



Facultad de Psicología

TESIS DOCTORAL

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Y TRASTORNOS
DE LA ALIMENTACIÓN: ESTUDIO COMPARATIVO DE
CASOS

Doctoranda:

Susana Jiménez Murcia

Tutora:

Dra. Rosa María Raich Escursell

Barcelona, 14 de abril de 2004

A Fernando y a Bruna...

Nunca es tarde cuando la dicha es buena

A mis padres...

He llegado hasta aquí gracias a ellos

INDICE

1. Introducción	17
2. Incidencia y prevalencia	23
2.1 Trastorno obsesivo-compulsivo	23
2.2 Anorexia nerviosa	33
2.3 Bulimia nerviosa	36
3. Diagnóstico y clínica	39
3.1 Trastorno obsesivo-compulsivo	39
3.2 Anorexia nerviosa	46
3.3 Bulimia nerviosa	50
3.4 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado	55
4. Comorbilidad	57
4.1 Trastorno obsesivo-compulsivo	57
4.1.1 Trastorno obsesivo-compulsivo y depresión	57
4.1.2 Trastorno obsesivo-compulsivo y esquizofrenia	58
4.1.3 Trastorno obsesivo-compulsivo y fobias	59
4.1.4 Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos de la conducta alimentaria	61
4.1.5 Trastorno obsesivo-compulsivo y síndrome de la Tourette	61
4.1.6 Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos de la personalidad	62

8. Hipótesis	147
9. Objetivos	149
10. Método	151
10.1 Muestra	151
10.2 Evaluación	154
10.2.1 Sintomatología obsesivo-compulsiva	154
10.2.1.1 Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI)	154
10.2.1.2 Cuestionario de Rasgos y Personalidad Obsesiva de Vallejo(CRPOV)	154
10.2.2 Sintomatología alimentaria	155
10.2.2.1 Eating Attitudes Test (EAT-40)	155
10.2.2.2 Eating Disorders Inventory (EDI)	155
10.2.3 Sintomatología depresiva coadyuvante	156
10.2.3.1 Beck Depression Inventory (BDI)	156
10.3 Procedimiento	156
10.4 Análisis estadístico	157
11. Resultados	159
11.1 Variables sociodemográficas	159
11.2 Variables psicométricas	159
11.3 Asociación entre Trastorno obsesivo-compulsivo y Trastorno de la conducta alimentaria	166
11.4 Comparación intergrupo tras controlar las variables peso y diagnóstico	169
11.5 Asociación entre obsesividad y Trastorno de la conducta alimentaria	172

LISTADO DE TABLAS

- Tabla 1:** Revisión de la literatura sobre prevalencia en TOC
- Tabla 2:** Síntomas TOC en el momento admisión hospitalaria
- Tabla 3:** Características clínicas de TOC en el momento admisión hospitalaria
- Tabla 4:** Comorbilidad del TOC con otros trastornos mentales
- Tabla 5:** Valoración de la Escala Obsesivo-compulsiva de Yale-Brown
- Tabla 6:** Valoración crítica sobre Inventario Obsesivo-compulsivo de Maudsley
- Tabla 7:** Valoración crítica sobre Inventario Obsesivo de Leyton
- Tabla 8:** Valoración crítica del cuestionario de Lynfield
- Tabla 9:** Valoración crítica del cuestionario de Neziroglu-Yaryura-Tobías
- Tabla 10:** Valoración crítica del Compulsive Checklist de Philpott
- Tabla 11:** Valoración crítica del Inventario de Padua
- Tabla 12:** Valoración crítica del Cuestionario de Rasgos y Personalidad Obsesiva de Vallejo
- Tabla 13:** Valoración crítica del Cuestionario de Intrusiones Negativas
- Tabla 14:** Valoración crítica del Inventario de Creencias sobre las Obsesiones
- Tabla 15:** Valoración crítica del Inventario de Despresión de Beck
- Tabla 16:** Valoración crítica de la Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión.

- Tabla 30:** Comparación entre pacientes con Trastorno Obsesivo-compulsivo, con (N=5) y sin TCA (N=25) asociado, utilizando un procedimiento de estadística no paramétrica (U Mann-Whitney)
- Tabla 31:** Estadística descriptiva de pacientes con Trastorno Obsesivo-compulsivo, con (N=5) y sin TCA (N=25) asociado, utilizando un procedimiento de estadística no paramétrica (U Mann-Whitney).
- Tabla 32:** Comparación entre grupos (TOC vs. AN vs. BN) respecto a las distintas variables cuantitativas, utilizando un procedimiento de ANCOVA (Índice de Masa Corporal y edad como covariante).
- Tabla 33:** Correlaciones y significaciones obtenidas entre las variables independientes y la variable dependiente (puntuación total EDI), consideradas en el presente modelo de regresión lineal.
- Tabla 34:** Modelo de regresión lineal y valores de la R y R^2
- Tabla 35:** ANOVA y tabla de coeficientes de regresión para el único predictor (puntuaciones totales del MOCI) estable tras el análisis de regresión stepwise.

LISTADO DE FIGURAS

- Figura 1:** Número de pacientes ingresados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Bellvitge entre 1975-1997 en función de la variable sexo (n=304).
- Figura 2:** Valores medios en sintomatología alimentaria (EAT-40) y Baja autoestima (RSS) en pacientes con anorexia nerviosa (AN, N=24), bulimia nerviosa (BN, N=26) y controles restrictivos (RA, N=18) y no restrictivos (NRA, N=20).
- Figura 3:** Diferencias en la urgencia a ritualizar en un caso de Bowel obsession previos (pre) y tras (post) un tratamiento de exposición con prevención de respuesta.
- Figura 4:** Presencia de Trastornos de la personalidad en una muestra de pacientes con TOC (N=41)
- Figura 5:** Presencia de Trastornos de la personalidad en TCA (N=62)
- Figura 6:** Comparación de la eficacia de tratamiento en TOC (Terapia Grupal –TG- vs. Terapia Individual –TI- vs. Grupo de control –GC).
- Figura 7:** Eficacia de un tratamiento combinado (ingreso corto+ terapia grupal en Bulimia nerviosa -adaptado de Badía y cols., en prensa).
- Figura 8:** Comparación de la edad entre los distintos grupos de pacientes.
- Figura 9:** Diferencias respecto al estado civil entre los distintos grupos de pacientes ($X^2=18,9$; $p<.001$).
- Figura 10:** Comparación entre los grupos clínicos (TOC vs. AN vs. BN) y controles respecto las puntuaciones de las subescalas del EDI.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a la Dra. Rosa Maria Raich Escursell, Profesora Titular del Departament de Personalitat, Avaluació Psicològica i Tractament de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) y Directora de esta Tesis Doctoral, por su orientación y saber científico, apoyo, confianza y disponibilidad, que me han permitido finalizar con ilusión este trabajo.

