En otro estudio de laboratorio (Raymond, Bartholome, Lee, Peterson y Raatz, 2007), se aprecia cómo las mujeres obesas con TA consumen más calorías durante el atracón que las obesas sin TA. Son destacables las diferencias entre los participantes en cuanto a la selección y tipo de comida ingerida durante el atracón. Sin embargo, el estudio no tiene suficiente poder para detectar las diferencias debido al tamaño de la muestra (12 pacientes con TA y 8 obesos grupo control) y la variabilidad en los resultados.

Riener, Schindler y Ludvik (2006), con una muestra de 88 obesos (19 con TA completo y 69 con subclínica de TA), operativizan las variables de conducta alimentaria, las variables socio-ambientales y la depresión. Los hallazgos reflejan mayor desinhibición de los sujetos con TA en la comida, a la vez que muestran una menor cohesión y soporte social, junto a un patrón de inicio más temprano de la obesidad.

White y Grilo (2005), por su parte, observan que en las obesas con TA, el patrón de consumo de productos más pronunciado es el de dulces (en más baja proporción de productos grasos).

También se han llevado a cabo investigaciones acerca de la capacidad gástrica de los individuos con TA y BN (Geliebter et al., 1992; Geliebter y Hashim, 2001). Estos

estudios han utilizado las estimaciones del disconfort gástrico en las pacientes, como medida de esta capacidad. Los resultados obtenidos muestran que las mujeres con BN y mujeres obesas con atracones recurrentes presentan una mayor capacidad gástrica y menor disconfort abdominal que las mujeres sin trastorno alimentario.

### 3.3.4- Relación con el sobrepeso y la obesidad

El hecho de que la obesidad es un importante factor comórbido en pacientes con TA (Telch, Agras y Rossiter, 1988; Bruce y Agras, 1992; Striegel-Moore et al., 2001), tanto en mujeres como en hombres (Kinzl et al., 1999), se evidencia en los inicios de la investigación en el TA. El estudio de Spitzer et al. (1993) aporta datos al observar que estas pacientes presentan frecuentemente una obesidad importante, fluctuaciones en el peso, así como grandes dificultades para perder y mantener el peso perdido. Asimismo, las propias pacientes refieren una importante cantidad de tiempo de la vida adulta haciendo dieta e historia de obesidad severa (BMI>35) con inicio precoz de sobrepeso e inicio temprano de dietas.

De forma análoga, otros autores (de Zwaan et al., 1994; Mussell et al., 1995) observan que los obesos con TA muestran de forma más temprana obesidad, intentos de dietas y preocupaciones por el cuerpo y la comida, que los obesos sin TA. Así como también, reportan más fluctuaciones de peso en el pasado.

De Zwaan et al. (1994) emplean la misma agrupación de pacientes utilizada por Spitzer et al. (1992). Estudian 100 mujeres obesas, con una edad media de 39,2 años y un IMC medio de 35,9, evaluadas antes de entrar en programas de pérdida de peso mediante una entrevista estructurada, con criterios de evaluación del TA según DSM-IV (APA, 1994). Las pacientes con diagnóstico claro de TA muestran mayor sentimiento de ineficacia, actitudes de marcado perfeccionismo, mayor grado de impulsividad y menor autoestima. De Zwaan et al. (1994) justifican la validez del criterio del trastorno apoyándose en que los pacientes con TA son significativamente diferentes a las personas con obesidad sin el TA. Del mismo modo, los sujetos con TA se diferencian significativamente de los pacientes con AN y BN.

Estudios realizados con el MMPI (Hathaway y McKinley, 1951) muestran que las escalas que con frecuencia se suelen presentar más elevadas en sujetos obesos son: hipocondría, depresión, histeria e introversión social (Johnson, Swenson y Gastineau, 1976; Pomerantz, Greenberg y Blackburn, 1977; Leon, Eckert, Teed y Buchwald, 1979; Leon, Kolotkin y Korgesti, 1979; Svanum, Lantz, Lauer, Wampler y Madura, 1981).

En el estudio de Grana, Coolidge y Merwin (1989), que analiza el perfil de 150 mujeres con obesidad mórbida, las personalidades más prevalentes son la evitadora, antisocial y obsesiva.

Con relación a la presencia de psicopatología en obesos mórbidos, los resultados son contradictorios. Wise y Fernández-Aranda (1979) detectan sólo un 8% de trastornos afectivos en una escasa muestra de 24 sujetos obesos mórbidos, sin encontrar patología psiquiátrica en el resto. También Larsen (1990) aprecia sólo un 8% de trastornos afectivos y un 14% de trastornos de ansiedad, mientras que no encuentra patología en el 55% de los 90 obesos mórbidos estudiados.

Otra cuestión se refiere a si la psicopatología propia del TA es distinta de cualquier otra forma de obesidad por sobreingesta sin atracón (sin diagnóstico de TA). Con este propósito, Davis et al. (2008) examinan a sujetos con TA comparados con grupo control de obesos sin TA y grupo control de sujetos en normopeso, tanto hombres como mujeres. En el caso de los sujetos con TA y los obesos del grupo control (equivalentes en edad y distribución de género) no difieren en los rasgos de personalidad. Ambos grupos presentan niveles de ansiedad, impulsividad y rasgos de personalidad dependiente más elevados que los sujetos del grupo control en normopeso. Así pues, los TA presentan un mayor grado de ingesta hedónica que los obesos, los que, a su vez, presentan mayores niveles que los del grupo control en normopeso. No obstante, los resultados no proporcionan evidencia de una identidad psicopatológica única para obesos adultos.

Fandiño et al. (2010) observan que, de las 220 mujeres obesas de su estudio en tratamiento para perder peso, el 26, 6% (n=54) presentan criterios de TA. A su vez, estas pacientes presentan elevadas puntuaciones en las escalas del SCL-90, en comparación con las mujeres obesas sin TA. Destaca una relación significativa entre el Binge Eating Scale (BES), el SCL-90 y el Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). Los rasgos obsesivo-compulsivos, ideas paranoides, psicoticismo y sensibilidad interpersonal, se relacionan con la severidad del TA. La conclusión de esta investigación es que las mujeres obesas con TA presentan un perfil psicopatológico más severo que las mujeres obesas control.

En un reducido grupo de 17 mujeres obesas candidatas a tratamiento por problemas de atracones, Marcus et al. (1992) observan pocas diferencias respecto al grupo de pacientes con BN en peso normal. La única distinción considerable se encuentra en la subescala de restricción, obviamente más elevada en la BN. No obstante, destaca el hecho de que las mujeres obesas con atracones presentan niveles similares de psicopatología respecto a las pacientes BN en peso normal.

Fassino et al. (2002), utilizando el TCI (Cloninger et al., 1993) en una muestra de 120 mujeres obesas con y sin el trastorno alimentario, observan que las obesas con TA

presentan puntuaciones más bajas en la escala de autodirección. Del estudio se desprende que dicha escala parece ser el mejor predictor de TA para desarrollar riesgo de trastorno de personalidad en obesos con TA.

A pesar de las conclusiones contradictorias, parece evidente que el TA está asociado a una mayor vulnerabilidad frente a la obesidad. En líneas generales, se puede afirmar que la psicopatología presentada por los obesos mórbidos se centra en trastornos del ánimo, trastornos de la conducta alimentaria, patología ansiosa y trastornos de personalidad (Sánchez-Planell y Fernández-Valdés, 2002).

### 3.4- PERSONALIDAD

#### 3.4.1- Aspectos de la personalidad

La relación entre estilos de personalidad y los diferentes trastornos alimentarios muestran resultados semejantes a los referidos en TA. En la investigación llevado a cabo con mellizas y trillizas (n=85) entre 18 y 30 años de edad, Eggert, Levendosky y Klump (2007) encuentran que sólo el estilo evitador/dependiente está relacionado con los trastornos alimentarios. Asimismo, los resultados muestran que ciertas características de la personalidad, como neuroticismo y extraversión, mediatizan la relación entre estilos dependientes y desórdenes alimentarios, siendo el neuroticismo un intermediario más robusto que la extraversión. Como objeción, se puede apuntar que, al tratarse de un estudio transversal, no permite establecer relación de causalidad entre las variables, por lo que sería necesario un estudio longitudinal para saber qué estilo y características de la personalidad causarían el trastorno alimentario. Por otro lado, no se emplea muestra clínica ni se considera suficientemente que otras variables como depresión y ansiedad también puedan intervenir en la relación descrita.

Con respecto a las dimensiones de la personalidad en TA, BN, obesas y grupo control de peso normal, Peterson et al. (2010) identifican un mayor grado de reacciones de estrés en las pacientes bulímicas, mientras que las pacientes con TA presentan una elevada tendencia a la evitación.

#### 3.4.2- Baja autoestima y alexitimia

Numerosos estudios destacan que los pacientes con TA presentan baja autoestima (Lowe y Caputo 1991; de Zwaan et al., 1994; Mitchell y Mussell, 1995; Striegel-Moore et al., 1998; Arias-Horcajadas et al., 2006).

Pinaquy, Chabrol, Simon, Louvet y Barbe (2003) encuentran altas puntuaciones en alexitimia, a diferencia de otros estudios en los que la alexitimia no se muestra elevada en los pacientes con TA. De Zwaan et al. (1995), por su parte, no aprecian

diferencias significativas en alexitimia entre obesos con TA (83 sujetos) y obesos sin TA (99 sujetos obesos). Empleando un instrumento específico para el estudio de la alexitimia, el TAS o Toronto Alexithymia Scale (Taylor, Ryan y Bagby, 1985), concluyen que la comida puede ser empleada como instrumento de escape para las emociones negativas. No obstante, el procedimiento de selección de la muestra mediante incentivo económico por participar en el estudio, puede influir en los resultados, así como el elevado nivel de educación de la muestra (el 52% del total alcanza nivel universitario).

En la misma línea, Arias-Horcajadas et al. (2006) tampoco encuentran diferencias significativas entre los grupos de comparación en cuanto a la alexitimia. De acuerdo con ello, argumentan que dicha variable no parece ser una característica relevante de los pacientes con atracón.

En otro estudio (Carano et al., 2006) con 101 pacientes con TA, la prevalencia de alexitimia se presenta en un 39,6% (n=40) y se relaciona con mayor severidad del TA. En estos pacientes se observa mayor insatisfacción con el cuerpo, una autoestima más baja y síntomas depresivos.

### 3.5- COMORBILIDAD

#### 3.5.1- Trastornos de la personalidad

Como se ha ido haciendo patente a través de los diferentes resultados de las investigaciones, la prevalencia de los trastornos psiquiátricos es común en el TA. Si además, el TA es concomitante con obesidad, suele presentarse mayor comorbilidad psiquiátrica (Mitchell y Mussell, 1995; Sánchez-Planell y Fernández-Valdés, 2002).

En el caso de la BN y los trastornos inespecíficos, le Grange et al. (2006), observan que las mujeres con diagnóstico de BN presentan más antecedentes anoréxicos, atracones más copiosos con mayor frecuencia de vómitos y una mayor preocupación por la comida. No obstante, no observan diferencias entre los grupos de diagnóstico completo y parcial (subtipo TCANE) en cuanto a resultados en las medidas de perfeccionismo, impulsividad, actitudes obsesivo-compulsivas y sintomatología ansiosa o problemas con alcohol o sustancias.

Los datos aportados por Raymond et al. (1995) con pacientes en tratamiento, muestran una mayor prevalencia de trastornos de personalidad y de sintomatología ansiosa y depresiva en las afectadas de BN respecto de los casos de TA con obesidad.

Arias-Horcajadas et al. (2006) presentan resultados en que los pacientes con sintomatología de atracón (tanto BN como TA) presentan más de dos diagnósticos de TP (36, 7% de la muestra). De la misma forma, destaca una mayor prevalencia de distimia. Estos resultados concuerdan con los de otros estudios (Specker et al., 1994; Picot y

Lilenfeld 2003; van Hanswijck de Jonge et al., 2003), en los que se observa una mayor prevalencia de TP en los obesos con TA, predominando los trastornos histriónicos, límite y trastorno de la personalidad anancástico y evitativo.

Yanovski et al. (1993) comparan pacientes con obesidad y pacientes con TA. En los 89 pacientes obesos no tratados, el 34 % cumplen criterios de TA, presentando mayores tasas de psicopatología del eje I y II y más antecedentes de tratamiento psiquiátrico. Destaca la presencia de TP en un 16% de la muestra de pacientes obesos que, en el caso de los pacientes con TA, asciende al 35%. En estos últimos, los trastornos de personalidad más frecuentes son el trastorno límite (14%) y el evitativo (9%).

Spindler y Milos (2007), aunque no abordan directamente el TA, sino trastornos inespecíficos en general, además de la AN y BN, remarcan la importante incidencia de los trastornos ansiosos en las diferentes patologías alimentarias estudiadas (como los más frecuentes en el eje I). Este hallazgo es consistente con la sugerencia de que la ansiedad es un aspecto central en la etiología y mantenimiento de la AN y BN (Bulik et al., 1995).

A nivel más general, Striegel-Moore, Garvin, Dohm y Rosenheck (1999), en el estudio con población veterana de guerra hospitalizada de ambos sexos, encuentran que los TCANE son los trastornos más habituales, con un alta comorbilidad psiquiátrica. Aunque no habla específicamente del TA, en cuanto a la comorbilidad, los resultados son semejantes a los de Yanovski (1993). La novedad del estudio de Striegel-Moore et al. (1999) radica en la incorporación de otros trastornos, como el trastorno mental orgánico, esquizofrenia, trastorno psicótico, trastorno adaptativo y trastorno por estrés postraumático, además de los ya habitualmente estudiados como depresión, ansiedad y abuso de sustancias.

Los resultados muestran un alto porcentaje de trastorno mental orgánico en hombres con TCA, aunque no así, en mujeres con TCA (ya sea AN, BN o TCANE).

En líneas generales, llegan a la conclusión que en las mujeres del estudio que presentan TCA, éste suele ser un diagnóstico primario con comorbilidad. En contraste, para los hombres, el TCA suele ser un diagnóstico secundario, asociado a un trastorno mental orgánico, abuso de sustancias, trastorno psicótico o trastorno depresivo (Striegel-Moore et al., 1999).

### 3.5.2- Trastornos afectivos

En referencia a los trastornos afectivos, se han señalado diferencias evidentes en la prevalencia. Si bien entre el 30% y el 50% de los obesos con TA presentan episodios

de depresión mayor, el 15%-25% de los obesos sin TA presentan también este trastorno (Specker et al., 1994).

Se ha hallado que los trastornos afectivos son más prevalentes en BN purgativa, que en BN no purgativa o TA en obesos (McCann et al., 1991; Spitzer et al., 1993; Brody et al., 1994; Raymond et al., 1995; Peterson et al., 2010). Paralelamente, otros estudios muestran similar prevalencia de trastornos afectivos en sujetos con TA y BN (Hudson et al., 1988; Alger, Schwalberg, Bigaouette, Michalek y Howard, 1991; Schwalberg, Barlow, Alger y Howard, 1992; Fichter et al., 1993).

Alternativamente, otros trabajos (Tobin et al., 1997; Barry, Grilo y Masheb, 2002; Vervaet, van Heeringen y Audenaert, 2004; Williamson, Martin y Stewart, 2004) no observan diferencias significativas entre BN y TA en niveles de rasgo o estado de la depresión.

A pesar de las diferencias, numerosos estudios destacan presencia de sintomatología psiquiátrica, como síntomas de depresión y ansiedad, en ambos grupos (Schwalberg et al., 1992; Spitzer et al., 1993; Wilson et al., 1993; Yanovski et al., 1993; Marcus et al., 1996; Telch y Agras, 1996; Kolotkin et al., 2001; Fassino, Leombruni, Piero, Abate-Daga y Rovera, 2003; Bulik et al., 2007; Dunkley et al., 2010). Anteriormente, Lingswiler, Crowther y Stephens (1987), ya habían descrito que la presencia de atracones en una muestra de pacientes obesos sometidos a tratamiento dietético, se asociaba con índices más altos de ansiedad, síntomas depresivos y fluctuaciones anímicas que aquellos que no presentaban los atracones.

Gruzca et al. (2007), al explorar la prevalencia del TA en población general estadounidense, destacan que el 6,6% de la muestra con diagnóstico de TA (tanto hombres como mujeres) presentan más tendencia a la depresión y trastornos de ansiedad (trastornos de ansiedad generalizada y ataques de pánico). Sumado a estas sintomatologías, los intentos de suicidio también son más frecuentes en los casos de TA que entre los obesos sin TA de la muestra.

Lilenfeld, Ringhamm, Kalarchian y Marcus (2008), en un estudio con mujeres que no realizan tratamiento y sus familiares, observan mayor presencia de trastornos de depresión mayor, distimia y fobia social entre las mujeres con TA.

Por el contrario, Berrocal y Ruiz (2002), a pesar de reconocer que los sujetos con TA presentan mayores puntuaciones en las variables psicológicas asociadas, especialmente en psicopatología general, no observan diferencias significativas entre los grupos de estudio en las variables de ansiedad y depresión.

Algo similar cabe deducir de los datos aportados por Riener et al. (2006), al no encontrar asociación entre TA y depresión.

Extendiendo los estudios de TA con diferentes grados de IMC (peso normal, sobrepeso, obesidad y obesidad severa), Didie y Fitzgibbon (2005) no observan diferencias entre los diferentes grupos (96 hombres y mujeres con TA) en cuanto al distrés psicológico general o síntomas depresivos.

### 3.5.3- Impulsividad

Aunque se conoce la relación entre BN e impulsividad, la literatura aporta escasos datos acerca de la relación entre TA e impulsividad o compulsividad.

Fichter et al. (1993) muestran resultados más elevados en compulsividad en bulímicos comparados con TA y obesos con TA. De nuevo, la investigación de, de Zwaan et al. (1994), constata asociación entre impulsividad y descenso del autocontrol.

De la misma forma, Mitchell y Mussell, (1995) aprecian una destacable impulsividad en el TA. Arias-Horcajadas et al. (2006) también observan una mayor impulsividad en estos pacientes, al administrar el test Barrat Impulsiveness Scale (BIS) de Barratt (1995).

Tampoco existe gran evidencia de estudios que examinen la compulsividad e impulsividad en TA, en relación a la medida objetiva de la comida ingerida. En este contexto, Galanti, Gluck y Geliebter (2007) no hallan diferencias en compulsividad entre el grupo con TA y el grupo sin TA, en una muestra compuesta por 22 hombres y 65 mujeres con obesidad, sometida a evaluación mediante el Test Meal Intake (TMI).

En un estudio de Fernández-Aranda et al. (2008) acerca del trastorno del control de los impulsos o ICD (Impulsive Control Disorder), las compras compulsivas son el diagnóstico más frecuente, seguido de la cleptomanía. Los autores destacan que la prevalencia de trastornos del control de los impulsos está más asociada a los subtipos de TCA con atracón (BNP, BNnoP y mixtos AN/BN). Aunque no refieren casos de diagnóstico preciso de TA, aportan mayor evidencia de la posible relación TCA con ICD. Ésta relación suele presentar: mayor uso de laxantes, diuréticos y supresores del apetito; mayor distorsión del esquema corporal y mayor neuroticismo, con menor índice de autodirección.

Puesto que los resultados apuntan a una asociación entre ICD y conductas de atracón, Fernández-Aranda et al. (2008) proponen una mayor exploración de la relación del ICD en el TA.

En una revisión de los estudios disponibles acerca de la cleptomanía, compras compulsivas y el TA, McElroy, Keck y Philips (1995), reconocen la mayor frecuencia de estas conductas en mujeres que en hombres y la considerable morbilidad que generan. Para los investigadores, estas tres condiciones pertenecen al grupo de los trastornos de

control de los impulsos, y forman parte de la rama de los trastornos del espectro compulsivo-impulsivo.

#### 3.5.4- Conductas adictivas

Se ha señalado que los obesos con TA presentan una mayor prevalencia a lo largo de la vida de abuso de alcohol y sustancias que los grupos control de pacientes obesos sin TA (Eldredge y Agras, 1996). No obstante, no está suficientemente documentado si la historia de abuso de sustancias se asocia significativamente al subgrupo con sintomatología completa del TA o a cuadros subclínicos.

Arias-Horcajadas et al. (2006) no encuentran diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de abuso de tóxicos entre los pacientes con TA y BN. Contrariamente, otros estudios destacan una mayor historia personal y familiar de abuso de sustancias (Varnado et al., 1997).

En esta misma línea, Mussell et al. (1996) encuentran altos porcentajes de abuso de sustancias en sujetos obesos con TA, comparados con sujetos sin el trastorno.

Asimismo, Tanofsky et al. (1997) observan mayor historia de abuso de sustancias en los hombres con TA, en comparación con las mujeres, destacando también una mayor frecuencia de trastornos en el eje I.

Wilson (1991) defiende el planteamiento de que el atracón es una forma de adicción. Anteriormente, Vandereycken (1990) ya había planteado la existencia de una cualidad adictiva en la conducta bulímica, siendo en el episodio de la hiperfagia el acto del atracón más importante que el objeto, aunque en algunos casos puede existir una dependencia fisiológica de un alimento en particular (especialmente dulces).

En atención al enfoque adictivo, Cassin y von Ranson (2007) observan que el 92,4% de las mujeres con TA participantes en el estudio, presentan criterios diagnósticos de dependencia de sustancias, conforme a los criterios del DSM-IV (APA, 1994). Según otro criterio de evaluación más restrictivo (Goodman, 1990) la proporción es del 40,5%. Los resultados sugieren que algunos de los individuos con TA de la muestra, experimentan su atracón como una adicción, en tanto que otros pacientes no refieren esta vivencia. A pesar de ciertas similitudes observadas entre el atracón y las adicciones, los autores constatan que el TA debe mantenerse como un trastorno alimentario.

Respecto al beber de forma compulsiva y los trastornos alimentarios en general, Birch, Stewart y Brown (2007) estudian 41 mujeres en tratamiento por problemas de alcohol con TCA. En la interacción de comer y beber en exceso, se observa que el beber excesivo es más frecuente que el comer en situaciones de gratificación o en relaciones interpersonales de tipo más bien positivo. En cambio, el atracón y el beber excesivo presentan la misma ocurrencia en situaciones no placenteras con emociones negativas,

es decir, que el atracón es menos frecuente en situaciones positivas o de relaciones sociales, que el beber en exceso.

### 3.6- EVOLUCIÓN SINTOMATOLÓGICA

#### 3.6.1- Curso natural y cronicidad

El curso natural del TA también es controvertido debido a los diferentes resultados respecto a la estabilidad y remisión del mismo. Mientras algunos investigadores plantean remisión, otros estudios retrospectivos y de muestras que siguen tratamiento, postulan que el TA es un trastorno estable y persistente, e incluso Spitzer et al. (1993) llegan a definirlo como un trastorno crónico.

Pope et al. (2006), al estudiar la duración del TA y otros trastornos alimentarios (AN y BN) entre los familiares de primer grado de estos pacientes, abogan por la estabilidad del síntoma. Observan que el tiempo de duración de la enfermedad es más largo en TA que en AN y BN, con un tiempo medio de duración de 14,4 años.

Resultados similares obtienen Hudson, Hiripi, Pope y Kessler (2007), en un estudio epidemiológico de prevalencia en población general adulta, utilizando criterios diagnósticos de TCA (AN, BN y TA), además del criterio provisional del TA subclínico.

Por el contrario, otros estudios sugieren, que el TA es un trastorno inestable y transitorio, en contraste con la AN y BN. Los principales defensores de esta postura son Fairburn et al. (2000) y Cachelin et al. (1999).

Fairburn et al. (2000) realizan un estudio comparativo de la evolución durante cinco años de dos muestras comunitarias (92 afectadas de BN y 40 de TA). A pesar de que los dos grupos presentan en el inicio una frecuencia similar de atracones, el curso evolutivo de ambas muestras es muy diferente. Al final del seguimiento, el 51% de las BN presentan un TCA clínicamente significativo con muy pocos diagnósticos cruzados (7 BN evolucionaron a TA y 1 TA evolucionó a BN). Se encontrarán numerosos casos de recuperación espontánea a los cinco años de seguimiento, no obstante, cabe destacar que la edad de las participantes del estudio es mucho menor que la de la mayoría de pacientes que acuden en busca de tratamiento para un TA, lo que hace cuestionar la generalización de los resultados.

Cachelin et al. (1999) estudian el curso natural del TA en mujeres, durante un período de 6 meses. Además de las variables sociodemográficas: edad, peso, altura, raza, estado civil y nivel de educación, incorporan las variables: importancia del peso y figura, psicopatología, ajuste social, abuso sexual en la infancia, obesidad parental e infantil y psicopatología infantil.

De las 31 participantes (mujeres blancas y de color), después de 3 meses de seguimiento, 10 de ellas habían abandonado el tratamiento. Estos abandonos fueron más frecuentes en aquellos casos en que presentaban antecedentes de episodios de abuso sexual en la infancia. De los 21 restantes, 11 participantes (52,4% del total de la muestra) mantuvieron el TA en forma de síndrome completo al cabo de los 6 meses y 10 participantes (47,6%) presentaron una remisión parcial (Cachelin et al., 1999).

La mejoría del TA incluía menor frecuencia de atracones, disminución de la preocupación sobre el peso y figura, aunque otros aspectos sintomáticos podían permanecer. Las limitaciones más destacables del estudio son la escasa muestra empleada, así como también el corto período de seguimiento.

Fichter y Quadflieg (2007), han explorado la estabilidad del diagnóstico a través del seguimiento durante 12 años (al inicio de terapia y 2, 6 y 12 años de tratamiento) de 311 mujeres con diferentes patologías alimentarias (AN, BN y TA). Los resultados permiten concluir que la AN tiende a ser más estable que la BN y el TA. La robustez del estudio se basa en la extensa muestra y el largo período de seguimiento de las pacientes, además de la atenta diferenciación del TA respecto al heterogéneo grupo de los TCANE (según criterios DSM-IV). El único inconveniente destacable es el empleo únicamente de mujeres en tratamiento, con la exclusión de aquellas mujeres que no buscan un tratamiento intensivo por la severidad de su sintomatología.

Cabe destacar que algunos de los estudios citados pueden infravalorar la cronicidad del TA debido a la no completa representatividad de sus muestras. Por ejemplo, en el estudio de Fairburn et al. (2000) se excluyen los individuos mayores de 35 años de edad, mientras que sólo el 21% de la muestra presentan obesidad. De forma similar, Cachelin et al. (1999) sólo estudian mujeres con una media de edad de 32 años. Las conclusiones son cuestionables si tenemos en cuenta que los datos epidemiológicos del TA sugieren que el trastorno es más frecuente en individuos que superan los 35 años.

Wilfley et al. (2003) analizan una muestra más representativa de sujetos obesos en cuanto a edad, con un rango más amplio que los dos estudios anteriores. En el estudio longitudinal, sólo un 7% de los individuos con TA presenta remisión del trastorno al cabo de un año de seguimiento.

### 3.6.2- Calidad de vida

El hecho de que el TA está acompañado por un empeoramiento y descenso de la calidad de vida está suscitando un marcado interés. En la actualidad se están promoviendo estudios para tratar de investigar la incidencia real del trastorno en las condiciones de vida.

Un estudio transversal americano (Rieger, Wilfley, Stein, Marino y Crow, 2005) relaciona la obesidad -con o sin TA- con la calidad de vida en una muestra formada por obesos en tratamiento. En el grupo de 56 mujeres y hombres con TA, detectan una menor calidad de vida, respecto a los 62 sujetos obesos sin TA. Los grupos son homogéneos en cuanto al peso (IMC), por lo que se concluye que el deterioro en funcionamiento psicosocial no es atribuible al peso. Sin embargo, se observa asociación entre el empeoramiento físico y la obesidad. Los dos grupos estudiados estaban formados por sujetos de procedencias geográficas diferentes y con diversos tipos de tratamiento, lo que puede reducir su comparabilidad. Otros aspectos limitantes, comunes con otros estudios, son el diseño transversal y el empleo de muestra exclusivamente clínica.

### 3.6.3- Perspectivas de tratamiento

La literatura indica que la mayoría de los tratamientos propuestos para el TA ofrecen resultados significativos en la mejoría del atracón o remisión del trastorno. En el ámbito de tratamiento los hallazgos hacen referencia a la extinción de la conducta del atracón y la variabilidad del peso.

A pesar de las diferencias entre obesidad con o sin TA, es posible que ambos grupos presenten respuestas similares al tratamiento de la obesidad, al menos a corto plazo (Latner y Clyne, 2008).

En este sentido, Gladis et al. (1998) al estudiar el tratamiento conductual para la pérdida de peso, encuentran que los grupos de obesos sin TA se muestran similares en cuanto a la pérdida de peso que los obesos con TA. Algo similar ocurre en los estudios de tratamientos de auto-ayuda (Delinsky, Latner y Wilson, 2006), donde los comedores compulsivos, después de un año de tratamiento, pierden tanto peso como los obesos sin atracones recurrentes.

Contrariamente, también existe evidencia de una pérdida de peso mayor en las muestras de pacientes obesas sin TA (Keefe, Wyshogrod, Weinberg y Agras, 1984; Blaine y Rodman, 2007) y lo recuperan más rápidamente que los sujetos sin TA (Marcus et al., 1988). Otros estudios defienden una mayor pérdida de peso en tratamientos para la reducción de peso en individuos con TA (Sherwood, Jeffery y Wing, 1999).

Según Agras, Telch, Arnow, Eldredge y Marnell (1997), a pesar de que los sujetos obesos con TA se benefician considerablemente de la terapia, el seguimiento de 93 pacientes durante un año pone de manifiesto que el 24% de ellos recuperan el peso perdido.

Stunkard y Allison (2003) observan que los sujetos con TA presentan una extensa comorbilidad psicopatológica y un abordaje terapéutico en el que se logra reducir los atracones o su frecuencia, aunque no se produce un descenso de la curva de peso. Según los autores, el trastorno presenta un curso variable que, a menudo, puede remitir sin atención específica o durante el tiempo de espera para ser atendidos.

Williamson et al. (2004) asemejan el TA con la BN, considerando ambas entidades menos severas que la AN, más fáciles de tratar a nivel ambulatorio y con una mayor eficacia de los tratamientos psicofarmacológicos. Datos semejantes a los aportados por McElroy et al. (1995), que defienden que el TA suele responder a la psicofarmacología y tratamiento psicológico.

En cuanto a los aspectos farmacológicos, se observa que la administración de fármacos junto a la atención psicoterapéutica o el asesoramiento alimentario está asociada a una mayor pérdida de peso (Laederach-Hofmann et al., 1999). No obstante, en el estudio de Alger et al. (1991) también se observan tasas altas de respuesta al placebo, lo que hace cuestionar la eficacia de las intervenciones en los estudios que utilizan una condición control de lista de espera.

Con referencia a la reducción del atracón, las líneas de tratamiento farmacológico utilizadas en TA en nuestro ámbito, son las mismas que las empleadas en BN, siendo los fármacos más utilizados los antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, anorexígenos serotoninérgicos y antagonistas opiáceos (Sánchez-Planell y Fernández-Valdés, 2002). No debe olvidarse que el topiramato y otros antiepilépticos presentan en la actualidad resultados prometedores.

Los problemas metodológicos más frecuentes en la evaluación de los tratamientos en el TA suelen ser las elevadas tasas de abandono del tratamiento y las diferentes respuestas al placebo, que se distribuyen de forma heterogénea en los distintos grupos de pacientes, además de la falta de evaluación de las tasas de abstinencia y la falta de datos respecto al seguimiento a largo plazo (Bulik et al., 2007).

De forma general se observa que en los diferentes estudios acerca del tratamiento en el TA se prioriza la pérdida de peso como objetivo principal, mientras otros estudios centran la atención en la extinción del atracón (Courbasson, Nishikawa y Shapira, 2011).

En la tabla 8 se especifican los diferentes estudios llevados a cabo en población con TA en los que se contemplan los aspectos farmacológicos (fármacos utilizados y dosis administradas), así como la pérdida de peso y el descenso de las conductas de atracón.

En la actualidad, parece que este tipo de pacientes puede mejorar con ayuda farmacológica, psicoterapéutica o ambas, aunque ninguna de las intervenciones ha demostrado de forma unánime ser eficaz para la disminución del peso corporal. La

evidente falta de acuerdo en las conclusiones pone de manifiesto la necesidad de estudios con períodos de seguimiento más prolongados para examinar los efectos a largo plazo de la pérdida de peso en estos pacientes (Latner y Clyne, 2008).

Tabla 8- Estudios de tratamiento farmacológico en el TA\*

Blinded, Placebo-Controlled Pharmacotherapy Trials in BED						
Authors	Drug	N	Duration	Dose	% decrease in binge eating	Weight loss (% or Kg)
McCann y Agras (1990)	Desipramine	30	12 wk	25-300 mg	63% (vs. 16%)	3.5 Kg (vs. 1.2 Kg)
Marcus et al. (1990)	Fluoxetine	45	52 wk	60 mg	NR	13.9 Kg (vs. 0.6 Kg)
Stunkard et al. (1996)	d-Fenfluramine	28	8 wk	15-30 mg	73% (vs. 0.0%)	None in either group
Hudson (1998)	Fluvoxamine	85	9 wk	50-300 mg	NR	1.3 Kg (vs. 0.4 Kg)
Alger et al. (1991)	Imipramine or Naltrexone	33	8 wk	50-200 (Imi) 50-100 (Nltrx)	NR	0.6% Imi 0.6% Nltrx (vs. 1.4)
Laederach-Hoffman et al. (1999)	Imipramine	31	8 wk	75 mg	73% (vs. 28%)	2.2 Kg (vs. 0.2 Kg)
McElroy et al. (2000)	Sertraline	34	6 wk	50-100 mg	85% (vs. 45%)	5.6 Kg (vs. 2.4 Kg)
Arnold et al. (2002)	Fluoxetine	60	6 wk	20-80 mg	70% (vs. 56%)	3.3 Kg (vs. 0.7 Kg)
McElroy et al. (2003a)	Topiramate	61	14 wk	50-600 mg	94% (vs. 46%)	5.9 (vs. 1.2 Kg)
McElroy et al. (2003b)	Citalopram	38	6 wk	20-60 mg	67% (vs. 40%)	2.1 Kg (0.2 Kg)
Pearlstein et al. (2003)	Fluvoxamine	20	12 wk	Up to 300 mg	-	-
Appolinario et al. (2003)	Sibutramine	60	12 wk	15 mg	66% (vs. 41%)	7.4 Kg (vs. 1.4 Kg)
Golay et al. (2005)	Orlistat	89	24 wk	360 mg	NR	7.4% (vs. 2.3%)
Wilfley et al. (2006)	Sibutramine	304	24 wk	10-15 mg	85% (vs. 77%)	4.3 Kg (vs. 0.8 Kg)
McElroy et al. (2007)	Topiramate	407	16 wk	25-400 mg	72% (vs. 47%)	BMI 1.6 Kg/m <sup>2</sup> (vs. 0.08)
Milano et al. (2005)	Sibutramine	20	12 wk	10 mg	77% (vs. 6%)	4.5 Kg (vs. 0.6 Kg)

\* adaptada de Mitchell et al. (2008)

En la tabla 9 se incluyen las investigaciones que incorporan, además de los aspectos anteriormente citados, el tratamiento psicológico.

Tabla 9 - Estudios sobre tratamiento farmacológico y psicoterapéutico en el TA\*

Combination Studies of CBT plus Medication						
Authors (year)	Drug	N	Duration	Dose	% decrease in binge eating	weight loss (Kg.)
Devlin et al. (2005)	Fluoxetine	116	20 wk	60 mg	85% (Flx + CBT)	4.1 Kg
					78% (Plc + CBT)	1.9 Kg
					70% (Flx)	1.9 Kg
					61% (Plc)	2.4 Kg
Gilo et al. (2005a)	Orlistat	50	12 wk	360 mg	79.1% vs. (71.9% Plc/CBT/GSH)	3.5 Kg (vs. 1.5 Kg Plc + CBT/GSH)
Gilo et al. (2005b)	Fluoxetine	108	16 wk	60 mg	43% (Flx)	-8 Kg/m <sup>2</sup> (Flx)
					69% (Flx/CBT)	8 Kg/m <sup>2</sup> (Flx/CBT)
					46% (Plc)	0 (Plc)
					89% (Plc/CBT)	8 Kg/m <sup>2</sup> (Plc/CBT)
Claudino et al. (2006)	Topiramate	73	21 wk	200 mg	NR	6.8 Kg (vs. 0.9 Kg (Plc/CBT))

Flx= fluoxetine; Plc= placebo; CBT= cognitive-behavioral therapy; GSH= guided self-help; NR= not reported

\*adaptada de Mitchell et al. (2008)

En el caso de la convergencia de obesidad y TA, de Zwaan (2001) sugieren tratar primero la patología alimentaria y la psicopatología asociada para, posteriormente, abordar la pérdida de peso. Hasta el momento, se ha conseguido que los episodios de atracón disminuyan o se distribuyan durante el día de forma menos abrupta. Asimismo, es evidente la necesidad de efectuar estudios sobre la prevención de la recidiva del trastorno (Bulik et al., 2007) y estudios que profundicen en la motivación para adelgazar, la dieta y los atracones (Schelling, Munsch, Meyer, y Margraf, 2011).



---

## **II- Objetivos e hipótesis**

---



## 1.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Como objetivo general se plantea la caracterización del TA, identificando los rasgos sociodemográficos, psicopatológicos, y de personalidad característicos de una muestra de pacientes con TA y compararlos con los rasgos de una muestra de pacientes con BN (tanto purgativa como no purgativa).

A partir de este objetivo general, se pueden señalar los siguientes objetivos específicos:

- 1) Describir los aspectos sociodemográficos propios de la muestra de pacientes con TA y BN
- 2) Describir el perfil de personalidad que encontramos en la muestra de pacientes con TA y con BN
- 3) Identificar los rasgos psicopatológicos característicos de la muestra de pacientes con TA y BN
- 4) Valorar si existen diferencias significativas en cuanto a los aspectos sociodemográficos entre pacientes con TA y BN
- 5) Valorar si existen diferencias significativas en cuanto a los aspectos de personalidad entre pacientes con TA y BN
- 6) Valorar si existen diferencias significativas en cuanto a los rasgos psicopatológicos entre pacientes con TA y BN



## 2.- HIPÓTESIS

Considerando los antecedentes del tema de investigación, se plantean las siguientes hipótesis generales:

- Existe un perfil sociodemográfico diferente en el TA y la BN
- Existe un perfil psicopatológico diferente entre el TA y la BN
- Existe un perfil de personalidad diferente entre el TA y la BN

A partir de estas hipótesis generales se plantean las siguientes hipótesis específicas:

- 1) En cuanto a las variables sociodemográficas, existen diferencias significativas entre los grupos diagnósticos TA y BN, respecto a la edad, estado civil, ocupación laboral, nivel de estudios y estado civil de los padres.
- 2) Existen diferencias significativas entre las pacientes con TA y las pacientes con BN (purgativas como no purgativas) respecto a los antecedentes familiares.
- 3) Existen diferencias significativas entre las pacientes con TA y las pacientes con BN en los antecedentes de adicción a sustancias y alcohol.
- 4) Las pacientes con BN presentan mayores conductas restrictivas, con un porcentaje medio de sobrepeso significativamente más bajo que las TA.
- 5) La obsesión por adelgazar, medida a través del EDI-2 en la escala DT, es menor a medida que aumenta la edad en el TA, a diferencia de la BN.
- 6) Los aspectos impulsivos como autoagresiones, intentos de suicidio, promiscuidad sexual y cleptomanía, son más comunes en la BN, mientras que en las pacientes con TA es más frecuente la sintomatología compulsiva como las compras compulsivas.
- 7) Las puntuaciones en las escalas del MCMI-II propias del *cluster* B son más elevadas en la BN que en el TA. Las puntuaciones en las escalas del MCMI-II propias del *cluster* C son más elevadas en el TA.
- 8) La sintomatología depresiva en los pacientes con TA se sitúa en un nivel superior que en los pacientes con BN. La sintomatología ansiosa es similar en ambas entidades.



---

## **III- Metodología**

---



### III- METODOLOGÍA

#### 1.-SUJETOS Y MÉTODO

##### 1.1-CONDICIONES DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional transversal con análisis de datos retrospectivos de tres grupos de pacientes, que correspondían a los grupos diagnósticos: TA, BNP y BNnoP. Para la realización de este estudio se contó con la colaboración del Centro Especializado en Trastornos Alimentarios (ABB), en donde la investigadora principal forma parte del equipo terapéutico desde sus inicios.

En este centro, previamente al inicio de cualquier tratamiento, se realiza un estudio completo de cada paciente. Dicho estudio incluye la evaluación de las características sociodemográficas, clínicas y psicopatológicas, estudio de la personalidad y valoración de la conducta alimentaria. El clínico recoge esta información a través de entrevistas semiestructuradas, cuestionarios autoaplicados y baterías psicométricas.

Todo ello fue empleado en el presente estudio, junto con la batería de evaluación psicométrica. En concreto se utilizaron las versiones validadas al español de los cuestionarios estándar para el estudio de las características clínicas y psicopatológicas específicas de los trastornos de conducta alimentaria: Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test: EAT) de Garner y Garfinkel (1979) e Inventario de Trastornos Alimentarios (Eating Disorder Inventor EDI-2) de Garner (1991).

Las variables de personalidad se estudiaron a partir del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II) de Millon (1998). Como escalas complementarias para la exploración psicopatológica se emplearon las escalas de valoración de Hamilton para la Depresión (Hamilton, 1960) y Hamilton para la Ansiedad (Hamilton, 1959).

##### 1.2-SELECCIÓN DE LA MUESTRA

A través de la historia clínica protocolizada, se recogió la información necesaria referida al ámbito de estudio en el caso de cada paciente, a través de un muestreo no aleatorio, intencional. La muestra estuvo formada por 127 mujeres que demandaron tratamiento en el centro ABB, con posibilidad de atención en régimen ambulatorio o de hospitalización parcial, durante un período comprendido entre los años 2007 al 2009.