Mi gratitud al Profesor Julio Vallejo Ruiloba, Catedrático de Psiquiatría y Director Clínico del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitari de Bellvitge (HUB), por su conocimiento en estas patologías, su interés en la investigación, su apoyo y refuerzo que estimulan continuar trabajando. Al Dr. Fernando Fernández Aranda, Responsable de la Unidad de Trastornos de la Alimentación del Servicio de Psiquiatría del HUB, por sus consejos inestimables, paciencia y estímulo, que han hecho mucho más agradables las horas dedicadas a este proyecto.

A la Unidad de Trastornos Obsesivo-Compulsivos, en especial a la Dra. Pino Alonso Ortega, psiquiatra del Servicio de Psiquiatría del HUB, que ha colaborado directamente en este proyecto siempre que lo he necesitado, con sus consejos y sus palabras y gestos de aliento.

1. INTRODUCCIÓN

Los **trastornos obsesivo-compulsivos (TOC)** y los **trastornos de la conducta alimentaria (TCA)** parecen compartir una serie de características comunes. El hecho además de que exista una elevada comorbilidad entre los TOC y los TCA (Fahy, 1991; Formea y Burns, 1995; Hsu, Kaye y Weltzin, 1993; Rosen y Leitenberg, 1982; Rothenberg, 1990) ha llevado a muchos autores a pensar que estos dos trastornos podrían tener unas raíces etiopatogénicas comunes. Otros, han hipotetizado que los TCA podrían, de hecho, formar parte del llamado espectro obsesivo-compulsivo (Hollander, 1993; Hollander y Benzaquen, 1997a). Muestra de ello, serían las similitudes fenomenológicas, características asociadas (edad de inicio, curso y comorbilidad), etiología, transmisión familiar y respuesta a los tratamientos farmacológicos y/o conductuales (Bienvenu, Samuels, Riddle, Hoehn-Saric, Liang, Cullen, Grados y Nestadt, 2000).

Existen evidencias de que la anorexia y bulimia nerviosas se asocian a elevadas prevalencias de TOC a lo largo de la vida (Halmi, Eckert, Marchi, Sampugnaro, Apple y Cohen, 1991; Lilenfeld, Kaye, Greeno, Merikangas, Plotnicov, Pollice, Rao y Strober, 1998). La proporción

pacientes ambulatorios se muestran contradictorios al respecto (Fahy, 1991).

Otros estudios han demostrado elevadas prevalencias de síntomas relacionados con patología alimentaria en pacientes diagnosticados de TOC primario. Grabe, Thiel y Freyberger (2000) identificaban un 16.1% de pacientes diagnosticadas con TOC y con síntomas relacionados con TCA. Sin embargo, no observaban en su muestra ningún varón que presentara esta asociación.

A pesar de ello, para algunos autores, los pacientes con TOC y TCA desarrollarían su enfermedad en el contexto de una personalidad anancástica premórbida. Este tipo de personalidad, combinada con los problemas típicos de la adolescencia desencadenaría la aparición de la anorexia nerviosa (Von Ranson, Kaye, Weltzin, Rao y Matsunaga, 1999). Autores como Thornton y Russell (1997) considerarían que el TOC frecuentemente precede la aparición del TCA y, por ello, indicarían que el TOC y/u otros trastornos de ansiedad serían factores de riesgo para desarrollar un TCA. Para Cassidy, Allsopp y Williams (1999) es posible que el perfeccionismo refleje un estilo cognitivo que predisponga al desarrollo posterior de sintomatología obsesivo-compulsiva franca que constituya, a la vez, un factor de riesgo para la aparición de un TCA.

(Sunday, Halmi y Einhorn, 1995). Este nuevo instrumento permitía identificar específicamente los fenómenos obsesivos existentes en la sintomatología alimentaria. Los autores concluyeron que la presencia de preocupaciones y rituales variaban desde moderadas a severas, siendo la mayoría de ellas egosintónicas. Las preocupaciones eran mucho más graves que los rituales.

Holden (1990) en un artículo de revisión, concluía que los TOC y los TCA son entidades diferenciadas y que las cogniciones y conductas de los sujetos con anorexia nerviosa, por ejemplo, no cumplirían las características requeridas por los sistemas clasificatorios actuales de las enfermedades mentales, para poder ser consideradas como obsesivas.

En definitiva, tanto desde un punto de vista psicopatológico como fenomenológico y en base a los resultados aportados por la literatura actual, no existen bases suficientes para sustentar la hipótesis de que la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa sean formas de un trastorno obsesivo (Vidal Rubio, Fernández, Turón y Vallejo, 1996).