En cuanto al cálculo del tamaño muestral, dado que un objetivo principal era observar si la proporción de individuos que tenían una puntuación en el test MCMI-II (Millon, 1998) superior a 75 (punto de corte establecido) era diferente entre las pacientes

con TA y BN, se empleó la fórmula de comparación de proporciones para el tamaño muestral, fijando los siguientes parámetros:

- 1/ Hipótesis bilateral
- 2/ Se aceptó un error  $\alpha = 0.05$ ,  $Z\alpha = 1,96$
- 3/ Una potencia del 80% ( $Z \beta = 0,842$ )
- 4/ Una magnitud mínima de la diferencia o asociación que se consideró importante a detectar, del 10%
- 5/ Variabilidad de la variable respuesta, se tomó como valor de referencia la desviación máxima 0,05.

Según el cálculo se requerían 49 pacientes por grupo de comparación (pacientes con diagnóstico de TA y pacientes con diagnóstico de BN).

La muestra estuvo formada por:

53 (41,7%) pacientes que cumplían criterios para el trastorno por atracón (TA)

53 (41,7%) pacientes con diagnóstico de bulimia nerviosa purgativa (BNP)

21 (16,5%) pacientes con diagnóstico de bulimia nerviosa no-purgativa (BNnP)

**Criterios de inclusión-** Se incluyeron en la investigación a aquellas pacientes que en el momento del ingreso presentaban sintomatología bulímica o de trastorno por atracón, con los consecuentes diagnósticos según DSM IV (BNP 307.51) y (TA 307.50).

**Criterios de exclusión-** Fueron excluidas aquellas mujeres que en el momento de realizar el protocolo de ingreso no cumplían criterios diagnósticos completos de las entidades clínicas citadas. También quedaron excluidos aquellos casos de pacientes que presentaban trastornos físicos -como diabetes- o en estado de gestación, debido a que los posibles cambios hormonales podían afectar a la actitud con la comida (Fairburn et al., 1998; Carretero et al., 2009). Tampoco se incluyeron pacientes con trastornos psiquiátricos graves y/o problemática de drogodependencia.

Se excluyeron los pacientes de sexo masculino. En todos los estudios epidemiológicos en el ámbito de los TCA en general, que incluyen ambos sexos, se encuentran unas tasas de prevalencia significativamente superiores en mujeres. Por el momento, no existe un acuerdo acerca de la conveniencia de incluir varones. A pesar de que en los últimos años se ha ido haciendo más notorio el aumento de la prevalencia de varones con TCA, la proporción de mujeres en los resultados de las investigaciones sigue siendo mayoritaria. Aunque una diferencia ya destacada del TA respecto a AN y BN es el mayor porcentaje de hombres que componen la población con TA (Wilson et al., 1993), sigue siendo muy baja la presencia de hombres incluidos en las investigaciones de TA (Tanofsky et al., 1997). Debido a ello y a las consecuentes dificultades de obtención de muestra que esto conllevaría, se decidió excluir el sexo masculino.

La razón por la que los grupos diagnósticos estuvieron formados por un número desigual de sujetos, responde principalmente al difícil reclutamiento de pacientes con un claro y delimitado diagnóstico de BNnoP. En el momento de la selección de la muestra, en los casos en que la paciente presentaba una posibilidad de discusión diagnóstica, se optó por no incluirla. Con ello garantizábamos la posibilidad de establecer comparativas de los sujetos que formaron parte del estudio con unos criterios diagnósticos depurados.

No se incluyeron pacientes con otros diagnósticos de trastorno inespecífico (los restantes TCANE) que no fueran el TA. Este hecho fue debido a que el grupo de los trastornos alimentarios inespecíficos es de una gran amplitud de criterios y dicha heterogeneidad podría haber generado una gran dispersión de datos y, por ello, contaminar o introducir poca claridad en los resultados.

Por otro lado, al ser datos retrospectivos, se seleccionaron aquellos casos de los que se disponía de toda la información, por lo que los datos de todos los sujetos estaban completos.

## 2 - RECOGIDA DE INFORMACIÓN

### 2.1- CUESTIONARIO INTEGRADO PARA PACIENTES CON TCA

Para la recogida de información de las historias clínicas, se elaboró un documento diseñado especialmente para este estudio, que permitiera recoger la información necesaria para alcanzar los objetivos de la investigación.

El cuestionario se acompañó de una batería de tests (tabla 10).

La tabla 11 muestra el esquema general de las variables, divididas en apartados y con los ítems que los integraron. En el Anexo 4 figura el cuestionario utilizado para la recogida de datos. Todas las variables aparecen descritas de forma detallada en el Anexo 5.

Tabla 10- Batería psicométrica empleada en la recogida de información

BATERÍA PSICOMÉTRICA
<p><b>1) Escalas de evaluación de la conducta alimentaria</b></p> <p>EAT 40 (puntuación global)</p> <p>EDI-2 (escalas)</p>
<p><b>2) Estudio de la personalidad</b></p> <p>MCMII-II (escalas)</p>
<p><b>3) Escalas de evaluación de trastornos afectivos</b></p> <p>HAMILTON ansiedad</p> <p>HAMILTON depresión</p>

Tabla 11- Variables que integran el cuestionario de la recogida de datos

VARIABLES DE ESTUDIO
Datos de identificación Caso (ítem nº 1)
<b>I- VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</b> (ítems 2 al 5)
Edad
Estado civil
Ocupación laboral
Nivel de estudios
<b>II- ANTECEDENTES FAMILIARES</b> (ítems 6 al 14)
<b>A) GRUPO FAMILIAR:</b>
Tener hijos (si/no)
Nº hijos
Nº hermanos (incluida la paciente)
Estado civil de los padres
<b>B) PATOLOGÍA FAMILIAR:</b>
Antecedentes familiares de TCA
Antecedentes familiares psiquiátricos
Antecedentes familiares de consumo de alcohol
Antecedentes familiares de adicción al alcohol o sustancias
Antecedentes familiares de obesidad
<b>III- ANTECEDENTES PERSONALES</b> (ítems 15 al 19)
Antecedentes personales TCA
Antecedentes personales psiquiátricos
Antecedentes personales de consumo de alcohol
Antecedentes personales de adicción
Antecedentes de obesidad en la infancia
<b>IV- HISTORIA DE LA ENFERMEDAD</b> (ítems 20 al 71)
<b>A) ACONTECIMIENTOS VITALES NEGATIVOS</b>
Clasificación según tipos:
Separación o divorcio
Muerte de un familiar o pareja
Abuso sexual o violación
Malos tratos
Aborto
Otros
<b>B) DATOS CLÍNICOS</b>
Talla
Peso actual
Índice de Quetelet (IMC)
Grupo IMC
<b>C) SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA</b>
Síntomas conductuales
Síntomas cognitivo-afectivos
Impulsividad

## 2.2- INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

### 2.2.1- Escalas de evaluación de la sintomatología alimentaria

#### 2.2.1.1- Eating Attitudes Test (EAT-40), de Garner y Garfinkel (1979).

Cuestionario autoaplicado que consta de 40 ítems. Es una de las medidas estandarizadas más empleadas para evaluar los síntomas propios de los trastornos alimentarios tales como las actitudes alimentarias anómalas, las relacionadas con el ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos. De forma genérica, valora los síntomas y conductas comunes de los TCA y especialmente en la AN. La intención de los autores fue diseñar un instrumento que fuera fácil tanto de administrar como de corregir y, además, resultara sensible a los cambios sintomáticos a lo largo del tiempo.

Cada ítem presenta seis posibles respuestas que van de "siempre" a "nunca", de las cuales sólo tres se puntúan (de 1 a 3). La puntuación total del cuestionario oscila entre 0 y 120, indicando a mayor puntuación, una mayor severidad del trastorno de la conducta alimentaria. Los 40 reactivos pueden agruparse en siete factores:

- 1) Preocupación por el peso y la comida
- 2) Imagen corporal con tendencia a la delgadez
- 3) Uso/y abuso de laxantes
- 4) Presencia de vómitos
- 5) Comer lentamente
- 6) Comer clandestinamente
- 7) Percepción de presión social para aumentar peso

El índice de consistencia interna es de 0,79 en muestras clínicas y 0,94 al unir población clínica y normal. La fiabilidad test-retest se sitúa en 0,84 (Carter y Moss, 1984) a las tres y cuatro semanas de la aplicación. Por otra parte, el EAT tiene también una buena validez concurrente con otras medidas de psicopatología alimentaria como el BITE (0,70) o con la escala del EDI-2 de obsesión por adelgazar (0,81) (Carter y Moss, 1984).

En la versión original (Garner y Garfinkel, 1979) se obtiene la puntuación de corte significativa para la población anoréxica en 30. Con este índice de gravedad del trastorno, en un grupo de afectadas por AN y un grupo control, la sensibilidad fue del 100% y la especificidad del 84,7% con un VPP del 78,5% y una tasa de falsos positivos del 9,8%.

Otros estudios han revelado que el EAT puede ser útil en la detección de casos de AN que no han sido previamente diagnosticadas o para identificar casos incipientes de AN en poblaciones de riesgo de desarrollar el trastorno, con sensibilidades, especificidades y VPP que oscila entre 75% a 91,7%, 66,1% a 75% y 16% a 18,8%,

respectivamente, con tasas de falsos positivos entre el 23,2% a 31,7% (Jacobi et al., 2004).

Existe acuerdo en que este cuestionario es válido para la detección de trastornos de la alimentación en la población general y además presenta gran sensibilidad al cambio tras la intervención terapéutica. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la obtención de puntuaciones por encima de la puntuación de corte para TCA, no implica necesariamente la presencia de estos trastornos.

Como aspectos favorables del EAT-40 destacan el disponer de punto de corte, ser útil como screening para detección de hábitos alimentarios inadecuados, además de la disponibilidad de adaptación y validación para población española.

Si bien es un buen instrumento de cribado y tiene capacidad de discriminar el trastorno bulímico, cabe apuntar como factor desfavorable del instrumento, su falta de capacidad para diferenciar entre los tipos de TCA (Garner y Garfinkel, 1979). En nuestro caso, como en otras investigaciones (Arias Horcajadas et al., 2006) no ayuda a diferenciar los subgrupos de estudio (BN, TA y los cuadros incompletos de éstos), posiblemente en relación con el hecho de que el EAT fue diseñado para evaluar AN.

Como ya se ha hecho referencia en la parte teórica, existe la versión española del EAT-40 (Castro et al., 1991) y el estudio de validación de la adaptación (de Irala et al., 2008).

#### 2.2.1.2- Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) de Garner (1991)

En la investigación se ha empleado la versión española adaptada por Corral et al. (1998), editada por TEA ediciones.

La última versión del EDI, el EDI-2 (Garner, 1991) surgió de añadir 27 nuevos ítems a los 64 ítems de la versión original. Esta modificación ha dado lugar al inventario compuesto por un total de 91 reactivos, agrupados en once escalas que presentan correlaciones positivas entre ellas. Los autores no recomiendan un punto de corte determinado, sino más bien que éste se adapte en función de los objetivos de screening y de la proporción de problemas alimentarios en la muestra de la que se disponga.

El EDI-2, además de las ocho escalas del EDI (ya desarrolladas en la parte teórica al exponer el EDI) incorpora tres nuevas escalas:

- Ascetismo. Mide la tendencia a buscar la virtud a través de ideales espirituales tales como la auto-disciplina, auto-negación, auto-sacrificio y el control de las necesidades corporales.

- Regulación de los impulsos. Mide las tendencias impulsivas a través del abuso de sustancias, hostilidad, relaciones interpersonales tumultuosas, conductas auto-dañinas.

- Inseguridad social. Mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, decepcionantes y generalmente de poca calidad.

En cuanto a las áreas de exploración, las escalas: obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal, son las que evalúan actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y la silueta de forma específica. Las ocho escalas restantes, evalúan aspectos más generales, referidos a constructos organizativos o rasgos psicológicos clínicamente relevantes en el caso de los TCA.

Cada reactivo se evalúa de acuerdo a una escala *likert* de seis puntos. El análisis de resultados se puede realizar mediante sumatorio de todas las escalas en una única puntuación global, o bien, aislando una puntuación a cada una de las escalas referidas. Desde una perspectiva clínica esta segunda posibilidad ofrece una perspectiva más rica.

En cuanto a la consistencia interna del instrumento, la fiabilidad evaluada a través del alfa de Cronbach en el estudio de Garner et al. (1983) oscila entre el 0,83 y el 0,93 en las distintas categorías. También presentan valores similares la muestra clínica de la validación de Corral et al. (1998). En cuanto a la validez concurrente, presenta una correlación de 0,71 con el EAT y de 0,61 con la escala RS (Wear y Pratz, 1987).

El EDI-2 se puede considerar como un instrumento que refleja adecuadamente la sintomatología y psicopatología asociada al TCA. El hecho de no tener puntuación de corte concreta y que algunas escalas no son específicas para trastornos alimentarios, son los aspectos menos favorables del instrumento.

#### 2.2.2- Cuestionario de evaluación de personalidad: Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) de Millon (1998).

En el estudio se emplea el MCMI-II (Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II) en su adaptación española de Ávila y Jiménez (1998), cuya versión adaptada a la población española también está editada por TEA.

El MCMI-II es un cuestionario de personalidad cuyo objetivo es suministrar información al profesional clínico en tareas de evaluación y toma de decisiones de tratamiento sobre personas con dificultades emocionales e interpersonales (Millon, 1998). El cuestionario de Millon no es un instrumento de screening para ser utilizado con poblaciones consideradas "normales" o con otros propósitos que no sean la exploración diagnóstica o la evaluación clínica. Cada una de sus 22 escalas clínicas fueron diseñadas

como una medida operacional de un síndrome/trastorno derivado de la teoría de la personalidad y la psicopatología del propio autor (Millon y Davis, 2000, p.12).

El MCMI-II consta de 175 ítems con formato de respuesta Verdadero/Falso. La aplicación puede ser individual o colectiva (grupos iguales o inferiores de diez personas mayores de 18 años), sin límite de tiempo de aplicación, aunque se suele completar en un tiempo aproximado de 45 o 60 minutos.

El total de escalas que componen el test son 26. Cuatro de ellas, las de validez, deseabilidad, alteración y sinceridad, constituyen los índices modificadores, que aportan datos sobre la validez del cuestionario.

Las 22 escalas restantes, que evalúan los diferentes aspectos de la personalidad, se dividen en:

- diez escalas de personalidad (esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, pasivo-agresiva y autodestructiva-masoquista)
- tres escalas de personalidad patológica (esquizoide, límite y paranoide)
- seis escalas para síndromes clínicos de gravedad moderada (ansiedad, histeriforme, hipomanía, distimia y abuso de alcohol y de drogas)
- tres escalas para síndromes clínicos de gravedad severa (pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante)

Tanto los índices modificadores como las escalas de personalidad, se exponen más detalladamente en la parte de la explicación del cuestionario (Anexo 5).

Para la interpretación del MCMI-II se recomienda tomar en consideración las tres escalas más elevadas de las ocho que evalúan patrones básicos de la personalidad (Choca y van Denburg, 1998). El código de los perfiles se realiza tomando como primer número el de la escala más elevada y así en las dos escalas siguientes por orden decreciente.

El MCM II es un instrumento diagnóstico que se haya vinculado de forma sistemática a una teoría clínica, proporcionando medidas operacionales de su modelo teórico (Sánchez-Verna, 2003). De acuerdo con lo que plantean del Rio et al. (2002), también consideramos que el MCMI-II es un instrumento válido por su sensibilidad para distinguir patrones específicos para los distintos TCA y, además, por su utilidad en la detección en casos individuales de las posibles alteraciones de personalidad.

Por otro lado, el MCMI-II permite evitar ciertos errores metodológicos al plantear las alteraciones de la personalidad basándose en los criterios diagnósticos de la APA. Siguiendo las teorías psicodiagnósticas actuales, el test permite obtener una estructura de evaluación multiaxial. Asimismo, recoge aspectos de distintas dimensiones o ejes: el

síndrome clínico, el trastorno de personalidad, los elementos de estrés psicosocial, la gravedad del trastorno y las implicaciones terapéuticas.

Los datos normativos y las transformaciones de las puntuaciones del MCMI-II están basados en muestras clínicas y son aplicables solamente a personas que manifiestan síntomas psicológicos o que se encuentren involucradas en un programa de evaluación psicodiagnóstica o de psicoterapia, como es el caso de la muestra clínica de nuestro estudio.

La revisión de la primera versión del MCMI llevó a la construcción del MCMI-II en la que se mejoraron las escalas de validez y tendencias de respuesta, además se incorporaron dos nuevos trastornos de personalidad (desdoblamiento de las escalas 6 y 8, en 6A, 6B, 8A y 8B). Con el MCMI-II se introduce un sistema de ponderación de ítems para reflejar sus diferencias en cuanto a su diversidad y potencia como datos complementarios. Por ejemplo, a los ítems que demostraron una validación sustantiva, estructural y externa en una escala determinada, se les otorgó un peso más alto que a los ítems seleccionados únicamente en base a una validación externa (Loevinger, 1957).

En la construcción del MCMI-I y el MCMI-II, todas las selecciones de ítems se basaron en datos en los que los grupos diana de diagnóstico eran contrastados con una población representativa pero indiferenciada de pacientes psiquiátricos. Este cambio, utilizando antes una población psiquiátrica general que una comparación con la población normal, debería proporcionar una mayor eficiencia discriminativa de las escalas y, en consecuencia aumentar, la del diagnóstico diferencial.

La construcción del test fue realizada mediante la superación progresiva de tres etapas de validación (Loevinger, 1957), consiguiendo en todos los casos resultados satisfactorios (Millon, 1998). Las etapas fueron:

- a) teórico-sustantiva (concordancia o respaldo con la fundamentación teórica)
- b) estructural-interna (comprobación de su fiabilidad y consistencia interna)
- c) criterial-externa (validación mediante criterios externos, comprobando su poder discriminativo)

La fiabilidad del MCMI-II fue calculada mediante distintos indicadores de estabilidad para sujetos no clínicos, pacientes ambulatorios y pacientes ingresados, administrando el test dos veces a cada uno de los grupos en un intervalo de tres a cinco semanas, consiguiéndose coeficientes test-retest bastante altos y significativos en todas las escalas y apreciándose poca diferencia entre las escalas de personalidad y las de síndromes clínicos (Choca y van Denburg, 1998; Millon, 1998).

Uno de los principales objetivos en la construcción de cada una de las versiones del MCMI, ha sido mantener un número de ítems lo bastante reducido como para facilitar su utilización diagnóstica y terapéutica, a la vez que mantener los ítems en un número lo

suficientemente amplio como para permitir la evaluación de los numerosos comportamientos clínicamente relevantes. Parece ser que 175 ítems se sitúan dentro de los límites de la tolerancia de los pacientes. Los ítems potencialmente discutibles han sido eliminados y se ha ido adecuando la terminología a un nivel de lectura medio. La mayoría de las personas completan el MCMI en 20-30 minutos, lo que facilita una administración simple y rápida a la vez que reduce la resistencia y fatiga de los pacientes (Millon, 1998).

Aunque se ha presentado una última versión del cuestionario el MCMI-III (Millon y Davis, 1994) que se ajusta al DSM-IV (APA, 1994) y proporciona un mejor ajuste a los criterios clasificatorios, sin embargo, provoca desajustes con el modelo teórico subyacente (Ávila y Jiménez, 1998).

### 2.2.3- Escalas de evaluación de sintomatología depresiva y ansiosa

#### 2.2.3.1- Escala Hamilton para la ansiedad (HAM-A) de Hamilton (1959)

La Hamilton Anxiety Rating Scale o HARS, (Hamilton, 1959), es una escala heteroadministrada que permite determinar el grado de ansiedad global del paciente. Si bien todos los ítems están ligados a un factor general de ansiedad, se pueden aislar dos factores específicos:

1) ansiedad psicológica (cognitiva) que comprende aspectos como el humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, funciones intelectuales, depresión y conducta durante la entrevista (evaluado por los ítems 1 al 6 incluidos, más el ítem 14).

2) ansiedad somática que engloba síntomas musculares, sensoriales, cardiovasculares, gastrointestinales, genito-urinaros y vegetativos autónomos (del ítem 7 al 13 incluidos).

La escala, que no está diseñada según criterios DSM, consta de 14 ítems, donde el terapeuta debe evaluar en una escala de 0 (“ausencia de síntomas”) a 4 (“intensidad máxima”). La puntuación total oscila en un rango de 0-56.

Los criterios de puntuación para la ansiedad son:

0-5: ausencia de ansiedad

6-14: ansiedad moderada

> 14: ansiedad intensa

La escala posee algunas limitaciones relacionadas con la globalidad de los ítems, los posibles errores derivados del observador y la ausencia de baremos estandarizados, lo que impide la comparación del paciente con un grupo normativo. Originariamente, fue creada sólo para ser aplicada a pacientes con trastornos de ansiedad, pero también puede utilizarse en pacientes que sufren depresión u otros trastornos psiquiátricos.

Los criterios de calidad de la versión española adaptada a nuestro medio (Lobo et al., 2002), muestran una consistencia interna de 0,79-0,86 y una fiabilidad test-retest de 0,96.

En cuanto a la validez, se muestran correlaciones significativamente altas (0,62-0,73) con la escala de depresión del mismo autor (HAM-D). Al eliminarse los ítems referidos a depresión de esta escala de ansiedad (HAM-A) y los ítems referidos a ansiedad de la escala de depresión (HAM-D) se alcanza una mayor discriminación entre pacientes con sintomatología ansiosa y depresiva (Carrobles, Costa, del Ser y Bartolomé, 1986).

#### 2.2.3.2- Escala Hamilton para la depresión (HAM-D) (Hamilton, 1967).

La versión inicial Hamilton Depression Rating Scale o HRSD (Hamilton, 1960) consta de 24 ítems y fue diseñada para ofrecer una medida de intensidad o gravedad de la depresión. La versión posterior, revisada y modificada por el mismo autor (Hamilton, 1967) reduce los ítems a 21. De este número total, los cuatro últimos ítems no son útiles a efectos de valorar la intensidad o gravedad de la depresión, lo que ha provocado el que se generalice el uso de la versión reducida de 17 ítems, que corresponden a los primeros 17 de la versión modificada del original.

Según el autor, la escala sólo debe utilizarse para medir intensidad sintomatológica en pacientes previamente diagnosticados de enfermedad depresiva (Hamilton, 1960), ya que la escala no es un instrumento de diagnóstico, aunque, eventualmente, puede ser usado en la selección de una forma de tratamiento y predicción de resultados (Hamilton, 1967).

El HAM-D en su versión original es un cuestionario heteroaplicado con los 17 ítems de la escala original más los cuatro ítems adicionales (variación circadiana, despersonalización y desrealización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos) que no están relacionados con la intensidad de la alteración del estado de ánimo. Cada ítem se evalúa con un baremo de tres posibilidades (ausente, dudoso o trivial, presente) o cinco (ausente, dudoso o trivial, leve, moderado, grave), en función de la intensidad de los síntomas que presenta el paciente. Los criterios de puntuación de los síntomas están poco especificados, el juicio clínico del entrevistador es el que asigna el grado de severidad, por lo que debe ser cumplimentado por profesionales experimentados. El marco temporal de la evaluación se refiere al momento de la entrevista y/o días o semana previa, como máximo (Hamilton, 1967).

La versión de 21 ítems fue adaptada por Conde y Franch (1984) los cuales añadieron un ítem final para valoración de otros síntomas. La escala presenta una

consistencia interna de 0,48 en el pre-tratamiento y de 0,76 a 0,92 en el post-tratamiento. En cuanto a la validez, las correlaciones con otras medidas de gravedad de la sintomatología depresiva son entre 0,65 y 0,90 (Conde y Franch, 1984).

La versión empleada en la presente investigación es la versión reducida de 17 ítems, también denominada versión americana por haber sido recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (Bech, 1996). Ha sido adaptada al castellano y validada por Ramos-Brieva y Cordero (1986,1988), y presenta una validez concurrente de 0,82 y de contenido con un promedio de frecuencias del 62% además de una fiabilidad del 0,72.

El contenido de la escala se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala. Cada ítem se valora se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. La puntuación total de la escala es la suma de las puntuaciones asignadas a cada uno de los ítems, siendo el rango de puntuación de las dos versiones (de 17 ó 21 ítems) de 0-52 puntos.

Al ser una escala que no tiene finalidad diagnóstica, no se ha establecido un punto de corte de forma estricta. A efectos de categorizar la intensidad/ severidad del trastorno depresivo se han planteado diferentes categorizaciones (Endicott, Cohen, Nee, Fleiss y Sarantakos, 1981). En el presente estudio se han establecido los rangos de severidad propuestos por Vázquez (1995):

- 0-6 sin depresión
- 7-17 depresión ligera
- 18-24 depresión moderada
- 25-52 depresión grave

### 3 - ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Una vez realizada la recogida de datos se procedió a su análisis con el paquete estadístico SPSS 18.0. En todos los tests estadísticos se identificaron los valores de  $p < 0,05$  como significativos y  $p < 0,01$  como muy significativo, considerando los valores como bilaterales.

El análisis se llevó a cabo en dos fases: estadística descriptiva y estadística inferencial. Para determinar el perfil característico de las pacientes con TA se aplicaron técnicas estadísticas descriptivas. Se analizaron estadísticos de resumen como la media, desviación típica y mínimos y máximos, para las variables cuantitativas (procedentes de las escalas) y tablas de frecuencias y porcentajes, para las variables cualitativas.

El análisis univariado de las variables independientes permitió identificar la prevalencia de cada rasgo en los grupos diagnósticos y si los datos más característicos de las pacientes con TA estaban también presentes en pacientes con BN. De esta forma se pudo determinar la distribución muestral de las variables y ver cuáles de éstas se asociaban a cada grupo diagnóstico.

A partir del análisis de Kolmogorov-Smirnov y viendo que se cumplía la condición de normalidad se aplicaron técnicas paramétricas. En las variables cuantitativas, se aplicó la prueba t de Student-Fisher para muestras independientes, para poner de manifiesto las variables en las que existían diferencias significativas entre los grupos diagnósticos TA y BN. Para las variables cualitativas; se aplicó la prueba  $\chi^2$  de Pearson cuando las condiciones de la prueba lo permitían y en caso contrario, se aplicó el test exacto de Fisher. Asimismo, se realizó un análisis de regresión logística binaria para identificar las variables que mejor permiten predecir el TA. La variable dependiente se dicotomizó según los valores 1=diagnóstico de TA; y 0= diagnóstico de BN. Como variables independientes se introdujeron aquellas en las que se habían identificado diferencias significativas entre TA y BN.

#### 4 - ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El primer paso fue obtener el consentimiento de la Dirección del Centro ABB (Anexo 6), de donde se extraería la información de las historias clínicas de las pacientes, para la realización del estudio. Todos los pacientes tratados o en proceso de diagnóstico en el centro, de forma previa al inicio del tratamiento, firman un documento de consentimiento informado (CI) que cumple los criterios del código tipo de la *Unió Catalana d'Hospitals*, por lo que además de la aprobación del Centro ABB, se contaba con el CI del paciente para la utilización de los datos. Aunque con tal documento se cumplirían los requerimientos necesarios, se planteó también pedir el consentimiento explícito para la investigación, a los pacientes que en el momento de la recogida de datos se encontraran en tratamiento (Anexo 7).

Con toda la documentación, se solicitó la aprobación del Comité de Ética de Investigación de la Universitat Internacional de Catalunya (Anexo 8)..

#### 5 – LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Como se ha ido haciendo patente a lo largo de la revisión de la literatura, el hecho que el TA no sea aún una identidad nosológica individualizada y diferenciada, genera divergencias conceptuales y metodológicas.

Los resultados estuvieron condicionados por el tamaño de la muestra. Como ya se ha hecho referencia anteriormente, la escasa muestra de BNnoP es un hecho común en las diversas investigaciones. En muchas de ellas (Tobin et al., 1997; Hay y Fairburn, 1998; Striegel-Moore et al., 2001; Cooper y Fairburn, 2003; Blinder, Cumella y Sanathara, 2006; Carretero et al., 2009; Jáuregui et al., 2009), se plantea como limitación la difícil delimitación de la BNnoP y la dificultad de obtener pacientes con este diagnóstico, por ello, en la mayoría de los casos no se diferencia entre los subtipos de bulimia. En este sentido Cooper y Fairburn (2003), advierten que los criterios restrictivos de diagnóstico de la BNnoP hace difícil la obtención de pacientes que reúnan tal diagnóstico.

El presente estudio no es una excepción, por lo que la muestra de pacientes con BNnoP no es lo suficientemente amplia comparado con el porcentaje de BNP, lo que obligó a unificar los dos tipos de BN.

En la presente investigación, un aspecto que afecta a la validez externa del estudio se encuentra en la fuente de reclutamiento. El centro ABB de atención especializada en los trastornos de la conducta alimentaria recibe a pacientes que buscan tratamiento. En este sentido, y como señalan Blinder et al. (2006), está demostrada una mayor gravedad sintomatológica y mayor presencia de trastornos comórbidos que en las personas que padecen el trastorno y no buscan tratamiento, por lo que las conclusiones deben ser referidas al tipo de muestra que hemos empleado, condicionando por ello, la generalización de los resultados.

En la misma línea, los resultados de las investigaciones de los individuos en tratamiento, puede no ser representativa de las personas con el trastorno en la población general debido a la sobrestimación de la patología comórbida (Telch y Stice, 1998).

Al ser un estudio retrospectivo, la recogida de la información presentó sus propias limitaciones, ya que debíamos ceñirnos a la información contenida en las historias clínicas.

---

## **IV- Resultados**

---



## IV-RESULTADOS

### 1-ANÁLISIS DESCRIPTIVO

#### 1.1-VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

La tabla 12 contiene los estadísticos descriptivos de la edad según el grupo diagnóstico. Como puede observarse, el grupo con diagnóstico de TA fue el de mayor edad, con una media de 36,9 años, mientras que en el caso de los dos tipos de BN las medias de edad eran homogéneas (en torno a los 25 años). En cuanto a las edades máximas también fueron los casos de TA los de edad más avanzada, alcanzando los 65 años, mientras que en la BNnoP la máxima se situó en los 39 años y en la BNP, en 36 años de edad. Teniendo en cuenta que la muestra estaba formada por población adulta, en el grupo de TA destaca la amplia desviación típica, que se evidencia en el rango de 18 a 65 años.

Tabla 12 – Estadísticos descriptivos de la variable edad por grupos diagnósticos

diagnóstico de TCA	N	Media	desv. típ.	error tip. de la media	Mínimo	Máximo
BNnoP	21	25,00	5,32	1,16	18	39
BNP	53	24,85	4,18	,57	18	36
TA	53	36,91	12,01	1,65	18	65
Total	127	29,91	10,32	,91	18	65

En la tabla 13 se muestran las frecuencias y porcentajes de las categorías de las variables sociodemográficas de las pacientes en los tres grupos diagnósticos. Por lo que respecta al estado civil, el grupo de las TA era predominantemente de mujeres casadas (7 bulímicas y 32 con TA), contrariamente al grupo de las BN purgativas, donde predominaban las solteras. En el grupo diagnóstico de las BNnoP, no se registró ninguna mujer separada o divorciada y la única paciente viuda, pertenecía a este grupo. Viviendo en pareja se registraron 16 pacientes (12,6%) del total de la muestra, de las cuales el mayor porcentaje pertenecía a las pacientes con BNnoP (23,8%), seguidas del otro subtipo bulímico purgativo (15,1%).

Respecto a la situación laboral en que se encontraban las pacientes, como puede observarse, predominaron las mujeres trabajadoras. Analizando los datos según el diagnóstico, el TA presentaba la mayor prevalencia de pacientes que en ese momento se encontraban trabajando fuera de casa (62,3%). Cabe destacar el porcentaje de mujeres con TA en baja laboral (13,2%). Entre las pacientes bulímicas de subtipo no purgativo predominaron las estudiantes (42,9%), mientras que en el subtipo purgativo era mayor el

número de mujeres trabajadoras, alcanzando la mitad de la muestra de BN purgativas (n=26, 49,1%).

En cuanto al nivel de estudios la categoría más frecuente en todos los grupos diagnósticos fue la de estudios universitarios, siendo la más elevada en la BNP (60,4%), seguida de la BNnoP (57,1%).

Tabla 13 – Variables sociodemográficas por grupos diagnósticos

	diagnóstico de TCA			Total n (%)
	BNnoP n (%)	BNP n (%)	TA n (%)	
<b>Estado civil</b>				
soltera	14 (66,7%)	36 (67,9%)	14 (26,4%)	64 (50,4%)
casada	1 (4,8%)	6 (11,3%)	32 (60,4%)	39 (30,7%)
separada/divorciada	0 (,0%)	3 (5,7%)	4 (7,5%)	7 (5,5%)
viuda	1 (4,8%)	0 (,0%)	0 (,0%)	1 (,8%)
viviendo en pareja	5 (23,8%)	8 (15,1%)	3 (5,7%)	16 (12,6%)
<b>Ocupación laboral</b>				
estudia	9 (42,9%)	17 (32,1%)	4 (7,5%)	30 (23,6%)
trabaja	4 (19,0%)	26 (49,1%)	33 (62,3%)	63 (49,6%)
estudia y trabaja	2 (9,5%)	3 (5,7%)	2 (3,8%)	7 (5,5%)
labores domésticas	0 (,0%)	1 (1,9%)	6 (11,3%)	7 (5,5%)
baja laboral	3 (14,3%)	3 (5,7%)	7 (13,2%)	13 (10,2%)
en paro	3 (14,3%)	3 (5,7%)	1 (1,9%)	7 (5,5%)
<b>Nivel de estudios</b>				
estudios primarios	2 (9,5%)	2 (3,8%)	10 (18,9%)	14 (11,0%)
estudios secundarios	6 (28,6%)	10 (18,9%)	12 (22,6%)	28 (22,0%)
estudios universitarios	12 (57,1%)	32 (60,4%)	23 (43,4%)	67 (52,8%)
otros (diplomaturas..)	1 (4,8%)	9 (17,0%)	8 (15,1%)	18 (14,2%)

## 1.2- ANTECEDENTES FAMILIARES

En cuanto a la composición del grupo familiar, según se observa en la tabla 14, las pacientes con TA eran las que mayoritariamente presentaban descendencia (56,6%), mientras que el 94,3% de las pacientes con BNP y el 90,5% de las BNnoP, manifestaron no tener hijos.

La tabla 15 contiene la distribución de hijos y hermanos según grupos diagnósticos. A destacar que la media de hijos más elevada (alrededor de uno), pertenecía a las pacientes con TA. Por otra parte, la mayoría de las pacientes pertenecían a familias de dos hermanos (incluyendo la paciente), siendo bastante homogéneo entre los tres grupos diagnósticos.

Tabla 14 – Pacientes con hijos por grupos diagnósticos

Pacientes madres	diagnóstico de TCA			Total n (%)
	BNnoP n (%)	BNP n (%)	TA n (%)	
no	19 (90,5%)	50 (94,3%)	23 (43,4%)	92 (72,4%)
si	2 (9,5%)	3 (5,7%)	30 (56,6%)	35 (27,6%)

Tabla 15 – Número de hijos y hermanos de las pacientes por grupos diagnósticos

Nº de hijos en	N	Media	Mínimo	Máximo
Nº de hijos en:				
BNnoP	21	,14	0	2
BNP	53	,08	0	2
TA	53	1,06	0	6
Nº de hermanos en				
BNnoP	21	2,33	1	5
BNP	53	2,49	1	6
TA	53	2,66	1	6
Total	127	2,54	1	6

Por lo que respecta al estado civil de los progenitores (tabla 16), independientemente de los grupos diagnósticos, los padres de las pacientes se encontraban en su mayoría casados. Destaca que entre las pacientes con BNnoP, aparece un mayor porcentaje de padres separados (19%) respecto a los otros grupos diagnósticos.

Tabla 16 – Estado civil de los padres de las pacientes por grupos diagnósticos

estado civil	diagnóstico de TCA			Total n (%)
	BNnoP n (%)	BNP n (%)	TA n (%)	
casados	15 (71,4%)	43 (81,1%)	36 (67,9%)	94 (74,0%)
separados/divorciados	4 (19,0%)	5 (9,4%)	5 (9,4%)	14 (11,0%)
viudedad	2 (9,5%)	5 (9,4%)	12 (22,6%)	19 (15,0%)

En la tabla 17, se muestra la distribución por grupos diagnósticos de los antecedentes de TCA y psiquiátricos. Respecto a los relativos a la patología alimentaria, el 3,1% de la muestra presentó antecedentes de TCA en hijos, todos ellos pertenecientes al grupo de TA. El 7,9% de pacientes, en su mayoría del grupo de BNP, afirmó tener un hermano/a con TCA.

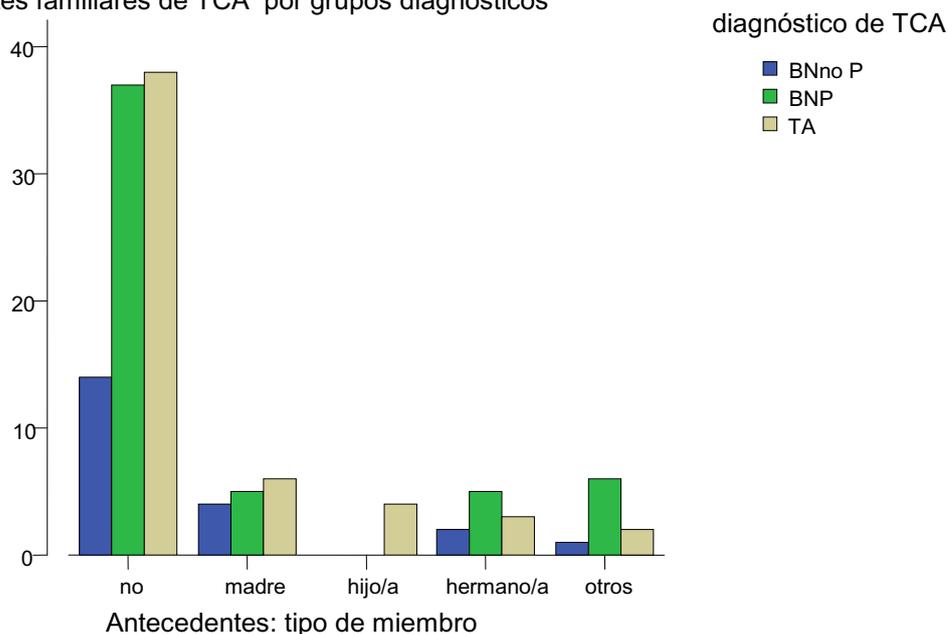
En referencia a los trastornos psiquiátricos en la familia, el 37,7% (n=48) de las pacientes manifestaron tener algún familiar de primer o segundo grado, con historia previa de un trastorno psiquiátrico. Entre los familiares afectados en los diferentes grupos, destacó el de BNP con una elevada presencia de antecedentes de trastorno psiquiátrico en la madre (34%).

Tabla 17 – Familiares con antecedentes de TCA y psiquiátricos por grupos diagnósticos

Antecedentes familiares	diagnóstico de TCA			Total n (%)
	BNnoP n (%)	BNP n (%)	TA n (%)	
<b>TCA:</b>				
no	14 (66,7%)	37 (69,8%)	38 (71,7%)	89 (70,1%)
madre	4 (19,0%)	5 (9,4%)	6 (11,3%)	15 (11,8%)
hijo/a	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (7,5%)	4 (3,1%)
hermano/a	2 (9,5%)	5 (9,4%)	3 (5,7%)	10 (7,9%)
otros (2º grado)	1 (4,8%)	6 (11,3%)	2 (3,8%)	9 (7,1%)
<b>Psiquiátricos:</b>				
no	14 (66,7%)	26 (49,1%)	39 (73,6%)	79 (62,2%)
madre	3 (14,3%)	18 (34,0%)	7 (13,2%)	28 (22,0%)
padre	1 (4,8%)	4 (7,5%)	3 (5,7%)	8 (6,3%)
hermano/a	2 (9,5%)	3 (5,7%)	3 (5,7%)	8 (6,3%)
otros (2º grado)	1 (4,8%)	2 (3,8%)	1 (1,9%)	4 (3,1%)

La figura 7 muestra los antecedentes familiares de patología alimentaria, donde destaca como un 18% (n=15) del total de las madres de las pacientes mostraron antecedentes de patología alimentaria.

Fig. 7- Antecedentes familiares de TCA por grupos diagnósticos



Al analizar otros antecedentes familiares como la adicción al alcohol y sustancias (tabla 18), se encuentra un porcentaje más elevado de historia de adicción familiar, tanto de alcohol como de drogas, en el grupo de TA. El siguiente grupo diagnóstico en presentar un porcentaje de adicción al alcohol elevado es el de BNnoP (14,3%).

Tabla 18 – Antecedentes familiares de adicción al alcohol o sustancias por grupos diagnósticos

antecedentes familiares	diagnóstico de TCA			Total n (%)
	BNnoP n (%)	BNP n (%)	TA n (%)	
adicción al alcohol	3 (14,3%)	5 (9,4%)	9 (17,0%)	17 (13,4%)
adicción a sustancias	1 (4,8%)	1 (1,9%)	5 (9,4%)	7 (5,5%)

La mayor presencia de antecedentes familiares de obesidad se encontró en el grupo de TA con un porcentaje del 50,9% (tabla 19).

Tabla 19 – Antecedentes familiares de obesidad por grupos diagnósticos

antecedentes familiares de obesidad	diagnóstico de TCA			Total n (%)
	BNnoP n (%)	BNP n (%)	TA n (%)	
miembro familiar				
no	11 (52,4%)	38 (71,1%)	25 (47,2%)	74 (58,3%)
si	9 (42,9%)	13 (24,5%)	27 (50,9%)	49 (38,6%)
sobrepeso	1 (4,8%)	2 (3,8%)	1 (1,9%)	4 (3,1%)

### 1.3-ANTECEDENTES PERSONALES

En cuanto a los antecedentes de patología alimentaria (tabla 20), el grupo de TA fue el que mostró la menor frecuencia.

Tabla 20 – Antecedentes personales de patología alimentaria por grupos diagnósticos

antecedentes personales de TCA	diagnóstico de TCA			Total n (%)
	BNnoP n (%)	BNP n (%)	TA n (%)	
tipo de antecedente				
no	2 (9,5%)	1 (1,9%)	26 (49,1%)	29 (22,8%)
BN	5 (23,8%)	7 (13,2%)	12 (22,6%)	24 (18,9%)
AN	7 (33,3%)	17 (32,1%)	2 (3,8%)	26 (20,5%)
TCANE	0 (0%)	1 (1,9%)	1 (1,9%)	2 (1,6%)
rasgos anorexígenos	7 (33,3%)	27 (50,9%)	12 (22,6%)	46 (36,2%)

Como puede observarse, de las pacientes con historia previa de trastorno, el 18,9% (n=24) refirieron haber presentado antecedente de BN, el 20,5% (n=26) antecedente de AN, el 1,6% (n=2) de trastorno alimentario no específico y el 36,2% (n=46) mostraron rasgos anorexígenos.