En el contexto de este marco teórico, la presente tesis doctoral intenta comparar las características clínicas y sintomatológicas de los trastornos obsesivos compulsivos y de los trastornos de la conducta alimentaria. En primer lugar, se hace una revisión de los trabajos sobre incidencia y

2. INCIDENCIA Y PREVALENCIA

2.1 Trastorno obsesivo-compulsivo

En los últimos años, el número de trabajos en relación al TOC ha aumentado de forma significativa, por lo que el conocimiento de esta patología cada vez es más amplio. Si bien, hace unas décadas se consideraba que este trastorno era poco frecuente en población general, estudios epidemiológicos recientes sugieren que es más común de lo que se pensaba. Esta apreciación falsa acerca de que el TOC era poco frecuente nació de una serie de estudios retrospectivos de revisión de finales de los 50 y principios de los 60 (Rasmussen y Eisen, 2001). Sin embargo, según Vallejo (2002), la prevalencia real de este trastorno en población general es desconocida. Este autor considera que los estudios epidemiológicos clásicos podrían haber omitido muchos casos que no habrían llegado a consultar mientras que los trabajos actuales incluirían casos con sintomatología obsesiva leve. De ahí, la gran disparidad entre los resultados que la literatura científica aporta sobre este tema. En un estudio reciente, Fireman, Koran, Leventhal y Jacobson (2001) refieren que la prevalencia real del TOC todavía es desconocida.

Los trabajos de Rudin (1953) (cfr. en Jenike, Baer y Minichiello, 2001),

los hallazgos del ECA. En el mismo año, Flament, Whitaker, Rapoport, Davies, Berg, Kalikow, Sceery y Shaffer (1988) con una muestra de estudiantes, estimaron que el 0.3% de la población general padecía este trastorno. Weissman y cols. (1994) (cfr. en Jenike, Baer y Minichiello, 2001) situaban la prevalencia vital del TOC entre el 1.9 al 2.5%. Tomando como referencia los trabajos del ECA, fueron apareciendo otros estudios que utilizaban metodologías similares (*Diagnostic Interview Schedule-DIS*) y que sirvieron para completar los datos obtenidos. Estos trabajos se llevaron a cabo en distintos países, incluyendo Finlandia, Taiwán, Nueva Zelanda, Corea y África, obteniendo tasas de prevalencia muy similares (Rasmussen y Eisen, 2001). En la Tabla 1 puede observarse un resumen de diversos trabajos realizados durante diez años siguiendo la metodología del ECA y que obtienen resultados de prevalencia a lo largo de la vida que oscilan entre el 0.6% y el 3%. Sin embargo, el estudio del ECA fue criticado debido a la utilización del DIS, que carecía de validez para sus criterios diagnósticos. También se cuestionó el entrenamiento de los entrevistadores. Por ello, se consideró que algunas de las cifras podían estar sobreestimadas.

Por ello sin duda, en el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales en su tercera edición- DSM-III (APA, 1983) se decía se trataba de un trastorno poco frecuente en población general. En la edición revisada

estas cifras, el TOC se sitúa en cuarto lugar en cuanto a la frecuencia de los trastornos mentales, detrás de las fobias, abuso de tóxicos y depresión mayor, siendo el doble de frecuente que las crisis de ansiedad y la esquizofrenia (Salgado, Turón y Olivares, 1995). Grabe, Meyer, Hapke, Rumpf, Freyberger, Dilling y John (2000) estiman una prevalencia del TOC a lo largo de la vida del 0.5%, siendo del 2% para cuadros obsesivos subclínicos.

En **población psiquiátrica**, los resultados de los estudios oscilan entre el 1 y el 4%. Autores como Ingram en 1961, obtenían cifras del 0.99% en pacientes hospitalizados. Otros estudios como los de Judd (1965), Okasha, Kamel y Hassan (1968), Goodwin, Guze y Robins (1969) (cfrs. en Yaryura-Tobías y Neziroglu, 1997) recogían valores de entre el 2% y el 3%. Ballús en nuestro país (1971) estimó un porcentaje de pacientes psiquiátricos ambulatorios con TOC del 1%, siendo entre el 0.9% y 4% para los pacientes hospitalizados. Black (1974) (cfr. en Yaryura-Tobías y Neziroglu, 1997) informaba de entre un 0.3 y un 0.6 el porcentaje de pacientes ambulatorios con este trastorno, aumentando la cifra hasta el 4% si se trataba de pacientes ingresados. Otros trabajos realizados en la década de los 80 obtienen resultados algo inferiores en pacientes hospitalizados. Por ejemplo, Yaryura-Tobías y Neziroglu (1983) estimaron la cifra en un 1%, Jenike (1983) en un 2.5%, Rasmussen y Tsuang (1984) en un 1.6%.

En **niños y adolescentes**, un trabajo realizado por Flament y cols. (1988) con una muestra de 5.000 estudiantes y usando el Inventario de Obsesiones de Leyton (LOI) (Cooper, 1970), observó una tasa de prevalencia del 1.9%. Los resultados fueron confirmados por Valleni-Basile, Garrison, Jackson y cols. (1995), que obtuvieron una prevalencia infantil a lo largo de la vida del 3% y una incidencia anual del 0.7%. Piacentini y Bergman (2000) sitúan la prevalencia del TOC en niños entre el 2% y 3%. Estos mismos resultados encuentra Zohar (1999) en adolescentes. Rapoport, Inoff-Germain, Weissman, Greenwald, Narrow, Jensen, Lahey y Canino (2000) en el *Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study* estimaron una prevalencia del 2.7%. Heyman, Fombonne, Simmons, Ford, Meltzer y Goodman (2001) con una muestra de 10.438 niños, observaron una prevalencia del 0.25%, cifra que aumentaba exponencialmente a medida que se incrementaba la edad. Comparados con controles, los niños con TOC presentaban un nivel socio-económico inferior y un nivel de inteligencia más bajo. La mayoría de estos pacientes detectados a través de este estudio no estaban recibiendo tratamiento, por lo que los autores concluyeron que se trataba de un trastorno poco identificado y menos tratado. Okasha, Ragheb, Attia, Seif-El-Dawla, Okasha y Ismail (2001) estudiaron la prevalencia de los síntomas obsesivo-compulsivos en una muestra de 340 estudiantes de secundaria (entre 15-17 años) y de 540 estudiantes universitarios (entre 18-

para el sexo femenino. Rasmussen y Eisen (1992) en una muestra de 560 sujetos diagnosticados de TOC, observaron un 53.8% de mujeres frente a un 47.2% de varones. En sentido contrario, Adams (1973) en un trabajo realizado con una muestra de 49 sujetos, halló una relación de 4 hombres por 1 mujer. En niños se ha encontrado un predominio importante de varones, de lo que se deduce según Faus (1998) que la edad de inicio sería más precoz en niños que en niñas. Años antes, Hollingsworth, Tanguay, Grossman y cols. (1980) observaron que un 75% de su muestra de niños y adolescentes afectados de TOC eran varones. Estos datos fueron confirmados por el estudio de Rapoport (1989) que obtuvo los mismos resultados en varias de sus muestras. Fireman y cols. (2001) observaron que el trastorno era más frecuente entre varones que en mujeres en edades inferiores a 18 años. Contrariamente, por encima de 65 años, era menos frecuente en varones que en mujeres. Entre los pacientes diagnosticados de TOC menores de 18 años, la proporción varón/mujer era de 1.90, mientras que entre los adultos era de 0.68. La prevalencia entre hombres era más elevada en el intervalo de edad de entre los 11 y los 17 años. Sin embargo, en el grupo de mujeres, el intervalo de edad en el que se observaba mayor prevalencia de TOC era entre 25-34 años.

La **edad de inicio** del TOC suele situarse en la adolescencia o a principios de la edad adulta, aunque también puede hacerlo en la

Algunos trabajos refieren ciertas características diferenciales en el **curso y la evolución** del trastorno relacionadas con la edad de inicio, en un intento de identificar subgrupos más homogéneos (Séller, Biederman, Jones, Park, Schwartz, Shapiro y Coffey, 1998). Por ejemplo, el inicio prepuberal se ha asociado a sexo masculino (Zohar, Pauls, Ratzoni, Apter, Dycian, Binder, King, Leckman, Kron y Cohen, 1997), elevada comorbilidad de trastornos de tics (Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane y Cheslow, 1989), elevada frecuencia de compulsiones no precedidas por ideas obsesivas (Geller y cols., 1998) y antecedentes familiares de TOC (Pauls, Alsobrook, Goodman, Rasmussen y Leckman, 1995).

Con relación al **estado civil** de estos pacientes, se observa un número de solteros significativamente mayor que en controles de la misma edad.

2.2 Anorexia nerviosa

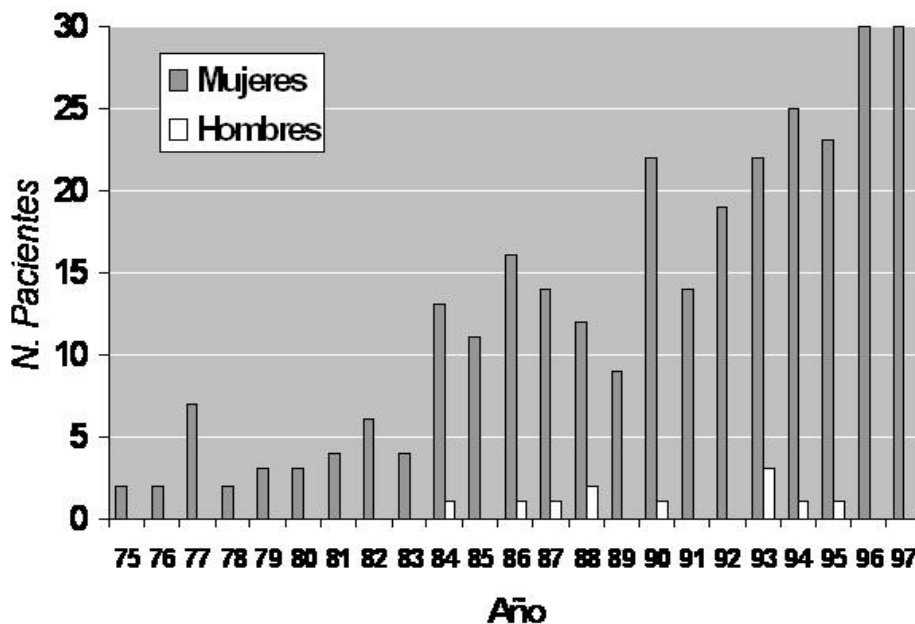
La frecuencia de aparición y relevancia de este trastorno ha ido cambiando de forma marcada con el paso del tiempo. Así, tenemos que son numerosos los estudios que refieren un elevado aumento de su prevalencia e incidencia a lo largo de las dos últimas décadas (Hoek, 1991), especialmente en mujeres.

En anorexia nerviosa, la incidencia ha pasado de valores del 0.35-1.12%

resultados a la población general, se dedujo que la prevalencia de anorexia nerviosa oscilaba entre 0.69-1.79%, considerando tanto diagnósticos totales como parciales. Ello informaba de un incremento de más del doble con respecto a un análisis previo de los años 1985-86, realizado por los mismos autores, en donde encontraron prevalencias que

Figura 1:

Número de pacientes ingresados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Bellvitge entre 1975-1997 en función de la variable sexo (n=304) -adaptado de Alonso-Ortega y cols., 1998-.



oscilaban entre 0.31-0.67%. Respecto al género, estudios recientes apuntan que entre un 4-6 % de quienes padecen estos trastornos

total de 1.314 estudiantes adolescentes, entre 1993-94, se obtuvo que la prevalencia de bulimia nerviosa oscilaba entre 1.6-3.4 %, si eran considerados tanto diagnósticos totales como parciales. Ello supone un incremento de más del triple con respecto a un análisis previo (1985-86), realizado por los mismos autores, en donde encontraron prevalencias del orden de 1.24 %.

3. DIAGNÓSTICO Y CLÍNICA

3.1 Trastorno obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo ha sufrido a lo largo de la historia importantes modificaciones tanto en su definición como en su conceptualización, con las consecuentes variaciones en las interpretaciones diagnósticas y aplicaciones terapéuticas. El TOC presenta unos síntomas primarios que consisten en obsesiones, compulsiones y duda y unos síntomas secundarios que serían ansiedad y depresión, entre otros (Yaryura-Tobías y Neziroglu, 1997).