Las pacientes con TA fueron las que refirieron mayor porcentaje de antecedentes psiquiátricos (tabla 21). En el caso de antecedentes adictivos, las drogas fueron más frecuentes que la adicción al alcohol (un 14,2% vs. un 7,1% respectivamente), a diferencia de los antecedentes familiares, en el que el consumo de alcohol fue más predominante que el de sustancias a nivel general.

Tabla 21 – Antecedentes personales psiquiátricos y de adicción por grupos diagnósticos

antecedentes personales	diagnóstico de TCA			Total n (%)
	BNnoP n (%)	BNP n (%)	TA n (%)	
psiquiátrico	11 (52,4%)	31 (58,5%)	34 (64,2%)	76 (59,8%)
adicción alcohol	2 (9,5%)	4 (7,5%)	3 (5,7%)	9 (7,1%)
adicción a sustancias	7 (33,3%)	6 (11,3%)	5 (9,4%)	18 (14,2%)

En cuanto a los antecedentes personales de obesidad (tabla 22) el 15% (n=19) del total de la muestra presentó obesidad en la infancia, valores semejantes a los antecedentes familiares.

En los casos en que no había obesidad, el sobrepeso, con un 29,9% (n=38) fue el más prevalente en la historia personal de las pacientes de la muestra, a diferencia de los familiares, en los que se observaba un número mayor de obesos que de sobrepeso.

El sobrepeso en la infancia presentaba igual prevalencia en las pacientes con BNP y TA (n=18). En el caso de la obesidad, destacó el elevado porcentaje de TA que presentaron obesidad infantil (n=13, 24,5%), mientras que en los grupos de BNnoP y BNP la frecuencia era considerablemente inferior (9,5% y 7,5% respectivamente).

Tabla 22 – Antecedentes personales de obesidad por grupos diagnósticos

antecedente de obesidad en la infancia	diagnóstico de TCA			Total n (%)
	BNnoP n (%)	BNP n (%)	TA n (%)	
no	17 (81,0%)	31 (58,5%)	22 (41,5%)	70 (55,1%)
si	2 (9,5%)	4 (7,5%)	13 (24,5%)	19 (15,0%)
sobrepeso	2 (9,5%)	18 (34,0%)	18 (34,0%)	38 (29,9%)

#### 1.4- HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Según se observa en la tabla 23, el 63% (n=80) de las pacientes reconoció haber sufrido uno o más acontecimientos vitales estresantes en su vida. En los tres grupos, la muerte de un familiar o pareja, constituía la situación vital estresante más frecuente.

Tabla 23 – Acontecimientos vitales negativos por grupos diagnósticos

tipo de "life event"	diagnóstico de TCA			Total n (%)
	BNnoP n (%)	BNP n (%)	TA n (%)	
divorcio separación	2 (9,5%)	5 (9,4%)	3 (5,7%)	10 (7,9%)
muerte familiar o pareja	3 (14,3%)	8 (15,1%)	11 (20,8%)	22 (17,3%)
abuso sexual o violación	2 (9,5%)	3 (5,7%)	6 (11,3%)	11 (8,7%)
aborto	3 (14,3%)	2 (3,8%)	5 (9,4%)	10 (7,9%)
malos tratos	1 (4,8%)	4 (7,5%)	3 (5,7%)	8 (6,3%)
otros	3 (14,3%)	6 (11,3%)	10 (18,9%)	19(44,5%)

En cuanto a las características antropométricas (tabla 24) el valor promedio de peso que presentaban las pacientes en el momento de rellenar el protocolo fue de 64,11 Kg. en las pacientes con BNnoP, 59,72 Kg. en el subtipo purgativo y 91,33 Kg. en el TA. Esta variable mostró una gran dispersión que ya los valores oscilaron en un rango de 59,72 a 91,33 Kg.

Tabla 24 – Medias del peso (Kg) de las pacientes en el momento de rellenar el protocolo

diagnóstico de TCA	N	Media	desv. típica	Mínimo	Máximo
BNnoP	21	64,11	9,14	52,00	88,10
BNP	53	59,72	11,23	45,70	110,50
TA	53	91,33	19,38	37,20	129,00
Total	127	73,64	21,18	37,20	129,00

Las tablas 25 y 26 muestran, respectivamente, la distribución de las pacientes según clasificación del IMC en valores absolutos y por grupos de IMC.

Según grupos diagnósticos y el grado de obesidad, un total de 39 mujeres con TA estaban dentro de los márgenes de obesidad, además, tres pacientes bulímicas con obesidad I ó II.

Tabla 25– Valores de IMC de las pacientes por grupos diagnósticos

diagnóstico de TCA	N	Media	desviación típica	error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					límite inferior	límite superior
BNnoP	21	24,57	2,94	,64	23,23	25,91
BNP	53	21,77	3,67	,50	20,76	22,78
TA	53	34,96	7,26	,99	32,96	36,97
Total	127	27,74	8,20	,72	26,30	29,18

Tabla 26 – Clasificación por grupos de IMC de las pacientes según grupos diagnósticos

grupos IMC	diagnóstico de TCA			Total n (%)
	BNnoP n (%)	BNP n (%)	TA n (%)	
rango normal (18,5-24,9)	12 (57,1%)	42 (79,2%)	3 (5,7%)	57 (44,9%)
sobrepeso (25-29,9)	8 (38,1%)	3 (5,7%)	11 (20,8%)	22 (17,3%)
obesidad grado I (30-34,9)	1 (4,8%)	1 (1,9%)	20 (37,7%)	22 (17,3%)
obesidad grado II (35-39,9)	0 (,0%)	1 (1,9%)	5 (9,4%)	6 (4,7%)
obesidad grado III (= $\geq$ 40)	0 (,0%)	0 (,0%)	14 (26,4%)	14 (11,0%)
bajo peso	0 (,0%)	6 (11,3%)	0 (,0%)	6 (4,7%)

Los síntomas conductuales y cognitivo-afectivo de las pacientes según grupo diagnóstico, figuran en las tablas 27 y 30. En dichas tablas se especifica la presencia de síntomas, a través de los cuáles se reflejan los rasgos psicopatológicos más destacados por grupo diagnóstico.

En relación a los aspectos conductuales, se observa en todos los casos -a excepción del ítem “picar entre horas”- que el porcentaje de pacientes que más presentaban dichas conductas eran las pacientes con BN. Como era de esperar, las conductas más propiamente purgativas (vómitos, uso de laxantes y uso de diuréticos) eran poco frecuentes en las pacientes con TA. También en la misma línea, se observó una elevada presencia en las pacientes con TA de las categorías: “saltarse ingestas” y “evitar alimentos”. El “consumo de comida light”, aunque en menor porcentaje que los anteriores, también era habitual en este grupo diagnóstico. Las conductas de “pesarse”, “medirse”, “mirarse obsesivamente”, eran considerablemente más altas en la BN de ambos subtipos. El “seguimiento habitual de dietas” era práctica común en el TA y la BN, además del consumo habitual “de alimentos hipercalóricos en poco tiempo”, con unos porcentajes muy similares. Las “oscilaciones de más de 5 kg. de peso” en la curva ponderal en edad adulta, eran más propias del TA que de BN (tanto de tipo purgativo como no purgativo), siendo la única categoría que se mostró más prevalente en el TA.

Tabla 27 – Síntomas conductuales en las pacientes por grupos diagnósticos

síntomas conductuales	diagnóstico de TCA			Total n (%)
	BNnoP n (%)	BNP n (%)	TA n (%)	
atracones	21 (100%)	53 (100%)	53 (100%)	127 (100%)
vómitos	4 (19,0%)	43 (81,1%)	3 (5,7%)	50 (39,4%)
uso de laxantes	5 (23,8%)	13 (24,5%)	3 (5,7%)	21 (16,5%)
uso de diuréticos	2 (9,5%)	6 (11,3%)	4 (7,5%)	12 (9,4%)
tirar comida	4 (19,0%)	7 (13,2%)	1 (1,9%)	12 (9,4%)
saltarse ingestas	13 (61,9%)	32 (60,4%)	16 (30,2%)	61 (48,0%)
evitar alimentos	12 (57,1%)	31 (58,5%)	14 (26,4%)	57 (44,9%)
comer comida light	10 (47,6%)	19 (35,8%)	11 (20,8%)	40 (31,5%)
uso de anorexígenos	2 (9,5%)	2 (3,8%)	3 (5,7%)	7 (5,5%)
hiperactividad	7 (33,3%)	18 (34,0%)	1 (1,9%)	26 (20,5%)
pesarse obsesivamente	12 (57,1%)	23 (43,4%)	18 (34,0%)	53 (41,7%)
medirse	18 (85,7%)	36 (67,9%)	23 (43,4%)	77 (60,6%)
mirarse obsesivamente	15 (71,4%)	38 (71,7%)	19 (35,8%)	72 (56,7%)
dietas habituales	14 (66,7%)	33 (62,3%)	32 (60,4%)	79 (62,2%)
alimentos hipercalóricos	18 (85,7%)	48 (90,6%)	47 (88,7%)	113 (89,0%)
pica entre horas	17 (81,0%)	42 (79,2%)	43 (81,1%)	102 (80,3%)
oscilaciones de más de 5Kg. de peso	16 (76,2%)	20 (38,5%)	35 (66,0%)	71 (56,3%)

La Tabla 28 contiene las frecuencias y porcentajes del consumo de alcohol y tabaco en los tres grupos diagnósticos. Como se puede observar, a nivel global las pacientes no parecían presentar un consumo muy elevado de ambas sustancias, siendo en las pacientes con BN (de ambos subtipos) los grupos con más consumo habitual de tabaco (38,1% en BNnoP y 34% en BNP de consumo diario). El grupo con un consumo más frecuente de alcohol fue el de pacientes con TA, con un 5,7% que consumían cada día o casi diariamente.

Tabla 28 – Frecuencias del consumo de tabaco y alcohol por grupos diagnósticos

consumo de tabaco	BNnoP	BNP	TA	Total
no desde hace 3 meses	9 (42,9%)	29 (54,7%)	43 (81,1%)	81 (63,8%)
una vez al mes	1 (4,8%)	0 (,0%)	2 (3,8%)	3 (2,4%)
una vez a la semana	0 (,0%)	3 (5,7%)	1 (1,9%)	4 (3,1%)
2/3 veces a la semana	3 (14,3%)	3 (5,7%)	2 (3,8%)	8 (6,3%)
casi a diario o a diario	8 (38,1%)	18 (34,0%)	5 (9,4%)	31 (24,4%)

consumo de alcohol	BNnoP	BNP	TA	Total
no desde hace 3 meses	11 (52,4%)	34 (64,2%)	45 (84,9%)	90 (70,9%)
una vez al mes	0 (,0%)	1 (1,9%)	1 (1,9%)	2 (1,6%)
una vez a la semana	8 (38,1%)	13 (24,5%)	4 (7,5%)	25 (19,7%)
2/3 veces a la semana	2 (9,5%)	4 (7,5%)	0 (,0%)	6 (4,7%)
casi a diario o a diario	0 (,0%)	1 (1,9%)	3 (5,7%)	4 (3,1%)

Respecto a las intervenciones quirúrgicas (tabla 29), las pacientes con BN purgativa que se sometieron a ello reconocieron que el motivo fue estético en su mayoría. En las pacientes con TA predominó el motivo de obesidad, mientras que en las BNnoP sólo se operaron por motivos estéticos. La opción de intervención por ambos motivos (estéticos y obesidad) sólo se presentó en un caso de TA.

Tabla 29 – Intervenciones quirúrgicas por grupos diagnósticos

Intervenciones quirúrgicas	Diagnóstico de TCA			Total n (%)
	BNnoP n (%)	BNP n (%)	TA n (%)	
no	19 (90,5%)	41 (77,4%)	40 (75,5%)	100 (78,7%)
sí, por obesidad	0 (,0%)	2 (3,8%)	3 (5,7%)	5 (3,9%)
sí, por estética	2 (9,5%)	10 (18,9%)	9 (17,0%)	21 (16,5%)
sí, por obesidad y estética	0 (,0%)	0 (,0%)	1 (1,9%)	1 (,8%)

En la tabla 30 figura la valoración del estado cognitivo-afectivo. En general, los tres grupos diagnósticos eran bastante homogéneos en las categorías: preocupación obsesiva por la silueta, el pensamiento obsesivo con la comida y la ansiedad con la comida.

La distorsión del esquema corporal, aunque menos acusada que en las pacientes con BN, también estaba presente en 31 pacientes con TA. Otras manifestaciones, como la alexitimia, tenían la misma presencia en los tres grupos diagnósticos, al igual que la obsesión por los estudios/trabajo y la falta de asertividad. De los tres grupos diagnósticos, las pacientes con TA fueron las que mostraron una falta de conciencia de enfermedad más clara.

Tabla 30 – Estado cognitivo-afectivo de las pacientes por grupos diagnósticos

estado cognitivo-afectivo	diagnóstico de TCA			Total n (%)
	BNnoP n (%)	BNP n (%)	TA n (%)	
preocupación obsesiva por figura	19 (90,5%)	52 (98,1%)	50 (94,3%)	121 (95,3%)
preocupación obsesiva por comida	21 (100,0%)	51 (96,2%)	52 (98,1%)	124 (97,6%)
ansiedad con la comida	19 (90,5%)	50 (94,3%)	51 (96,2%)	120 (94,5%)
distorsión del esquema corporal	16 (76,2%)	39 (73,6%)	31 (58,5%)	86 (67,7%)
obsesión trabajo/estudios	5 (23,8%)	22 (41,5%)	22 (41,5%)	49 (38,6%)
alexitimia	20 (95,2%)	49 (92,5%)	44 (83,0%)	113 (89,0%)
ideación suicida	1 (4,8%)	6 (11,3%)	6 (11,3%)	13 (10,2%)
recuerdos comentarios de la figura	3 (15,0%)	4 (7,5%)	8 (15,4%)	15 (12,0%)
falta de sensación de bienestar	10 (47,6%)	21 (39,6%)	30 (56,6%)	61 (48,0%)
baja <i>aceptación yoica</i>	4 (19,0%)	24 (45,3%)	23 (43,4%)	51 (40,2%)
baja tolerancia a la frustración	4 (19,0%)	17 (32,1%)	20 (37,7%)	41 (32,3%)
baja tolerancia a la crítica	4 (19,0%)	17 (32,1%)	24 (45,3%)	45 (35,4%)
bajo afrontamiento de conflictos	3 (14,3%)	16 (30,2%)	25 (47,2%)	44 (34,6%)
baja tolerancia al estrés	4 (19,0%)	14 (26,4%)	24 (45,3%)	42 (33,1%)
falta de asertividad	10 (47,6%)	28 (52,8%)	28 (52,8%)	66 (52,0%)
falta de conciencia de enfermedad	14 (66,7%)	36 (67,9%)	41 (77,4%)	91 (71,7%)

En cuanto a las conductas de impulsividad (tabla 31), se debe destacar que el aspecto más prevalente entre las pacientes eran las compras compulsivas.

Tabla 31 – Conductas de impulsividad en las pacientes por grupos diagnósticos

Impulsividad	diagnóstico de TCA			Total n (%)
	BNnoP n (%)	BNP n (%)	TA n (%)	
autoagresiones	0 (,0%)	3 (5,7%)	0 (,0%)	3 (2,4%)
intentos de suicidio	2 (9,5%)	10 (18,9%)	7 (13,2%)	19 (15,0%)
promiscuidad sexual	0 (,0%)	1 (1,9%)	0 (,0%)	1 (,8%)
cleptomanía	1 (4,8%)	1 (1,9%)	1 (1,9%)	3 (2,4%)
compras compulsivas	7 (33,3%)	12 (22,6%)	6 (11,3%)	25 (19,7%)
ludopatía	2 (9,5%)	0 (,0%)	1 (1,9%)	3(2,4%)

### 1.5- BATERÍA PSICOMÉTRICA

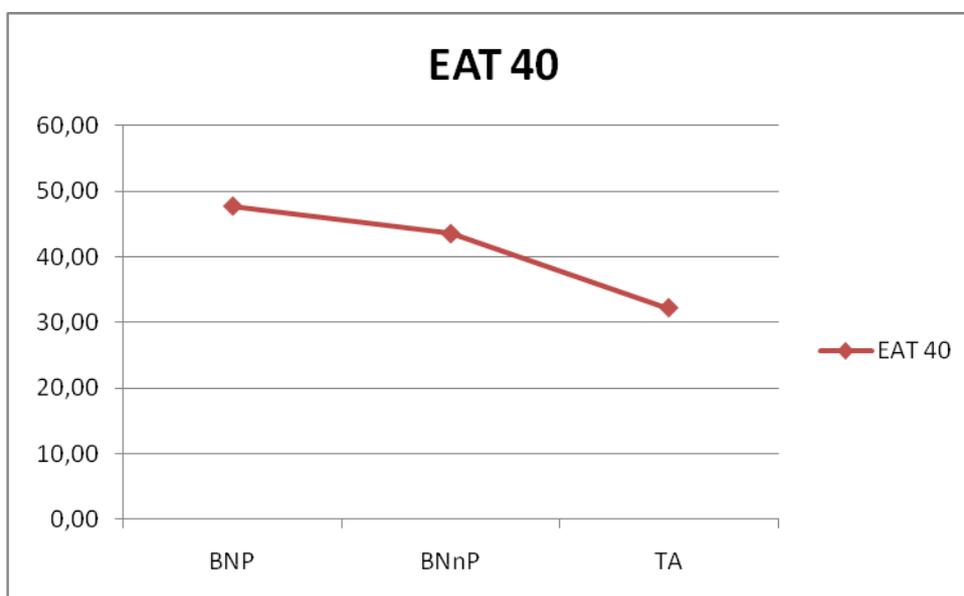
La tabla 32, muestra la puntuación global del EAT-40 en los tres grupos diagnósticos. Las puntuaciones medias superaban el punto de corte admitido por los autores (Garner et al., 1982), aunque en el grupo de TA la puntuación era considerablemente inferior a la de los grupos bulímicos.

Tabla 32 – Medias de las puntuaciones globales del EAT-40 por grupos diagnósticos

diagnóstico de TCA	N	Media	desv. Típica	Mínimo	Máximo
BNnoP	21	43,52	20,73	6	80
BNP	53	47,75	22,37	6	118
TA	53	32,19	15,21	3	74
Total	127	40,56	20,57	3	118

La figura 8 muestra la distribución de las puntuaciones medias obtenidas en el EAT-40.

Fig. 8- Distribución de las puntuaciones medias del EAT-40 por grupos diagnósticos



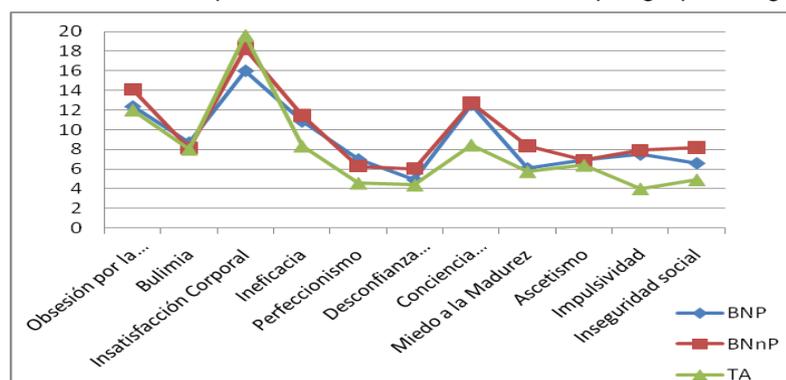
En referencia a la evaluación con el EDI-2 (tabla 33), las puntuaciones medias en la escala de Perfeccionismo fueron semejantes en ambos grupos de BN (6,98 en BNP y 6,29 en BNnoP) y más elevadas que en el TA (4,57). La escala Desconfianza Interpersonal se presentó más elevada en BNnoP (6,05) respecto al otro subtipo de bulimia (4,92) y también respecto al TA (4,38). En la escala Inseguridad Social, las puntuaciones de los grupos de bulimia (6,60 en BNP y 8,19 en BNnoP) eran superiores al grupo de TA (4,92). En la escala de Impulsividad se observa que los dos subtipos de bulimia alcanzaron casi el doble de la puntuación de las pacientes con TA (7,49 en BNP y 7,90 en BNnoP respecto a 4,00 en TA), siendo la puntuación una de las más bajas obtenidas en las pacientes con TA.

La distribución de las puntuaciones se muestra en la figura 9.

Tabla 33- Puntuaciones medias en las escalas del EDI-2 por grupos diagnósticos

Descriptivos					
Subescala EDI-2		Media	desv. típ.	Mínimo	Máximo
Obsesión por la delgadez	BNP	12,36	6,00	0	23
	BNnoP	14,10	6,50	1	23
	TA	12,00	5,19	0	21
Bulimia	BNP	8,70	6,05	0	26
	BNnoP	8,14	5,41	1	16
	TA	8,02	5,58	0	21
Insatisfacción corporal	BNP	15,98	9,26	0	27
	BNnoP	18,24	6,64	4	27
	TA	19,58	6,35	0	27
Ineficacia	BNP	10,85	7,02	0	27
	BNnoP	11,48	5,55	4	25
	TA	8,34	6,74	0	28
Perfeccionismo	BNP	6,98	4,66	0	18
	BNnoP	6,29	3,33	1	13
	TA	4,57	3,66	0	17
Desconfianza interpersonal	BNP	4,92	4,80	0	17
	BNnoP	6,05	3,69	0	14
	TA	4,38	4,28	0	16
Conciencia interoceptiva	BNP	12,53	7,71	0	29
	BNnoP	12,71	7,22	1	26
	TA	8,45	4,93	0	19
Miedo a la madurez	BNP	6,08	5,30	0	24
	BNnoP	8,38	4,22	2	17
	TA	5,75	4,16	0	21
Ascetismo	BNP	6,92	4,19	2	19
	BNnoP	6,90	3,91	0	14
	TA	6,40	3,25	1	13
Impulsividad	BNP	7,49	10,48	0	70
	BNnoP	7,90	6,93	0	20
	TA	4,00	4,45	0	19
Inseguridad social	BNP	6,60	4,54	0	18
	BNnoP	8,19	4,45	0	18
	TA	4,92	3,82	0	14

Fig. 9- Distribución de las puntuaciones medias del EDI-2 por grupos diagnósticos



Respecto al estudio de la personalidad con el MCMI-II (tabla 34), las puntuaciones medias en cada escala expresan que las pacientes con BNnoP se caracterizaron por tener rasgos de personalidad fundamentalmente hipomaníacos (TB medio = 102,95), seguidos de los rasgos pasivo-agresivo (TB=76,62). En el caso de la BNP, destacaron las escalas de neurosis depresiva, con un TB=89,57, seguidas de la escala histriónica, con una puntuación media de 77,91. En el caso de las pacientes con TA, mostraron una elevación destacable en la escala compulsiva (TB=79,98).

Tabla 34- Puntuaciones medias de las escalas del MCMI-II por grupos diagnósticos

Escala MCMI-II	Descriptivos							
	BNnoP		BNP		TA		TOTAL	
	media	desv.tip	media	desv.ti	media	desv.tip	media	desv.típ.
deseabilidad	41,24	24,95	53,94	23,58	60,85	25,56	54,72	25,38
alteración	65,33	23,68	53,25	28,68	44,60	26,76	51,64	27,88
sinceridad	76,05	17,20	65,19	17,78	64,55	15,52	66,72	17,15
esquizoide	64,62	25,51	54,51	37,41	64,81	34,14	60,48	34,46
fóbica	69,29	24,97	48,09	31,07	50,96	29,35	52,80	30,15
dependiente	47,43	34,36	49,75	29,20	66,40	36,15	56,31	33,95
histriónica	66,33	26,88	77,91	132,86	55,21	29,64	66,52	88,72
narcisista	56,00	34,91	55,83	33,38	49,45	31,80	53,20	32,87
antisocial	67,67	32,22	61,02	33,89	43,62	31,94	54,86	34,00
agresivo-sádica	67,24	27,26	52,49	31,70	55,15	36,54	56,04	33,32
compulsiva	46,76	29,47	59,40	31,61	79,98	31,53	65,90	33,51
pasivo-agresiva	76,62	26,90	56,72	33,06	51,83	32,67	57,97	32,88
autodestructiva	74,81	24,87	56,66	43,57	54,53	29,68	58,77	36,02
esquizotípica	59,67	31,22	51,70	27,31	59,00	26,46	56,06	27,67
límite	73,81	26,67	63,08	27,37	51,94	25,54	60,20	27,47
paranoide	55,81	36,60	52,13	29,15	52,91	31,92	53,06	31,39
ansiedad	66,33	23,96	63,11	7,23	60,00	28,47	62,35	27,15
histeriforme	64,57	25,41	64,60	27,53	60,36	27,66	62,83	27,12
hipomanía	102,95	156,57	57,42	30,18	50,79	31,03	62,18	70,75
neurosis depresiva	67,95	21,97	89,57	118,98	58,55	27,20	73,05	80,20
abuso alcohol	65,67	37,32	58,58	29,41	49,83	49,83	56,10	32,49
abuso drogas	68,48	31,51	57,26	2,24	42,32	29,77	52,88	32,37
pensamiento psicót.	63,95	63,95	50,74	50,74	69,25	117,11	60,65	79,31
depresión mayor	70,05	24,82	62,64	31,35	52,72	31,47	59,72	30,89
delirio psicótico	50,62	31,82	52,15	24,22	51,57	25,12	51,65	25,76

En la tabla 35 se especifican las puntuaciones medias de las escalas Hamilton para la ansiedad y la depresión. Como puede observarse, las puntuaciones de ansiedad son superiores a las de depresión en los dos grupos de bulimia, mientras que en el grupo de TA sucede lo contrario.

En la escala HAM-depresión, las puntuaciones medias se situaban entre 11,19 en BNP, 12,52 en BNnoP y 15,55 en el grupo de las TA, lo que corresponde a un nivel ligero de depresión en los tres grupos diagnósticos.

La mayor presencia de sintomatología ansiosa, se observa en el grupo de BNnoP, mientras que el grupo de TA es el que presentaba puntuaciones inferiores en esta escala.

Tabla 35- Puntuaciones medias en HAM-A y HAM-D por grupos diagnósticos

Descriptivos					
		Media	desv.típica	Mínimo	Máximo
HAM-Ansiedad	BNP	15,58	9,34	1	42
	BnnoP	17,76	7,71	7	33
	TA	12,28	7,05	1	36
HAM-Depresión	BNP	11,19	6,31	3	31
	BNnoP	12,52	6,44	5	29
	TA	15,55	5,74	1	26

## 2- ANÁLISIS INFERENCIAL

En el tratamiento estadístico inferencial, a fin de lograr una mayor consistencia, se reagruparon los dos subtipos de bulimia (purgativa y no purgativa) en una sola categoría BN. Así, los grupos estuvieron formados por 74 mujeres con BN y 53 mujeres con TA.

Por otro lado, dada la importante dispersión de los datos en algunas variables categóricas, en determinados casos se optó por reagrupar categorías para realizar el análisis.

Al comparar los grupos diagnósticos de TA y BN, en relación a la variable edad (tabla 36), se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ). Las pacientes con TA mostraron un promedio de edad significativamente mayor que las pacientes con BN.

Tabla 36- Comparación de la variable edad en BN y TA

	BN Media (DT)	TA Media (DT)	t	p	intervalo de confianza para la media al 95%	
					lím.sup.	lím.inf.
<b>Edad</b>	24,89 (4,49)	36,91 (12,01)	-6,939	<0,01	-8,55	-15,47

En cuanto al estado civil de las pacientes, las distintas categorías se agruparon en dos posibilidades: “soltera” y “tiene o ha tenido pareja” que aglutinaba a casadas, viudas, separadas, divorciadas o conviviendo con nueva pareja.

En referencia a la profesión ejercida, la reagrupación de categorías se estableció en “estudia” y “trabaja o ha trabajado” según la ocupación que desempeñaba la paciente en el momento de la recogida de datos.

Al analizar la distribución de la variable nivel de estudios en los grupos diagnósticos, se reagrupó a las pacientes que habían cursado estudios primarios o secundarios u otros (FP, módulos...) como nivel máximo de formación, siendo la categoría restante los estudios superiores (universitarios).

En la variable del estado civil de los padres, que se tomó como indicador de la situación familiar, se reagruparon las categorías en “casados” y “otros” (que comprendía separación, divorcio, viudedad, etc... de los padres).

La tabla 37 contiene las frecuencias, porcentajes y tratamiento estadístico, con su significación, de las características sociodemográficas definidas en los dos grupos de comparación (BN y TA). Como se puede observar, existe asociación estadísticamente significativa en las variables estado civil ( $p < 0,01$ ), en la ocupación laboral ( $p < 0,01$ ) y en

el nivel de estudios ( $p < 0,05$ ), no encontrándose asociación significativa en la variable referida al estado civil de los padres.

Tabla 37- Descripción y análisis de las características sociodemográficas y familiares en BN y TA

	BN n (%)	TA n (%)	$\chi^2$	Significación estadística ( $p$ )
<b>ESTADO CIVIL</b>				
soltera	50 (67,6%)	14 (26,4%)	20,92	<0,01
tiene o ha tenido pareja	24 (32,4%)	39 (73,6%)		
<b>OCUPACIÓN LABORAL</b>				
estudia	26 (35,1%)	4 (7,5%)	13,03	<0,01
trabaja o ha trabajado	48 (64,9%)	49 (92,5%)		
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>				
estudios (primarios, secundarios u otros)	30 (40,5%)	30 (56,6%)	3,20	<0,05
universitarios	44 (59,5%)	23 (43,3%)		
<b>ESTADO CIVIL DE LOS PADRES</b>				
casados	58	36	1,75	N.S*
otros	16	17		

\*no significativo

En cuanto a la patología familiar, respecto a los antecedentes de trastorno alimentario, en la parte descriptiva se han podido observar las especificaciones en cada miembro, por lo que en esta fase se reagruparon los antecedentes familiares de este tipo en (SI o NO) según habían estado presentes o no, en alguno de los miembros familiares.

En las restantes tipologías establecidas de antecedentes familiares (psiquiátricos, de adicción al alcohol o a sustancias y antecedentes de obesidad) se siguió la misma forma de respuesta dicotómica (SI o NO), conforme existían o no, antecedentes en algún familiar de la paciente.

En la tabla 38, además de los datos descriptivos, se expresa la no existencia de asociación en las variables de antecedentes familiares de TCA y de adicción al alcohol o sustancias, entre los grupos diagnósticos.

Por el contrario, se observa la asociación significativa tanto en los antecedentes de tipo psiquiátrico como de obesidad ( $p < 0,05$  en ambos casos) entre los grupos diagnósticos.

Tabla 38-Patología familiar: antecedentes de TCA, trastornos psiquiátricos, adicciones y obesidad

	BN n (%)	TA n (%)	$\chi^2$	Significación estadística (p)
<b>Antecedentes de TCA</b>	23 (31,4%)	15 (28,3%)	0,11	N.S
<b>Antecedentes psiquiátricos</b>	34 (45,9%)	14 (26,4%)	5,01	<0,05
<b>Antecedentes de adicción al alcohol</b>	8 (10,8%)	9 (17,0%)	1,01	N.S
<b>Antecedentes de adicción a sustancias</b>	2 (2,7%)	5 (9,4%)	2,69	N.S*
<b>Antecedentes de obesidad</b>	25 (33,8%)	28 (52,8%)	4,61	<0,05

\*prueba exacta de Fisher

En el caso de la historia personal de las pacientes, en los antecedentes de TCA e historia de obesidad en la infancia, las categorías se reagruparon en presencia/ausencia, de este modo se establecieron como dicotómicas las formas de respuesta en todos los aspectos explorados (tabla 39). Los resultados de la prueba  $\chi^2$  mostraron asociación entre las variables antecedentes de trastorno alimentario ( $p<0,05$ ) y antecedentes de obesidad ( $p<0,01$ ) en los grupos BN y TA.

Tabla 39-Antecedentes personales de TCA, psiquiátricos, adicciones y obesidad

	BN n (%)	TA n (%)	$\chi^2$	Significación estadística (p)
<b>antecedentes de T.C.A.</b>				
no	38 (51,4%)	38 (71,7%)		
si	36 (48,6%)	15 (28,3%)	5,32	<0,05
<b>antecedentes de trastorno psiquiátrico</b>	42 (56,8)	34 (64,2%)	0,70	N.S
<b>antecedentes de adicción al alcohol</b>	6 (8,1%)	3 (5,7%)	0,28	N.S*
<b>antecedentes de adicción a sustancias</b>	13 (17,6%)	5 (9,4%)	1,68	N.S
<b>antecedentes de obesidad en la infancia</b>				
no	48 (64,9%)	22 (41,5%)		
si	26 (35,1%)	31 (58,5%)	6,80	<0,01

\*prueba exacta de Fisher

En ninguno de los acontecimientos vitales negativos referidos por las pacientes, que se expresan en la tabla 40, se observó asociación entre las variables en los dos grupos diagnósticos.

Tabla 40- Acontecimientos vitales negativos en BN y TA

	BN n (%)	TA n (%)	$\chi^2$	Significación estadística (p)
<b>TIPO DE LIFE EVENT</b>				
separación o divorcio	7 (9,5%)	3 (5,7%)	0,61	N.S*
muerte de un familiar o pareja	11 (14,9%)	11 (20,8%)	0,75	N.S
abuso sexual o violación	5 (6,8%)	6 (11,3%)	0,81	N.S*
aborto	5 (6,8%)	5 (9,4%)	0,31	N.S*
malos tratos	5 (6,8%)	3 (5,7%)	0,06	N.S*
otros	9 (12,2%)	10 (18,9%)	1,10	N.S

\*prueba exacta de Fisher

En la comparación de los valores absolutos del IMC entre el grupo de BN y el grupo de TA, se observaron diferencias significativas ( $p < 0,01$ ), con un IMC superior en el grupo de TA (tabla 41).

Tabla 41- Puntuaciones medias de los IMC en BN y TA

	BN	TA	t	p	intervalo de confianza para la media al 95%	
	Media (DT)	Media (DT)			lím.sup.	lím.inf.
<b>IMC</b>	22,56 (3,69)	34,96 (7,26)	-11,421	<0,01	-10,23	-14,56

La tabla 42 contiene la información referida a la sintomatología clínica, respecto a los aspectos conductuales. Como se observa, existen asociaciones entre las variables referidas a los mecanismos compensatorios. En concreto las conductas purgativas de vómitos, uso de laxantes, saltarse ingestas, evitar alimentos e hiperactividad, se relacionaban significativamente con los grupos diagnósticos. Otras conductas referidas a la autoobservación corporal como el medirse y mirarse obsesivamente, también mostraron asociación significativa ( $p < 0,01$ ).

Con un nivel de significación menor, se situaron las conductas habituales de tirar comida y el consumo frecuente de productos light ( $p < 0,05$ ).

Tabla 42- Síntomas conductuales en BN y TA

	BN n (%)	TA n (%)	$\chi^2$	Signif. estadíst. (p)
<b>Síntomas conductuales</b>				
vómito	47 (63,5%)	3 (5,7%)	43,30	<0,01
uso de laxantes	18 (24,3%)	3 (5,7%)	7,80	<0,01
uso de diuréticos	8 (10,8%)	4 (7,5%)	0,38	N.S
tirar comida	11 (14,9%)	1 (1,9%)	6,08	<0,05
saltarse ingestas	45 (60,8%)	16 (30,2%)	11,60	<0,01
evitar alimentos	43 (58,1%)	14 (26,4%)	12,54	<0,01
comida light	29 (39,2%)	11 (20,8%)	4,86	<0,05
uso de anorexígenos	4 (5,4%)	3 (5,7%)	0,00	N.S*
hiperactividad	25 (33,8%)	1 (1,9%)	19,30	<0,01
pesarse obsesivamente	35 (47,3%)	18 (34,0%)	2,26	N.S
medirse obsesivamente	54 (73,0%)	23 (43,4%)	11,32	<0,01
mirarse obsesivamente	53 (71,6%)	19 (35,8%)	16,10	<0,01
seguimiento habitual de dietas	47 (63,5%)	32 (60,4%)	0,13	N.S
comer alimentos hipercalóricos en poco tiempo	66 (89,2%)	47 (88,7%)	0,00	N.S
picar entre horas	59 (79,7%)	43 (81,1%)	0,04	N.S
oscilaciones de más de 5Kg.de peso	36 (48,6%)	35 (66,0%)	0,79	N.S

\*prueba exacta de Fisher

Los restantes aspectos clínicos, referidos a la sintomatología cognitivo-afectiva, se muestran en la tabla 43. En el tratamiento estadístico se evidencia la asociación significativa en los ítems baja tolerancia al estrés ( $p<0,05$ ), baja tolerancia a la crítica ( $p<0,01$ ) y baja capacidad de afrontamiento de conflictos ( $p<0,01$ ).

Tabla 43- Estado cognitivo-afectivo en BN y TA

	BN n (%)	TA n (%)	$\chi^2$	Signific. estadíst. (p)
<b>Síntomas cognitivo-afectivos</b>				
preocupación obsesiva por la figura	71 (95,9%)	50 (94,3%)	0,78	N.S*
preocupación obsesiva por la comida	72 (97,3%)	52 (98,1%)	0,09	N.S*
ansiedad con la comida	69 (93,2%)	51 (96,2%)	0,53	N.S*
distorsión del esquema corporal	55 (74,3%)	31 (58,5%)	3,54	N.S
obsesión con el trabajo o los estudios	27 (36,5%)	22 (41,5%)	0,33	N.S
alexitimia	69 (93,2%)	44 (83,0%)	3,30	N.S
ideación suicida	7 (9,5%)	6 (11,3%)	0,12	N.S
recuerdos de comentarios acerca del peso	7 (9,5%)	8 (15,4%)	0,97	N.S
falta de sensación de bienestar	31 (41,9%)	30 (56,6%)	0,68	N.S
baja <i>aceptación yoica</i>	28 (37,8%)	23 (43,4%)	0,40	N.S
baja tolerancia a la frustración	21 (28,4%)	20 (37,7%)	1,24	N.S
baja tolerancia a la crítica	21 (28,4%)	24 (45,3%)	3,86	<0,05
bajo afrontamiento de conflictos	19 (25,7%)	25 (47,2%)	6,30	<0,01
baja tolerancia al estrés	18 (24,3%)	24 (45,3%)	6,13	<0,01
falta asertividad	38 (51,4%)	28 (52,8%)	0,03	N.S
falta conciencia de enfermedad	50 (67,6%)	41 (77,4%)	1,46	N.S

\*prueba exacta de Fisher

En cuanto a la variable de impulsividad (tabla 44), las compras compulsivas fueron el único ítem que mostró asociación ( $p < 0,01$ ). En el resto de los casos, las asociaciones no llegaron a ser estadísticamente significativas.

Tabla 44-Conductas de impulsividad en BN y TA

	BN n (%)	TA n (%)	$\chi^2$	Significación estadística ( $p$ )
autoagresiones	3 (4,1%)	0 (0,0%)	2,20	N.S
intentos de suicidio	12 (16,2%)	7 (13,2%)	0,22	N.S
promiscuidad sexual	1 (1,4%)	0 (0,0%)	0,72	N.S
cleptomanía	2 (2,7%)	1 (1,9%)	0,09	N.S
compras compulsivas	19 (25,7%)	6 (11,3%)	4,03	<0,05
ludopatía	2 (2,7%)	1 (1,9%)	0,09	N.S

Las variables psicodiagnósticas se muestran en la tabla 45, con la comparación por grupos mediante la prueba t de las puntuaciones medias. En los promedios de la puntuación global del EAT-40, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ).

La tabla 45 también muestra las puntuaciones medias en la escala EDI-2, donde se observa que las puntuaciones medias más bajas correspondían al grupo de TA, a excepción de la escala de Insatisfacción corporal, con una diferencia significativa ( $p < 0,05$ ). Asimismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes con BN y las pacientes con TA, en las escalas de ineficacia ( $p < 0,05$ ), perfeccionismo, conciencia interoceptiva, impulsividad e inseguridad social ( $p < 0,01$ ).