Tanto el DSM-IV (APA, 1994) como el DSM-IV-TR (APA, 2001) definen las obsesiones como “pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente, que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativos”. “El individuo es capaz de reconocer que éstas son el producto de su mente y no vienen impuestas de fuera e intenta con frecuencia ignorar o suprimir estos pensamientos e impulsos, o bien neutralizarlos con otras ideas o actividades (es decir compulsiones)”. Las compulsiones son definidas como “comportamientos o actos mentales de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o malestar, pero no proporcionar

las categorías o subtipos diagnósticos han cambiado significativamente. Incluso, en los últimos años, el hecho de que existan unidades especializadas exclusivamente en este trastorno ha permitido afinar mucho más los subgrupos de pacientes obsesivos. Los tipos básicos y la frecuencia de los síntomas obsesivo-compulsivos no se diferencian de unos países a otros. Las obsesiones y compulsiones más habituales son las de contaminación (De Silva y Rachman, 1992), duda patológica, pensamientos sexuales y agresivos, preocupaciones somáticas y la necesidad de simetría y precisión (Cruzado Rodríguez, 1998).

En las Tablas 2 y 3, adaptadas de Rasmussen y Eisen (1992), pueden observarse los síntomas más frecuentes de una muestra de 560 pacientes evaluados en el momento de admisión hospitalaria.

Tabla 2

Síntomas TOC en el momento admisión hospitalaria

OBSESIONES	(%)	COMPULSIONES	(%)
Contaminación	50	Comprobación	61
Duda patológica	42	Limpieza	50
Somáticas	33	Recuento	36
Necesidad de Simetría	32	Necesidad de Preg./confesar	34
Agresividad	31	Simetría/precis.	28
Sexuales	24	Almacenamiento	18
Obsesiones múltiples	72	Compulsiones Múltiples	58

Nota: adaptada de Rasmussen y Eisen, 1992

externa específica, ambos se acompañan de un nivel alto de ansiedad y el sentido y la coherencia de sus miedos son elevados.

- **Compulsiones de comprobación:**

Los pacientes con rituales de comprobación conforman el segundo gran grupo clínico. Estas personas se caracterizan por pensamientos recurrentes y catastróficos sobre que algo malo pasará si no comprueban de forma persistente y minuciosa (en este subgrupo se incluirían también los pacientes con obsesiones somáticas). La comprobación exige una gran cantidad de tiempo y dedicación, por lo que llega a ser incapacitante. Si se pospone la comprobación, se produce una elevación de la ansiedad que a menudo resulta intolerable. Según Rachman y Hodgson (1980) los síntomas de estos pacientes tienden a aparecer con mayor lentitud y están muy relacionados con el aprendizaje social temprano. A pesar de que la duda patológica está presente en muchos subgrupos de pacientes obsesivo-compulsivos, en éste está especialmente presente. El estilo cognitivo de estas personas está caracterizado por una sobrestimación de la responsabilidad, del riesgo y sus consecuencias, así como por un elevado perfeccionismo.

- **Ideas obsesivas:**

En estos pacientes, el principal problema son las ideas obsesivas. En

- **Rituales mixtos:**

Los subgrupos menos frecuentes del TOC incluyen pacientes con rituales de orden y simetría. El cuadro clínico está caracterizado por la obsesión de tener los objetos o sucesos en un determinado orden o posición, actuar de una manera determinada, etc. Experimentan un sentimiento subjetivo de malestar o disgusto, cuando las cosas no siguen este orden. Rasmussen y Eisen (2001), consideran que este tipo de pacientes podría situarse en el extremo del espectro de la personalidad obsesiva. En ocasiones, la necesidad de algunos pacientes con rituales de orden y simetría es controlar un pensamiento mágico e inespecífico de peligro.

Otro subgrupo poco frecuente es el de pacientes cuya clínica más destacable es la acumulación o almacenamiento de objetos. Estos pacientes se ven obligados a comprobar sus pertenencias una y otra vez y tienen verdaderas dificultades para desprenderse de cualquier objeto, papel, etc. que caiga en sus manos. En ocasiones, deben comprobar en la basura si han tirado algún objeto de su propiedad. Un hecho a señalar es que en la mayoría de los casos, estas conductas son egosintónicas, por lo que estos pacientes son especialmente resistentes a las intervenciones conductuales.

La experiencia clínica parece apuntar que para el diagnóstico de anorexia nerviosa existen cuatro aspectos que juegan un papel decisivo.

1) La presencia de un **marcado bajo peso**, no debido a causas orgánicas. Sin embargo, es importante tener presente que para establecer el diagnóstico es necesario no sólo saber si existe un bajo peso, sino también si se ha producido una pérdida marcada de peso y desde cuándo. Existen personas que siempre han sido delgadas, a pesar de tener hábitos alimentarios normales, y no por ello padecen anorexia nerviosa. Asimismo, parece conveniente explorar en qué medida ha influido la conducta de la paciente en esta pérdida de peso y si bajar de peso era su objetivo. También, es relevante saber en qué momento determinado de la vida de la paciente se ha producido esta disminución pronunciada de peso, para posteriormente poder identificar factores desencadenantes y causales del trastorno. Según los criterios DSM-IV-TR (APA, 2001) la pérdida de peso deberá ser superior al 15 % del peso considerado normal para su edad y su talla. Sin embargo, parece prudente valorar este porcentaje con cautela y así, pacientes que presenten una disminución de peso algo menor pero que cumplan el resto de criterios, también podrán ser diagnosticadas de anorexia nerviosa. Aunque deben considerarse algunos casos excepcionales, como por ejemplo, aquellos pacientes que con marcado sobrepeso u obesidad previos, hayan bajado significativamente de peso