Tabla 45- Comparación de las puntuaciones en el EAT-40 y EDI-2 en BN y TA

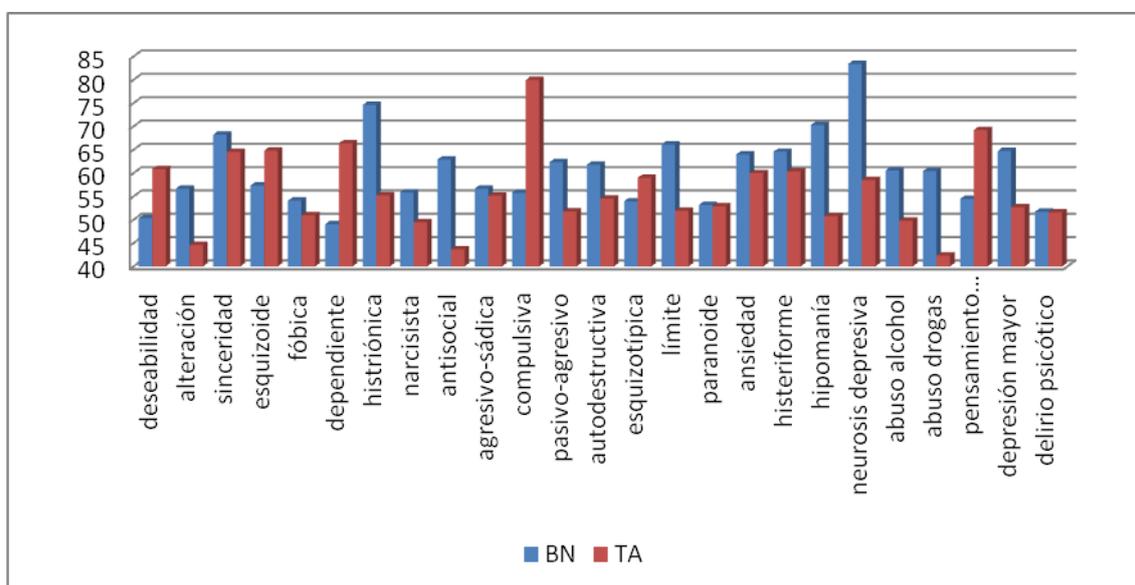
	BN Media (DT)	TA Media (DT)	t	p	Intervalo de Confianza	
					lím. sup.	lím. inf.
<b>EAT- 40</b>	46,55 (21,86)	32,19 (15,21)	4,36	<0,01	7,85	20,87
<b>EDI (escalas)</b>						
Obsesión por la delgadez	12,85 (6,15)	12,00 (5,19)	0,820	N.S	-1,20	2,90
Bulimia	8,54 (5,85)	8,02 (5,58)	0,505	N.S	-1,52	2,56
Insatisfacción corporal	16,62 (8,62)	19,58 (6,35)	-2,229	<0,05	-5,60	-0,33
Ineficacia	11,03 (6,61)	8,34 (6,74)	2,241	<0,05	0,31	5,06
Perfeccionismo	6,78 (4,32)	4,57 (3,66)	3,118	<0,01	0,81	3,62
Desconfianza interpersonal	5,24 (4,52)	4,31 (4,30)	1,166	N.S	-0,65	2,52
Conciencia interoceptiva	12,58 (7,53)	8,45 (4,93)	3,728	<0,01	1,93	6,32
Miedo a la madurez	6,73 (5,10)	5,75 (4,16)	1,144	N.S	-0,71	2,66
Ascetismo	6,92 (4,08)	6,40 (3,25)	0,801	N.S	-0,76	1,81
Impulsividad	7,58 (9,62)	4,00 (4,45)	2,789	<0,01	1,03	6,11
Inseguridad social	7,05 (4,54)	4,92 (3,82)	2,777	<0,01	0,61	3,64

El manual de la segunda versión de la prueba (EDI-2) recomienda que no se interpreten de forma estricta las puntuaciones en función de la superación de una puntuación de referencia. Sin embargo, si se utiliza el criterio más difundido de una puntuación superior a 12 en la escala de Obsesión por la delgadez para indicar la probabilidad de desarrollar un TCA o la existencia del mismo, se puede observar que los dos grupos diagnósticos mostraron dicha situación de riesgo.

En la representación gráfica de los perfiles medios del MCMI-II obtenidos por los grupos (Fig. 10) se observa que en las pacientes con BN, las puntuaciones más elevadas en las escalas que evalúan patrones básicos de la personalidad, correspondían a la escala histriónica, aunque sin llegar al punto de corte establecido. En las escalas que evalúan desórdenes patológicos de la personalidad o síndromes clínicos, las medias fueron similares en ambos grupos diagnósticos, aunque, por lo general, con valores medios más altos en BN. La única escala del grupo de las pacientes bulímicas que se situó por encima de  $T > 75$  fue la escala de neurosis depresiva.

En cuanto a las pacientes con TA, como se ha visto en la parte descriptiva, sólo el patrón básico de la personalidad compulsivo alcanzó valores medios superiores al punto de corte, el resto de las escalas no alcanzaron un perfil patológico.

Fig 10.- Perfiles de las medias en las escalas MCMI-II en BN y TA



En general, se puede observar que las pacientes con BN presentaron puntuaciones promedio más elevadas en la mayoría de las escalas. Como excepción, las pacientes con TA mostraron una media más elevada en las escalas deseabilidad, esquizoide, dependiente, compulsiva, esquizotípica y pensamiento psicótico.

En la comparación entre ambos grupos mediante la prueba *t* (tabla 46) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los índices modificadores del cuestionario. A nivel general, se apreció una mayor tendencia en las pacientes con TA a mostrar una imagen socialmente deseable, con diferencias significativas en el índice de deseabilidad ( $p<0,01$ ), así como una sobrevaloración de los problemas en la BN, mostrado en un índice de alteración con diferencias significativas ( $p<0,01$ ). No obstante, las puntuaciones medias no son lo suficientemente importantes como para plantear que los cuestionarios podrían haber sido falseados, ya que en ninguno de estos índices las puntuaciones alcanzaron valores por encima de 75.

Tabla 46- Comparación de las puntuaciones medias en las escalas del MCMI-II en BN y TA

	BN Media (DT)	TA Media (DT)	t	p	intervalo de confianza para la media al 95%	
					lím. sup.	lím.inf.
<b>ESCALAS MCMI-II</b>						
Deseabilidad	50,34 (24,49)	60,85 (25,56)	-2,342	<0,05	-19,39	-1,62
Alteración	56,68 (27,74)	44,60 (26,76)	2,454	<0,05	2,33	21,81
Sinceridad	68,27 (18,18)	64,55 (15,52)	1,208	N.S	-2,37	9,82
Esquizoide	57,38 (34,58)	64,81 (34,14)	-1,201	N.S	-19,68	4,81
Fóbica	54,11 (30,84)	50,96 (29,35)	0,578	N.S	-7,62	13,91
Dependiente	49,09 (30,53)	66,40 (36,15)	-2,915	<0,01	-29,05	-5,55
Histriónica	74,62 (113,14)	55,21 (29,64)	1,218	N.S	-12,12	50,95
Narcisista	55,88 (33,58)	49,45 (31,80)	1,087	N.S	-5,27	18,12
Antisocial	62,91 (33,34)	43,62 (31,94)	3,270	<0,01	7,61	30,95
Agresivo-sádica	56,68 (31,05)	55,15 (36,54)	0,253	N.S	-10,38	13,43
Compulsiva	55,81 (31,34)	79,98 (31,53)	-4,274	<0,01	-35,36	-12,97
Pasivo-agresiva	62,36 (32,53)	51,83 (32,67)	1,796	N.S	-1,07	22,14
Autodestructiva	61,81 (39,87)	54,53 (29,68)	1,125	N.S	-5,53	20,10
Esquizotípica	53,96 (28,49)	59,00 (26,46)	-1,012	N.S	-14,89	4,81
Límite	66,12 (27,43)	51,94 (25,54)	2,955	<0,01	4,68	23,67
Paranoide	53,18 (31,22)	52,91 (31,92)	0,048	N.S	-10,95	11,49
Ansiedad	64,03 (26,22)	60,00 (28,47)	0,823	N.S	-5,65	13,70
Histeriforme	64,59 (26,77)	60,36 (27,66)	0,867	N.S	-5,43	13,90
Hipomanía	70,34 (88,27)	50,79 (31,03)	1,544	N.S	-5,51	44,60
Neurosis depresiva	83,43 (101,55)	58,55 (27,20)	1,738	N.S	-3,45	53,22
Abuso alcohol	60,59 (31,75)	49,83 (32,76)	1,859	N.S	-0,69	22,22
Abuso drogas	60,45 (32,22)	42,32 (29,77)	3,225	<0,01	7,00	29,24
Pensamiento psicótico	54,49 (31,53)	69,25 (117,11)	-1,034	N.S	-42,99	13,47
Depresión mayor	64,74 (29,67)	52,72 (31,47)	2,196	<0,05	1,18	22,86
Delirio psicótico	51,72 (26,38)	51,57 (25,12)	0,032	N.S	-9,06	9,36

En referencia a los patrones de personalidad propios del eje II, las pacientes con TA presentaron diferencias estadísticamente significativas en aquellas escalas indicadoras de niveles moderados de patología en la estructura de la personalidad, advirtiéndose la presencia de un TP en la escala compulsiva y, por debajo del punto de

corte la escala dependiente, como rasgos caracteriológicos persistentes en este tipo de pacientes.

En las escalas pertenecientes al eje I, en el grupo de TA, no se advirtieron diferencias estadísticamente significativas en los síndromes clínicos, entre el grupo de TA y BN..

En el caso de la BN, las elevaciones significativas se encontraron en las escalas de problemas graves de personalidad (escala límite), y escalas de síntomas clínicos (depresión mayor y abuso de drogas).

En el análisis de la sintomatología asociada, la tabla 47 contiene los resultados de la prueba *t* de la comparación de las puntuaciones medias de las escalas HAM de ansiedad y depresión. Se observan diferencias estadísticamente significativas, tanto en HAM-ansiedad ( $p < 0,01$ ), como en HAM-depresión ( $p < 0,01$ ).

Tabla 47-Puntuaciones medias en HAM-D y HAM-A en BN y TA

	BN Media (DT)	TA Media (DT)	t	P	I.C para la media al 95%	
					lím.sup.	lím.inf.
<b>HAM- Ansiedad</b>	16,20 (8,91)	12,28 (7,05)	2,659	<0,01	1,00	6,83
<b>HAM- Depresión</b>	11,57 (6,33)	15,55 (5,74)	-3,627	<0,01	-1,80	-6,15

A continuación se analizaron las correlaciones entre las variables que se consideraron relevantes en ambos grupos diagnósticos. La tabla 48 contiene los coeficientes de correlación de Pearson entre la edad, IMC y la escala Obsesión por adelgazar del EDI-2, separadamente para BN y TA.

Tabla 48- Valores de coeficiente y correlación entre edad, IMC y escala EDI (DT) en BN y TA

	Edad	IMC
IMC	BN $r = 0,07$ $p = 0,53$	
	TA $r = 0,37$ $p < 0,01$	
escala EDI-2 (DT) Obsesión por adelgazar	BN $r = 0,03$ $p = 0,79$	BN $r = 0,12$ $p = 0,30$
	TA $r = -0,16$ $p = 0,24$	TA $r = -0,08$ $p = 0,57$

Como puede observarse la correlación fue positiva y significativa en el caso del TA entre la edad y el IMC ( $p < 0,01$ ), siendo no significativa en todos los demás casos

(correlación de IMC respecto a la edad para el grupo de BN, correlaciones de la escala DT respecto a la edad e IMC para ambos grupos).

Para determinar las variables que mejor permiten predecir el TA, se realizó un análisis de regresión logística binaria, tomando como variables predictoras aquellas que en el análisis estadístico habían mostrado diferencias significativas entre TA y BN, éstas eran: estado civil, ocupación laboral, obesidad infantil y obesidad familiar, baja tolerancia al estrés, baja tolerancia a la crítica, baja capacidad de afrontamiento de conflictos, edad, IMC, insatisfacción corporal, depresión y personalidad dependiente y compulsiva. La variable dependiente se dicotomizó según valores 1=TA y 0=BN.

La tabla 49 contiene los datos del análisis de regresión logística binaria, según el procedimiento paso a paso hacia adelante *Wald*.

Tabla 49 - Regresión logística binaria

	B	E.T.	Wald	gl	Sig	Exp(B)	I.C 95% para EXP(B)	
							Inf.	Sup.
Paso 1(a) IMC constante	,470 -13,239	,081 2,251	33,387 34,593	1 1	,000 ,000	1,600 ,000	1,364	1,877
Paso 2(b) IMC p. compulsiva constante	,495 ,032 -16,077	,090 ,012 2,934	29,981 6,962 30,027	1 1 1	,000 ,008 ,000	1,641 1,033 ,000	1,374 1,008	1,959 1,057
Paso 3(c) tolerancia estrés IMC p. compulsiva constante	1,729 ,523 ,032 -17,374	,801 ,097 ,013 3,185	4,653 29,206 6,432 29,761	1 1 1 1	,031 ,000 ,011 ,000	5,634 1,687 1,032 ,000	1,171 1,396 1,007	27,103 2,039 1,058
Paso 4(d) edad tolerancia estrés IMC p. compulsiva constante	,115 1,875 ,484 ,028 -19,399	,056 ,830 ,100 ,013 3,739	4,193 5,105 23,549 4,385 26,912	1 1 1 1 1	,041 ,024 ,000 ,036 ,000	1,122 6,520 1,623 1,028 ,000	1,005 1,282 1,335 1,002	1,252 33,152 1,974 1,056

Como puede observarse en el último paso del análisis la ecuación identifica como variables predictoras significativas del TA en primer lugar la baja tolerancia al estrés, seguido del IMC, la edad y los rasgos de personalidad compulsiva.



---

## **V- Discusión**

---



## V- DISCUSIÓN

Como se ha hecho patente a lo largo del desarrollo teórico del estudio, son numerosas las cuestiones relativas al diagnóstico y el tratamiento del TA que siguen abiertas a la investigación. La labor investigadora se ve condicionada por las controversias respecto al diagnóstico de TA, que incluye la ausencia de criterios validados de manera empírica, la inexistencia de una definición operacional de ciertos criterios diagnósticos y la falta de instrumentos de evaluación ajustados al trastorno (Bulik et al., 2007).

El estudio de la personalidad, claro factor etiopatogénico en los trastornos alimentarios, también es susceptible de numerosas formas de interpretación y medición, dificultades que se suman a las mencionadas en torno al propio concepto del TA.

Teniendo en cuenta todo ello, para abordar el TA y la personalidad, se ha recurrido al análisis de variables familiares y sociodemográficas, que, aunque no configuran propiamente rasgos o características de la personalidad, son necesarias para elaborar un perfil característico. Por otro lado, la utilización de muestras que contienen pocos sujetos y la desigual representación de los diferentes trastornos alimentarios, son aspectos habituales en los estudios clínicos del TA (Jáuregui et al., 2009).

Respecto al ámbito de evaluación en el TA, existen aspectos metodológicos asociados al estudio de la prevalencia de los TCA, que también son comunes en la evaluación del trastorno.

Dificultades asociadas a la evaluación de la sintomatología específica de los TCA, son los posibles sesgos debidos a la frecuente ocultación o negación de la sintomatología (Whitehouse et al., 1992), a estos aspectos se añade la dificultad para delimitar objetivamente el concepto de atracón y de las conductas compensatorias, que resultan ambiguas, debido a que su medición se basa exclusivamente en la apreciación o valoración del propio paciente, al no poder ser observada directamente por el evaluador externo. De esta forma, la valoración de la frecuencia e intensidad del atracón por parte del paciente condiciona en cierta medida la fiabilidad de la evaluación.

Las entrevistas cara-a-cara permiten que el investigador pueda definir términos poco precisos como “atracones”, clarificar cuestiones, ayudar al sujeto a recordar la frecuencia y la intensidad de sus conductas y solicitar respuestas complejas y lógicas, aunque corren el riesgo de estar influidas por la relación entrevistador-entrevistado y por la deseabilidad social. Los cuestionarios autoadministrados no están sujetos a la influencia de la relación con el entrevistado, pero no es posible asegurar con su aplicación la correcta interpretación de las preguntas por parte de los pacientes.

En nuestra investigación se emplearon cuestionarios autoadministrados, así como también la entrevista semiestructurada, entre otras razones, para evitar las respuestas falsamente positivas. El protocolo de diagnóstico del centro, mantiene el criterio de la conveniencia del uso de entrevista diagnóstica clínica “cara-a-cara” con el sujeto para establecer un diagnóstico fiable (Fairburn y Garner, 1986; Steinhausen, Winkler y Meier, 1997; Sullivan, Bulik y Kendler, 1998).

A través de las diferentes formas de evaluación empleadas, los resultados obtenidos indican que el perfil sociodemográfico de las pacientes con TA de la muestra es diferente respecto al grupo de pacientes con BN.

Según la literatura, la edad de presentación de la BN se sitúa al principio de la edad adulta (Gandour, 1984), mientras que el TA suele aparecer a una edad más avanzada (Spitzer et al., 1993; Specker et al., 1994; de Zwaan et al., 1994; Mussell et al., 1995; Masheb y Grilo, 2000). Estos datos se confirman en nuestro estudio, donde se observa que el TA se desarrolla en una edad más tardía ( $36,9 \pm 12,01$ ) que la BN ( $24,8 \pm 4,18$  en BNP y  $25 \pm 5,32$  en BNnoP). No obstante, Fichter et al. (1993) hallan que el subtipo no purgativo de la BN y el TA presentan la misma media de edad, mientras que de Raymond et al. (1995), por su parte, observan una edad semejante en pacientes con TA y BN.

En referencia al estado civil y ocupacional de la muestra, más de la mitad de las pacientes con BN eran solteras (67,9% en BNP y 66,7% en BNnoP) a diferencia de las pacientes con TA, de las cuales un 60,4% estaban casadas. Asimismo, en los dos grupos de bulimia el porcentaje de estudiantes era elevado, mientras que en el grupo de TA predominaba el perfil trabajador. Estos datos son semejantes a otras investigaciones (Mitchell, Hatsukami, Eckert y Pyle, 1985; Fairburn et al., 2000) en las que el patrón bulímico corresponde a mujeres solteras y estudiantes, mientras que las mujeres con TA son mayoritariamente mujeres casadas (Marcus et al., 1992; Hrabrosky et al., 2007) y trabajadoras (Cachelin et al., 1999).

Al considerar los resultados, debe tenerse en cuenta que el componente evolutivo de la edad puede favorecer las diferencias, como sucede también con el nivel de estudios, en el que se observa cómo las pacientes con BN (de ambos subtipos) presentan un nivel más alto de formación académica, dato coincidente con del Río et al. (2002).

Otro aspecto destacable es el elevado número de madres y con más descendencia en el grupo de TA (56,6%), además de proceder de familias más numerosas que el grupo de BN. Asimismo, en el estado civil de los padres de las pacientes, aunque se observa que éstos estaban mayoritariamente casados, en el caso de las pacientes con TA también se encontraron padres en estado de viudedad, mientras

que en las pacientes con BN la separación o divorcio de los progenitores estuvo más presente. Según Mitchell y Mussell (1995), las distintas edades entre los grupos podría explicar algunas de estas diferencias.

Con los datos obtenidos es posible configurar un perfil sociodemográfico de las pacientes con TA, que respondería a una mujer mayor de edad (una edad media superior que las pacientes con BN, de ambos subtipos) casada, con hijos que trabaja fuera del hogar y con un nivel de estudios inferior a las pacientes con BN.

Este perfil sociodemográfico sigue parámetros similares a los descritos en otros estudios (Mitchell et al., 1999; Santoanastaso et al., 1999; Striegel-Moore et al., 2001; Wilfley et al., 2007), donde los autores proponen el TA como un trastorno diferente de la BN de ambos subtipos.

Como se ha expuesto en el desarrollo teórico, los factores etiológicos familiares en el TA son poco conocidos (Lilenfeld et al., 2008). En este sentido, nuestros hallazgos reflejan que los antecedentes de obesidad en miembros de la familia directa, están más presentes en las pacientes con TA.

En cuanto a la patología familiar, los grupos de BN y TA mostraron una presencia similar respecto a los antecedentes familiares de trastorno alimentario. Si bien, en el grupo de BN predominaron casos de TCA en la madre, en el grupo de TA la presencia de trastorno alimentario más prevalente se detectó tanto en la madre como en hijos. A este respecto, es importante destacar que todas las pacientes que tenían hijos con trastorno alimentario pertenecían al grupo de TA.

Respecto a los antecedentes psiquiátricos familiares, únicamente se apreció asociación significativa respecto al grupo de BN. Asimismo, los resultados muestran un considerable porcentaje de madres del grupo BN subtipo purgativo, con un trastorno psiquiátrico diagnosticado y tratado (34%), datos que concuerdan con los obtenidos por Kassett, Gershon, Maxwell y Guroff (1989).

Teniendo en cuenta que, según parece, las familias de pacientes con BN presentan tasas más altas de trastornos afectivos (Hsu, 1988; Kohn, Golden y Shenker, 1998; Hudson et al., 2006) y que los síntomas psiquiátricos maternos, en concreto la ansiedad y la depresión, correlacionan positivamente con el incremento del IMC en las hijas (Favaro y Santoanastaso, 1995), parece evidente la importancia del papel materno. Aunque nuestro estudio no nos permite afirmar que la psicopatología materna coexiste o precede a la patología alimentaria de los hijos, sin embargo, llama la atención sobre la importancia de los antecedentes maternos en BN y del papel materno en TA.

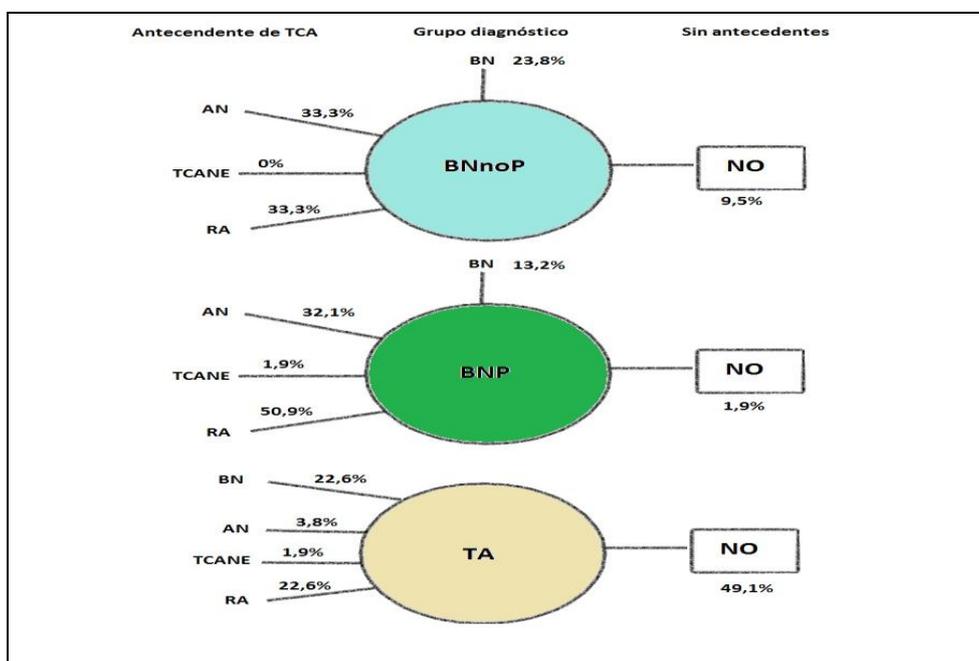
Sin embargo, por lo que respecta a los antecedentes familiares de adicciones, fue el grupo de TA el que registró un mayor porcentaje de historia adictiva familiar, resultados que concuerdan con los obtenidos por Lilenfeld et al. (2008).

En cuanto a los antecedentes familiares de obesidad, destaca una asociación significativa de esta variable con el grupo de TA, donde la mitad de las pacientes referían, por lo menos, un miembro de la familia directa con obesidad. Estos resultados coinciden con los de Santoanastaso et al. (1999) que hallan más parientes obesos en el grupo de TA que en la BNnoP, y contrarios a los de Solomon y Kirby (1990), que encuentran tasas más altas de obesidad en las familias de pacientes con BN.

El antecedente de más importancia en la historia personal de las pacientes de los pacientes con TA vuelve a ser la obesidad, por encima del trastorno alimentario, que tiene más significación en la BN.

La figura 11 refleja los grupos diagnósticos con sus antecedentes de TCA con los correspondientes porcentajes.

Fig 11. - Antecedentes personales de trastorno alimentario en los grupos diagnósticos



RA= rasgos anorexígenos

Los resultados obtenidos confirman que el TA presenta menor historia previa de AN que las BNP (Striegel-Moore et al., 2001). En ambos subtipos de BN se apreció una presencia de AN por encima del 30%, contrastando con la escasa presencia de anorexia previa en el grupo de TA.

Por otro lado, el porcentaje de antecedentes de BN en el TA, coincide con el observado en el estudio Eddy et al. (2010), donde el 20% de las pacientes con BN evolucionaron a un diagnóstico de TA. De todo ello, se infiere que la AN es el antecedente más común en la BN, y, a su vez, la BN el precedente más frecuente en el

TA. Estas secuencialidades coinciden con lo reconocido de forma unánime en la literatura como patrones antecedentes clásicos.

En el momento de la recogida de datos, algunas pacientes refirieron más de un diagnóstico de TCA en su historia personal, aspecto que, aunque no fue sometido a análisis, se recogió con el objetivo de observar la evolución diagnóstica de estas pacientes. La información mostró los siguientes patrones de evolución sintomática:

-Rasgos anorexígenos, seguidos de diagnóstico de AN y posteriormente BNP como diagnóstico en el momento de la recogida de datos.

-Inicio de AN con evolución hacia una BN subtipo purgativo, para terminar en el diagnóstico de BN subtipo no purgativo.

-Inicio de AN con evolución hacia BNP, finalizando con diagnóstico de TA en el momento de la recogida de datos.

Asimismo, se observó que las pacientes con TA que, a su vez, tenían una hija con trastorno alimentario, procedían mayoritariamente de la BN, en menor medida de la AN y únicamente en tres casos, no habían presentado ninguna patología alimentaria previa.

En el caso de las pacientes con TA, la gran mayoría afirmaron haber tenido períodos anorexígenos. A pesar de ello, sólo se computaron aquellos episodios con una relevancia clínica y una restricción marcada y mantenida (restricciones obsesivas, esconder comida, hiperactividad para quemar, oscilaciones de peso.....). Los períodos que se apreciaron como relevantes se incluyeron en la categoría de “rasgos anorexígenos”. No obstante, en el análisis comparativo no se incluyó esta categoría, al no ser un diagnóstico formal.

Hemos querido constatar este hecho, ya que podría cuestionarse si, actualmente, estos casos que no fueron sometidos a análisis por carecer de diagnóstico riguroso, en la actualidad serían casos claramente diagnosticados de AN, aunque entonces no se diagnosticaban ni identificaban y, en consecuencia, tampoco se trataban. De ser así, los antecedentes de TCA en la familia presentarían una relevancia aún mayor del que actualmente ya tienen.

En lo referente a los antecedentes psiquiátricos, nuestros resultados concuerdan con los obtenidos en otros estudios (Yanovski et al., 1993; de Zwaan et al., 1994; Mitchell y Mussell, 1995) que constatan la presencia de historia previa de trastornos afectivos en los pacientes con TA.

En cuanto a los antecedentes personales de adicción al alcohol y otras sustancias, no se hallaron diferencias significativas entre los grupos de BN y TA, coincidiendo con los resultados de Santonastaso et al. (1999).

En la recogida de datos, no se registraron los consumos esporádicos, lúdicos o de carácter compulsivo, ya que no configuran un criterio de adicción. Sin embargo, se

observaron numerosas referencias, tanto en las drogas como en el alcohol, de consumos ocasionales, lúdicos, esporádicos o como consumos habituales durante un período bulimáxico para evitar la sensación de hambre, de forma más acusada en las pacientes con BN.

La obesidad como factor de riesgo está vinculada a la AN y a la BN, pero también es un estado habitual a medio-largo plazo del TA, hallándose una clara asociación entre TA y obesidad (Striegel- Moore et al., 2001). En nuestro estudio, la importancia de este factor en las pacientes con TA se hace evidente en la significación, tanto en el antecedente de obesidad infantil, como en la obesidad en la familia (antecedente familiar), respecto al grupo bulímico. La presencia de antecedentes de obesidad infantil mayoritaria en el TA, coincide con los resultados obtenidos por Fairburn et al. (1998), donde la obesidad en la infancia aparece claramente asociada al TA.

En este sentido, es importante tener en cuenta la labor de prevención de la obesidad infantil, en especial en los casos en los que se evidencie una vulnerabilidad psicológica, ya que al menos un 6% de los niños obesos presentan TA (Mack et al., 2002; Lamerz et al., 2005; Claus, Braet y Decaluwe, 2006).

Con referencia a las situaciones vitales estresantes, el TA y la BN no difieren de forma significativa en los posibles factores desencadenantes del trastorno. El evento traumático más común en los tres grupos diagnósticos fue la muerte de un familiar o de la pareja. Asimismo se encontró que el aborto constituía también un evento traumático destacable en las BNnoP (14,3%).

Dunkley et al. (2010) plantean que el maltrato infantil (abuso emocional o sexual) está fuertemente asociado con la insatisfacción corporal y síntomas depresivos en el TA. En nuestro estudio, aunque se halla una asociación significativa en el TA con la insatisfacción corporal y los síntomas depresivos con el TA, no se observa asociación con el abuso sexual.

En el análisis de las características clínicas generales, se observa que el grupo de TA presenta un peso medio significativamente superior a las pacientes con BN, coincidiendo con otros trabajos (Spitzer et al., 1993; Brody et al., 1994; Kinzl et al., 1999; Mitchell et al., 1999; Santoanastaso et al., 1999; Masheb y Grilo, 2000; Striegel-Moore et al., 2001) en los que el IMC es más elevado en el grupo de TA que en los grupos de BN de ambos subtipos.

En los aspectos psicopatológicos propios del trastorno alimentario, se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los grupos BN y TA. Destaca una mayor asociación de la BN con los síntomas conductuales, mientras que los aspectos cognitivo-afectivos son más relevantes en el grupo de TA.

En cuanto a otros síntomas clínicos, se han identificado diferencias entre TA y BN en las cogniciones y conductas asociadas al atracón y la purga (Mitchell et al., 1999). En nuestros resultados, estas diferencias se han hecho evidentes en algunos síntomas conductuales que se aglutinaban dentro de las conductas propias de purga/compensación. En concreto, estrategias de control del peso como: el vómito, uso de laxantes, saltarse ingestas, tirar comida, evitar alimentos concretos, consumo de comida baja en calorías y la hiperactividad. También las conductas como medirse y mirarse obsesivamente, presentaron una mayor frecuencia en BN, datos coincidentes con Tobin et al. (1997).

No obstante, tanto Mitchell et al. (1999), como Masheb y Grilo (2000), al analizar tres grupos diagnósticos (obesas con TA, sin TA y BN), encontraron niveles similares de intensidad y disfuncionalidad en las actitudes respecto al cuerpo y la comida. En esta línea, en nuestro estudio, la presencia de algunos síntomas conductuales como el uso de diuréticos y anorexígenos, pesarse obsesivamente, picar entre horas, el seguimiento habitual de dietas y comer alimentos hipercalóricos en poco tiempo, también era similares en ambos grupos (BN y TA).

En lo referente a los síntomas cognitivo-afectivos, la baja tolerancia a la crítica y al estrés y la baja capacidad de afrontar conflictos, estaban significativamente más presentes en el TA. Por el contrario, la obsesión por el trabajo o estudios, la preocupación obsesiva por la figura y la comida, ansiedad con la comida, la baja tolerancia a la frustración y la falta de sensación de bienestar, la alexitimia, falta de asertividad, baja aceptación personal y la distorsión del esquema del esquema corporal, presentaban unas frecuencias muy similares entre ambos grupos diagnósticos..

Aunque, por lo general el TA se asocia a una historia de fluctuaciones peso (Spitzer et al., 1992; Basdevant et al., 1995), nuestros resultados, contrariamente a lo esperado, no mostraron diferencias significativas entre TA y BN en los cambios de la curva ponderal de peso.

La elevada preocupación por el peso y la figura no se encuentra únicamente en la AN y la BN (Berrocal y Ruiz, 2002). El TA también presenta autoevaluación negativa y la presencia de comentarios críticos por parte de la familia acerca de la figura, como factores asociados y considerados como factores de riesgo (Fairburn et al., 1998). En este sentido, nuestros resultados reflejan la presencia de ambos aspectos (recuerdo de comentarios negativos acerca del peso o figura y la baja aceptación personal) como aspectos que, aunque no son significativos, son más prevalentes en el grupo de TA que en el grupo de la BN.

Existe acuerdo unánime con respecto a una alta frecuencia de impulsividad en el perfil bulímico (Regina, Casper, Hedeker y Mccough, 1992; Grilo, 2002), aspecto que se

ve confirmado en nuestro trabajo, donde se observa que todas las conductas impulsivas eran más frecuentes en el grupo de BN. Asimismo, las conductas agresivas eran más frecuentes en el grupo de BN, coincidiendo con los hallazgos de Schmidt y Telch (1990).

En cuanto a la cleptomanía, aunque no se hallaron asociaciones significativas entre los grupos de comparación, se apreció una mayor frecuencia en la BN. En esta línea, parece más probable la aparición de las conductas de robo en los trastornos alimentarios que incluyen componentes de tipo bulímico como los atracones, con vómitos y/o abuso de laxantes (Krahn, Nairn, Gosnell y Drewnowski, 1991; Lacey, 1993; Fichter et al., 1993; Christenson et al., 1994).

Aunque no podemos afirmar que la impulsividad es un rasgo de personalidad asociado a la obesidad, al TA y a las dietas restrictivas como plantean Yeomans, Leitch y Mobini (2008), estamos de acuerdo con estos autores en que la tendencia a actuar de forma impulsiva está asociada también a las conductas de sobreingesta y puede ser un factor relevante en el desarrollo de un trastorno alimentario.

En la evaluación con el EDI-2, nuestros resultados son acordes con otros trabajos (Santoanastaso et al., 1999; Barry et al., 2002; Carano et al., 2006), donde también se encuentran puntuaciones significativamente más elevadas en el TA en la escala de insatisfacción corporal. Asimismo, no encontramos diferencias significativas en las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia e ineficacia, resultados que concuerdan con los resultados obtenidos por Didie y Fitzgibbon (2005).

Como se ha mencionado anteriormente, las pacientes con TA mostraron menor *aceptación yoica* (o aceptación personal). Este factor cognitivo, unido al elevado índice de insatisfacción corporal mostrada en la escala BD del EDI-2 y a la fuerte relación del TA con la obesidad, subraya el importante papel que ejerce la autovaloración perceptiva en este tipo de pacientes. Más allá de si la valoración corporal insatisfactoria en el TA responde a un criterio objetivo (Eldredge y Agras, 1996) o subjetivo, vinculado a un frecuente sobrepeso (Jones et al., 2010), lo que parece evidente es que en este trastorno no aparece la distorsión del esquema corporal tan habitual en la AN y BN. Sino más bien, suele presentarse una forma de alteración de la percepción corporal a un nivel más cognitivo, en la que el paciente es capaz de percibir adecuadamente sus dimensiones físicas, pero reacciona negativamente hacia su cuerpo, con insatisfacción y preocupación hacia el mismo. Este aspecto, definido por Garner y Garfinkel (1979) como insatisfacción corporal, es el que puede introducir en las pacientes con TA -con o sin obesidad- una sobrevaloración de la delgadez y temor al sobrepeso, lo que provoca una obsesión por bajar peso, que puede responder tanto a un requerimiento externo de presión social como a criterios objetivos debidos al sobrepeso real, pero que se afrontan de forma patológica.

Estas consideraciones que se confirman en los resultados de nuestro estudio con niveles significativos de insatisfacción corporal en el grupo de TA, nos llevarían a apoyar la propuesta defendida por diversos autores (Sánchez-Planell y Fernández-Valdés, 2002; Mond et al., 2007; Grilo, Masheb y White, 2010; Goldschmidt et al., 2010), de considerar la sobrepreocupación por el peso y figura como criterio diagnóstico específico útil también en este grupo diagnóstico.

En esta línea, los resultados reflejan una correlación negativa, aunque no significativa, entre la obsesión por adelgazar (DT) del EDI-2 con la edad y el peso en el grupo de TA. A partir de nuestros hallazgos se puede concluir que a medida que aumenta la edad las conductas desadaptativas respecto al cuerpo y la comida, decrecen. Este aspecto fue defendido con anterioridad por otros autores (Raich, Deus, Muñoz, Pérez y Requena, 1991; Favaro y Santoanastaso, 1995) al afirmar que con el tránsito a la edad adulta las conductas desadaptativas pierden relevancia. El hecho de que la insatisfacción corporal sea significativamente mayor en TA que en BN, puede llevar a pensar que el factor cognitivo-afectivo es de gran relevancia en el TA, en detrimento de los aspectos conductuales.

En cuanto al estudio de la personalidad en el MCMI-II, según la clasificación de los trastornos propuesta por el autor, los resultados muestran un perfil clínico de la personalidad de las pacientes con TA propio de los trastornos compulsivos, pasivo-dependiente y patrón conformista. Asimismo, el grupo de BN responde a un patrón inestable de la personalidad. Se observa que en la BN las escalas con puntuaciones más elevadas pertenecían al *cluster B*, mientras que en el TA las más elevadas pertenecían a los trastornos del *cluster C*. Resultados similares han sido obtenidos por (Rossiter et al., 1993; Specker et al., 1994; Wilfley et al., 2000).

No obstante los resultados no permiten establecer un patrón de personalidad típico de los grupos diagnósticos, como también han observado del Río et al. (2002).

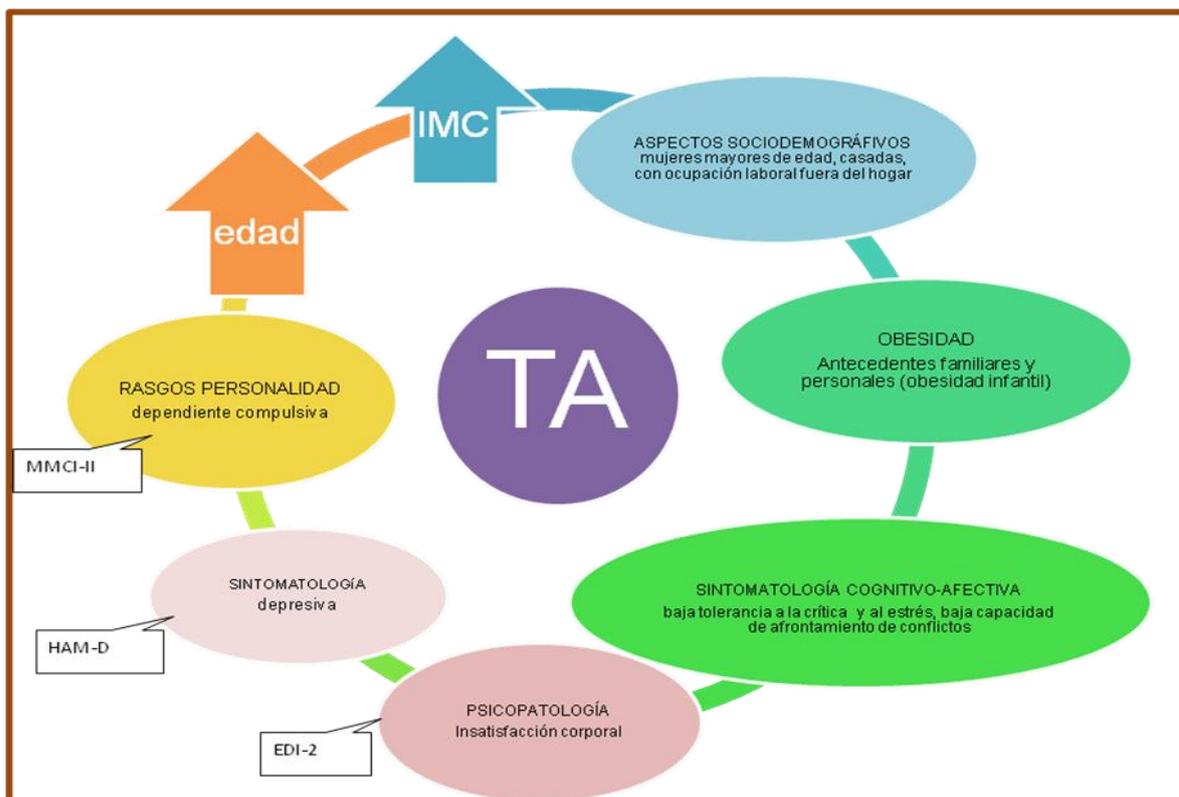
Asimismo, en los resultados destaca la elevada presencia de sintomatología depresiva en el grupo de TA, aspecto que está en consonancia con otros trabajos (Fichter et al., 1993; Yanovski et al., 1993; Specker et al., 1994; Mitchell y Mussell, 1995; Fassimo et al., 2003; Lilenfeld et al., 2008; Carano et al., 2006; Grilo et al., 2010) que también encuentran altos niveles de depresión en sujetos con este trastorno. Si nos basamos en los criterios de Vázquez (1995) se observan niveles medios de intensidad (depresión ligera), en los dos grupos comparativos (BN y TA). Si asumimos las categorías propuestas por Bech (1996), las clasificaciones de intensidad corresponden a “depresión menor” en la BN y “menos que depresión mayor” en el TA, lo que indica presencia de sintomatología depresiva, con diferencias significativas entre TA y BN. En general, estas

consideraciones evidencian el alto grado de comorbilidad en los trastornos alimentarios en general, siendo la depresión omnipresente en todos los TCA (Blinder et al., 2006).

Como hemos hecho referencia en la parte teórica, los estudios de personalidad en TCA muestran de forma global presencia de rasgos de tipo neurótico (Bulik et al., 1995; Turón 1999; Toro 1999; Gual et al., 2002; Macías et al., 2003). Algunos de los síntomas neuróticos hallados en la BN como la depresión, alexitimia, insatisfacción corporal, escaso control de los impulsos y dependencia (Clarke y Palmer, 1983; Sexton, Sunday, Hurt y Halmi, 1998; Fernández-Aranda et al., 2008) o también síntomas neuróticos y depresivos (Patton, Stanford y Barrat, 1995), han sido encontrados en las pacientes con TA de nuestra muestra, llegando incluso, alguno de ellos a configurarse como características clínicas del TA, al presentar diferencias significativas respecto a la BN.

En resumen, el perfil psicopatológico de las pacientes con TA de nuestra muestra, se caracteriza por una menor alteración de la personalidad respecto al grupo de BN, presentado rasgos de personalidad compulsivos y dependientes, valores más altos en la sintomatología depresiva y un grado de insatisfacción corporal significativo. Por lo que respecta a los aspectos clínicos, las pacientes con TA muestran menor sintomatología conductual hacia el cuerpo y la comida, y mayor intensidad de sintomatología cognitivo-afectiva. Considerando todos estos aspectos, se propone a continuación un posible perfil de personalidad y psicopatológico de nuestra muestra de pacientes con TA (Fig. 12).

Fig 12- Perfil de personalidad y psicopatológico del TA



En el análisis de regresión logística binaria que se llevó a cabo, se identificó como variables predictoras significativas del TA en primer lugar la baja tolerancia al estrés, seguido del IMC, la edad y los rasgos de personalidad compulsiva, estos resultados concuerdan plenamente con las concepciones teóricas actuales sobre los rasgos característicos de las pacientes con este trastorno.

En cuanto a la conceptualización del trastorno, desde una perspectiva dimensional de los TCA, la literatura refiere que existe un cierto solapamiento entre la forma bulímica de la AN (subtipo purgativo) y la BN. Aunque ambos trastornos se han distinguido como desórdenes diferentes, se ha reconocido un *continuum* en ambas patologías (Vandereycken y Pierloot, 1983; Garner, Garfinkel y O'Shaughnessy, 1985; Stice y Agras, 1999).