que se suele observar en la mayoría de los casos, a partir de actitudes y sentimientos negativos hacia la propia imagen. Así, las pacientes anoréxicas se lamentan habitualmente de sentirse gordas, en general o de zonas concretas de su cuerpo, a pesar de encontrarse en un estado caquético. Estas actitudes actuarán, en muchos casos, como variables mantenedoras e incluso desencadenantes del trastorno (Fernández y Probst, 1994; Fernández-Aranda, Dahme y Mermann, 1999). En pacientes en las que este criterio no se cumpla, se vean delgadas y deseen aumentar de peso, habrá que valorar en qué medida existe una negación del trastorno, y en qué medida existen otro tipo de funcionalidades que justifiquen la instauración del trastorno alimentario (p.e. fobia a los alimentos, fobia al vómito, etc.) – a modo de ejemplo ver Fernández-Aranda, Lozano, Badía y Jiménez-Murcia, 2001; Fernández-Aranda, Amor-Salamanca, Jiménez-Murcia, Giménez, Turón-Gil, y Vallejo-Ruiloba, 2001-.

4) La presencia de **amenorrea** o ausencia de menstruación durante los tres últimos ciclos. Éste es un hecho que preocupa a las pacientes, y o familiares, incluso en mucho casos será el motivo de consulta a especialistas, sin embargo en general la menstruación suele reestablecerse al recuperar un peso normal.

Estas características, sin embargo, han sido contempladas de forma distinta, en función de los criterios diagnósticos empleados (Russell, DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV) a lo largo del tiempo.

Como fuese el caso de la anorexia nerviosa, en 1994 en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (APA, 1994), la bulimia nerviosa sufrió diversas modificaciones con respecto a las ediciones anteriores. Las modificaciones más destacadas fueron el mayor énfasis a la descripción de los episodios de voracidad o atracones, así como del sentimiento de pérdida de control; la distinción entre pacientes bulímicos de tipo purgativo y no purgativo; y la conceptualización de la imagen corporal como de índole cognitiva y centrada básicamente en su influencia sobre las emociones y conductas del paciente, como también sucedió en el caso de la anorexia nerviosa.

Para este trastorno serán también tres los factores que jugarán un papel esencial a la hora de realizar el diagnóstico:

- 1) En primer lugar, la existencia de **atracones o episodios de ingesta voraz**, la característica principal de esta patología. En este tipo de episodios, a diferencia de los episodios de sobreingesta presentes en muchos pacientes obesos, pacientes diabéticos y población normal, existe un sentimiento de pérdida de control y de culpa tras los mismos, de ahí que

sensación de hambre, o el deseo de ingerir "alimentos prohibidos" (para más detalles ver Fernández-Aranda y Turón-Gil, 1998).

2) En segundo lugar, otro aspecto a tener en cuenta para el diagnóstico de esta patología serán las **actitudes negativas hacia la propia imagen y peso**. Esta opinión negativa estará influyendo, como en el caso de la anorexia nerviosa, en la conducta alimentaria y estado anímico del paciente. Con mucha frecuencia encontramos que el desprecio hacia el propio cuerpo va asociado a la falta de aceptación de sí mismos (Viñuales-Mas, Fernández-Aranda, Jiménez-Murcia, Turón-Gil, y Vallejo-Ruiloba, 2001)- ver Figura 2-.

3) En tercer lugar, en el diagnóstico de bulimia nerviosa jugarán un papel importante las **conductas compensatorias**, para evitar un presumible aumento de peso, tras un episodio de ingesta voraz. Éstas irán desde vómitos, a uso de laxantes y diuréticos, excesivo ejercicio físico y/o empleo de dietas. Los vómitos y/o dietas serán unas de las estrategias más frecuentemente empleadas, pero no por ello criterio indispensable para el diagnóstico de estos pacientes. Determinar desde un principio, qué tipo de conducta compensatoria, con qué frecuencia aparece y en qué momento, será fundamental a la hora de explorar la funcionalidad de este trastorno e identificar las características diferenciales entre subgrupos de pacientes

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

3.4 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE)

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE) se refiere a los pacientes que, si bien presentan un trastorno de la conducta alimentaria, no cumplen todos y cada uno de los criterios necesarios para ser diagnosticados de un trastorno típico de la conducta alimentaria, de los especificados anteriormente (anorexia y/o bulimia nerviosa). Algunos ejemplos de ellos serán descritos a continuación:

1. En mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero que, sin embargo, presentan una menstruación regular.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso se encuentra dentro de los límites de la normalidad (p.e. pacientes con obesidad previa y que tras realizar dietas intensas, han

4. COMORBILIDAD

4.1 Trastorno obsesivo-compulsivo

La comorbilidad del TOC con otros trastornos es frecuente. Por una parte, es relativamente común que el paciente con un TOC presente otro trastorno asociado en el momento de la consulta y por otra, al ser el TOC un trastorno de naturaleza crónica, la mayoría de pacientes presentan algún otro trastorno del Eje I, a lo largo de la vida (Nestadt, Addington, Samuels, Liang, Bienvenu, Riddle, Grados, Hoehn-Saric, y Cullen, 2003).

El DSM-IV-TR (APA, 2001) informa de que el TOC puede asociarse a trastorno depresivo mayor, otros trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios y trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo.

4.1.1 Trastorno obsesivo-compulsivo y depresión

Existe una relación estrecha entre estos dos trastornos. Se observa cómo algunos pacientes con trastornos afectivos presentan síntomas obsesivos. También, se hace evidente que muchos pacientes obsesivos han padecido episodios depresivos previos al TOC. Finalmente, es frecuente observar cómo algunos pacientes presentan sintomatología depresiva

intrusos son inducidos desde fuera, por otras personas o por fuerzas extrañas. En ocasiones, sin embargo hay pacientes obsesivos que han sido diagnosticados de esquizofrénicos, especialmente en el caso de obsesivos con ideas sobrevaloradas, es decir resistentes al cambio, a la crítica y sin conciencia de absurdidad. Estudios recientes sugieren que los dos trastornos son entidades diagnósticas sin ninguna relación entre ellas. De hecho, tal y cómo apunta Ingram (1961), si existiera tal relación habría un elevado porcentaje de pacientes con TOC que desarrollaría una esquizofrenia (y sin embargo, éste no es superior al 3%).