Incorporando el diagnóstico de TA bajo esta perspectiva, diversos autores (Hudson et al., 1988; McCann et al., 1991; Hay y Fairburn, 1998) constatan el *continuum* de gravedad, en el que el TA es el menos grave, la BNnoP presenta una gravedad intermedia y la BNP es la más grave de los síndromes bulímicos.

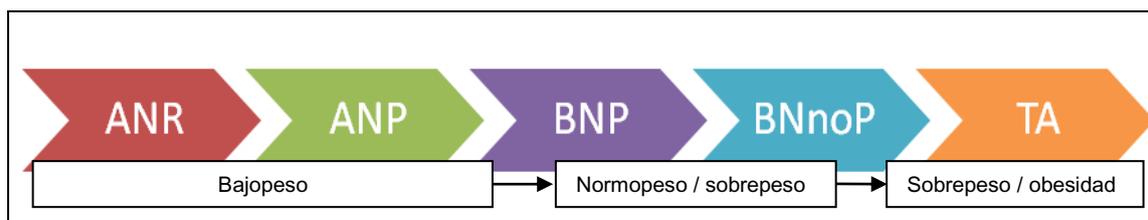
En esta línea, nuestros resultados también han reflejado esta secuencialidad, en la que el grupo de BNnoP mostraba unas frecuencias intermedias entre la BNP y el TA. Concretamente, en los antecedentes familiares de adicción, así como en los todos los antecedentes personales (TCA, psiquiátricos, adicción y obesidad infantil) la BNnoP se posicionó de forma intermedia. Lo mismo se puede observar en otros aspectos de gravedad sintomatológica, en los valores promedio de peso, las puntuaciones medias en el EAT-40 y en las escalas HAM-A y HAM-D, donde la BNnoP también tuvo una posición a caballo entre el TA y la BN. Similares posiciones se encontraron en escalas del EDI-2 y del MCMI-II en los tres grupos diagnósticos.

A partir de estas consideraciones, en torno a la identidad nosológica y diagnóstica del TA, podría llegarse a la conclusión de que, partiendo de una base psicopatológica común en la BN y el TA, existe un cierto solapamiento, lo que supondría que en el TA disminuye la sintomatología, aunque permanecen rasgos propios de la BN.

Es conocido que la mitad de las pacientes con AN desarrollan signos bulímicos y algunas pacientes inicialmente bulímicas presentan previa historia de AN (Kassett et al., 1989; APA, 2000), en este sentido, se podría completar la secuencia diagnóstica incorporando el TA. Una de las posibles secuencias evolutivas podría ser el desarrollo de un cuadro de AN a una BN, para finalizar, en algunos casos, en un TA.

En este sentido, si tomamos como indicador la variable peso, es indiscutible la evolución en los diferentes trastornos hasta llegar al TA (Fig. 13).

Fig. 13- Evolución del trastorno alimentario en función de la variable peso



Aunque esta concepción dimensional coincide con nuestros hallazgos, sin embargo también hemos encontrado diferencias significativas entre los grupos TA y BN en numerosas variables, aspectos acordes con una visión de categorías diagnósticas diferenciadas. Los resultados han mostrado que el perfil sociodemográfico de las pacientes con TA es característico, con aspectos clínicos y de personalidad también diferentes entre ambos grupos.

La cuestión fundamental radica en si, a pesar de que ambos trastornos (TA y BN) son muy semejantes (Wilfley et al., 2000), las diferencias significativas son suficientes para evidenciar una identidad clínica propia del TA. En este sentido, nuestros hallazgos nos permiten proponer que el TA presenta factores predictivos propios con diferencias significativas con respecto a la BN. Esta valoración categorial, apoyaría la validez diagnóstica del TA (Williamson et al., 1992), sugiriendo que el TA no es una remisión parcial de la BN (Striegel-Moore et al., 2005), sino que constituye un diagnóstico independiente de los trastornos inespecíficos (Bisaga y Walsh, 2005; Keel, Holm-Denoma y Crosby, 2011).

En base a estos modelos teóricos en apariencia contradictorios, se han planteado las hipótesis que han sido sometidas a contrastación empírica para profundizar en la identidad nosológica y diagnóstica del TA. No obstante, también son necesarios estudios prospectivos que permitan conocer las características de la personalidad previas a la irrupción del TA y evidenciar los desarrollos evolutivos del trastorno. Devlin et al., (2003) advierten explícitamente contra el argumento de que el TA es un diagnóstico trivial, que responde a intervenciones mínimas y que puede remitir espontáneamente.

Diversos estudios en población clínica sugieren, que las mujeres obesas con TA suelen buscar más ayuda para tratamiento de pérdida de peso que las obesas sin TA (Telch et al., 1988; Bruce y Agras, 1992). En la mayoría de los casos, la repercusión práctica que se deriva, suele ser la búsqueda de ayuda asistencial en ámbitos dietéticos, nutricionales y/o endocrinológicos. En pocos casos se cuenta con la derivación a unidades especializadas para tratamiento de TCA (Striegel-Moore et al., 2001; Carretero et al., 2009). La demanda a nivel psiquiátrico o psicológico en estos pacientes, aunque necesaria, no acostumbra a ser ni directa ni de primera elección. Estos pacientes recurren a la ayuda psicológica más bien por presentar otro trastorno en el eje I asociado

o por haber frustrado todas las expectativas de cambio en los anteriores ámbitos de intervención más biológicos.

En relación a ello y considerando la importancia diagnóstica del TA y su aplicación práctica, los resultados obtenidos pueden ser de utilidad en la derivación directa de estos pacientes a unidades especializadas de tratamiento, así como también la detección de casos de sujetos sin historia previa de TCA pero que, sin embargo presentan rasgos de personalidad propios del trastorno, siendo susceptibles de un abordaje terapéutico.

Estos hallazgos también pueden tener su aplicación práctica en los casos de BN que han presentado una aparente remisión. Concretamente, en los casos de BN en los que se presenta una remisión sintomatológica no completa (disminución de los atracones con extinción de conductas purgativas de forma habitual), que pueden, no obstante, presentar sintomatología propia del TA. Este hecho sugiere la necesidad de un seguimiento a largo plazo de aquellos pacientes que han presentado un trastorno alimentario (especialmente BNP o BNnoP) y que, al parecer, han manifestado criterios de recuperación total.

Según lo expuesto, se hace necesaria una labor asistencial específica para el TA, de la misma forma que se está realizando a nivel de investigación. Prueba de ello es que, de los 17 criterios incluidos en el DSM-IV en espera de más estudio, sólo el trastorno de personalidad depresiva ha recibido más atención que el TA (Crow, 2007).

Siguiendo las propuestas sugeridas por Blashfield, Sprock y Fuller (1990) para el reconocimiento de un trastorno como categoría legítima en el DSM, se deberían contemplar diversos aspectos:

- debe existir amplia literatura acerca del propuesto síndrome
- los criterios diagnósticos deben ser articulados claramente
- el trastorno propuesto debe diferenciarse de otros síndromes similares
- debe disponerse de evidencia científica suficiente entorno a la fiabilidad del diagnóstico y la validez del trastorno

El presente trabajo, que forma parte de una línea de investigación dirigida a la mejoría terapéutica en el TA, pretende dar respuesta a las sugerencias de estos autores, para intentar un mayor acercamiento a estos pacientes ante la desorientación y padecimiento que este trastorno provoca.



---

## **VI- Conclusiones**

---



## VI- CONCLUSIONES

Las conclusiones que se derivan de nuestro estudio son las siguientes:

- Las pacientes con TA presentan una edad superior, con un nivel de estudios inferior que las pacientes con BN.
- Las pacientes con TA presentan antecedentes, tanto personales como familiares, de obesidad.
- Las pacientes con TA presentan un IMC significativamente superior a las pacientes con BN.
- Los síntomas conductuales, en relación a hábitos alimentarios, está significativamente menos presente en las pacientes con TA, en relación con las pacientes con BN.
- En la evaluación de la sintomatología cognitivo-afectiva de las pacientes con TA destaca una baja tolerancia a la frustración y al estrés, así como una baja capacidad de afrontamiento de conflictos.
- Los aspectos impulsivos (como las autoagresiones, intentos de suicidio, promiscuidad sexual, cleptomanía, ludopatía y compras compulsivas) son más comunes en la BN que en el TA, mientras que la compulsividad es más frecuente en las pacientes con TA.
- En los aspectos de personalidad medidos a través del MCMI-II, las pacientes con TA presentan elevaciones significativas en las escalas propias del *cluster* C. En las pacientes con BN, las elevaciones significativas son más propias de las escalas pertenecientes al *cluster* B.
- La sintomatología clínica de las pacientes con TA destaca por una significación en la subescala del EDI-2 de insatisfacción corporal, respecto al grupo de BN.
- La preocupación excesiva por la figura corporal en el TA, no se justifica simplemente por el sobrepeso que padecen las pacientes, ya que los aspectos cognitivos presentan una alta relevancia en el TA.
- La sintomatología depresiva en las pacientes con TA se sitúa en un nivel superior que en las pacientes con BN, en la escala HAM-D. En la sintomatología ansiosa medida con el HAM-A, la BN presenta una puntuación significativamente superior a las pacientes con TA.
- Las variables predictoras significativas del TA son la baja tolerancia al estrés, el IMC, la edad y los rasgos de personalidad compulsiva.
- La existencia de un perfil sociodemográfico, de personalidad y psicopatológico, propio en las pacientes con TA de nuestro estudio, sugieren el establecimiento de unos criterios diagnósticos específicos para este trastorno.



---

## **VII- Líneas futuras de investigación**

---



## VII- LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

La aceptación del TA como un diagnóstico válido por derecho propio se reforzaría con estudios que planteasen la validez de constructo del TA (Devlin et al., 2003), puesto que la nosología es la primera limitación teórica del trastorno.

La relación entre TA y obesidad también requiere buscar respuestas referidas a los factores de riesgo de desarrollo de la obesidad en la infancia y adolescencia. En este sentido, al igual que ocurre con el desarrollo de los atracones en estas edades, es poco lo que se conoce.

De acuerdo con otros autores (Mitchell et al., 2008) creemos que la relación del TA con otras formas psicopatológicas, como los trastornos afectivos, trastornos ansiosos, abuso de alcohol u otros tóxicos, etc... son áreas que necesitan más investigación. Dichas comorbilidades pueden ayudar a entender mejor la etiología y psicobiología del TA, puesto que son numerosos los factores biológicos que están implicados en el control del apetito y la saciedad.

Los factores culturales que ejercen presión en los aspectos estéticos en la población, son un área también de interés. En este sentido, las investigaciones realizadas sobre la influencia de los cánones de belleza y presión social, han sido exploradas habitualmente en la AN y la BN. Este impacto en población adulta ha sido menos cuestionado, pero no por ello, es menos importante.

En cuanto a la evaluación del TA, es necesaria una mayor disponibilidad de pruebas de evaluación y detección específicas, ya que las estadísticas que se extraen respecto al TA resultan de aplicar los tests indicados para la BN. La falta de pruebas psicométricas específicas es algo que actualmente se está subsanando. Aún así, en la práctica clínica habitual se continúan empleando cuestionarios y escalas propias de la BN (Sánchez-Planell y Fernández-Valdés, 2002).

Además de las áreas de evaluación y diagnóstico del TA, el abordaje terapéutico también requiere atención. Una vez más, aprovechando la herencia de la actuación con BN, es necesario un abordaje multidisciplinar e independiente respecto a la BN. Asimismo es necesario un trabajo de prevención y difusión en la asistencia primaria, para una adecuada derivación al profesional que corresponda.

El abordaje de tipo psicológico, como la terapia cognitivo-conductual parece ser la más efectiva en la supresión del atracón. Sin embargo, por lo constatado, parece no ser tan eficaz en el descenso sustancial de peso. Tal situación debe alentar la búsqueda de recursos y técnicas terapéuticas que hagan más eficaz la intervención en este tipo de trastorno.

En resumen, creemos que la exploración de las causas biológicas, psicológicas y socioculturales así como las áreas de intervención en el TA, pueden ayudar a acrecentar el conocimiento sobre la etiología, curso y mantenimiento del trastorno.

Se sugiere la replicación del estudio en otros centros de tratamiento para TCA y en ámbitos de salud no específicos de patología alimentaria.

Como propuestas para estudios posteriores también sería interesante la realización de estudios longitudinales, con muestras amplias de pacientes con los diferentes TCA. Aunque este tipo de estudios son escasos en la literatura, por sus dificultades de aplicación, ayudarían en la observación del desarrollo evolutivo del trastorno. En la misma línea, también resultaría de interés realizar estudios comparativos de sujetos con obesidad sin TA y sujetos obesos con TA, sin olvidar una delimitación muy rigurosa en los diagnósticos.

En conclusión, a día de hoy el TA es el gran desconocido de los trastornos de la conducta alimentaria, hecho que a su vez es paradójico, ya que constituye el grupo más numeroso. Quizá la menor espectacularidad de su sintomatología en relación al resto de los TCA no ayude a que los esfuerzos de investigación se intensifiquen en torno a este cuadro, pero sin duda merece la pena conocer más sobre él y diferenciarlo de psicopatologías tan limítrofes como la BN, lo que seguro redundaría en una terapéutica más depurada. Bajo este propósito, a continuación se proponen las primeras líneas de intervención en pacientes con TA con y sin obesidad.

### PROPUESTA DE TRATAMIENTO PARA EL TA

En el momento de plantear una terapéutica específica para el TA, debe tenerse en cuenta las características propias de una población de pacientes resistentes al cambio, con una comorbilidad frecuente y con historia de otros tratamientos. De acuerdo con lo descrito a lo largo del estudio, un factor claro de demanda de tratamiento en este tipo de pacientes es la obesidad que estos trastornos generan. En este sentido, para reducir la carga de salud pública de la obesidad (Hudson et al., 2006), se requieren estrategias de tratamiento especializado y exclusivo.

Con el objetivo de dar respuesta a lo planteado, proponemos las líneas generales de un programa de tratamiento (tabla 50), que combinaría aspectos psicoterapéuticos de los modelos psicoeducacional, cognitivo-conductual y de los modelos focalizado e interpersonal, bajo un abordaje multidisciplinar, mediante terapia grupal e individual, además de la asistencia familiar en los casos en los que se requiriera.

Tabla 50- Programa de tratamiento para el TA por fases de intervención

<b>Fase de tratamiento</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Duración</b>
1ª inicio	Mejora del funcionamiento general y reducción de la sintomatología específica y de la subclínica	En función de la comorbilidad y de los aspectos estacionales del eje II
2ª seguimiento	Reeducación alimentaria y emocional. Abordaje psicológico de los factores desencadenantes y mantenedores. Mantenimiento de pautas alimentarias	En función del grado de desadaptación presentado en la fase de inicio
3ª consolidación	Prevención de recaídas. Aspectos focales relacionados con áreas de calidad de vida y crecimiento personal	En función del mantenimiento de los aprendizajes
4ª pre-alta	Criterios de estabilidad y mantenimiento del repertorio de estrategias de afrontamiento, resolución y adaptación.	
Alta y posterior control		Con dos controles al año por demanda del paciente

La atención interdisciplinar (Fig. 14), tanto médica, nutricional, psiquiátrica como psicológica, con un soporte de actividades y talleres adjuntos, pueden ofrecer un servicio integrado para estos pacientes. A partir de este punto, el modo de acción propuesto se

basaría en un abordaje con las diferentes terapias, a partir de un diagnóstico diferencial de la obesidad previo (Fig. 15).

Fig. 14- Áreas de intervención en el tratamiento para pacientes con TA

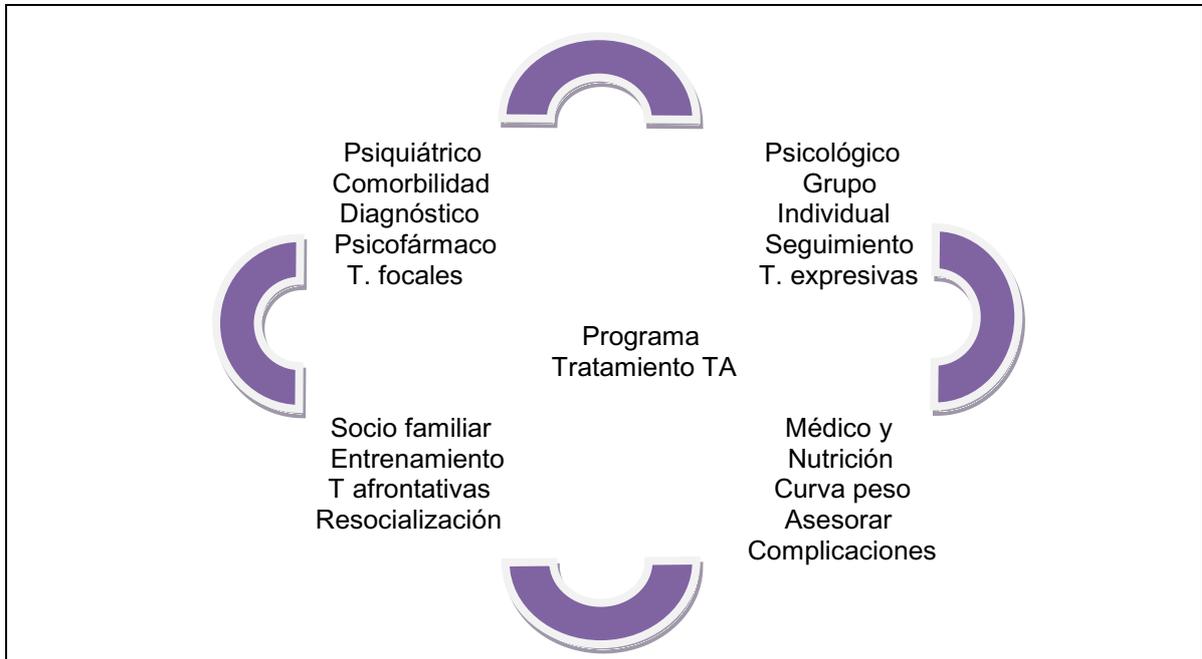
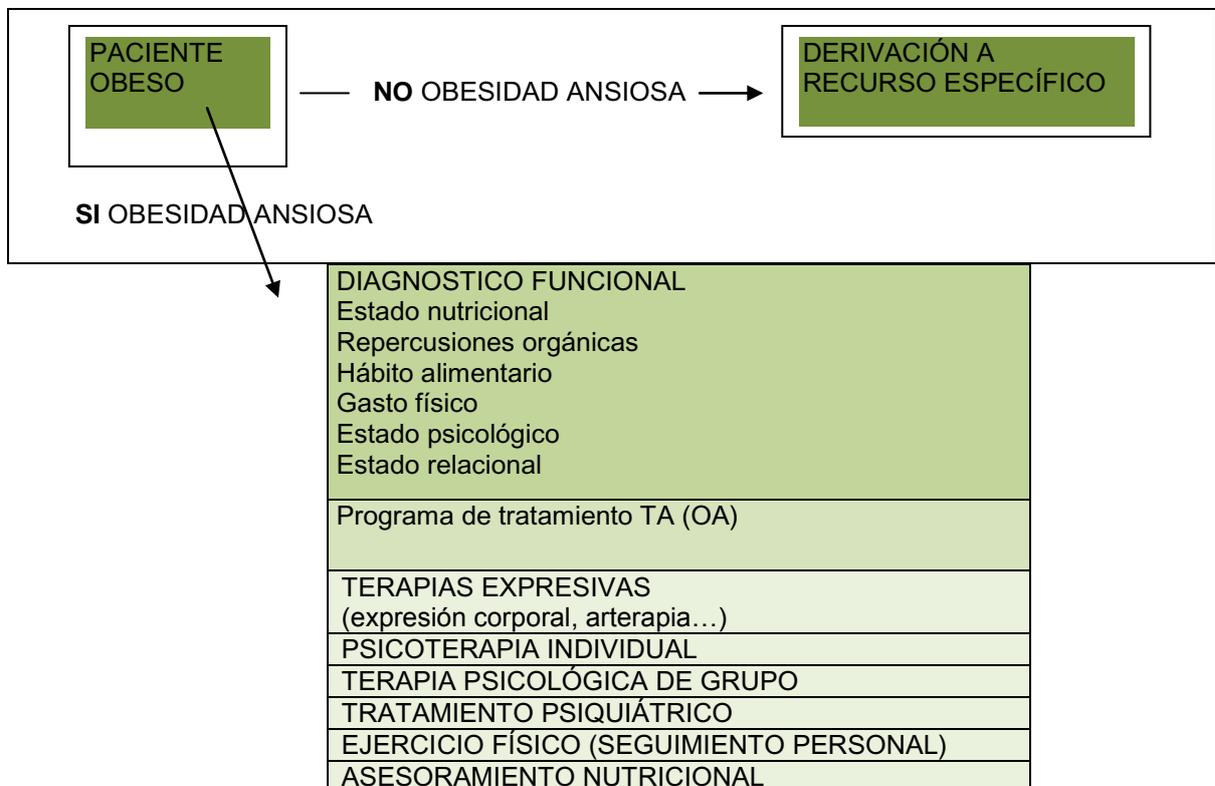


Fig. 15- Diagnóstico y selección de tratamiento del paciente con obesidad



---

## **VIII- Referencias**

---



## REFERENCIAS

- Abbott, D. W., de Zwaan, M., Mussell, M. P., Raymond, N. C., Seim, H. C., Crow, S. J., et al. (1998). Onset of binge eating and dieting in overweight women: Implications for etiology, associated features and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3-4), 367-374
- Adami, G. F., Gandolfo, P., Meneghelli, A., y Scopinaro, N. (1996). Binge eating in obesity: a longitudinal study following biliopancreatic diversion. *The International Journal of Eating Disorders*, 20(4), 405-413. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199612)20:4<405:AID-EAT8>3.0.CO;2-R
- Adriaanse, M. A., de Ridder, D. T., y Evers, C. (2011). Emotional eating: Eating when emotional or emotional about eating?. *Psychology & Health*, 26(1), 23-39. doi:10.1080/08870440903207627
- Agras, W.S. (1987). *Eating disorders: Management of obesity, bulimia and anorexia nervosa*. Oxford: Pergamon Press
- Agras, W. S., y Telch, C. F. (1998). The effect of caloric deprivation and negative affect on binge eating in obese binge-eating disordered women. *Behavior Therapy*, 29, 491-503. doi:10.1016/S0005-7894(98)80045-2
- Agras, W. S., Telch, C. F., Arnow, B., Eldredge, K., y Marnell, M. (1997). One-year follow-up of cognitive-behavioral therapy for obese individuals with binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(2), 343-347. doi:10.1037/0022-006X.65.2.343
- Alger, S. A., Schwalberg, M. D., Bigaouette, J. M., Michalek, A. V., y Howard, L. J. (1991). Effect of a tricyclic antidepressant and opiate antagonist on binge-eating behavior in normoweight bulimic and obese, binge-eating subjects. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 53(4), 865-871
- Alguacil, L. F., Salas, E., y González-Martín, C. (2011). Identification of new drug targets and biomarkers related to obesity and eating disorders: An approach based on reward deficit and addiction. *Current Pharmaceutical Design*, 17(5), 462-470

- Alonso, J., Anto, J. M., y Moreno, C. (1990). Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *American Journal of Public Health Association*, 80(6), 704-708
- Álvarez-López, P. (1997). Personalidad y bulimia nerviosa. En V. J. Turón (Ed.), *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad* (pp. 149-153). Barcelona: Masson
- Allison, K. C., y Stunkard, A. J. (2005). Obesity and eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 28(1), 55-67. doi:10.1016/j.psc.2004.09.006
- American Psychiatric Association (1983). *Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales* (3ª ed.). Barcelona: Masson
- American Psychiatric Association (1987). *Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales* (3ª ed. revisada). Barcelona: Masson
- American Psychiatric Association (1994). *Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales* (4ª ed.). Barcelona: Masson
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Libro de casos*. Barcelona: Masson
- American Psychiatric Association (2001). *Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales* (4ª ed. revisada). Barcelona: Masson
- Ames-Frankel, J., Devlin, M. J., Walsh, B. T., Strasser, T. J., Sadik, C., Oldham, J. M., et al. (1992). Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa: Clinical correlates and changes with treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 53(3), 90-96
- Antony, M. M., Johnson, W. G., Carr-Nangle, R. E., y Abel, J. L. (1994). Psychopathology correlates of binge eating and binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 35(5), 386-392. doi:10.1016/0010-440X(94)90280-1
- Aranceta, J., Serra-Majem, L., Foz-Sala, M., Moreno, B., y Grupo Colaborativo SEEDO. (2005). Prevalencia de la obesidad en España. *Medicina Clínica*, 125(12), 460-466

- Arias Horcajadas, F., Sánchez Romero, S., Gorgojo Martínez, J. J., Almodóvar Ruiz, F., Fernández Rojo, S., y Llorente Martín, F. (2006). Diferencias clínicas entre pacientes obesos mórbidos con y sin atracones. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(6), 362-370
- Arnou, B., Kenardy, J., y Agras, W. S. (1995). The emotional eating scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *The International Journal of Eating Disorders*, 18(1), 79-90. doi:10.1002/1098X(199507)18::1<79:AID-EAT2260180109>3.0.CO;2-V
- Ávila, A., y Jiménez, F. (1998). *Manual MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II*. Madrid: Tea Ediciones
- Aymamí, N., y Serrano, F. (1997). Personalidad y relaciones interpersonales en la obesidad. En V. J. Turón (Ed.), *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad* (pp. 242-251). Barcelona: Masson
- Bancheri, L., Patrizi, B., Kotzalidis, G. D., Mosticoni, S., Gargano, T., Angrisani, P., et al. (2006). Treatment choice and psychometric characteristics: Differences between patients who choose bariatric surgical treatment and those who do not. *Obesity Surgery*, 16(12), 1630-1637. doi:10.1381/096089206779319509
- Barnes, R. D., Masheb, R. M., White, M. A., y Grilo, C. M. (2011). Comparison of methods for identifying and assessing obese patients with binge eating disorder in primary care settings. *The International Journal of Eating Disorders*, 44(2), 157-163. doi:10.1002/eat.20802
- Barratt, E. S. (1995). Impulsiveness and aggression. In J. Monahan y H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Development in risk assessment* (pp.61-79). Chicago: University of Chicago Press
- Barry, D. T., Grilo, C. M., y Masheb, R. M. (2002). Gender differences in patients with binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 63-70. doi: 10.1002/eat.1112
- Basdevant, A., Pouillon, M., Lahlou, N., Le Barzic, M., Brillant, M., y Guy-Grand, B. (1995). Prevalence of binge eating disorder in different populations of french women. *The International Journal of Eating Disorders*, 18(4), 309-315. doi:10.1002/1098-108X(199512)18:4<309::AID-EAT2260180403>3.0.C.O;2-6

- Bech P. (1996). *The Bech, Hamilton and Zung scales for mood disorders. Screening and listening: a twenty years update with reference to DSM-IV and CIE-10*. New York: Sringer-Verlag
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571
- Belloch, A., Martínez-Narváez, M. P., y Pascual, L. M. (1998). Personalidad sana y personalidad trastornada. En A. Fierro (Eds.), *Manual de psicología de la personalidad* (pp.255-283). Barcelona: Paidós
- Berrios-Hernandez, M. N., Rodriguez-Ruiz, S., Perez, M., Gleaves, D. H., Maysonet, M., y Cepeda-Benito, A. (2007). Cross-cultural assessment of eating disorders: Psychometric properties of a spanish version of the bulimia test-revised. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 15(6), 418-424. doi:10.1002/erv.791
- Berrocal, C., y Ruiz, M. A. (2002). Trastorno por sobreingesta compulsiva, validez de la diferenciación entre el síndrome completo y parcial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 407-424
- Binford, R. B., Mussell, M. P., Peterson, C. B., Crow, S. J., y Mitchell, J. E. (2004). Relation of binge eating age of onset to functional aspects of binge eating in binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 35(3), 286-292. doi:10.1002/eat.10272
- Birch, C. D., Stewart, S. H., y Brown, C. G. (2007). Exploring differential patterns of situational risk for binge eating and heavy drinking. *Addictive Behaviors*, 32(3), 433-448. doi:10.1016/j.addbeh.2006.05.014
- Bisaga, K., y Walsh, T. (2005). History of the classification of eating disorders. In C. Norring y B. Palmer (Eds.), *EDNOS. Eating Disorders Not Otherwise Specified* (pp.10-40). New York: Routledge
- Black, C. M., y Wilson, G. T. (1996). Assessment of eating disorders: Interview versus questionnaire. *The International Journal of Eating Disorders*, 20(1), 43-50. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199607)20:1<43::AID-EAT5>3.0.CO;2-4

- Blaine, B., y Rodman, J. (2007). Responses to weight loss treatment among obese individuals with and without BED: A matched-study meta-analysis. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 12(2), 54-60
- Blashfield, R. K., Sprock, J., y Fuller, A. K. (1990). Suggested guidelines for including or excluding categories in the DSM-IV. *Comprehensive Psychiatry*, 31(1), 15-19
- Blinder, B. J., Cumella, E. J., y Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 454-462. doi:10.1097/01.psy.0000221254.77675.f5
- Braun, D. L., Sunday, S. R., y Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24(4), 859-867
- Bray, G. A. (1978). Definitions, measurements and classification of the syndromes of obesity. *International Journal of Obesity*, 2, 99-112
- Brody, M. L., Walsh, B. T., y Devlin, M. J. (1994). Binge eating disorder: Reliability and validity of a new diagnostic category. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 381-386
- Bruce, B., y Agras, W.S. (1992). Binge eating in females: A population-based investigation. *The International Journal of Eating Disorders*, 12(4), 365-373. doi:10.1002/1098-108X(199212)12:4<365::AID-EAT2260120404>3.0.CO;2-M
- Bulik, C. M., Brownley, K. A., y Shapiro, J. R. (2007). Diagnosis and management of binge eating disorder. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(3), 142-148
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., y Kendler, K. S. (2003). Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating. *The International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 293-298. doi:10.1002/eat.10140
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Weltzin, T. E., y Kaye, W. H. (1995). Temperament in eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 17(3), 251-261. doi:10.1002/1098-108X(199504)17:3<251::AID-EAT2260170306>3.0.CO;2-V
- Burri, C. (2008). Screening for eating disorders in adolescent women. *Family Medicine Digital Resources Library*

- Cabanyes, J. (2003). Introducción a los principales modelos teóricos de personalidad. En A. Polaino-Lorente, J. Cabanyes, y A. del Pozo (Eds.), *Fundamentos de psicología de la personalidad* (pp. 79-105). Madrid: Rialp Ediciones
- Cachelin, F. M., Striegel-Moore, R. H., Elder, K. A., Pike, K. M., Wilfley, D. E., y Fairburn, C. G. (1999). Natural course of a community sample of women with binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 25(1), 45-54. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199901)25:1<45::AID-EAT6>3.0.CO;2-3
- Carano, A., de Berardis, D., Gambi, F., di Paolo, C., Campanella, D., Pelusi, L., et al. (2006). Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 332-340. doi:10.1002/eat.20238
- Carretero, A., Sánchez Planell, L., Rusiñol, J., Raich, R. M., y Sánchez-Carrecedo, D. (2009). Relevancia de factores de riesgo, psicopatología alimentaria, insatisfacción corporal y funcionamiento psicológico en pacientes con TCA. *Clínica y Salud*, 20(2), 145-157. doi:Ra10.4321/S1130-52742009000200004
- Carrobbles, J. A., Costa, M., del Ser, T., y Bartolomé, P. (1986). *La práctica de la terapia de conducta*. Valencia: Promolibro
- Carter, P. I., y Moss, R. A. (1984). Screening for anorexia and bulimia nervosa in a college population: Problems and limitations. *Addictive Behaviors*, 9(4), 417-419. doi:10.1016/0306-4603(84)90045-5
- Cassin, S. E., y von Ranson, K. M. (2007). Is binge eating experienced as an addiction?. *Appetite*, 49(3), 687-690. doi:10.1016/j.appet.2007.06.012
- Castro, J., Gila, A., Gual, P., Lahortiga, F., Saura, B., y Toro, J. (2004). Perfectionism dimensions in children and adolescents with Anorexia Nervosa. *Journal of Adolescent Health*, 35, 392-398. doi:10.1016/j.jadohealth.2003.11.094
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M., y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: validation of the spanish version. *Psychological Assessment*, 7, 175-190
- Clarke, M. G., y Palmer, R. L. (1983). Eating attitudes and neurotic symptoms in university students. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 142, 299-304. doi:10.1192/bjp.142.3.299

- Claus, L., Braet, C., y Decaluwe, V. (2006). Dieting history in obese youngsters with and without disordered eating. *The International Journal of Eating Disorders*, 39(8), 721-728. doi:10.1002/eat.20295
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., y Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975-990
- Colles, S. L., Dixon, J. B., y O'Brien, P. E. (2007). Night eating syndrome and nocturnal snacking: Association with obesity, binge eating and psychological distress. *International Journal of Obesity* (2005), 31(11), 1722-1730. doi:10.1038/sj.ijo.0803664
- Conde, V., y Franch, J.I. (1984). *Escala de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica de los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Upjohn
- Cooper, Z., y Fairburn, C.G. (1987). The Eating Disorder Examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 6(1), 1-8. doi:10.1002/1098-108X(198701)6:1<1::AID-EAT2260060102>3.0.CO;2-9
- Cooper, Z., y Fairburn, C. G. (2003). Refining the definition of binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 34(Suppl), 89-95. doi:10.1002/eat.10208
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z., y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *The International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-494. doi:10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O
- Corral, S., González, M., Pereña, J., y Seisdedos, N. (1998). *Adaptación española del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. EDI-2*. Madrid: Tea Ediciones
- Correas, J., Quintero, J., García-Moreno, C., García-Blázquez, V., y Chinchilla, A. (2003). Trastorno por atracones. En A. Chinchilla (Ed.). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones* (pp. 247-251). Barcelona: Masson

- Corsica, J. A., y Pelchat, M. L. (2010). Food addiction: true or false?. *Current Opinion in Gastroenterology*, 26(2), 165-169. doi:10.1097/MOG.0b013e328336528d
- Cotton, M. A., Ball, C., y Robinson, P. (2003). Four simple questions can help screen for eating disorders. *Journal of General Internal Medicine*, 18(1), 53-56. doi:10.1046/j.1525-1497.2003.20374.x
- Courbasson, C. M., Nishikawa, Y., y Shapira, L. B. (2011). Mindfulness-action based cognitive behavioral therapy for concurrent binge eating disorder and substance use disorders. *Eating Disorders*, 19(1), 17-33. doi:10.1080/10640266.2011.533603
- Crow, S. (2007). Eating disorder not otherwise specified: Next steps. *The International Journal of Eating Disorders*, 40(Suppl), 104-106. doi:10.1002/eat.20449
- Charles, S.C., Blumberg, P., Morello, J., Mellis, L., Sweeny, C., y McGrath. E. (1985). Psychiatric diagnosis in candidates for gastroplasty. *The International Journal of Eating Disorders*, 4, 139-149. doi:10.1002/1098-108X(198505)4:2<139::AID-EAT2260040202>3.0.CO;2-U
- Choca, J., y van Denburg, E. (1998). *Guía para la interpretación del MCMI (Millon Clinical Multiaxial Inventory)*. Barcelona: Paidós
- Christenson, G. A., Faber, R. J., de Zwann, M., Raymond, N. C., Specker, S. M., Ekern, M. D., et al. (1994). Compulsive buying: Descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5-11
- Dalle, G.R., Todisco, P., Oliosi, M., y Marchi, S. (1996). Binge eating disorder and weight cycling in obese women. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 4, 67-73. doi:10.1080/10640269608250077
- Davis, C., Levitan, R. D., Carter, J., Kaplan, A. S., Reid, C., Curtis, C., et al. (2008). Personality and eating behaviors: A case-control study of binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 243-250. doi:10.1002/eat.20499
- Decaluwe, V., Braet, C., y Fairburn, C. G. (2003). Binge eating in obese children and adolescents. *The International Journal of Eating Disorders*, 33(1), 78-84. doi:10.1002/eat.10110

- de Irala, J., Cano-Prous, A., Lahortiga-Ramos, F., Gual-García, P., Martínez-González, M.A, y Cervera-Enguix, S. (2008). Validación del cuestionario Eating Attitudes Test (EAT) como prueba de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la población general. *Medicina Clínica*, 130(13), 487-491
- de Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 25(Suppl 1), 51-55. doi:10.1038/sj.ijo.0801699
- de Zwaan, M., Bach, M., Mitchell, J. E., Ackard, D., Specker, S. M., Pyle, R. L., et al. (1995). Alexithymia, obesity, and binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 17(2), 135-140. doi:10.1002/1098-108X(199503)17:2<135::AID-EAT2260170205>3.0.CO;2-7
- de Zwaan, M., Mitchell, J. E., Seim, H. C., Specker, S. M., Pyle, R. L., Raymond, N. C., et al. (1994). Eating related and general psychopathology in obese females with binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 15(1), 43-52. doi:10.1002/1098-108X(199401)15:1<43::AID-EAT2260150106>3.0.CO;2-6
- del Río Sánchez, C., Pérez, I. T., y Borda, M. (2002). Comorbilidad entre bulimia nerviosa purgativa y trastornos de la personalidad según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 425-438
- Delinsky, S. S., Latner, J. D., y Wilson, G. T. (2006). Binge eating and weight loss in a self-help behavior modification program. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 14(7), 1244-1249. doi:10.1038/oby.2006.141
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual for the Revised version*. Baltimore, MD: John Hopkins University, School of Medicine
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., y Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9(1), 13-28
- Devlin, M. J. (2007). Is there a place for obesity in DSM-V? *The International Journal of Eating Disorders*, 40(Suppl), 83-88. doi:10.1002/eat.20430

- Devlin, M. J., Goldfein, J. A., y Dobrow, I. (2003). What is this thing called BED?current status of binge eating disorder nosology. *The International Journal of Eating Disorders*, 34(Suppl), 2-18. doi:10.1002/eat.10201
- Díaz-Marsá, M., y Carrasco, J. L. (2001). La personalidad y sus trastornos en la anorexia y en la bulimia nerviosa. En E. García-Camba (Ed.), *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. (pp. 93-106). Barcelona: Masson
- Díaz-Marsá, M., Carrasco, J. L., Prieto-López, R., y Saiz-Ruiz, J. (2000). El papel de la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(8), 29-36
- Didie, E. R., y Fitzgibbon, M. (2005). Binge eating and psychological distress: Is the degree of obesity a factor?. *Eating Behaviors*, 6(1), 35-41. doi:10.1016/j.eatbeh.2004.08.007
- Dingemans, A. E., Bruna, M. J., y van Furth, E. F. (2002). Binge eating disorder: A review. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 26(3), 299-307. doi:10.1038/sj.ijo.0801949
- Dunkley, D. M., Masheb, R. M., y Grilo, C. M. (2010). Childhood maltreatment, depressive symptoms, and body dissatisfaction in patients with binge eating disorder: The mediating role of self-criticism. *The International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 274-281. doi:10.1002/eat.20796
- Echeburúa, E., y Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 9, 513-525
- Eddy, K. T., Swanson, S. A., Crosby, R. D., Franko, D. L., Engel, S., y Herzog, D. B. (2010). How should DSM-V classify eating disorder not otherwise specified (EDNOS) presentations in women with lifetime anorexia or bulimia nervosa?. *Psychological Medicine*, 1-10. doi:10.1017/S0033291709992200
- Eggert, J., Levendosky, A., y Klump, K. (2007). Relationships among attachment styles, personality characteristics, and disordered eating. *The International Journal of Eating Disorders*, 40(2), 149-155. doi:10.1002/eat.20351

- Eldredge, K. L., y Agras, W. S. (1996). Weight and shape overconcern and emotional eating in binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 19(1), 73-82. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199601)19:1<73::AID-EAT9>3.0.CO;2-T
- Eldredge, K. L., y Agras, W. S. (1997). The relationship between perceived evaluation of weight and treatment outcome among individuals with binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 22(1), 43-49. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199707)22:1<43::AID-EAT5>3.0.CO;2-2
- Ellenberg, C., Verdi, B., Ayala, L., Ferri, C., Marcano, Y., y Vivas de Vega, J. (2006). Síndrome de comedor nocturno: un nuevo trastorno de la conducta alimentaria. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 19(1), 32-37
- Endicott, J., Cohen, J., Nee, J., Fleiss, J., y Sarantakos, S. (1981). Hamilton depression rating scale. extracted from regular and change versions of the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 38(1), 98-103
- Eysenck, H.J., y Sybil, B.G. (1964). An improved short questionnaire for the measurement of extraversion and neuroticism. *Life Sciences*, 3(10), 1103-1109. doi:10.1016/0024-3205(64)90125-0
- Fairburn, C. G. (1995). *Overcoming Binge Eating: a new scientifically based program* (pp.43-50). New York: Guilford Press
- Fairburn, C. G., y Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire?. *The International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363-370
- Fairburn, C. G., y Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (twelfth edition). In C. G. Fairburn y G. T. Wilson (Eds.), *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment* (pp. 317-360). New York: Guilford Press
- Fairburn, C.G., y Garner, D. M. (1986). The Diagnosis of Bulimia Nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 5, 403-419. doi:10.1002/1098-108X(198603)5:3<403::AID-EAT2260050302>3.0.CO;2-Z
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P., y O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57(7), 659-665

- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., y O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: A community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 425-432
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., y Hay, P. J. (1993). The classification of recurrent overeating: the "binge eating disorder" proposal. *The International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 155-159. doi:10.1002/1098-108X(199303)13:2<155::AID-EAT2260130203>3.0.CO;2-T
- Fandiño, J., Moreira, R. O., Preissler, C., Gaya, C. W., Papelbaum, M., Coutinho, W. F., et al. (2010). Impact of binge eating disorder in the psychopathological profile of obese women. *Comprehensive Psychiatry*, 51(2), 110-114. doi:10.1016/j.comppsy.2009.03.011
- Fassino, S., Leombruni, P., Piero, A., Abbate-Daga, G., y Giacomo Rovera, G. (2003). Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(6), 559-566
- Fassino, S., Leombruni, P., Piero, A., Daga, G. A., Amianto, F., Rovera, G., et al. (2002). Temperament and character in obese women with and without binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43(6), 431-437. doi:10.1053/comp.2002.35906
- Favaro, A., Ferrara, S., y Santonastaso, P. (2003). The spectrum of eating disorders in young women: A prevalence study in a general population sample. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 701-708
- Favaro, A., y Santonastaso, P. (1995). Effects of parents psychological characteristics and eating behavior on childhood obesity and dietary compliance. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(2), 145-151
- Fernández-Aranda, F., Pinheiro, A. P., Thornton, L. M., Berrettini, W. H., Crow, S., Fichter, M. M., et al. (2008). Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Research*, 157(1-3), 147-157. doi:10.1016/j.psychres.2007.02.011
- Fichter, M. M., y Quadflieg, N. (2007). Long-term stability of eating disorder diagnoses. *The International Journal of Eating Disorders*, 40(Suppl), 61-66. doi:10.1002/eat.20443

- Fichter, M. M., Quadflieg, N., y Brandl, B. (1993). Recurrent overeating: An empirical comparison of binge eating disorder, bulimia nervosa, and obesity. *The International Journal of Eating Disorders*, 14(1), 1-16. doi:10.1002/1098-108X(199307)14:1<1::AID-EAT2260140102>3.0.CO;2-3
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. W., y Benjamin, L. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. New York: NY State Psychiatric Institute
- Fitzgibbon, M. L., y Kirschenbaum, D. S. (1990). Heterogeneity of clinical presentation among obese individuals seeking treatment. *Addictive Behaviors*, 15(3), 291-295. doi:10.1016/0306-4603(90)90072-6
- French, S. A., Jeffery, R. W., Sherwood, N. E., y Neumark-Sztainer, D. (1999). Prevalence and correlates of binge eating in a nonclinical sample of women enrolled in a weight gain prevention program. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 23(6), 576-585
- Friederich, H. C., Schild, S., Wild, B., de Zwaan, M., Quenter, A., Herzog, W., et al. (2007). Treatment outcome in people with subthreshold compared with full-syndrome binge eating disorder. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 15(2), 283-287. doi:10.1038/oby.2007.545
- Galanti, K., Gluck, M. E., y Geliebter, A. (2007). Test meal intake in obese binge eaters in relation to impulsivity and compulsivity. *The International Journal of Eating Disorders*, 40(8), 727-732. doi:10.1002/eat.20441
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Muñoz, P., Sepúlveda, A. R., Galan, I., Leon, C., et al. (2002). Validez del Eating Attitudes Test (EAT-26) para cribado de trastornos del comportamiento alimentario. *Gaceta Sanitaria*, 1, 40-42
- Gandour, M. J. (1984). Bulimia: clinical description, assessment, etiology and treatment. *The International Journal of Eating Disorders*, 3, 3-38. doi:10.1002/1098-108X(198421)3:3<3::AID-EAT2260030302>3.0.CO;2-8
- García-Blázquez, V., Correas, J., Quintero, J., García-Moreno, C., y Chinchilla, A. (2003). Aspectos clínicos de la obesidad. En A. Chinchilla (Ed.). *Trastornos de la conducta*

*alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones.* (pp. 253-266).  
Barcelona: Masson

García-Camba, E. (2001). Trastorno por atracón. En E. García-Camba (Ed.), *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad.* (pp. 141-155). Barcelona: Masson

García-Campayo, J., Sanz-Carrillo, C., Ibañez, J. A., Lou, S., Solano, V., y Alda, M. (2005). Validation of the spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(2), 51-55. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.06.005

García-García, E., Vázquez, V., López, J., y Arcila, D. (2003). Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorder Inventory, en mujeres mexicanas. *Salud Pública Mexicana*, 45, 206-10

Garfinkel, P. E., Garner, D. M., Kaplan, A. S., Rodin, G., y Kennedy, S. (1983). Differential diagnosis of emotional disorders that cause weight loss. *Canadian Medical Association Journal*, 129(9), 939-945

Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D. S., Kennedy, S., et al. (1995). Bulimia nervosa in a canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *The American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1052-1058

Gargallo, M., Fernández-Aranda, F., y Raich, R. M.. (2003). Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad. Una revisión teórica de la literatura. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(2), 335-349

Garner, D. M. (1991). *Eating Disorders Inventory-2*. Florida: Psychological Assessment Resources

Garner, D. M., y Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279

Garner, D. M., Garfinkel, P. E., y O'Shaughnessy, M. (1985). The validity of the distinction between bulimia with and without anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 142(5), 581-587

- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., y Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878. doi:10.1017/S0033291700049163
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., y Polivy, J. (1983). Development and validation of multidimensional Eating Disorders Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia. *The International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34. doi:10.1002/1098-108X(198321)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6
- Gartner, A. F., Marcus, R. N., Halmi, K., y Loranger, A. W. (1989). DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 146(12), 1585-1591
- Geliebter, A., y Hashim, S. A. (2001). Gastric capacity in normal, obese, and bulimic women. *Physiology & Behavior*, 74(5), 743-746. doi:10.1016/S0031-9384(01)00619-9
- Geliebter, A., Melton, P. M., McCray, R. S., Gallagher, D. R., Gage, D., y Hashim, S. A. (1992). Gastric capacity, gastric emptying, and test-meal intake in normal and bulimic women. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 56(4), 656-661
- Gendall, K. A., Joyce, P. R., y Sullivan, P. F. (1997). Impact of definition on prevalence of food cravings in a random sample of young women. *Appetite*, 28(1), 63-72. doi:10.1006/appe.1996.0060
- Gladis, M. M., Wadden, T. A., Foster, G. D., Vogt, R. A., y Wingate, B. J. (1998). A comparison of two approaches to the assessment of binge eating in obesity. *The International Journal of Eating Disorders*, 23(1), 17-26. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199801)23:1<17::AID-EAT3>3.0.CO;2-4
- Goldfein, J. A., Walsh, B. T., La Chaussee, J. L., Kissileff, H. R., y Devlin, M. J. (1993). Eating behavior in binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 14(4), 427-431. doi:10.1002/1098-108X(199312)14:4<427::AID-EAT2260140405>3.0.CO;2-H
- Goldschmidt, A. B., Hilbert, A., Manwaring, J. L., Wilfley, D. E., Pike, K. M., Fairburn, C. G., et al. (2010). The significance of overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(3), 187-193. doi:10.1016/j.brat.2009.10.008

- Gómez-Beneyto, M., Villar, M., Renovell, M., Pérez, F., Hernández, M., Leal, C., et al. (1994). The diagnosis of personality disorder with a modified version of the SCID-II in a spanish clinical sample. *Journal of Personality Disorders*, 8, 104-110
- González de Rivera, J. L., Derogatis, L. R., de las Cuevas, C., Gracia Marco, R., Rodríguez-Pulido, F., Henry, M., et al. (1989). *The spanish versión of the SCL-90-R. Normative data in the general population*. Towson: Clinical Psychometric Research
- Goodman, A. (1990). Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85(11), 1403-1408
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., y Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), 47-55. doi:10.1016/0306-4603(82)90024-7
- Gowers, S. G., y Shore, A. (2001). Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 179, 236-242
- Grana, A. S., Coolidge, F. L., y Merwin, M. M. (1989). Personality profiles of the morbidly obese. *Journal of Clinical Psychology*, 45(5), 762-765. doi:10.1002/1097-4679(198909)45:5<762::AID-JCLP2270450511>3.0.CO;2-E
- Grilo, C. M. (2002). Recent research of relationships among eating disorders and personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 4(1), 18-24. doi:10.1007/s11920-002-0007-8
- Grilo, C. M., y 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(5), 320-325. doi:10.1038/oby.2001.40
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., Lozano-Blanco, C., y Barry, D. T. (2004). Reliability of the Eating Disorder Examination in patients with binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 80-85. doi:10.1002/eat.10238
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., y White, M. A. (2010). Significance of overvaluation of shape/weight in binge-eating disorder: Comparative study with overweight and bulimia nervosa. *Obesity (Silver Spring)*, 18(3), 499-504. doi:10.1038/oby.2009.280

- Grissett, N. I., y Fitzgibbon, M. L. (1996). The clinical significance of binge eating in an obese population: Support for bed and questions regarding its criteria. *Addictive Behaviors, 21*(1), 57-66. doi:10.1016/0306-4603(95)00039-9
- Grucza, R. A., Przybeck, T. R., y Cloninger, C. R. (2007). Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry, 48*(2), 124-131. doi:10.1016/j.comppsy.2006.08.002
- Gual, P., Pérez-Gaspar, M., Martínez-González, M. A., Lahortiga, F., de Irala-Estévez, J., y Cervera-Enguix, S. (2002). Self-esteem, personality, and eating disorders: Baseline assessment of a prospective population-based cohort. *The International Journal of Eating Disorders, 31*(3), 261-273. doi:10.1002/eat.10040
- Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Guía de práctica clínica en el SNS. (2009). Agencia de evaluación de tecnología e investigación médica de Cataluña. Barcelona
- Guimerá, E., y Torrubia, R. (1987). Adaptación española del Eating Disorders Inventory (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. *Anales de Psiquiatría, 3*, 185-190
- Guisado, J. A., y Vaz, F. J. (2001). Aspectos clínicos del trastorno por atracón o "binge eating disorder". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 77*, 27-32. doi:10.4321/S0211-57352001000100003
- Guss, J. L., Kissileff, H. R., Devlin, M. J., Zimmerli, E., y Walsh, B. T. (2002). Binge size increases with body mass index in women with binge-eating disorder. *Obesity Research, 10*(10), 1021-1029. doi:10.1038/oby.2002.139
- Halmi, K. A., Long, M., Stunkard, A. J., y Mason, E. (1980). Psychiatric diagnosis of morbidly obese gastric bypass patients. *The American Journal of Psychiatry, 137*(4), 470-472
- Hamburguer, W. W. (1951). Emotional aspects of obesity. *The Medical Clinics of North America, 35*(2), 483-499
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of medicine and Psychology, 32*, 50-55

- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-62
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *The British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6(4), 278-296
- Hathaway, S. R., y McKinley, J. C. (1951). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. New York: Psychological Corporation
- Hathaway, S.R. y McKinley, J.C. (1999). *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. MMPI-2*. Madrid: Tea Ediciones
- Hay, P., y Fairburn, C. (1998). The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 23(1), 7-15. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199801)23:1<7::AID-EAT2>3.0.CO;2-Q
- Heffernan, K. (1994). Sexual orientation as a factor in risk for binge eating and bulimia nervosa: a review. *The International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 335-347. doi:10.1002/1098-108X(199412)16:4<335::AID-EAT2260160403>3.0.CO;2-C
- Henderson, M., y Freeman, C. P. (1987). A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 150, 18-24
- Herman, C. P., y Polivy, J. (1980). Restraint eating. In A. J. Stunkard (Eds.), *Obesity* (pp.208-225). Philadelphia: W.S. Saunders
- Herman, C. P., Polivy, J., Pliner, P., Threlkeld, J., y Munic, D. (1978). Distractibility in dieters and nondieters: An alternative view of "externality". *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(5), 536-548
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Lavori, P. W., Kenny, G. M., y Sacks, N. R. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 53(5), 147-152
- Hilbert, A., y Tuschen-Caffier, B. (2007). Maintenance of binge eating through negative mood: A naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 40(6), 521-530. doi:10.1002/eat.20401
- Hill, J. O., Catenacci, V., y Wyatt, H. R. (2005). Obesity: Overview of an epidemic. *The Psychiatric Clinics of North America*, 28(1), 1-23. doi:10.1016/j.psc.2004.09.010

- Hodges, E. L., Cochrane, C. E., y Brewerton, T. D. (1998). Family characteristics of binge-eating disorder patients. *The International Journal of Eating Disorders*, 23(2), 145-151. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199803)23:2<145::AID-EAT4>3.0.CO;2-K
- Hoek, H. W., y van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396. doi:10.1002/eat.10222
- Hrabosky, J. I., Masheb, R. M., White, M. A., y Grilo, C. M. (2007). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 175-180. doi:10.1037/0022-006X.75.1.175
- Hsu, L. K. (1988). The outcome of anorexia nervosa: A reappraisal. *Psychological Medicine*, 18(4), 807-812
- Hsu, L. K., Betancourt, S., y Sullivan, S. P. (1996). Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: a pilot study. *The International Journal of Eating Disorders*, 19(1), 23-34. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199601)19:1<23::AID-EAT4>3.0.CO;2-Y
- Hsu, L. K., Mulliken, B., McDonagh, B., Krupa Das, S., Rand, W., Fairburn, C. G., et al. (2002). Binge eating disorder in extreme obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders : Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 26(10), 1398-1403. doi:10.1038/sj.ijo.0802081
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., y Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61(3) 348-358
- Hudson, J. I., Lalonde, J. K., Berry, J. M., Pindyck, L. J., Bulik, C. M., Crow, S. J., et al. (2006). Binge-eating disorder as a distinct familial phenotype in obese individuals. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), 313-319. doi:10.1001/archpsyc.63.3.313
- Hudson, J. I., Pope, H. G., Wurtman, J., Yurgelun-Todd, D., Mark, S., y Rosenthal, N. E. (1988). Bulimia in obese individuals. relationship to normal-weight bulimia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176(3), 144-152

- Jacobi, C., Abascal, L., y Taylor, C. B. (2004). Screening for eating disorders and high-risk behavior: caution. *The International Journal of Eating Disorders*, 36(3), 280-295. doi:10.1002/eat.20048
- Jáuregui, I., Santiago, M. J., y Estébanez, S. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria y la personalidad. Un estudio con el MCMI-II. *Atención primaria*, 41(4), 201-206
- Jette, A. M., Davies, A. R., Cleary, P. D., Calkins, D. R., Rubenstein, L. V., Fink, A., et al. (1986). The functional status questionnaire: Reliability and validity when used in primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 1(3), 143-149
- Johnson, C., y Flach, A. (1985). Family characteristics of 105 patients with bulimia. *The American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1321-1324
- Johnson, W. G., Grieve, F. G., Adams, C. D., y Sandy, J. (1999). Measuring binge eating in adolescents: Adolescent and parent versions of the questionnaire of eating and weight patterns. *The International Journal of Eating Disorders*, 26(3), 301-314. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199911)26:3<301::AID-EAT8>3.0.CO;2-M
- Johnson, S. F., Swenson, W. M., y Gastineau, C. F. (1976). Personality characteristics in obesity: relation of MMPI profile and age of onset of obesity to success in weight reduction. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 29(6), 626-632
- Jones, M., Grilo, C. M., Masheb, R. M., y White, M. A. (2010). Psychological and behavioral correlates of excess weight: Misperception of obese status among persons with class II obesity. *The International Journal of Eating Disorders*, 43(7), 628-632. doi:10.1002/eat.20746
- Kagan, D. M., y Squires, R. L. (1984). Eating disorders among adolescents: Patterns and prevalence. *Adolescence*, 19(73), 15-29
- Kagan, D. M., y Squires, R. L. (1985). Family cohesion, family adaptability and eating behaviors among college students. *The International Journal of Eating Disorders*, 4, 267-279. doi:10.1002/1098-108X(198508)4:3<267::AID-EAT2260040304>3.0.CO;2-9
- Kalarchian, M. A., Wilson, G. T., Brolin, R. E., y Bradley, L. (1998). Binge eating in bariatric surgery patients. *The International Journal of Eating Disorders*, 23(1), 89-92. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199801)

- Kanter, R. A., Williams, B. E., y Cummings, C. (1992). Personal and parental alcohol abuse, and victimization in obese binge eaters and nonbingeing obese. *Addictive Behaviors, 17*(5), 439-445. doi:10.1016/0306-4603(92)90004-F
- Kassett, J. A., Gershon, E. S., Maxwell, M. E., y Guroff, J. J. (1989). Psychiatric Disorders in the first-degree relatives of probands with Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry, 146*, 1468-1471
- Keefe, P. H., Wyshogrod, D., Weinberger, E., y Agras, W. S. (1984). Binge eating and outcome of behavioral treatment of obesity: ad preliminary report. *Behaviour Research and Therapy, 22*(3), 319-321. doi:10.1016/0005-7967(84)90012-3
- Keel, P. K., Holm-Denoma, J. M., y Crosby, R. D. (2011). Clinical significance and distinctiveness of purging disorder and binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders, 44*(4), 311-316. doi:10.1002/eat.20821; 10.1002/eat.20821
- Kennedy, S. H., Katz, R., Rockert, W., Mendlowitz, S., Ralevski, E., y Clewes, J. (1995). Assessment of personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A comparison of self-report and structured interview methods. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 183*(6), 358-364
- Kinzl, J. F., Traweger, C., Trefalt, E., Mangweth, B., y Biebl, W. (1999). Binge eating disorder in males: A population-based investigation. *Eating and Weight Disorders : EWD, 4*(4), 169-174
- Kirkley, B. G., Kolotkin, R. L., Hernández, J. T., y Gallagher, P. N. (1992). A comparison of binge-purgers, obese binge eaters and obese nonbing eaters on the MMPI. *The International Journal of Eating Disorders, 12*(2), 221-229. doi:10.1002/1098-108X(199209)12:2<221::AID-EAT2260120212>3.0.CO;2-W
- Kohn, M. R., Golden, N. H., y Shenker, I. R. (1998). Cardiac arrest and delirium: Presentations of the refeeding syndrome in severely malnourished adolescents with anorexia nervosa. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 22*(3), 239-243. doi:10.1016/S1054-139X(97)00163-8
- Kolotkin, R. L., Crosby, R. D., Kosloski, K. D., y Williams, G. R. (2001). Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. *Obesity Research, 9*(2), 102-111. doi:10.1038/oby.2001.13

- Kornhaber, A. (1970). The stuffing syndrome. *Psychosomatics*, 11(6), 580-584
- Krahn, D. D., Nairn, K., Gosnell, B. A., y Drewnowski, A. (1991). Stealing in eating disordered patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 112-115
- Kushner, R. F., y Roth, J. L. (2005). Medical evaluation of the obese individual. *The Psychiatric Clinics of North America*, 28(1), 89-103. doi:10.1016/j.psc.2004.09.004
- Lacey, J. H. (1993). Self-damaging and addictive behaviour in bulimia nervosa. A catchment area study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 163, 190-194
- Laederach-Hofmann, K., Graf, C., Horber, F., Lippuner, K., Lederer, S., Michel, R., et al. (1999). Imipramine and diet counseling with psychological support in the treatment of obese binge eaters: A randomized, placebo-controlled double-blind study. *The International Journal of Eating Disorders*, 26(3), 231-244. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199911)26:3<231::AID-EAT1>3.0.CO;2-6
- Lahortiga, F., de Irala, J., Cano, A., Gual, P., Martínez-González, M. A., y Cervera, S. (2005). Incidence of Eating Disorder in Navarra (Spain). *European Psychiatry*, 20(2), 179-185. doi:10.1016/j.eurpsy.2004.07.008
- Lamerz, A., Kuepper-Nybelen, J., Bruning, N., Wehle, C., Trost-Brinkhues, G., Brenner, H., et al. (2005). Prevalence of obesity, binge eating, and night eating in a cross-sectional field survey of 6-year-old children and their parents in a german urban population. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 46(4), 385-393. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00363
- Larsen, F. (1990). Psychosocial function before and after gastric banding surgery for morbid obesity: a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 359(Suppl), 1-57
- Latner, J. D., y Clyne, C. (2008). The diagnostic validity of the criteria for binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 41(1), 1-14. doi:10.1002/eat.20465
- Lazarus, R. S. (1990). Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry*, 1, 3-13

- le Grange, D., Binford, R. B., Peterson, C. B., Crow, S. J., Crosby, R. D., Klein, M. H., et al. (2006). DSM-IV threshold versus subthreshold bulimia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 39(6), 462-467. doi:10.1002/eat.20304
- Leitenberg, H., Rosen, J. C., Gross, J., Nudelman, S., y Vara, L. S. (1988). Exposure plus response-prevention treatment of bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 535-541. doi:10.1037/0022-006X.56.4.535
- Leon, G. R., Eckert, E. D., Teed, D., y Buchwald, H. (1979). Changes in body image and other psychological factors after intestinal bypass surgery for massive obesity. *Journal of Behavioral Medicine*, 2(1), 39-55. doi:10.1007/BF00846562
- Leon, G. R., Kolotkin, R., y Korgeski, G. (1979). MacAndrew addiction scale and other MMPI characteristics associated with obesity, anorexia and smoking behavior. *Addictive Behaviors*, 4(4), 401-407. doi: 10.1016/0306-4603(79)90011-X
- Levin, A. P., y Hyler, S. E. (1986). DSM-III personality diagnosis in bulimia. *Comprehensive Psychiatry*, 27(1), 47-53. doi:10.1016/0010-440X(86)90068
- Lilenfeld, L. R., Ringham, R., Kalarchian, M. A., y Marcus, M. D. (2008). A family history study of binge-eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49(3), 247-254. doi:10.1016/j.comppsy.2007.10.001
- Lingswiler, V. M., Crowther, J. H., y Stephens, M. A. (1987). Emotional reactivity and eating in binge eating and obesity. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(3), 287-299. doi:10.1007/BF00846542
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Re, R., Badia, X., Baro, E., et al. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*, 118(13), 493-499
- Loevinger, J. (1957). Objective tests as instruments of psychological theory. *Psychological Reports*, 3, 635-694
- López-Gómez, I. (2001). Comorbilidad en los trastornos de la conducta alimentaria. En E. García-Camba (Ed.), *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. (pp. 157-169). Barcelona: Masson

- Lowe, M. R., y Caputo, G. C. (1991). Binge eating in obesity: toward the specification of predictors. *The International Journal of Eating Disorders*, 10, 49-55. doi:10.1002/1098-108X(199101)10:1<49::AID-EAT2260100106>3.0.CO;2-X
- Luck, A. J., Morgan, J. F., Reid, F., O'Brien, A., Brunton, J., Price, C., et al. (2002). The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: Comparative study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 325(7367), 755-756. doi:10.1136/bmj.325.7367.755
- Lundgren, J. D., Rempfer, M. V., Brown, C. E., Goetz, J., y Hamera, E. (2010). The prevalence of night eating syndrome and binge eating disorder among overweight and obese individuals with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 175(3), 233-236. doi:10.1016/j.psychres.2008.10.027
- Macías, L. G., Unikel, C., Cruz, C., y Caballero, A. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 26(3), 1-8
- Mack, K., Anderson, L., Galuska, D., Zablotsky, D., Holtzman, D., y Ahluwalia, I. (2002). Health and sociodemographic factors associated with body weight objectives for women. *Eating Disorders*, 1, 241-254
- Malhotra, S., y McElroy, S. L. (2002). Medical management of obesity associated with mental disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(4), 24-32
- Malkoff, S. B., Marcus, M. D., Grant, A., Moulton, M. M., y Vayonis, C. (1993). The relationship between dieting and binge eating among obese individuals. *Annals of Behavioral Medicine*, 15, 40-45
- Manwaring, J. L., Hilbert, A., Wilfley, D. E., Pike, K. M., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., et al. (2006). Risk factors and patterns of onset in binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 101-107. doi:10.1002/eat.20208
- Marcus, M. D., y Kalarchian, M. A. (2003). Binge eating in children and adolescents. *The International Journal of Eating Disorders*, 34(Suppl), 47-57. doi:10.1002/eat.10205
- Marcus, M. D., Smith, D., Santelli, R., y Kaye, W. (1992). Characterization of eating disorder behavior in obese binge eaters. *The International Journal of Eating Disorders*, 12(3), 249-255. doi:10.1002/1098-108X(199211)12:3<249::AID-EAT2260120304>3.0.CO;2-W

- Marcus, M. D., y Wildes, J. E. (2009). Obesity: Is it a mental disorder? *The International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 739-753. doi:10.1002/eat.20725
- Marcus, M. D., Wing, R., Ewing, L., Kern, E., Gooding, W., y McDermott, M. (1996). Psychiatric disorders among obese binge eaters. *The International Journal of Eating disorders*, 9, 69-77. doi:10.1002/1098-108X(199001)9:1<69::AID-EAT2260090108>3.0.CO;2-K
- Marcus, M. D., Wing, R., y Hopkins, J. (1988). Obese binge eaters: Affect, cognitions, and response to behavioral weight control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3), 433-439. doi:10.1037/0022-006X.56.3.433
- Martín, F., Motos, A., y del Águila, E. (2001). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria: Un estudio comparativo con el MCMIII. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y Adolescente*, 1, 2-8
- Martínez-González, M. A., Gual, P., Lahortiga, F., Alonso, Y., de Irala, J., y Cervera, S. (2003). Parental factors, mass-media influences and the onset of Eating Disorders in a prospectiva population-based cohort. *Pediatrics*, 111(2), 315-320
- Martínez-Martínez, A., Menéndez-Martínez, D., Sánchez-Trapiello, M. J., Seoane, M., y Suárez-Gil, P. (2000). Conductas anoréxicas en la población de estudiantes de secundaria de un área sanitaria. *Atención Primaria. Sociedad Española de medicina de familia y comunitaria*, 25(5), 313-319
- Masheb, R. M., y Grilo, C. M. (2000). Binge eating disorder: A need for additional diagnostic criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 41(3), 159-162. doi:10.1016/S0010-440X(00)90041-5
- Masheb, R. M., y Grilo, C. M. (2006). Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 141-146. doi:10.1002/eat.20221
- McCann, U. D., Rossiter, E. M., King, R. J., y Agras, W. S. (1991). Nonpurging bulimia: a distinct subtype of bulimia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 10, (6), 679-687. doi:10.1002/1098-108X(199911)10:6<679::AID-EAT2260100606>3.0.CO;2-C

- McClelland, L., Mynors-Wallis, L., Fahy, T., y Treasure, J. (1991). Sexual abuse, disordered personality and eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 10(10), 63-68. doi:10.1192/bjp.158.5.691
- McElroy, S. L., Keck, P. E., Jr, y Phillips, K. A. (1995). Kleptomania, compulsive buying, and binge-eating disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 56(Suppl 4), 14-26
- Millon, T. (1977). *Manual for the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems
- Millon, T. (1994). *Millon Index of Personality Styles, Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation
- Millon, T. (1998). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II)*. Madrid: Tea Ediciones
- Millon, T. (2000). Toward a new model of integrative psychotherapy: Psychosynergy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(1), 37-53. doi:10.1023/A:1009418411050
- Millon, T., y Davis, R. D. (1994). Millon's evolutionary model of normal and abnormal personality: theory and measures. In S. Strack y M. Lorr (Eds.), *Differentiating normal and abnormal personality* (pp. 79-113). New York: Springer
- Millon, T., y Davis, R. D. (2000). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson
- Millon, T., Millon, C., y Davis, R. D. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*. Minneapolis: National Computer Systems
- Minuchin, S., Rosman, B. L., y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press
- Mitchell, J. E., Devlin, M. J., de Zwaan, M., Crow, S. J., y Peterson, C. B. (2008). *Binge Eating Disorder Clinical Foundations and Treatment*. New York: Guildford Press
- Mitchell, J. E., Hatsukami, D., Eckert, E. D., y Pyle, R. L. (1985). Eating Disorders Questionnaire. *Psychopharmacological Bulletin*, 21, 1025-1043
- Mitchell, J. E., y Mussell, M. P. (1995). Comorbidity and binge eating disorder. *Addictive Behaviors*, 20(6), 725-732. doi:10.1016/0306-4603(95)00095-X

- Mitchell, J. E., Mussell, M. P., Peterson, C. B., Crow, S., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., et al. (1999). Hedonics of binge eating in women with bulimia nervosa and binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 26(2), 165-170. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199909)26:2<165::AID-EAT5>3.0.CO;2-H
- Mizes, J. S., y Sloan, D. M. (1998). An empirical analysis of eating disorder, not otherwise specified: Preliminary support for a distinct subgroup. *The International Journal of Eating Disorders*, 23(3), 233-242. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199804)23:3<233::AID-EAT1>3.0.CO;2-K
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., y Owen, C. (2007). Recurrent binge eating with and without the "undue influence of weight or shape on self-evaluation": Implications for the diagnosis of binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 929-938. doi:10.1016/j.brat.2006.08.011
- Moos, R. H., y Moos, B. S. (1986). *Family Environment Scale Manual*. Palo Alto, C.A: Consulting Psychologists Press
- Morandé, G., Celada, J., y Casas, J. J. (1999). Prevalence of eating disorders in a spanish school-age population. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 24(3), 212-219
- Moreno-Jiménez, B. (2007). *Psicología de la personalidad: procesos*. Madrid: Thomson
- Morgan, J. F., Reid, F., y Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ.Clinical Research*. 319(7223), 1467-1468
- Muro-Sans, P., Amador-Campos, J. A., y Morgan, J. F. (2008). The SCOFF-c: Psychometric properties of the catalan version in a spanish adolescent sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(1), 81-86. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.06.011
- Mussell, M. P., Mitchell, J. E., de Zwaan, M., Crosby, R. D., Seim, H. C., y Crow, S. J. (1996). Clinical characteristics associated with binge eating in obese females: a descriptive study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 20(4), 324-331

- Mussell, M. P., Mitchell, J. E., Weller, C. L., Raymond, N. C., Crow, S. J., y Crosby, R. D. (1995). Onset of binge eating, dieting, obesity, and mood disorders among subjects seeking treatment for binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 17(4), 395-401. doi:10.1002/1098-108X(199505)17:4<395::AID-EAT2260170412>3.0.CO;2-I
- Mussell, M. P., Peterson, C. B., Weller, C. L., Crosby, R. D., de Zwaan, M., y Mitchell, J. E. (1996). Differences in body image and depression among obese women with and without binge eating disorder. *Obesity Research*, 4(5), 431-439
- Nangle, D. W., Johnson, W. G., Carr-Nangle, R. E., y Engler, L. B. (1994). Binge eating disorder and the proposed DSM-IV criteria: Psychometric analysis of the questionnaire of eating and weight patterns. *The International Journal of Eating Disorders*, 16(2), 147-157. doi:10.1002/1098-108X(199409)16:2<147::AID-EAT2260160206>3.0.CO;2-P
- Neven, K., Dymek, M., leGrange, D., Maasdam, H., Boogerd, A. C., y Alverdy, J. (2002). The effects of Roux-en-Y Gastric Bypass Surgery on body image. *Obesity Surgery*, 12(2), 265-269
- Nicholls, D., Chater, R., y Lask, B. (2000). Children into DSM don't go: A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *The International Journal of Eating Disorders*, 28(3), 317-324
- Nisbett, R. E. (1972). Eating behavior and obesity in men and animals. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 7, 173-193
- Norman, D., Blais, M. A., y Herzog, D. (1993). Personality characteristics of eating-disordered patients as identified by the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of Personality Disorders*, 7, 1-9. doi:10.1521/pedi.1993.7.1.1
- Norring, C., y Sohlberg, S. (1988). Eating disorder inventory in Sweden: Description, cross-cultural comparison, and clinical utility. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(5), 567-575. doi:10.1111/j.1600-0447.1988.tb06386.x
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor

- Organización Mundial de la Salud (1995). El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. *Informe de un Comité de expertos de la OMS. Serie de informes técnicos n°854*. Ginebra: WHO
- Palmer, R. L. (1993). Weight concern should not be a necessary criterion for the eating disorders: a polemic. *The International Journal of Eating Disorders*, 14(4), 459-465. doi:10.1002/1098-108X(199312)14:4<459::AID-EAT2260140409>3.0.CO;2-V
- Palmer, B., y Norring, C., (2005). EDNOS the other eating disorders. In C. Norring y B. Palmer (Eds.), *EDNOS. Eating Disorders Not Otherwise Specified* (pp.1-9). New York: Routledge
- Patton, J. H., Stanford, M. S., y Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774. doi:10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1
- Peláez, M. A., Labrador, F. J., y Raich, M. R. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2), 135-148
- Perry, L., Morgan, J., Reid, F., Brunton, J., O'Brien, A., Luck, A., et al. (2002). Screening for symptoms of eating disorders: Reliability of the SCOFF screening tool with written compared to oral delivery. *The International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 466-472. doi:10.1002/eat.10093
- Peterson, C. B., Thuras, P., Ackard, D. M., Mitchell, J. E., Berg, K., Sandager, N., et al. (2010). Personality dimensions in bulimia nervosa, binge eating disorder, and obesity. *Comprehensive Psychiatry*, 51(1), 31-36. doi:10.1016/j.comppsy.2009.03.003
- Picot, A. K., y Lilenfeld, L. R. (2003). The relationship among binge severity, personality psychopathology, and body mass index. *The International Journal of Eating Disorders*, 34(1), 98-107. doi:10.1002/eat.10173
- Pike, K. M., Dohm, F. A., Striegel-Moore, R. H., Wilfley, D. E., y Fairburn, C. G. (2001). A comparison of black and white women with binge eating disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1455-1460

- Pike, K. M., Wilfley, D., Hilbert, A., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., y Striegel-Moore, R. H. (2006). Antecedent life events of binge-eating disorder. *Psychiatry Research*, 142(1), 19-29. doi:10.1016/j.psychres.2005.10.006
- Pinaquy, S., Chabrol, H., Simon, C., Louvet, J. P., y Barbe, P. (2003). Emotional eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women. *Obesity Research*, 11(2), 195-201. doi:10.1038/oby.2003.31
- Pincus, H. A., Frances, A., Davis, W. W., First, M. B., y Widiger, T. A. (1992). DSM-IV and new diagnostic categories: holding the line on proliferation. *The American Journal of Psychiatry*, 149(1), 112-117
- Piñeiro, B., y Sánchez-Planell, L. (2006). Síndrome de atracones nocturnos: situación actual de un trastorno alimentario poco conocido. *Revista Española Obesidad*, 4(1), 24-32
- Piran, N., Lerner, P., Garfinkel, P., Kennedy, S., y Broullete, C. (1988). Personality disorders in anorexic patients. *The International Journal of Eating Disorders*, 7, 589-599. doi:10.1002/1098-108X(198809)7:5<589::AID-EAT2260070502>3.0.CO;2-H
- Polaino-Lorente, A. (2003). Introducción al concepto de personalidad. En A. Polaino-Lorente, J. Cabanyes, y A. del Pozo (Eds.), *Fundamentos de psicología de la personalidad* (pp. 17-52). Madrid: Rialp Ediciones
- Polivy, J., y Herman, C. P. (1985). Dieting and binging. A causal analysis. *The American Psychologist*, 40(2), 193-201. doi:10.1037/0003-066X.40.2.193
- Pomerantz, A. S., Greenberg, I. y Blackburn, G. L. (1977). MMPI profiles of obese men and women. *Psychological Reports*, 41(3), 731-734
- Pope, H. G., Jr, Lalonde, J. K., Pindyck, L. J., Walsh, T., Bulik, C. M., Crow, S. J., et al. (2006). Binge eating disorder: A stable syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 163(12), 2181-2183. doi:10.1176/appi.ajp.163.12.2181
- Powers, P. S., Covert, D. L., Brightwell, D. R., y Stevens, B. A. (1988). Other psychiatric disorders among bulimic patients. *Comprehensive Psychiatry*, 29(5), 503-508. doi:10.1016/0010-440X(88)90066-1

- Prather, R. C., y Williamson, D. A. (1988). Psychopathology associated with bulimia, binge eating and obesity. *The International Journal of Eating Disorders*, 7(2), 177-184. doi:10.1002/1098-108X(198803)7:2<177::AID-EAT2260070204>3.0.CO;2-1
- Probst, M., Vandereycken, W., van Coppenolle, H., y Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating Disorders*, 3, 133-144. doi:10.1080/10640269508249156
- Quintero, J., Fraile, J., García-Moreno, C., Correas, J. y Chinchilla, A. (2003). Aspectos terapéuticos de la obesidad. En A. Chinchilla (Ed.). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. (pp. 267-280). Barcelona: Masson
- Raich, R. M., Deus, J., Muñoz, M. J., Pérez, O., y Requena, A. (1991). Estudio de las conductas alimenticias en una muestra de adolescentes. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 18, 305-315
- Raich, R. M., Mora, M., Sánchez, D., y Torras, J. (2000). Adaptación y calidad psicométrica de la entrevista EDE para la evaluación de los trastornos alimentarios en población universitaria. *Revista de AEETCA (Asociación para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria)*, 1(6), 4-9
- Raich, R. M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I., y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y salud*, 7, 51-66
- Ramacciotti, C. E., Coli, E., Paoli, R., Gabriellini, G., Schulte, F., Castrogiovanni, S., et al. (2005). The relationship between binge eating disorder and non-purging bulimia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 10(1), 8-12
- Ramos-Brieva, J. A., y Cordero, A. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso Españolas Neurología, Psiquiatría*, 14, 324-334
- Ramos-Brieva, J. A., y Cordero, A. (1988) A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *Psychiatry Ressearch*, 22, 21-28
- Raymond, N. C., Bartholome, L. T., Lee, S. S., Peterson, R. E., y Ratz, S. K. (2007). A comparison of energy intake and food selection during laboratory binge eating

- episodes in obese women with and without a binge eating disorder diagnosis. *The International Journal of Eating Disorders*, 40(1), 67-71. doi:10.1002/eat.20312
- Raymond, N. C., Mussell, M. P., Mitchell, J. E., de Zwaan, M., y Crosby, R. D. (1995). An age-matched comparison of subjects with binge eating disorder and bulimia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 18(2), 135-143. doi:10.1002/1098-108X(199509)18:2<135::AID-EAT2260180205>3.0.CO;2-M
- Regina, C., Casper, M. D., Hedeker, D., y Mccough, J. F. (1992). Personality dimensions in Eating Disorders and their relevance for subtyping. *Journal American Child Adolescent Psychiatry*, 31, 830-840. doi:10.1097/00004583-199209000-00008
- Rieger, E., Wilfley, D. E., Stein, R. I., Marino, V., y Crow, S. J. (2005). A comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 37(3), 234-240. doi:10.1002/eat.20101
- Riener, R., Schindler, K., y Ludvik, B. (2006). Psychosocial variables, eating behavior, depression, and binge eating in morbidly obese subjects. *Eating Behaviors*, 7(4), 309-314. doi:10.1016/j.eatbeh.2005.11.004
- Rivas, T., Jiménez, M., y Bersabé, R. (2004). Fiabilidad y validez del Test de Investigación Bulímica de Edimburgo (BITE) en una muestra de adolescentes españoles. *Psicología Conductual*, 3, 447-462
- Robles, M. E., Oberst, U. E., Sánchez-Planell, L., y Chamarro, A. (2006). Adaptación transcultural al castellano de la Eating Disorder Examination. *Medicina Clínica*, 127(19), 734-735
- Rositer, E. M., Agras, W. S., Telch, C. F., y Schneider, J. A. (1993). Cluster B personality disorder characteristics predict outcome in the treatment of bulimia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 13(4), 349-357. doi:10.1002/1098-108X(199305)13:4<349::AID-EAT2260130403>3.0.CO;2-C
- Ruiz-Lázaro, P. M. (2003). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31(2), 85-94
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(3), 429-448. doi:10.1017/S0033291700031974

- Saldaña, C. (1998). Obesidad y trastorno alimentario compulsivo. En M. A. Vallejo, *Manual de terapia de conducta* (Vol.II, pp. 215-275). Madrid: Dykinson. Biblioteca
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13(3), 381-392
- Sánchez-Johnsen, L. A., Dymek, M., Alverdy, J., y le Grange, D. (2003). Binge eating and eating-related cognitions and behavior in ethnically diverse obese women. *Obesity Research*, 11(8), 1002-1009. doi:10.1038/oby.2003.138
- Sánchez-Planell, L., y Fernández-Valdés, R. (2002). Trastorno por atracón y obesidad. *Nutrición y Obesidad*, 5(6), 314-324
- Sánchez-Verna, R. O. (2003). Theodore Millon, aspectos básicos de su teoría de la personalidad y su patología. *PsicoUSF*, 8(2), 163-173
- Sansone, R. A., Levitt, J. L., y Sansone, L. A. (2005). The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders*, 13(1), 7-21. doi:10.1080/10640260590893593
- Santonastaso, P., Ferrara, S., y Favaro, A. (1999). Differences between binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 215-218. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2<215::AID-EAT10>3.0.CO;2-I
- Santonastaso, P., Zanetti, T., Sala, A., Favaretto, G., Vidotto, G., y Favaro, A. (1996). Prevalence of eating disorders in Italy: A survey on a sample of 16-year-old female students. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(3), 158-162. doi:10.1159/000289069
- Sarwer, D. B., Thompson, J. K., y Cash, T. F. (2005). Body image and obesity in adulthood. *The Psychiatric Clinics of North America*, 28(1), 69-87. doi:10.1016/j.psc.2004.09.002
- Schachter, S., Goldman, R., y Gordon, A. (1968). Effects of fear, food deprivation, and obesity on eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10, 129-144. doi:10.1037/h0026284

- Schelling, S., Munsch, S., Meyer, A. H., y Margraf, J. (2011). Relationship between motivation for weight loss and dieting and binge eating in a representative population survey. *The International Journal of Eating Disorders*, 44(1), 39-43. doi:10.1002/eat.20748; 10.1002/eat.20748
- Schlundt, D. G., Taylor, D., Hill, J. O., Sbrocco, T., Pope-Cordle, J., Kasser, T., et al. (1991). A behavioral taxonomy of obese female participants in a weight-loss program. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 53(5), 1151-1158
- Schmidt, M., y Telch, M. (1990). Prevalence of personality disorders among bulimics, nonbulimic binge eater, and normal controls. *Journal of Psychopathological Behavioral Assessment*, 12, 169-185. doi:10.1007/BF00960766
- Schroder, R., Sellman, D., y Elmslie, J. (2010). Addictive overeating: lessons learned from medical students' perceptions of overeaters anonymous. *The New Zealand Medical Journal*, 123(1311), 15-21
- Schultz, D. P., y Schultz, S. E. (2002). *Teorías de la personalidad* (7ª ed., pp.1-31) Madrid: Thomson
- Schwalberg, M. D., Barlow, D. H., Alger, S. A., y Howard, L. J. (1992). Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(4), 675-681. doi:10.1037/0021-843X.101.4.675
- Sexton, M. C., Sunday, S. R., Hurt, S., y Halmi, K. A. (1998). The relationship between alexithymia, depression, and axis II psychopathology in eating disorder inpatients. *The International Journal of Eating Disorders*, 23(3), 277-286. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199804)23:2<277::AID-EAT5>3.0.CO;2-G
- Shapiro, J. R., Woolson, S. L., Hamer, R. M., Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., y Bulik, C. M. (2007). Evaluating binge eating disorder in children: Development of the children's binge eating disorder scale (C-BEDS). *The International Journal of Eating Disorders*, 40(1), 82-89. doi:10.1002/eat.20318
- Sherwood, N. E., Jeffery, R. W., y Wing, R. R. (1999). Binge status as a predictor of weight loss treatment outcome. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 23(5), 485-493