4.1.3 Trastorno obsesivo-compulsivo y fobias

Algunas veces, fobias y TOC pueden llegar a confundirse, puesto que comparten ciertas similitudes (temores irracionales, elevada ansiedad, conductas de evitación relacionadas con los estímulos temidos, etc.). Numerosos estudios han observado la asociación existente entre el TOC y los trastornos fóbicos (Mellman y Uhde, 1986; Barlow, 1988). Algunos trabajos ya clásicos apuntaban que entre el 40%-50% de las muestras de pacientes con TOC, presentaban trastornos fóbicos asociados, ya fueran comórbidos o descritos como antecedentes en la infancia (Kringlen, 1965; Videbach, 1975;). La elevada frecuencia de

Tabla 4*Comorbilidad del TOC con otros trastornos mentales*

	ACTUAL	A LO LARGO DE LA VIDA
Diagnóstico	(%)	(%)
Trastorno depresivo mayor	31	67
Fobia simple	7	22
Trastorno por ansiedad de separación	----	2
Fobia social	11	18
Trastorno alimentación	8	17
Dependencia alcohol	8	14
Trastorno por angustia	6	12
Trastorno de la Tourette	5	7

Nota: adaptada de Rasmussen y Eisen, 2001

4.1.4 Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos de la Conducta alimentaria

Este tema será discutido en el apartado de “Investigaciones actuales sobre la relación entre el TOC y los TCA” (Capítulo 7), de la presente Tesis Doctoral.

4.1.5 Trastorno obsesivo-compulsivo y síndrome de la Tourette

Aproximadamente, alrededor de un 20% de pacientes con TOC presentan o han presentado tics. Entre el 5%-10% tienen historia de trastorno de la Tourette a lo largo de su vida (Leckman, Walker, Goodman y cols., 1994). Algunos pacientes con este trastorno también presentan un TOC asociado, especialmente en los pacientes más jóvenes.

muestra de 96 pacientes con TOC presentaban un TPOC, mientras que un 52% cumplía criterios diagnósticos para, al menos, un trastorno de personalidad.

Por otro lado, el trabajo de Bejerot, Ekselius y von Knorring (1998) demostró que un 75% de su muestra de 26 pacientes diagnosticados de TOC, presentaba trastornos de personalidad asociados, mientras que un 13% padecía un TPOC. En este sentido, en un trabajo realizado en nuestro país, con una muestra de 41 sujetos diagnosticados de TOC primario, evidenció una elevada prevalencia de trastornos de la personalidad (83%), perteneciendo la mayoría de ellos al Cluster C (61%). El trastorno de personalidad más comórbido fue el TPOC (39%). Los rasgos de personalidad observados fueron la aprensión, preocupación excesiva, depresión, sentimientos de culpa, sobreexcitación e inquietud. Los autores concluían que la elevada prevalencia de TPOC en el TOC sugería la existencia de una asociación estrecha entre las dos categorías diagnósticas (Jiménez Murcia, Salgado, Mataix-Cols, Alonso, Vallejo, Menchón, y Vallejo, en prensa)- ver Figura 4-.

Otros estudios señalan la independencia entre TOC y TPOC (Steketee, 1990; Black, Noyes, Pfohl, Goldstein y Blum, 1993). Rosen y Tallis

abuso de sustancias y/o tóxicos (Kaye, Lilenfeld, Plotnicov, Merikangas, Nagy, strober, Bulik, Moss y Greeno, 1996; García-Vilches, Badía-Casanovas, Fernández-Aranda, Jiménez-Murcia, Turón-Gil y Vallejo-Ruiloba, 2002) y pérdida generalizada del control de los impulsos (Pasamontes, Fernández-Aranda, Turón-Gil y Vallejo-Ruiloba, 1998; Peñas y Waller, 2001).

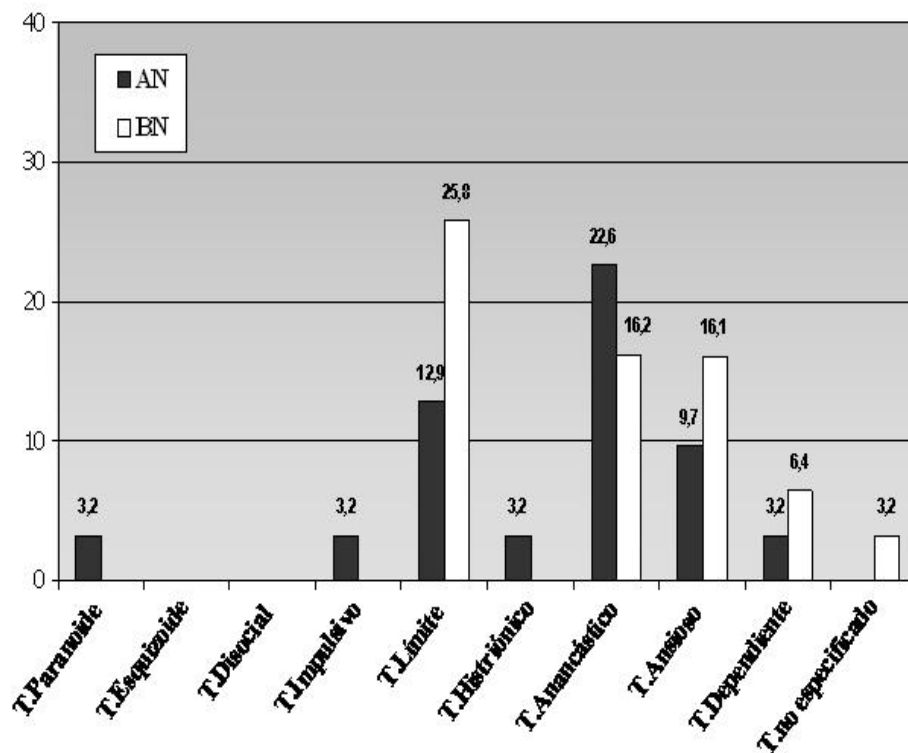
Del mismo modo, durante la última década, cada vez mayor número de trabajos hacen referencia a la existencia de una estrecha relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de la personalidad (Bulik, Sullivan, Joyce y Carter, 1995; Skodol, Oldham, Hyler, Kellman, Doidge y Dacies, 1993), siendo descritas prevalencias, que oscilan entre el 27 y el 84% de casos, según los estudios. Los resultados de los mismos apuntan mayoritariamente a los trastornos de la personalidad (TP) del cluster B, especialmente al trastorno límite de personalidad (64% de los casos, Vaz y Salcedo, 1993), seguidos de los TP del cluster C (51% casos) y, finalmente, del cluster A (33% casos), según Bulik y cols. (1995).