- Shisslak, C. M., Crago, M., y Estes, L. S. (1995). The spectrum of eating disturbances. *The International Journal of Eating Disorders*, 18(3), 209-219. doi:10.1002/1098-108X(199511)18:3<209::AID-EAT2260180303>3.0.CO;2-E
- Sifneos, P. E. (1996). Alexithymia: Past and present. *The American Journal of Psychiatry*, 153(Suppl 7), 137-142
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Hyler, S. E., Kellman, H. D., Doidge, N., y Davies, M. (1993). Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 14(4), 403-416. doi:10.1002/1098-108X(199312)14:4<403::AID-EAT2260140403>3.0.CO;2-X
- Smith, D. E., Marcus, M. D., Lewis, C. E., Fitzgibbon, M., y Schreiner, P. (1998). Prevalence of binge eating disorder, obesity, and depression in a biracial cohort of young adults. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 20(3), 227-232. doi:10.1007/BF02884965
- Smith, M. C., y Thelen, M. H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5), 863-872. doi:10.1037/0022-006X.52.5.863
- Solomon, S. M., y Kirby, D. F. (1990). The refeeding syndrome: a review. *Journal of Parenteral & Enteral Nutrition*, 14(1), 90-97. doi:10.1177/014860719001400190
- Specker, S., de Zwaan, M., Raymond, N., y Mitchell, J. (1994). Psychopathology in subgroups of obese women with and without binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 35(3), 185-190. doi:10.1016/0010-440X(94)90190-2
- Spindler, A., y Milos, G. (2007). Links between eating disorder symptom severity and psychiatric comorbidity. *Eating Behaviors*, 8(3), 364-373. doi:10.1016/j.eatbeh.2006.11.012
- Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., et al. (1992). Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *The International Journal of Eating Disorders*, 11(3), 191-203. doi:10.1002/1098-108X(199204)11:3<191::AID-EAT2260110302>3.0.CO;2-S
- Spitzer, R. L., Stunkard, A., Yanovski, S., Marcus, M. D., Wadden, T., Wing, R., et al. (1993). Binge eating disorder should be included in DSM-IV: a reply to Fairburn et

- al.'s "the classification of recurrent overeating: The binge eating disorder proposal". *The International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 161-169. doi:10.1002/1098-108X(199303)13:2<161::AID-EAT2260130204>3.0.CO;2-R
- Spitzer, R. L., Williams, J. W., Gibbon, M., y First, M. B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R- Personality Disorders*. Washington: American Psychiatric Press
- Spitzer, R.L., Yanovski, S. Z. y Marcus, M. D. (1993). *The Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R)*. New York: NY State Psychiatric Institute
- Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard, A., et al. (1993). Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *The International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 137-153. doi:10.1002/1098-108X(199303)13:2<137::AID-EAT2260130202>3.0.CO;2--#
- Spurrell, E. B., Wilfley, D. E., Tanofsky, M. B., y Brownell, K. D. (1997). Age of onset for binge eating: Are there different pathways to binge eating?. *The International Journal of Eating Disorders*, 21(1), 55-65. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199701)21:1<55::AID-EAT7>3.0.CO;2-2
- Steinhausen, H. C., Winkler, C., y Meier, M. (1997). Eating disorders in adolescence in a swiss epidemiological study. *The International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 147-151. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:2<147::AID-EAT5>3.0.CO;2-F
- Stice, E., y Agras, W.S. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analysis. *Behavior Therapy*, 29, 257-276. doi:10.1016/S0005-7894(98)80006-3
- Stice, E., y Agras, W. S. (1999). Subtyping bulimic women along dietary restraint and negative affect dimensions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 460-469. doi:10.1002/eat.1050
- Strack, S. (1999). Millon`s normal personality styles and dimensions. *Journal of Personality Assessment*, 72(3), 426-436. doi:10.1207/S15327752JP720307
- Striegel-Moore, R. H., Cachelin, F. M., Dohm, F. A., Pike, K. M., Wilfley, D. E., y Fairburn, C. G. (2001). Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a

- community sample. *The International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 157-165. doi:10.1002/1098-108X(200103)29:2<157::AID-EAT1005>3.0.CO;2-8
- Striegel-Moore, R. H., Dohm, F. A., Hook, J. M., Schreiber, G. B., Crawford, P. B., y Daniels, S. R. (2005). Night eating syndrome in young adult women: Prevalence and correlates. *The International Journal of Eating Disorders*, 37(3), 200-206. doi:10.1002/eat.20128
- Striegel-Moore, R. H., Dohm, F. A., Kraemer, H. C., Schreiber, G. B., Taylor, C. B., y Daniels, S. R. (2007). Risk factors for binge-eating disorders: An exploratory study. *The International Journal of Eating Disorders*, 40(6), 481-487. doi:10.1002/eat.20400
- Striegel-Moore, R. H., Dohm, F. A., Solomon, E. E., Fairburn, C. G., Pike, K. M., y Wilfley, D. E. (2000). Subthreshold binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 27(3), 270-278. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(200004)27:3<270::AID-EAT3>3.0.CO;2-1
- Striegel-Moore, R. H., y Franko, D. L. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 34(Suppl), 19-29. doi:10.1002/eat.10202
- Striegel-Moore, R. H., Garvin, V., Dohm, F. A., y Rosenheck, R. A. (1999). Eating disorders in a national sample of hospitalized female and male veterans: Detection rates and psychiatric comorbidity. *The International Journal of Eating Disorders*, 25(4), 405-414. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199905)25:4<405::AID-EAT5>3.0.CO;2-F
- Striegel-Moore, R. H., Wilson, G. T., Wilfley, D. E., Elder, K. A., y Brownell, K. D. (1998). Binge eating in an obese community sample. *The International Journal of Eating Disorders*, 23(1), 27-37. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199801)23:1<27::AID-EAT4>3.0.CO;2-3
- Strober, M. (1981). The relation of personality characteristics to body image disturbances in juvenile anorexia nervosa: A multivariate analysis. *Psychosomatic Medicine*, 43(4), 323-330
- Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *The Psychiatric Quarterly*, 33, 284-295. doi:10.1007/BF01575455
- Stunkard, A. J., y Allison, K. C. (2003). Binge eating disorder: Disorder or marker?. *The International Journal of Eating Disorders*, 34 (Suppl), 107-16. doi:10.1002/eat.10210

- Stunkard, A. J., Grace, W. J., y Wolff, H. G. (1955). The night-eating syndrome; a pattern of food intake among certain obese patients. *The American Journal of Medicine*, 19(1), 78-86
- Stunkard, A. J., y Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(1), 71-83. doi:10.1016/0022-3999(85)90010-8
- Sullivan, P. F., Bulik, C. M., y Kendler, K. S. (1998). Genetic epidemiology of bingeing and vomiting. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 173, 75-79
- Svanum, S., Lantz, J. B., Lauer, J. B., Wampler, R. S., y Madura, J. A. (1981). Correspondence of the MMPI and the MMPI-168 with intestinal bypass surgery patients. *Journal of Clinical Psychology*, 37(1), 137-141. doi:10.1002/1097-4679(198101)37:1<137::AID-JCLP2270370126>3.0.CO;2-Y
- Tanofsky, M. B., Wilfley, D. E., Spurrell, E. B., Welch, R., y Brownell, K. D. (1997). Comparison of men and women with binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 21(1), 49-54. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199701)21:1<49::AID-EAT6>3.0.CO;2-3
- Taylor, G. J., Ryan, D., y Bagby, R. M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(4), 191-199. doi:10.1159/000287912
- Telch, C. F., y Agras, W. S. (1996). Do emotional states influence binge eating in the obese?. *The International Journal of Eating Disorders*, 20(3), 271-279. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199611)20:3<271::AID-EAT6>3.0.CO;2-L
- Telch, C. F., Agras, W. S., y Rossiter, E. M. (1988). Binge Eating increases with increasing adiposity. *The International Journal of Eating Disorders*, 7(1), 115-119. doi:10.1002/1098-108X(198801)7:1<115::AID-EAT2260070112>3.0.CO;2-W
- Telch, C. F., y Stice, E. (1998). Psychiatric comorbidity in women with binge eating disorder: Prevalence rates from a non-treatment-seeking sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 768-776. doi:10.1037/0022-006X.66.5.768

- Thelen, M. H., Farmer, D., Wonderlich, D., y Smith, M. (1991). A revision of the Bulimia Test: the BULIT-R. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 119-124. doi:10.1037/1040-3590.3.1.119
- Tisdale, M. J., Pendleton, L., y Marler, M. (1990). MCMI characteristics of DSM-III-R bulimics. *Journal of Personality Assessment*, 55(3-4), 477-483. doi:10.1207/s15327752jpa5503&4\_7
- Tobin, D. L., Griffing, A., y Griffing, S. (1997). An examination of subtype criteria for bulimia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 179-186. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:2<179::AID-EAT10>3.0.CO;2-X
- Toro, J. (1999). Diagnóstico y psicopatología de la anorexia nerviosa. *Jano N°30 .Medicina y Humanidades*, 56(1298), 38-40
- Turón, V. J. (1999). Diagnóstico y psicopatología de la bulimia nerviosa. *Jano N°30 .Medicina y Humanidades*, 56(1298), 44-48
- Turón, V. J. (2003). Historia, clasificación y diagnóstico de los trastornos de la alimentación. En V. J. Turón (Ed.), *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad* (pp. 3-15). Barcelona: Masson
- Vandereycken, W. (1990). The addiction model in eating disorders: some critical remarks and a selected bibliography. *The International Journal of Eating Disorders*, 9(1), 95-101. doi:10.1002/1098-108X(199001)9:1<95::AID-EAT2260090111>3.0.CO;2-Z
- Vandereycken, W., y Pierloot, R. (1983). The significance of subclassification in anorexia nervosa: A comparative study of clinical features in 141 patients. *Psychological Medicine*, 13(3), 543-549. doi:10.1017/S0033291700047978
- van Hanswijck de Jonge, P., van Furth, E. F., Lacey, J. H., y Waller, G. (2003). The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. *Psychological Medicine*, 33(7), 1311-1317. doi:10.1017/S0033291703007505
- van Strien T., Frijters, J. E., Bergers, G. P., y Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *The International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 295-315. doi:10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T

- Varnado, P. J., Williamson, D. A., Bentz, B. G., Ryan, D. H., Rhodes, S. K., y O'Neill, P. M. (1997). Prevalence of binge eating disorder in obese adults seeking weight loss treatment. *Eating Weight Disorder*, 2, 117-124
- Vartanian, L. R., y Novak, S. A. (2011). Internalized societal attitudes moderate the impact of weight stigma on avoidance of exercise. *Obesity (Silver Spring)*, 19(4), 757-762. doi:10.1038/oby.2010.234
- Vázquez, C. (1995). Evaluación de trastornos depresivos y bipolares. En A. Roa (Ed.), *Evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp.163-209). Madrid: CEPE
- Vázquez-Morejón, A. J., García-Boveda, R. J., y Vázquez-Morejón Jiménez, R. (2007). Psychometric characteristics of spanish adaptation of a test for bulimia (BULIT). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(5), 309-314
- Vervaet, M., van Heeringen, C., y Audenaert, K. (2004). Personality-related characteristics in restricting versus bingeing and purging eating disordered patients. *Comprehensive Psychiatry*, 45(1), 37-43. doi:10.1016/j.comppsy.2003.09.008
- Volery, M., Carrard, I., Rouget, P., Archinard, M., y Golay, A. (2006). Cognitive distortions in obese patients with or without eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 11(4), 123-126
- Wade, T. D., Bergin, J. L., Tiggemann, M., Bulik, C. M., y Fairburn, C. G. (2006). Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult australian twin cohort. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 121-128. doi:10.1111/j.1440-1614.2006.01758.x
- Wadden, T. A., Faulconbridge, L. F., Jones-Corneille, L. R., Sarwer, D. B., Fabricatore, A. N., Thomas, J. G., et al. (2011). Binge eating disorder and the outcome of bariatric surgery at one year: A prospective, observational study. *Obesity (Silver Spring)*, 19(6), 1220-1228. doi:10.1038/oby.2010.336
- Walsh, B. T., y Sysko, R. (2009). Broad categories for the diagnosis of eating disorders (BCD-ED): An alternative system for classification. *The International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 754-764. doi:10.1002/eat.20722

- Wear, R.V., y Pratz, O. (1987). Test-retest reliability for the Eating Disorders Inventory. *The International Journal of Eating Disorders*, 6(6), 767-769. doi:10.1002/1098-108X(198711)6:6<767::AID-EAT2260060611>3.0.CO; 2-V
- Welch, G., Thompson, L., y Hall, A. (1993). The BULIT-R: Its reliability and clinical validity as a screening tool for DSM-III-R bulimia nervosa in a female tertiary education population. *The International Journal of Eating Disorders*, 14(1), 95-105. doi:10.1002/1098-108X(199307)14:1<95::AID-EAT2260140113>3.0.CO;2-Z
- Westenhöfer, J. (2001). Prevalence of eating disorders and weight control practices in Germany in 1990 and 1997. *The International Journal of Eating Disorders*, 29, 477-481. doi:10.1002/eat.1045
- White, M. A., y Grilo, C. M. (2005). Psychometric properties of the food craving inventory among obese patients with binge eating disorder. *Eating Behaviors*, 6(3), 239-245. doi:10.1016/j.eatbeh.2005.01.001
- White, M. A., Whisenhunt, B. L., Williamson, D. A., Greenway, F. L., y Netemeyer, R. G. (2002). Development and validation of the food-craving inventory. *Obesity Research*, 10(2), 107-114. doi:10.1038/oby.2002.17
- Whitehouse, A. M., Cooper, P. J., Vize, C. V., Hill, C., y Vogel, L. (1992). Prevalence of eating disorders in three Cambridge general practices: Hidden and conspicuous morbidity. *The British Journal of General Practice*, 42(355), 57-60
- Wiederman, M. W., y Pryor, T. L. (1997). MCMI-II personality scale scores among women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Journal of Personality Assessment*, 69(3), 508-516. doi:10.1207/s15327752jpa6903\_6
- Wilfley, D. E., Bishop, M. E., Wilson, G. T., y Agras, W. S. (2007). Classification of eating disorders: Toward DSM-V. *The International Journal of Eating Disorders*, 40(Suppl), 123-129. doi:10.1002/eat.20436
- Wilfley, D. E., Friedman, M. A., Douchis, J. Z., Stein, R. I., Welch, R. R., y Ball, S. A. (2000). Comorbid psychopathology in binge eating disorder: Relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 641-649. doi: 101037/0022-006X.68.4.641

- Wilfley, D. E., Pike, K. M., Dohm, F. A., Striegel-Moore, R. H., y Fairburn, C. G. (2001). Bias in binge eating disorder: How representative are recruited clinic samples?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 383-388. doi:10.1037/0022-006X.69.3.383
- Wilfley, D. E., Schwartz, M. B., Spurrell, E. B., y Fairburn, C. G. (1997). Assessing the specific psychopathology of binge eating disorder patients: Interview or self-report?. *Behaviour Research and Therapy*, 35(12), 1151-1159. doi:10.1016/S0005-7967(97)80010-1
- Wilfley, D. E., Schwartz, M. B., Spurrell, E. B., y Fairburn, C. G. (2000). Using the Eating Disorder Examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 27(3), 259-269. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(200004)27:3<259::AID-EAT>3.0.CO;2-G
- Wilfley, D. E., Wilson, G. T., y Agras, W. S. (2003). The clinical significance of binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 34(Suppl), 96-106. doi:10.1002/eat.10209
- Wilson, G.T. (1991). The addiction model of eating disorders: A critical analysis. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 13, 27-72. doi:10.1016/0146-6402(91)90013-Z
- Wilson, G. T., Nonas, C. A., y Rosenblum, G. D. (1993). Assessment of binge eating in obese patients. *The International Journal of Eating Disorders*, 13(1), 25-33. doi:10.1002/1098-108X(199301)13:1<25::AID-EAT2260130104>3.0.CO;2-T
- Wilson, G. T., y Sysko, R. (2009). Frequency of binge eating episodes in bulimia nervosa and binge eating disorder: Diagnostic considerations. *The International Journal of Eating Disorders*, 42(7), 603-610. doi:10.1002/eat.20726
- Williamson, D. A., Gleaves, D. H., y Savin, S. S. (1992). Empirical classification of eating disorder not otherwise specified: support for DSM-IV changes. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 14, 201-216. doi:10.1007/BF00965175
- Williamson, D. A., Gleaves, D. H., y Stewart, T. M. (2005). Categorical versus dimensional models of eating disorders: An examination of the evidence. *The International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 1-10. doi:10.1002/eat.20074

- Williamson, D. A., Martin, C. K., y Stewart, T. (2004). Psychological aspects of eating disorders. *Best Practice y Research. Clinical Gastroenterology*, 18(6), 1073-1088. doi:10.1016/j.bpg.2004.06.023
- Wise, T. N., y Fernández-Aranda, F. (1979). Psychological profiles of candidates seeking surgical correction for obesity. *Obesity and Bariatric Medicine*, 8, 83-86
- Wonderlich, S. A., Gordon, K. H., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., y Engel, S. G. (2009). The validity and clinical utility of binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 687-705. doi:10.1002/eat.20719
- Wonderlich, S. A. y Mitchell, J. E. (1992). Eating disorders and personality disorders. In J. Yager, H. E. Gwirtsmin y C. K. Edelstein (Eds.), *Special Problems in Managing Eating Disorders* (51–86). New York: American Psychiatric Press
- Wonderlich, S. A., Swift, W. J., Slotnick, H. B., y Goodman, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating disorders subtypes. *The International Journal of Eating Disorders*, 9(6), 607-616. doi :10.1002/1098-108X(199011)9:6<607::AID-EAT2260090603>3.0.CO;2-0
- World Health Organization (1990). *CID-I. Compositive International Diagnostic Interview, versión 1.0*. Geneve:WHO
- Yanovski, S. Z. (1993). Binge eating disorder: Current knowledge and future directions. *Obesity Research*, 1(4), 306-324
- Yanovski, S. Z., Leet, M., Yanovski, J. A., Flood, M., Gold, P. W., Kissileff, H. R., et al. (1992). Food selection and intake of obese women with binge-eating disorder. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 56(6), 975-980
- Yanovski, S. Z., Nelson, J. E., Dubbert, B. K., y Spitzer, R. L. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *The American Journal of Psychiatry*, 150(10), 1472-1479
- Yates, W. R., Sieleni, B., Reich, J., y Brass, C. (1989). Comorbidity of bulimia nervosa and personality disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 50(2), 57-59

Yeomans, M. R., Leitch, M., y Mobini, S. (2008). Impulsivity is associated with the disinhibition but not restraint factor from the three factor eating questionnaire. *Appetite*, 50(3), 469-476. doi:10.1016/j.appet.2007.10.002

---

## **IX- Anexos**

---



## **ÍNDICE DE ANEXOS**

**Anexo 1** - Criterios diagnósticos de la AN según DSM-IV (APA, 1994)

**Anexo 2** - Criterios diagnósticos de la BN según DSM-IV (APA, 1994)

**Anexo 3** - Estudios de prevalencia de trastornos de la personalidad en AN, BN y TA

**Anexo 4** - Cuestionario empleado para la recogida de datos

**Anexo 5** - Descripción de las variables que integran el cuestionario

**Anexo 6** - Aprobación del Centro ABB para llevar a cabo la investigación

**Anexo 7** - Documentación presentada al Comité de Ética de la UIC

**Anexo 8** - Aprobación del Comité de Ética de la investigación



---

**Anexo 1- Criterios diagnósticos de la AN según DSM IV (APA, 1994)**

---



**Anexo 1-**

- A) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- B) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación, o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D) En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo con la administración de estrógenos).

*Especificar el tipo:*

**Tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

**Tipo compulsivo/purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).



---

**Anexo 2- Criterios diagnósticos de la BN según DSM-IV (APA, 1994)**

---



**Anexo 2-**

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

*Especificar tipo:*

**Tipo purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

**Tipo No purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.



---

**Anexo 3– Estudios de prevalencia de trastornos de la personalidad en AN, BN y TA**

---



## Anexo 3 – Estudios de prevalencia de los TP en AN, BN y TA\*

Studies Relating to the Prevalence of Personality Disorders Among Those with Anorexia Nervosa. Restricting Type.											
First author	Year	Measure	N	Anti n (%)	Av n (%)	Bor n (%)	Dep n (%)	His n (%)	Nar n (%)	OC n (%)	Clus A n (%)
Piran	1988	DIB Int	30	0 (0)	10 (33)	11 (37)	3 (10)	0 (0)	0 (0)	1 (3)	0 (0)
Gartner	1989	PDE	6	0 (0)	2 (33)	2 (33)	1 (17)	0 (0)	1 (17)	1 (17)	2 (33)
Wonderlich	1990	SCID-II	10	NA	2 (20)	2 (20)	4 (40)	2 (20)	NA	6 (60)	NA
McClelland	1991	Int	28	0 (0)	1 (4)	0 (0)	2 (7)	0 (0)	0 (0)	4 (18)	0 (0)
Herzog	1992	SCID-II	31	0 (0)	3 (10)	0 (0)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	3 (10)	1 (3)
Thornton	1997	PDE	17	NA	NA	NA	NA	NA	NA	6 (35)	NA
Lilenfeld	1998	SCID-II	26	NA	NA	NA	NA	NA	NA	12 (46)	NA
Matsugana	1998	SCID-II	36	0 (0)	9 (25)	2 (6)	6 (17)	0 (0)	2 (6)	7 (19)	3 (8)
Diaz-Marsa	2000	SCID-II	25	NA	5 (20)	2 (8)	1 (4)	NA	NA	4 (16)	NA
Matsugana	2000	SCID-II	10	NA	2 (20)	0 (0)	NA	NA	NA	3 (30)	NA
Anorexia Nervosa. Binge-Eating/Purging Type AN											
Piran	1988	DIB Int	38	0 (0)	3 (8)	16 (42)	3 (8)	5 (13)	0 (0)	1 (3)	0 (0)
Gartner	1989	PDE	21	0 (0)	7 (33)	7 (33)	4 (19)	1 (5)	2 (10)	8 (38)	1 (5)
Yager	1989	PDQ	15	0 (0)	6 (40)	5 (33)	8 (53)	4 (27)	0 (0)	2 (15)	NA
Wonderlich	1990	SCID-II	10	NA	6 (60)	2 (20)	4 (40)	0 (0)	NA	0 (0)	NA
McClelland	1991	Int	12	0 (0)	0 (0)	2 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	0 (0)
Herzog	1992	SCID-II	88	2 (2)	6 (7)	11 (12)	5 (6)	6 (7)	0 (0)	4 (4)	4 (4)
Matsugana	1998	SCID-II	30	0 (0)	8 (27)	11 (37)	6 (20)	11 (37)	2 (7)	5 (17)	2 (7)
Diaz-Marsa	2000	SCID-II	17	NA	NA	5 (29)	NA	4 (24)	NA	3 (18)	NA
Matsugana	2000	SCID-II	16	NA	3 (19)	4 (25)	NA	NA	NA	6 (38)	NA
Bulimia Nervosa											
First author	Year	Measure	N	Anti n (%)	Av n (%)	Bor n (%)	Dep n (%)	His n (%)	Nar n (%)	OC n (%)	Clus A n (%)
Gwirtsman	1983	Int	18	0 (0)	1 (5)	8 (44)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Levin	1986	PDQ.Int	24	0 (0)	0 (0)	6 (25)	0 (0)	9 (38)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Pope	1987	DIB	52	--	--	1 (2)	--	--	--	--	--
Frankel	1988	PDE	35	NA	NA	7 (20)	NA	NA	NA	NA	NA
Powers	1988	SCID-II	30	6 (20)	3 (10)	7 (23)	0 (0)	16 (53)	3 (10)	10 (33)	10 (33)
Gartner	1989	PDE	8	0 (0)	2 (25)	3 (38)	3 (38)	1 (13)	1 (13)	0 (0)	0 (0)
Yager	1989	PDQ	300	12 (4)	107 (36)	142 (47)	139 (46)	116 (39)	2 (1)	37 (12)	--
Yates	1989	PDQ	30	1 (3)	1 (3)	4 (13)	10 (33)	10 (33)	1 (3)	11 (37)	12 (40)
Pyle	1990	PDQ-R	46	--	--	18 (39)	--	--	--	--	--
Schmidt	1990	PDE	23	0 (0)	0 (0)	8 (35)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4)
Wonderlich	1990	SCID-II	16	NA	3 (19)	3 (19)	3 (19)	5 (31)	NA	2 (13)	NA
Zanarini	1990	DIPD	34	1 (3)	6 (18)	12 (35)	3 (9)	4 (12)	1 (3)	3 (9)	6 (18)
McCann	1991	PDE	19	0 (0)	3 (16)	3 (16)	3 (16)	3 (16)	3 (16)	4 (21)	0 (0)
Ames-Frankel	1992	PDE	83	NA	9 (11)	19 (23)	10 (12)	8 (10)	NA	NA	NA
Herzog	1992	SCID-II	91	0 (0)	2 (2)	7 (8)	1 (1)	6 (7)	1 (1)	3 (3)	4 (4)
Bossert-Zaudig	1993	Int	24	0 (0)	2 (4)	3 (8)	0 (0)	7 (29)	--	0 (0)	--
Rossiter	1993	PDE	71	8 (11)	10 (14)	15 (21)	10 (14)	5 (7)	7 (10)	7 (10)	3 (4)
Sunday	1993	SCID-II	91	NA	NA	44 (48)	NA	NA	NA	NA	NA
Carroll	1996	PDE	30	0 (0)	3 (10)	3 (10)	2 (7)	0 (0)	1 (3)	2 (7)	3 (10)
Steiger, et al.	1996	SCID-II	61	NA	NA	14 (23)	NA	NA	NA	NA	NA
Lilenfeld	1998	PDE	47	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2 (4)	NA
Matsugana	1998	SCID-II	42	5 (12)	8 (19)	8 (19)	7 (17)	4 (10)	4 (10)	5 (12)	4 (10)
Rosotto	1998	SCID-II	80	4 (5)	11 (14)	20 (25)	13 (16)	12 (15)	14 (18)	16 (20)	10 (13)
Diaz-Marsa	2000	SCID-II	17	NA	4 (13)	7 (23)	5 (17)	NA	NA	NA	3 (10)
Inceoglu	2000	PDQ-R	34	1 (3)	9 (27)	12 (35)	10 (29)	9 (27)	6 (18)	6 (18)	15 (44)
Matsugana	2000	SCID-II	42	8 (19)	5 (12)	8 (19)	7 (17)	4 (10)	4 (10)	5 (12)	4 (10)
Godt	2002	Int	81	0 (0)	15 (18)	5 (6)	11 (14)	6 (7)	1 (1)	3 (4)	4 (5)
van Hanswijck	2003	IPDE	35	3 (9)	10 (29)	15 (43)	1 (3)	1 (3)	0 (0)	5 (14)	4 (11)
Binge Eating Disorder											
First author	Year	Measure	N	Anti n (%)	Av n (%)	Bor n (%)	Dep n (%)	His n (%)	Nar n (%)	OC n (%)	Clus A n (%)
Yanovski	1993	SCID-II	43	0 (0)	4 (9)	6 (14)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (7)	0 (0)
Specker	1994	PDQ-R	43	2 (5)	11 (26)	13 (30)	9 (21)	20 (47)	6 (14)	11 (26)	21 (49)
Raymond	1995	PDQ-R	35	2 (6)	9 (26)	10 (29)	6 (18)	15 (43)	4 (11)	11 (31)	16 (46)
Telch	1998	SCID-II	61	0 (0)	4 (7)	4 (7)	2 (3)	0 (0)	0 (0)	3 (5)	3 (5)
Grilo	2000	DIPD-IV	70	4 (6)	15 (21)	6 (9)	2 (3)	1 (1)	4 (6)	18 (26)	11 (16)
Wilfrey	2000	SCID-II	162	2 (1)	9 (6)	15 (9)	1 (1)	0 (0)	4 (3)	23 (914)	10 (6)
Picot	2003	SCID-II	50	NA	6 (12)	1 (2)	NA	NA	NA	5 (50)	NA
van Hanswijck	2003	IPDE	15	0 (0)	3 (20)	1 (7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (13)	2 (13)

Note: Anti= antisocial. Av= avoidant. Bor= borderline. Clus A=cluster A. Dep= dependent. DIPD-IV= diagnostic Interview for Personality Disorder-IV. His= histrionic. Int=clinical interview. IPDE= International Personality Disorders Examination. NA= not available. NAR= narcissistic. OC=obsessive-compulsive. PDQ-R= Personality Diagnostic Questionnaire-Revised, SCID-II= Structured Clinical Interview for DSM Personality Disorders: sumn subtotals may differ as some studies either did not examine or report on all personality disorders.

\*adaptada de Sansone, Levitt y Sansone (2005)



---

**Anexo 4- Cuestionario empleado para la recogida de datos**

---



## Anexo 4-

**CUESTIONARIO INTEGRADO PARA PACIENTES CON TRASTORNO  
DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

**Identificación**

A- N° HC =

--	--	--	--

B- N° asignado =

--	--	--	--

1- Caso (diagn. DSM-IV)

0= BNnoP(307.51) 1= BNP(307.51) 2= TA (307.50) **I - VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

2- Edad

--	--

3- Estado civil

- 0- soltera  
1- casada  
2- separada/divorciada  
3- viuda  
4- viviendo en pareja


1- Ocupación laboral

- 0-estudia  
1- trabaja  
2- estudia y trabaja  
3- labores domésticas  
4- baja laboral  
5- en paro


2- Nivel de estudios

- 0- sin estudios  
1- estudios primarios  
2- estudios secundarios  
3- estudios universitarios (diplomatura/licenciatura)  
4- otros: F.P., módulos...

**II - ANTECEDENTES FAMILIARES****Grupo familiar**

NO SI

3- Tiene hijos:

4- N° de hijos

--	--

5- N° de hermanos (incluida paciente)

--	--

6- Estado civil de los padres:

- 0- soltero/a  
1- casado/a  
2- separado/a-divorciado/a  
3- viudo/a  
4- otros (nueva pareja..)

Padre

Madre

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Patología familiar

### 10-Antecedentes familiares de TCA

	NO	SI
1- madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- hija/o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- hermana/o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- otros (miembro 2º grado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- en más de un miembro de 1er grado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especificar:.....		

### 11- Antecedentes familiares psiquiátricos

	NO	SI
1- madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- hija/o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- hermana/o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- otros (miembro 2º grado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- en más de un miembro de 1er grado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especificar:.....		

### 12- Adicción al alcohol en familiares de primer grado

	NO	SI
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 13- Adicción a sustancias en familiares de primer grado

	NO	SI
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especificar .....

### 14- Antecedentes familiares de obesidad

0- No	<input type="checkbox"/>
1- Si	<input type="checkbox"/>
2- sobrepeso	<input type="checkbox"/>

## III - ANTECEDENTES PERSONALES

### 15- Antecedentes de TCA

0- No	<input type="checkbox"/>
1- BN	<input type="checkbox"/>
2- AN	<input type="checkbox"/>
3- TCANE	<input type="checkbox"/>
4- rasgos anorexígenos	<input type="checkbox"/>
5- TA	<input type="checkbox"/>

### 16- Antecedentes psiquiátricos

	NO	SI
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especificar.....

### 17- Antecedentes personales de adicción al alcohol

	NO	SI
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 18- Antecedentes personales de adicción a sustancias

	NO	SI
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especificar .....

### 19- Antecedentes de obesidad en la infancia

0- No	<input type="checkbox"/>
1- Si	<input type="checkbox"/>
2- sobrepeso	<input type="checkbox"/>

**IV - HISTORIA DE LA ENFERMEDAD****A) Acontecimientos vitales negativos**

	NO	SI
20- Acontecimiento vital "separación o divorcio"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21- Acontecimiento vital "muerte de un familiar o pareja"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22- Acontecimiento vital "abuso sexual o violación"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23- Acontecimiento vital "malos tratos"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24- Acontecimiento vital "aborto"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25- Acontecimiento vital "otros"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especificar: .....

**B) Datos clínicos**

26- Talla (cm.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
27- Peso actual (Kg.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
28- Índice de Quetelet- IMC	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
29- Grupo IMC	<input type="text"/>		

**Sintomatología clínica (cuestionario ABB)**

**Síntomas conductuales** ausencia (una vez semana o mes) y presencia (dos o más veces por semana)

	NO	SI
30- Atracones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31- Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32- Uso de laxantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33- Uso de diuréticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34- Tirar comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35- Saltarse ingestas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36- Evitación de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37- Consumo habitual de comida light	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38- Uso de anorexígenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39- Hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40- Pesarse compulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41- Medirse compulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42- Mirarse obsesivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43- Sigue habitualmente dieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44- Come alimentos calóricos en poco tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45- Pica entre horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46- Oscilaciones más 5kg. de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47- Consumo de tabaco	0- no sucede hace 3 meses	<input type="checkbox"/>
	1- una vez al mes	<input type="checkbox"/>
	2- una vez a la semana	<input type="checkbox"/>
	3- dos o tres veces a la semana	<input type="checkbox"/>
	4- casi a diario (más de tres veces semana) o diario	<input type="checkbox"/>
48- Consumo de alcohol	0- no sucede hace 3 meses	<input type="checkbox"/>
	1- una vez al mes	<input type="checkbox"/>
	2- una vez a la semana	<input type="checkbox"/>
	3- dos o tres veces a la semana	<input type="checkbox"/>
	4- casi a diario (más de tres veces semana) o diario	<input type="checkbox"/>

- 49- Intervenciones quirúrgicas por obesidad /estética
- |                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| 0- no                   | <input type="checkbox"/> |
| 1- por obesidad         | <input type="checkbox"/> |
| 2- por estética         | <input type="checkbox"/> |
| 3- ambas intervenciones | <input type="checkbox"/> |

**Síntomas cognitivo-afectivos** ausencia (ausente o poco) y presencia (moderada, bastante o mucha)

- |   | Ausencia                 | Presencia                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 50- Preocupación obsesiva por la silueta                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51- Preocupación obsesiva por la comida                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52- Ansiedad con la comida  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53- Distorsión del esquema corporal                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54- Obsesión por el trabajo/ estudios                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 55- Alexitimia  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 56- Ideación suicida  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57- Recuerdos de la infancia de comentarios acerca de la silueta o peso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58- Falta de sensación general bienestar                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 59- Baja aceptación yoica   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60- Baja tolerancia a la frustración                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 61- Baja tolerancia a la crítica  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 62- Baja capacidad para afrontar de conflictos                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 63- Baja tolerancia al estrés   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 64- Falta de asertividad  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 65- Falta de conciencia de enfermedad                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Impulsividad**

- |                          | Ausencia                 | Presencia                |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 66- Autoagresividad      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 67- Intentos de suicidio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 68- Promiscuidad sexual  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 69- Cleptomanía          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 70- Compras compulsivas  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 71- Ludopatía            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**V - BATERÍA PSICOMÉTRICA**

1) Escalas de la conducta alimentaria

72- Eating attitudes Test (EAT-40). Puntuación global

Multidimensional Eating Disorder Inventory (EDI-2). Puntuación de cada escala

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 73- Obsesión por la delgadez (DT)   | <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> |
| 74- Bulimia (B)                     | <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> |
| 75- Insatisfacción corporal (BD)    | <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> |
| 76- Ineficacia (I)                  | <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> |
| 77- Perfeccionismo (P)              | <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> |
| 78- Desconfianza Interpersonal (ID) | <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> |
| 79- Conciencia Interoceptiva (IA)   | <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> |
| 80- Miedo a la madurez (MF)         | <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> |

81- Ascetismo (A)	<input type="text"/>
82- Impulsividad (IR)	<input type="text"/>
83- Inseguridad Social (SI)	<input type="text"/>

## 2) Estudio de la personalidad

Inventario Clínico Multiaxial de Millon (**MCMII-II**) Puntuación de cada subescala:

84- Deseabilidad	<input type="text"/>
85- Alteración	<input type="text"/>
86- Sinceridad	<input type="text"/>
87- Esquizoide (1)	<input type="text"/>
88- Fóbica (2)	<input type="text"/>
89- Dependiente (3)	<input type="text"/>
90- Histriónico (4)	<input type="text"/>
91- Narcisista (5)	<input type="text"/>
92- Antisocial (6A)	<input type="text"/>
93- Agresivo- sádica (6B)	<input type="text"/>
94- Compulsiva (7)	<input type="text"/>
95- Pasivo-agresiva (8A)	<input type="text"/>
96- Autodestructiva (8B)	<input type="text"/>
97- Esquizotípico (S)	<input type="text"/>
98- Límite (C)	<input type="text"/>
99- Paranoide (P)	<input type="text"/>
100- Ansiedad (A)	<input type="text"/>
101- Histeriforme (H)	<input type="text"/>
102- Hipomanía (N)	<input type="text"/>
103- Neurosis depresiva (D)	<input type="text"/>
104- Abuso de alcohol (B)	<input type="text"/>
105- Abuso de drogas (T)	<input type="text"/>
106- Pensamiento psicótico (SS)	<input type="text"/>
107- Depresión mayor (CC)	<input type="text"/>
108- Delirio psicótico (PP)	<input type="text"/>

## 3) Escalas trastornos afectivos

109- <u>Hamilton Ansiedad (HAM-A)</u> Puntuación	<input type="text"/>
110- <u>Hamilton Depresión (HAM-D)</u> Puntuación	<input type="text"/>



---

**Anexo 5- Descripción de las variables que integran el cuestionario**

---



## Anexo 5-

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN

## A-Número de historia clínica

## B-Número de asignación

**1-Caso:** diagnóstico de trastorno alimentario según criterios DSM-IV (APA, 1994) según se trate de BNnoP (0), BNP (1) o TA (2).

## I- VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

**2- Edad:** del paciente en el momento en que se realizó el estudio, teniendo en cuenta que todas eran mayores de edad.

Al ser toda la muestra compuesta por mujeres, la variable sexo no se computó.

**3- Estado civil:** de la paciente en el momento en que se completa el protocolo. Consideramos las siguientes posibilidades: soltera (0), casada (1), separada/divorciada (2), viuda (3), viviendo en pareja (4).

**4- Ocupación laboral:** comprendida como actividad laboral desempeñada en el momento de la evaluación. Comprende las categorías:

- (0) Estudia
- (1) Trabaja
- (2) Estudia y trabaja
- (3) Labores domésticas. Entendida como el ama de casa que no trabaja fuera de y que realiza las tareas del hogar. Excluye las empleadas de hogar.
- (4) Baja laboral
- (5) En paro

**5- Nivel de estudios:** se tomó en cuenta el nivel máximo de estudios o instrucción alcanzado por el paciente. Se determinaron cinco niveles: sin estudios (0); estudios primarios (1); estudios secundarios (2); estudios universitarios (diplomatura, /licenciatura) (3) o (4) otros estudios como módulos o formación profesional.

## II- ANTECEDENTES FAMILIARES

## A) GRUPO FAMILIAR

**6-Tiene hijos:** la posibilidad de respuesta No (0) / Si (1). En caso de respuesta afirmativa se rellenaba el ítem siguiente en que se especifica el número de hijos.

**7- Número de hijos:** incluidos todos los nacidos aunque alguno haya fallecido.

**8- Número de hermanos:** incluida la propia paciente y los hermanos biológicos hijos del mismo padre y de la misma madre, o adoptivos que han formado una familia, aunque no todos vivieran en el momento de la evaluación.

**9- Estado civil de los padres:** en el momento de la recogida de datos, las categorías fueron en el caso del padre y de la madre por separado: soltero/a (0), casado/a (1); separado/a o divorciado/a (2); viudo/a (3) y otros (4) como el caso de nueva pareja.

## B) PATOLOGÍA FAMILIAR

En este apartado se recogió la patología familiar, en los casos de antecedentes de TCA, enfermedad psiquiátrica y adicción. Se incluyeron los casos según seguían los criterios diagnósticos de la APA (1994) del DSM-IV, y en los se disponía de diagnósticos rigurosos, no apreciaciones referidas por la paciente.

Se contemplaron los casos de familiares de primer grado, en el caso de antecedentes TCA, psiquiátricos y adicción, se amplió el criterio a “otros” (nº5) haciendo alusión a aquellos familiares que no eran de primer grado, sin especificar a qué miembro se hacía referencia. En el caso de obesidad no se incluyó la categoría “otros” ya que se clasificó en función de presencia o ausencia de obesidad en familiar de primer grado, sin especificar el miembro en concreto.

**10- Antecedentes familiares de TCA.** Se registraron trastornos de la conducta alimentaria diagnosticados formalmente en la madre (1); el padre (2); hija/o (3); hermano/a (4) y otros (5) en tanto familiares de segundo grado. En el caso de registrarse más de un miembro de la familia de primer grado con diagnóstico de TCA, la posibilidad era (6).

**11- Antecedentes familiares psiquiátricos:** como “enfermedad psiquiátrica” se valoró cualquier trastorno psiquiátrico constatado por la paciente con diagnóstico establecido por un profesional, en la madre (1), el padre (2), hija/o (3), hermana/o (4) u otros parientes de segundo grado (5), (6) más de un miembro de primer grado.

**12- Adicción al alcohol** en familiar de primer grado con las opciones de respuesta No (0) o Si (1).

**13- Adicción a sustancias** en familiar de primer grado con las mismas opciones de respuesta No (0) o Si (1).

**14- Antecedentes familiares de obesidad** en familiares de primer grado. Con las posibles respuestas: No (0); Si (1) o sobrepeso (2).

### III- ANTECEDENTES PERSONALES

**15- Antecedentes personales de TCA.** Entendido como ausencia (0) o presencia de BN (1); AN (2); TCANE (3) o TA (5) en la historia de la paciente, referidos como diagnósticos formales. Se incluyó la categoría “rasgos anorexígenos” (4) en el caso que fueran rasgos claros que no alcanzaron un diagnóstico completo de AN o no se disponía de un diagnóstico formal. El hecho de incluir esta categoría se debió a que la restricción voluntaria de comida durante un tiempo prolongado, con o sin más aspectos sintomáticos, nos pareció de suficiente importancia como para tenerlo en cuenta.

**16- Antecedentes personales psiquiátricos:** con posibilidad de respuesta No (0) o Si (1), según existiera diagnóstico formal en la historia de la paciente, añadiendo la especificación.

**17- Antecedentes personales de adicción al alcohol.** Con opciones de respuesta: No (0) y Si (1).

**18- Antecedentes personales de adicción a sustancias.** Con opciones de respuesta: No (0) y Si (1). Con la especificación en el caso tanto de sustancias como de alcohol.

**19- Antecedentes personales de obesidad en la infancia.** Con formas de respuesta (1) en el caso de haber presentado obesidad, (2) sobrepeso o (0) si no hubo ninguno de los dos casos.

#### IV- HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

##### A) ACONTECIMIENTOS VITALES NEGATIVOS

La información se detalló en situaciones vitales concretas con la posibilidad dicotómica de respuesta No (0) o Si (1).

**20 Acontecimiento vital “separación o divorcio”.** La posibilidad implicaba separación o divorcio, tanto de la propia paciente como de los padres de la paciente.

**21- Acontecimiento vital “muerte de un familiar o pareja”**, entendida como una pérdida traumática fuera de lo esperado. También comprendió las opciones, tanto de la madre, padre o hermano/s de la paciente como del cónyuge o pareja de la paciente.

**22- Acontecimiento vital “abuso sexual o violación”.**

**23- Acontecimiento vital “malos tratos”**, tanto a nivel psíquico, físico o ambos.

**24- Acontecimiento vital “aborto”** tanto espontáneo como provocado.

**25- Acontecimiento vital “otros”.** Debido a la amplia gama de eventos vitales negativos posibles, se decidió incluir esta categoría para aquellos casos que no contemplaban ninguna de las situaciones anteriores pero que el paciente refería como situación traumática en su vida. En este caso se pidió especificación del tipo de evento vital.

##### B) DATOS CLÍNICOS

Este apartado incluyó la descripción antropométrica de la paciente

**26-Talla** (en cm.) en el momento de completar el protocolo

**27- Peso actual** (en Kg.) en el momento de completar el protocolo.

**28- Índice de Quetelet (IMC):**  $IMC = \text{peso (Kg)} / \text{estatura}^2 \text{ (m)}$ .

**29- Grupo IMC:** según los puntos de corte propuestos por el comité de expertos de la OMS (1995) para la clasificación del sobrepeso.

<p>Rango normal (18,5-24,9)  Sobrepeso (25-29,9)  Obesidad grado I (30-34,9)  Obesidad grado II (35-39,9)  Obesidad grado III (igual o superior a 40)</p>
---

##### C) SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA

En esta parte del cuestionario la recogida de la información se realizó a través de una entrevista semiestructurada con preguntas formuladas al paciente y rellenadas por el profesional en forma de ítems concretos acerca de la gravedad de diferentes manifestaciones clínicas.

Como el objetivo del estudio se centra en el estudio personalidad y psicopatología del TA se exploró de forma detallada la sintomatología propia del trastorno alimentario, tanto para BN como para el TA. Con este objetivo y para lograr una mayor profundización en el tema se dividió la sintomatología en aspectos conductuales y cognitivos. Se exploró de forma más breve los aspectos relacionales y adaptativos en un apartado de “adaptación”.

### Síntomas conductuales

Con las posibilidades de respuesta:

-No (0) en el caso de ausencia o aparición del síntoma una vez a la semana o menos

-Si (1) en caso de presentarse el síntoma dos o más veces por semana.

El criterio de ausencia/presencia se estableció en función de los criterios propuestos por la APA (1994) en cuanto a la frecuencia de los atracones (dos días a la semana en el TA y dos veces por semana en la BN) y de las conductas compensatorias que deben aparecer como mínimo dos veces por semana.

**30- Atracones:** entendido el episodio de sobreingesta según definición del atracón, consistente en comer, en un periodo breve de tiempo (por ejemplo dentro de un periodo de dos horas), una cantidad de alimento que es ciertamente mayor de lo que la mayoría de las personas podría comer en un período de tiempo similar y bajo circunstancias parecidas (APA, 1994).

Esta forma de evaluación permitió superar las dificultades inherentes a la definición de atracón debido a que la duración del atracón puede ser muy variable y que a muchos individuos les cuesta diferenciar los auténticos atracones de episodios menos importantes.).

**31- Vómitos:** presencia de vómitos autoinducidos o provocados con la finalidad de perder peso o de eliminar lo consumido.

**32- Uso de laxantes:** con el fin de perder peso y aliviar el estreñimiento.

**33- Uso de diuréticos:** para eliminar peso a través de la diuresis forzada.

**34- Tirar comida:** con la finalidad de ejercer una influencia sobre la silueta, el peso o la constitución corporal.

**35- Saltarse ingestas:** valorando los períodos excesivamente largos de abstinencia de ingesta de comidas a causa de una autoimposición.

**36- Evitar alimentos:** se evaluó el hecho de que la persona hubiera intentado evitar activamente determinados alimentos motivado por una cuestión de silueta o peso.

**37- Consumir comida “light” de forma habitual:** con una intención mantenida, no esporádica, por motivos estéticos, es decir, sin tratarse de normas dietéticas prescritas por motivos de salud.

**38- Uso de anorexígenos de forma habitual** o uso de otros fármacos con la intención de disminuir el apetito.

**39- Hiperactividad:** entendido como un ejercicio físico habitual, intenso y desmesurado destinado predominantemente a consumir calorías o modificar la figura, peso o complexión corporal.

**40- Pesarse de forma compulsiva:** como forma repetitiva, innecesaria y sin sensación de control sobre la acción, con una destacada y desmesurada influencia en el estado de ánimo.

**41- Medirse de forma compulsiva.** Se emplearon los mismos parámetros definidos anteriormente en pesarse compulsivamente.

**42- Mirarse obsesivamente.** Con los mismos parámetros de pesarse y medirse compulsivamente.

**43- Seguir habitualmente dieta.** Se valoró si el paciente limitaba el tipo de alimentos que ingería habitualmente con la finalidad de adelgazar.

**44- Comer alimentos calóricos en poco tiempo** no sólo debido a un hábito inadecuado de comer sino con clara sensación de falta de control.

**45- Picar entre horas.** En cuanto a comer cantidades más o menos pequeñas de comida de forma constante e irrefrenable.

**46- Oscilaciones de más de 5 kg. de peso** a lo largo de la historia clínica de la paciente en su vida adulta.

**47- Consumo de tabaco.** A diferencia de los anteriores ítems, las posibilidades de respuesta eran: (0) no sucede hace 3 meses. (1) una vez al mes. (2) una vez a la semana, (3) dos o tres veces a la semana y (4) casi a diario (más de tres veces por semana) o diario.

**48- Consumo de alcohol:** Se valoró de la misma forma que el anterior (tabaco), dando posibilidad de un consumo frecuente, habitual o constante o nulo.

**49- Intervenciones quirúrgicas por obesidad o estética:** la forma de respuesta comprendió el caso de haberse sometido a una intervención/es por motivos de obesidad (1), por motivos estéticos (2), en el caso de ambos tipos de intervenciones en diferentes momentos (3) y (0) en el caso de que la paciente no hubiera realizado ninguna operación por estas razones.

#### Síntomas cognitivo-afectivos

La evaluación de los ítems comprendía: ausencia (en el caso de ser ausente o poca), con puntuación 0, y presencia (en el caso de ser bastante, moderada o mucha), con puntuación 1.

**50- Preocupación obsesiva por la silueta.** Se valoró si la concentración estaba afectada debido a la presencia de pensamientos intrusivos y molestos relacionados con la silueta o peso, llegando a interferir en actividades de la paciente. Se exploró si dichas sensaciones interoceptivas generaban un rechazo frente al cuerpo o distintas partes de éste, y si el efecto de la ganancia de peso influía ostensiblemente sobre el estado de ánimo o la autoestima. Las ideaciones obsesivoides también se calibraron en el grado de temor a engordar y la considerable preocupación a un posible aumento de peso.

**51- Preocupación obsesiva por la comida:** evaluando si el nivel de concentración quedaba afectado a causa de la presencia de pensamientos intrusivos sobre la comida (la ingesta o las calorías), con sentimientos de culpabilidad relacionados con las consecuencias de la ingesta en relación con la silueta, el peso o la estructura corporal.

**52- Ansiedad con la comida.** Deseo intenso y frecuente de comer determinados alimentos, asumiendo que un alto grado de deseabilidad equivale a la experiencia del *craving* (Gendall, Joyce y Sullivan, 1997). Éste se caracteriza por: 1) dificultad en el momento de resistir el impulso de comer; 2) malestar o inquietud cuando no se dispone de la comida deseada y 3) cambios en la velocidad del consumo. No que se medían las manifestaciones conductuales del *craving*, sino el ansia o sensación cognitivo-afectiva.

**53- Distorsión del esquema corporal,** entendida como autoevaluación distorsionada de la figura corporal, con un grado de importancia desmesurado y una insatisfacción producto del criterio subjetivo que no se corresponde con la realidad y genera angustia.

**54- Obsesión por el trabajo/ estudios.** Se midió la intensidad de la preocupación con los estudios/trabajo para valorar el perfeccionismo y la evasión cognitiva a través de las ocupaciones académicas y laborales.

**55- Alexitimia.** Se valoró la dificultad para expresar los estados afectivos con palabras (Sifneos, 1996), considerando la alexitimia, al igual que el autor, como una perturbación cognitivo-afectiva.

**56- Ideación de suicidio.** Se perfiló el concepto como ideación de quitarse la vida, con intención suicida. Para dar afirmativo en este ítem, se exploraron los pensamientos y rumiaciones entorno al intento (duración, intensidad...), y se determinó junto con el paciente, hasta qué punto el sujeto actuó para realizar el pensamiento. Las posibilidades de respuesta, al igual que el ítem siguiente, eran dicotómicas No (0) o Si (1).

**57- Recuerdos de la infancia de comentarios acerca de la silueta o peso:** En el caso de las pacientes que refirieron haberse sentido afectadas por recibir comentarios por parte de sus padres y/o amigos, profesores (de gimnasia o entrenador de deporte), etc...

**58- Falta de sensación general de bienestar.** Mide la autopercepción del grado de bienestar general en el momento de la valoración. La pregunta guía consistió en: "en general ¿qué grado de bienestar siente que tiene?".

**59- Baja aceptación yoica.** Valora la aceptación de la propia persona y de la personalidad, independientemente de la aceptación corporal. Se preguntaba al paciente: "Sin tener en cuenta la valoración de su imagen: ¿se acepta y valora como es usted?".

**60- Baja tolerancia a la frustración.** Valora la poca tolerancia al error y al cambio. Pregunta guía: "En comparación a las personas que le rodean ¿cómo tolera los cambios y los fallos?".

**61- Baja tolerancia a la crítica.** En cuanto a la escasa capacidad de la paciente de tolerar sentirse criticada, cuestionada o de ser criticada por sus acciones. Pregunta guía: "Cuando alguien le critica o critica algo que ud. ha hecho, en comparación con sus conocidos, ¿cómo le afecta.?".

**62- Bajo afrontamiento de conflictos:** Como la pobre aptitud subjetiva en la capacidad de resolución de conflictos. La baja capacidad de afrontamiento se valoró como el modo en que la paciente reacciona en situaciones de tensión. Para la valoración se revisaron las formas de afrontamiento propuestas por Lazarus (1990) consistentes en: confrontación, distanciamiento, escape-avoidance, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, capacidad de resolución planificada de los problemas o reevaluación positiva. La efectividad de las estrategias se evaluó mediante la pregunta guía: "¿Siente que se enfrenta adecuadamente a los problemas y conflictos que le suceden en el día a día?".

**63- Baja tolerancia al estrés.** Mide la poca capacidad de afrontar las situaciones aversivas. Pregunta guía: “Cuando alguna situación le preocupa o le estresa ¿responde adecuadamente?”.

**64- Falta de asertividad.** Entendida como la falta de capacidad de: a) expresar los derechos y sentimientos personales; como defensa de los propios derechos de modo que no queden violados los ajenos; b) expresar los gustos de forma espontánea; c) hablar de uno mismo sin sentirse cohibido; d) aceptar los cumplidos sin sentirse incómodo; e) discrepar abiertamente; f) decir que “no” o pedir aclaraciones. Pregunta guía: “¿expresa ud. sus sentimientos, gustos, discrepancias?, ¿sabe decir que no?”

**65- Falta de conciencia de enfermedad.** Valora la ausencia de conciencia y comprensión de la situación clínica de la paciente, a través de las preguntas exploratorias del tipo: “¿Qué le ha traído a pedir tratamiento o acudir a un profesional?”.

### Impulsividad

La impulsividad se valoró como una incapacidad para la reflexión previa al acto conductual que se manifiesta en dos componentes principales: la dificultad para resistir los impulsos y la precipitación en la respuesta a los estímulos (Díaz-Marsá et al., 2000). Se incluyeron algunas alteraciones que, aunque no aparecen recogidas en las clasificaciones internacionales, presentan una alteración del control de los impulsos. La ludopatía, la cleptomanía y las compras compulsivas, a nuestro parecer, comparten una raíz patológica común, por lo que se incluyeron como aspectos a analizar.

Las posibilidades de respuestas fueron Si (1) /No (0) según hubiera presencia o ausencia de ésta en diferentes aspectos:

**66- Autoagresividad,** considerando aspectos de agresividad dirigido hacia uno mismo.

**67- Intentos de suicidio.** Evaluación de gestos suicidas con intención de quitarse la vida. Para dar afirmativo en este ítem, y con el fin de mayor rigurosidad, se evaluaron los siguientes aspectos : ¿cómo y cuando intentó el paciente quitarse la vida?”, ¿qué nivel de peligro tuvo la acción?, ¿hasta qué punto estaba el paciente decidido a suicidarse?, ¿estaba el intento planeado o fue un acto impulsivo?, ¿desempeñaron el alcohol o las drogas algún papel?, ¿existió en ese momento algún estresor/res que empujaron al paciente a realizar el intento autolítico?.

**68- Promiscuidad sexual.** Entendida como relaciones sexuales frecuentes y con distintas parejas en las que prima la compulsión sexual como conductas repetitivas y estereotipadas que el paciente se siente impelido a realizar incluso reconociendo que son irracionales.

**69- Cleptomanía:** Fracaso reiterado en el intento de resistir los impulsos de robar objetos que no se utilizan para un uso personal o por fines lucrativos.

**70- Compras compulsivas:** Entendido como ritual compulsivo en que la conducta de comprar disminuye aparentemente el malestar del paciente y que se lleva a cabo bajo una sensación de presión y de forma rígida.

**71- Ludopatía:** según criterios de DSM-IV (APA, 1994), se registraron los casos en que el paciente refería: comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente. Se valoró a través de aspectos como: preocupación por el juego; necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero; fracaso repetido en los intentos de detener o parar la

acción de juego generando inquietud o irritabilidad en el caso de hacerlo e intentos de recuperar el dinero al poco de haberlo perdido.

## BATERIA PSICOMÉTRICA

### 1) ESCALAS DE EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

#### 72- Puntuación global del Eating attitudes Test (**EAT-40**)

(**EDI-2**) Puntuaciones del Multidimensional Eating Disorder Inventory 2, en cada subescala (definidas en el apartado de instrumentos)

#### 73- Obsesión por la delgadez (**DT**)

#### 74- Bulimia (**B**)

#### 75- Insatisfacción corporal (**BD**)

#### 76- Ineficacia (**I**)

#### 77- Perfeccionismo (**P**)

#### 78- Desconfianza interpersonal (**ID**)

#### 79- Conciencia interoceptiva (**IA**)

#### 80- Miedo a la madurez (**MF**)

#### 81- Ascetismo (**A**)

#### 82- Impulsividad (**IR**)

#### 83- Inseguridad social (**SI**)

### 2) ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD

Puntuación de cada subescala del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (**MCMII-II**), empleándose el baremo clínico de mujeres españolas, mayores de edad.

### ÍNDICES MODIFICADORES

El contenido de lo que evalúan los índices modificadores, así como los criterios de calificación, son los siguientes:

El primer índice **Validez (V)**, no se incluyó en el cuestionario ya que las pacientes que obtuvieron un resultado inválido, se excluyeron del estudio. Sin embargo, para una mejor comprensión de la escala se explicitan los baremos de corrección. Una puntuación mayor a 1 indica RESULTADOS INVALIDOS, por lo que debe detenerse la calificación; una puntuación igual a 1 indica VALIDEZ CUESTIONABLE aunque permite continuar la calificación; una puntuación de 0 indica VALIDEZ por lo que permite continuar la calificación.

**84- Deseabilidad.** Entendida como la tendencia del sujeto a presentarse bajo el mejor prisma. Una puntuación mayor de 75, indica que el sujeto trata de disimular sus aspectos psicológicos o dificultades personales. Es decir, muestra una tendencia del sujeto a presentarse de forma favorable o con una personalidad atrayente. A mayor puntuación,

se puede suponer que el paciente puede tratar de disimular aspectos psicológicos o dificultades personales.

**85- Alteración.** Es la tendencia del sujeto a estimar de forma exagerada o errónea, sus problemas. Esta escala refleja las tendencias opuestas a las de la escala de deseabilidad social, aunque en ocasiones ambos índices pueden ser altos, especialmente entre pacientes que son inusualmente sinceros (escala de sinceridad). Las puntuaciones TB por encima de 75 en "Z" son indicio de inclinaciones a despreciarse o desvalorizarse intentando mostrar más trastornos emocionales y dificultades personales que los descubiertos tras una entrevista objetiva. Las puntuaciones especialmente altas alertan sobre un posible nivel deformado de gravedad psicológica.

**86- Sinceridad.** Contiene ítems absurdos cuya contestación positiva invalidaría la prueba. Una puntuación TB menor de 35 es indicio de reserva e indecisión generales, o de una clara aversión a ser franco respecto a los problemas y sentimientos psicológicos. Por el contrario, una puntuación TB mayor de 75 sugiere en el sujeto evaluado una inusual apertura y actitud abierta.

### ESTILOS DE PERSONALIDAD

**87- Esquizoide (1):** o esquizofrenia. Orientación pasivo-retraída. Mide un estilo de vida asocial, apatía emocional y supresión de sentimientos. Las necesidades afectivas y los sentimientos emocionales son mínimos y el individuo funciona como un observador pasivo ajeno a las gratificaciones y afectos de las relaciones sociales, así como a sus demandas.

**88-Fóbica (2):** o evitación. Orientación activa-retraída Mide aislamiento social conflictivamente vivido con necesidad de comunicación, aunque inhibida y con baja autoestima. Los sujetos con fobia experimentan pocos refuerzos positivos, tanto de sí mismo como de los otros, son vigilantes, permanentemente en guardia y se distancian siempre de la anticipación ansiosa de los aspectos dolosos de la vida o el reforzamiento de experiencias negativas. Sus estrategias adaptativas reflejan el temor y la desconfianza de los demás. Mantienen una actitud de vigilancia constantes por miedo a sus impulsos y el anhelo de afecto. A pesar de los deseos de relación el sujeto niega estos sentimientos y guarda en buena medida la distancia interpersonal.

**89- Dependiente (3):** (sumisa). Orientación pasivo-dependiente. Evalúa las actitudes sumisas de búsqueda de protección, como fuente de seguridad, los sujetos en consecuencia, adoptan un papel pasivo en sus relaciones.

**90- Histriónico (4):** Orientación activa-dependiente Se refiere al gregarismo, búsqueda de atención e impulsividad. Los sujetos marcadamente histriónicos se vuelven a otros mediante una superficial y emprendedora manipulación de sucesos de tal manera que aumentan al máximo la cantidad de atención y favores que reciben así como también evitan el desinterés o la desaprobación de los demás.

**91- Narcisista (5):** Orientación pasivo-independiente. Los sujetos narcisistas sobreestiman su propio valor y presumen de que los demás reconocerán sus particularidades. Mantienen un aire de autoconfianza arrogante; explotan a los demás aún sin intención o propósitos conscientes.

**92- Antisocial (6A):** Orientación activa-independiente. Destaca la irresponsabilidad e impulsividad. Los sujetos antisociales actúan para contrarrestar las expectativas de dolor y depreciación de otros; esto se hace mediante comportamientos ilegales dirigidos a

manipular el entorno a favor de uno mismo. Destaca el deseo de autonomía, venganza y recompensa ya que sienten haber sido maltratados en el pasado.

**93- Agresivo-sádica (6B):** o conducta antisocial dura. Orientación activo-discordante. Puntuaciones altas indican tendencia a herir al otro. Son hostiles, acentuadamente belicosos y aparecen indiferentes o incluso muestran agrado por las consecuencias destructivas de sus comportamientos que pueden ser abusivos y brutales. Muestran conductas dominantes, antagónicas y con frecuencia persecutorias. No está enmarcado propiamente como un estilo de personalidad, sino como un problema grave de personalidad.

**94- Compulsiva (7):** Orientación pasiva-ambivalente. La conducta prudente, controlada y perfeccionista deriva de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el temor a la desaprobación social. Los sujetos compulsivos resuelven esta ambivalencia sobreaceptándose y estableciendo elevadas exigencias sobre sí mismos y los demás.

**95- Pasivo-agresiva (8A):** o negativismo. Orientación activa-ambivalente. El individuo pasivo-agresivo pugna entre seguir los esfuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí mismos. Los conflictos permanecen cerca de la conciencia e invaden la vida cotidiana. Su comportamiento muestra un patrón de terquedad o enfado explosivo entremezclado con periodos de culpabilidad y vergüenza.

#### PROBLEMAS GRAVES DE PERSONALIDAD

**96- Autodestructiva (8B):** o autonegativismo. Puntuaciones altas indican una baja autoestima, desasosiego social y tendencia a sentirse herido.

**97- Esquizotípico (S):** Puntuaciones elevadas indican miedo y desconfianza de los otros. Los sujetos esquizotípicos se caracterizan por conducta excéntricas, aislamiento social y gran fantasía. Prefieren el aislamiento social, con apegos personales y una inclinación casi autista o cognitivamente confusa. Piensan de forma tangencial y con frecuencia aparecen ensimismados y reflexivos. Las excentricidades del comportamiento son notables y son percibidos como extraños y diferentes. Dependiendo de si son activos o pasivos muestran una cautela ansiosa e hipersensible o bien, un desconcierto emocional y falta de afecto respectivamente.

**98- Límite (C):** o limítrofe o *borderline*. Se caracteriza por inestabilidad emocional, impulsividad y oscilaciones entre sentimiento de tristeza, desesperanza y resistencia ante los otros. Estos sujetos experimentan intensos estados de ánimo endógenos, con periodos recurrentes de abatimiento y apatía, entremezclados con periodos de enfado, inquietud o euforia. Muestran una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros. Destaca la inestabilidad y labilidad del estado de ánimo.

**99- Paranoide (P):** o paranoidismo. Puntuaciones elevadas significan tendencia al perfeccionismo, moralismo exagerado, impaciencia y alta competitividad. Estos sujetos muestran desconfianza vigilante respecto de los demás y una marcada irritabilidad con una tendencia colérica hacia los otros. Frecuentemente expresan un temor a la pérdida de independencia lo que los conduce a resistirse al control y a las influencias externas. Presentan inmutabilidad de sus sentimientos y rigidez de sus pensamientos.

#### ESCALAS DE SÍNTOMAS CLÍNICOS

**100- Ansiedad (A):** Evalúa reacciones fóbicas, indecisión y problemas físicos asociados con tensión. Los sujetos con marcada ansiedad refieren sentimientos aprensivos o específicamente fóbicos, son personas tensas, indecisas e inquietas. Destaca la

tendencia a quejarse de una variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos, náuseas. Muestran estado generalizado de tensión manifestado en una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente. Se muestran notablemente excitados con una hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada.

**101- Histeriforme (H):** o somatización o tipo somatoforme. Estos sujetos pueden presentar habitualmente numerosas alteraciones psicósomáticas tales como dolores, fatiga, sudores, palpitaciones, etc.... Las dificultades psicológicas suelen ser expresadas a través de canales somáticos, períodos persistentes de agotamiento y abatimiento. Manifiestan preocupación por la pérdida de la salud y una variedad de dolencias en regiones diferentes del cuerpo. Normalmente las quejas somáticas pretenden llamar la atención.

**102- Hipomanía (N):** Evalúa actividad, rapidez de lenguaje, impulsividad e irritabilidad.

**103- Neurosis depresiva (D):** o distimia. Evalúa apatía emocional, dificultades de sueño, baja autoestima y pensamientos o acciones autodestructivas. Los sujetos con dichos síntomas se pueden haber visto afectados por un período de dos o más años con sentimientos de desánimo o culpabilidad, una carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento y baja autoestima. Durante los períodos de depresión, puede haber llantos, ideas suicidas, sentimientos pesimistas hacia el futuro, alejamiento social, apetito escaso o excesivas ganas de comer, agotamiento crónico, pobre concentración, pérdida marcada de interés para las actividades lúdicas y una disminución de la eficacia en cumplir tareas ordinarias y rutinarias de la vida.

**104- Abuso de alcohol (B):** Las puntuaciones altas probablemente indican una historia de alcoholismo, con esfuerzo por superarlo pero con mínimo éxito y como consecuencia el sujeto experimenta un malestar considerable tanto en la familia como en el entorno laboral. Explora y evalúa ausencia de autoconfianza, impulsividad, tensión y rechazo al control.

**105- Abuso de drogas (T):** Mide impulsividad, tendencia a la autodestrucción, resentimiento hacia la autoridad. Los sujetos presentan tendencia a tener dificultad para reprimir los impulsos o mantenerlos dentro de límites sociales convencionales. Asimismo, muestran incapacidad para manejar las consecuencias personales de estos comportamientos.

**106- Pensamiento psicótico (SS):** Los sujetos con este pensamiento se clasifican como esquizofrénicos, psicosis reactiva breve o esquizofreniformes dependiendo de la extensión y curso del problema. Estas clasificaciones comprenden pensamientos confusos, desorganizados e inadecuados, aislamiento, baja autoestima, rigidez. Pueden mostrar periódicamente un comportamiento incongruente, desorganizado o regresivo. Ocasionalmente pueden mostrar afectos inapropiados, alucinaciones dispersas y delirios no sistemáticos. El pensamiento puede ser fragmentado o extraño. Los sentimientos pueden embotarse y existir una sensación profunda de aislamiento e incompreensión por parte de los demás. Pueden ser retraídos y mantenerse apartados de los demás o mostrarse con un comportamiento vigilante.

**107- Depresión mayor (CC)** o depresión psicótica. Los individuos con depresión mayor presentan disforia, problemas de sueño, desesperanza, agitación o enlentecimiento motor, baja autoestima y autoagresión. Habitualmente se sienten incapaces de funcionar en un ambiente normal, expresan temor hacia el futuro, ideas suicidas y sentimientos de resignación. Destaca la disminución del apetito, agotamiento, ganancia o pérdida de

peso, insomnio, o despertar precoz. También son habituales los problemas de concentración, sentimientos de inutilidad e ideas obsesivas.

**108- Delirio psicótico (PP)** o alucinaciones psicóticas con ideas irracionales, persecutorias y de grandeza, rigidez y pensamiento confuso. Los sujetos considerados paranoides agudos pueden llegar a experimentar delirios irracionales, de naturaleza celotípica, persecutoria o de grandeza. El estado de ánimo es habitualmente hostil y expresan sentimientos de estar sobrecogidos y maltratados.

### 3) ESCALAS DE EVALUACIÓN DE TRASTORNOS AFECTIVOS

Como medida de severidad de trastornos afectivos se emplearon las escalas de Hamilton para la ansiedad y depresión, cumplimentadas por un profesional entrenado.

**109- Hamilton Depresión HAM-A**, puntuación.

**110- Hamilton Ansiedad HAM-D**, puntuación.

---

**Anexo 6- Aprobación del Centro ABB para llevar a cabo la investigación**

---



## Anexo 6-



Universitat Internacional de Catalunya  
COMITÈ D'ÈTICA EN LA INVESTIGACIÓ

**Anexo A: Autorización del Centro ABB para llevar a cabo la investigación**CONSENTIMIENTO INSTITUCIÓN PARA PROYECTO DE  
INVESTIGACIÓN

Con el fin de llevar a cabo el proyecto de investigación “ LA PERSONALIDAD EN EL TRASTORNO POR ATRACÓN”, Montserrat Giner Lladós psicóloga colegiada nº 9081, que trabaja en el mismo centro, “*Centre de Prevenció i Tractament Anorexia Bulimia Barcelona*” pide la autorización a los responsables de dicho Centro para realizar el estudio retrospectivo con los datos de los pacientes diagnosticados de trastorno por atracón y bulimia nerviosa.

El propósito de la investigación se centra en la exploración de *los aspectos de personalidad en pacientes con* Trastorno por Atracón (TA) y Bulimia nerviosa (BN), para llevar a cabo la tesis doctoral. El propósito de ésta es profundizar en el perfil psicológico de estos pacientes que ayude a un mejor conocimiento del trastorno y así poder promocionar la mejora de la asistencia terapéutica en los pacientes con dicho patología.

El procedimiento consistirá en primer lugar en la recogida de datos. La información se extraerá de la base datos histórica del Centro, sustrayendo la información necesaria y esencial de los protocolos de diagnóstico que rellena el paciente antes de iniciar tratamiento, contenida en su historia clínica.

En el caso de las pacientes que actualmente se encuentran realizando tratamiento, se procederá a la pasación de un consentimiento informado explícito para el estudio. Recibirán transmisión de la información esencial del estudio, con la consiguiente seguridad de la comprensión de ésta.

Al ser un estudio retrospectivo, en el caso de las pacientes no activas en el centro, se empleará como consentimiento el documento de inicio que el propio centro emplea según la normativa establecidas por el código Tipo, para la ley de protección de datos. La información obtenida será codificada y las identidades no se publicarán, garantizándose el anonimato y la confidencialidad.

Se extraerán los datos estrictamente necesarios referidos a:

- variables sociodemográficas y clínicas
- resultados de las pruebas psicométricas de patología alimentaria , rasgos psicopatológicos y personalidad (EAT 40; EDI-II; HAM-D; HAM-A y MCMI-II y autoinforme)



**Universitat Internacional de Catalunya  
COMITÈ D'ÈTICA EN LA INVESTIGACIÓ**

Posteriormente se procederá al estudio estadístico de las variables para poder extraer conclusiones en torno a un posible perfil diferencial del TA y la comparativa de los dos grupos de estudio (BN y TA).

Dichas informaciones, no implican ningún riesgo ni para el sujeto ni para la Institución, así como tampoco se procederá a ninguna intervención.

En el caso de su aprobación por parte de la Institución, se procederá a los pasos anteriormente citados. Para cualquier duda o información, ponerse en contacto con Montserrat Giner LLadós, moginer@copc.cat.

Firma del responsable, director médico del Centro (Dr. José Enrique Armengou Orús):

DNI: 46 226 259 P

**Dr. E. ARMENGOU ORÚS**  
**COL. 26.876**

Firma del responsable del fichero (D. Gaspar Linares Bertolín)

DNI: 52 180 451 - Y



CENTRE DE PREVENCIÓ I TRACTAMENT  
ANORÈXIA I BULÍMIA, S.L.  
B-61767109  
Ausias Marc, 25, Pral. - Tel. 93 301 34 40  
08010-BARCELONA

Barcelona, 3 de Diciembre del 2008

---

**Anexo 7 – Documentación presentada al Comité de Ética de la UIC**

---



**Anexo 7 –****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Se plantean 2 formas de consentimientos:

A los pacientes que se encuentren en la actualidad en el centro realizando tratamiento, se les pedirá un consentimiento informado para poder extraer la información de la base de datos. (Anexo C), es decir, se les pediría la autorización expresa para poder extraer los datos del protocolo diagnóstico que cumplimentaron al inicio del tratamiento, para el estudio específico.

En el caso de las pacientes que ya no se encuentren en tratamiento, se emplearía como consentimiento el documento firmado por ellas mismas al inicio del programa terapéutico, en el que dan su autorización para el uso de los datos de acuerdo con la ley de protección de datos (Anexo D). En estos casos estaría justificado el uso de este documento, ya que no es posible localizar al paciente para obtenerlo. Aunque fuera posible, por el tipo de Institución y la vinculación instrumental del usuario al servicio, no es terapéuticamente recomendable dirigirse al mismo una vez finalizado (o abandonado) el tratamiento.

Es importante destacar que el documento firmado por el paciente al inicio de la recogida de información cumple los criterios del “CÓDIGO TIPO”<sup>1</sup> de la Unió Catalana d’Hospitals con lo que los consentimientos están sujetos a la ley de protección de datos. Es decir, el Centro ABB, no sólo asegura la ley orgánica 15/1999 sobre protección de datos de carácter personal, sino que también al estar adherida a la Unió Catalana de Hospitals con el Código Tipo (para más información consultar “*Código Tipo de la Unió Catalana d’Hospitals*” disponible en internet), éste asegura en lo que nos concierne:

- que los datos se destinarán única y exclusivamente a la finalidad de procurar la atención médico-sanitaria que los usuarios requieren. Así como, todo usuario podrá ejercer los derechos de oposición, acceso y cancelación en el ámbito reconocido por la Ley Orgánica 15/1999. (Anexo 3 del Código, pág. 29)

- que el centro ABB se mueve según los criterios de la historia clínica en que se regula, que tiene un responsable de archivo de historias clínicas (Sr. Gaspar Linares Bertolín), que vela por el adecuado cumplimiento de los sistemas de archivo, control e información. (pág. 10. Artc.8) y en el caso de la entrega de las historias clínicas (HC),

---

<sup>1</sup> **LOPD art. 32 1.** Mediante acuerdos sectoriales, convenios administrativos o decisiones de empresa, los responsables de tratamientos de titularidad pública y privada, así como las organizaciones en que se agrupan, podrán formular códigos tipo que establezcan las condiciones de organización, régimen de funcionamiento, procedimientos aplicables, normas de seguridad del entorno, programas o equipos, obligaciones de los implicados en el tratamiento y uso de la información personal, así como las garantías, en su ámbito, para el ejercicio de los derechos de las personas con pleno respeto a los principios y disposiciones de la presente Ley y sus normas de desarrollo. (...) **3.** Los códigos tipo tendrán el carácter de códigos deontológicos o de buena práctica profesional (...)

queda constancia de la persona que lo efectúa, ya que las salidas de las HC al archivo se anotan en un registro, donde se anota también la fecha de devolución (Anexo 4, pág.30)

El Código Tipo en su finalidad pretende *“que los asociados preserven de cualquier violación la privacidad de las personas físicas y garanticen su autodeterminación informativa. Por tanto se configura como una doble garantía para los centros asociados en tanto a que su aplicación supondrá el cumplimiento de la normativa en los supuestos más concretos del sector, y para los usuarios que dispondrán de una referencia sectorial que asegura la preservación de sus derechos”* (pág.3).

La normativa del código especifica que *“no es incompatible la finalidad posterior de carácter científico y/o histórico, lo cual deberá realizarse de forma que los datos utilizados sean anónimos. En el supuesto de que sean de que sean utilizados los datos para la realización de ensayos clínicos o proyectos de investigación, los correspondientes protocolos deberán preveer mecanismos que permitan la disociación de los mismos con respecto a la identidad de los titulares”* (Pág.6, Artc.4, punto2).

De acuerdo con ello, en el caso de llevarse a cabo la investigación, en la base de datos con la que se trabajaría se escriptarían los datos referentes a la posible identificación del paciente. Ello supone que en ningún caso se sabe quién es el titular de los datos que se manejan, por lo que se protege la confidencialidad y el anonimato y no se vulnera los derechos del paciente ni los principios éticos de la investigación.

En cuanto a los aspectos éticos de evaluación beneficio-riesgo para los sujetos de investigación, es un estudio observacional retrospectivo con revisión de historias clínicas ya elaboradas, en el que no se realizaría intervención ninguna sobre el paciente ni su tratamiento, por lo que se trata de una investigación sin riesgo. Asimismo, la investigadora principal, quién llevaría a cabo la extracción de datos y posterior manejo, tiene conocimiento del tratamiento terapéutico, los procesos de elaboración y la patología, ya que desarrolla su tarea profesional en la misma institución.

El Centro ABB, garantiza la seguridad de los datos de carácter personal contenidos en el Fichero de pacientes. Esto significa que *“se establecen normas de conducta que permiten la aplicación concreta de la Ley en su ámbito ordinario de actuación, considerando las especificidades de la actividad y como garantía para las personas afectadas por el tratamiento de los datos.”* (pág. 2).

Asegurando todo ello, se presenta la autorización de la Institución (Centro ABB) para realizar el estudio. (Anexo A).

Montserrat Giner Lladós  
investigador/a principal del proyecto titulado  
” Personalidad en el Trastorno por atracón”

**CI del paciente que está realizando tratamiento en el centro ABB**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES

Nº.....
---------

En el Centro ABB se va a realizar un estudio sobre “La personalidad en el Trastorno por Atracón”, llevado a cabo por Montserrat Giner Lladós (terapeuta del mismo centro), y tutelado por la Universitat Internacional de Catalunya.

Dicho proyecto de investigación consiste en el estudio de los rasgos psicopatológicos y de la personalidad en pacientes diagnosticados de trastorno por atracón y de bulimia nerviosa. El objetivo es el profundizar en el conocimiento psicológico del comedor compulsivo, que además está estrechamente relacionado con la bulimia nerviosa y la obesidad.

Para realizar un estudio de estas características necesitamos datos reales de personas que sufren estos trastornos alimentarios. Su participación en el estudio consistiría en dar su autorización para poder extraer datos que rellenó en el momento de ingreso en el centro. El formar parte en el estudio no implica nada más, ya que no se llevará a cabo ninguna intervención o valoración posterior. Tampoco se extraerán todos los datos, sino sólo aquellos necesarios para estudiar las variables de personalidad, de estado clínico y aspectos referidos al trastorno alimentario. Éstos son los que posibilitan que se pueda llevar a cabo el estudio presente.

Con colaboraciones como la suya, se posibilita que el estudio ayude a avanzar en el tratamiento y mejora de la asistencia terapéutica de estas dolencias y que otras personas con el trastorno, puedan beneficiarse de las propuestas de intervención que se propongan. Con todo ello se favorece a la promoción de la investigación y aplicación de recursos psicoterapéuticos.

Los datos serán recogidos de forma que se mantiene el anonimato, por lo que las identidades no podrán ser reconocidas. Además de garantizar la confidencialidad de los datos, su participación es absolutamente voluntaria. Usted puede decidir retirarse de este estudio en el momento en que lo considere oportuno, sin que de ello se derive consecuencia alguna ni afecte a su relación terapéutica.

Al firmar esta página usted está de acuerdo con lo siguiente:

- Ha leído y comprendido toda la información que figura en este impreso y ha tenido tiempo para reflexionar sobre ello.
- Todas sus preguntas han sido respondidas de forma satisfactoria por la persona que le ha informado de los objetivos de este estudio, pudiendo plantear cualquier duda
- Ha recibido una copia de este formulario de consentimiento e información a fin de que obre en su poder.
- Accede a participar en este estudio.

Para cualquier duda o pregunta en relación a este estudio podrá ponerse siempre en contacto con Dña. Montserrat Giner Lladós.

Nombre \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma

Nombre y apellidos de la persona que da el consentimiento.

Muchas gracias por su inestimable colaboración

**Documento relleno y firmado por todas las pacientes, previo a cualquier proceso diagnóstico y propuesta de tratamiento.**

**CI del paciente que no está realizando tratamiento en el Centro ABB en la actualidad**

Nº.....

Barcelona a,.....

En virtut dels articles 4, 5 i 6 de la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre el CENTRE DE PREVENCIÓ I TRACTAMENT ANOREXIA I BULIMIA, S. L., posa en el seu coneixement que disposa de dos fitxers amb dades de caràcter personal denominats SALUS i CONTAPLUS.

La finalitat de la seva creació és el tractament mèdic sanitari i comptable als usuaris del nostre Centre, en la seva totalitat o alguna part.

Els destinataris de la informació son tots els departaments en els que s'organitza CENTRE DE PREVENCIÓ I TRACTAMENT ANOREXIA I BULIMIA, S. L., així com, els estaments oficials i públics o privats que per obligació legal o necessitat material hagin d'accedir a les dades als efectes de la correcta prestació de l'assistència mèdic sanitària, que constitueix la finalitat del tractament d'aquestes dades.

En tot cas, vostè té dret a exercir els drets d'oposició, accés, rectificació i cancel·lació en l'àmbit reconegut per la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre, així com, en el Codi Tipus de la Unió Catalana d'Hospitals al qual aquest Centre està adherit.

El responsable del fitxer es D. Gaspar Linares Bertolín. Per exercitar els drets esmentats, i per a qualsevol aclariment pot dirigir-se per escrit mitjançant instància dirigida al Director del CENTRE DE PREVENCIÓ I TRACTAMENT ANOREXIA I BULIMIA, S. L., C/ Ausias Marc, 25 pral. Barcelona.

Signatura

Nom i cognoms .....

E-mail .....



---

**Anexo 8- Aprobación del Comité de Ética de Investigación**

---



## Anexo 8-



Universitat  
Internacional  
de Catalunya

**Informe de Valoració  
Comitè d'Ètica en la Investigació Humana**

Dr. Albert Balaguer Santamaría, president del Comitè d'Ètica en la Investigació Humana de la Universitat Internacional de Catalunya,

Faig constar,

que un cop revisat el projecte de títol "*La Personalidad en el Trastorno por Atracción*" versió de protocol 2, investigador principal Montserrat Giner Lladós rebut a la Facultat de Ciències de la Salut el dia 12 de gener de 2009,

la seva valoració ha estat **ACEPTAT** segons els criteris del Comitè d'Ètica en la Investigació Humana de la UIC.

  
Universitat Internacional  
de Catalunya  
Facultat de Medicina i  
Ciències de la Salut

Dr. Albert Balaguer Santamaría  
President del CEI de la UIC

Sant Cugat del Vallès, 11 de febrer de 2009