En este sentido, Williams, Power, Millar, Freeman, Yellowlees, Dowds, Walker, Campsie, MacPherson y Jackson (1993), compararon entre sí, diferentes subgrupos de pacientes con diversos trastornos de la conducta

del cluster A son, sin embargo, raramente descritos en la literatura: 7% TP esquizotípico y 7% TP paranoide (Vaz y Salcedo, 1993).

Figura 5:

Presencia de Trastornos de la personalidad en una muestra de TCA (N=62) – adaptado de Fernández Aranda, 2003-



En líneas generales, en los pacientes en los que coexisten un trastorno de la alimentación y uno de personalidad, suele ser descrita una mayor psicopatología y severidad del trastorno, presentando éstos un peor pronóstico y más limitada respuesta al tratamiento (Rossiter, Stewart, Telch y Schneider, 1993; Steiger, Jabal, Purwala y Chapagne, 1996), no

5. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

5.1 Trastorno obsesivo-compulsivo

El objetivo de la evaluación inicial será tanto establecer y/o confirmar el diagnóstico, como recoger la información necesaria para estructurar el programa de tratamiento. Será de especial interés realizar un análisis funcional estructurado, que registre las situaciones que favorecen o precipitan obsesiones y compulsiones (antecedentes internos y externos), las características específicas de la sintomatología obsesivo-compulsiva (intensidad, frecuencia, duración, etc.) y las consecuencias de este problema (grado de interferencia, alteraciones emocionales, familiares, personales, etc.)- ver Raich, 1988, 1996-.

Uno de los problemas de la mayoría de instrumentos de evaluación que actualmente se utilizan para el TOC es que suelen correlacionar con otros instrumentos de depresión, ansiedad generalizada, preocupación, etc. y que, algunos de ellos, quizás no discriminan adecuadamente los sujetos que padecen TOC de los que padecen otro tipo de patología que cursa con síntomas similares a los del TOC (Ibáñez, Olmedo, Peñate y González, 2002).

En la Tabla 5, puede observarse la valoración de esta escala, según Yaryura-Tobías y Neziroglu (1997):

Tabla 5

Valoración de la Escala Obsesivo-compulsiva de Yale-Brown

Aspectos positivos	Aspectos negativos
Fiabilidad bien establecida	El clínico debe conocer con detalle los síntomas del TOC
Validez parcialmente establecida	Los datos de correlación de validez son moderados y muestras limitadas
La severidad no depende ni del tipo de síntomas ni del número de los mismos	La puntuación total es un indicador pobre
Permite la determinación de los cambios debidos al tratamiento	

Nota: adaptado de Yaryura-Tobías y Neziroglu, 1997

Inventario Obsesivo-compulsivo de Maudsley (MOCI) (Hodgson y Rachman, 1977). Se trata de una escala auto-administrada que consiste en 30 ítem, de respuesta verdadero-falso. Permite obtener una puntuación total y cuatro índices de las subescalas de comprobación, limpieza, lentitud-repetición y duda concienzuda. La puntuación obtenida en cada escala indica la cantidad de tiempo que un individuo invierte en los síntomas obsesivos-compulsivos (Rachman y Hodgson, 1980). Es una escala especialmente útil para evaluar las obsesiones y compulsiones relacionadas con rituales externos (Hodgson y Rachman, 1977) y parece adecuada para evaluar también los dos tipos de

- 2) Preguntas sobre personalidad: acumulación de objetos, limpieza, tacañería, irritabilidad y malhumor, rigidez, salud, regularidad y puntualidad. Suman en total 23 ítems.

Pueden extraerse tres puntuaciones en: a) síntomas y rasgos de personalidad, b) resistencia y c) interferencia. El formato de respuesta es de SI-NO. La crítica que se le ha hecho ha sido la inadecuación en la evaluación de los pensamientos intrusivos de lavado, el énfasis en los rituales de comprobación y la interdependencia de las escalas (Cruzado Rodríguez, 1998). Otro aspecto dudoso es la presunción de que tanto una mayor resistencia como una mayor interferencia están necesariamente asociadas con mayor psicopatología. Por tanto, esta escala sería más adecuada para medir personalidad obsesiva que trastorno obsesivo-compulsivo (Ibáñez y cols., 2002). En la Tabla 7, aparece reflejada una valoración crítica de este cuestionario.

Cuestionario de Lynfield para la obsesión-compulsión (LIO) (Allen y Tune, 1975). Se trata de una versión reducida del Cuestionario de Leyton que consta de 20 ítems relacionados con los tres componentes del cuestionario original y otro sobre rumiaciones. Ver Tabla 8 para información sobre los aspectos críticos que presenta esta escala.

sobre agresión, sexo, sueño, rumiaciones y esperanza de mejoría. Todavía no se ha establecido la validez y fiabilidad de esta prueba.

Tabla 9

Valoración crítica del cuestionario de Neziroglu-Yaryura-Tobías

Aspectos positivos	Aspectos negativos
Tiempo de administración	Fiabilidad no determinada
La misma escala proporciona medidas de síntomas TOC y de personalidad O-C	Validez no determinada

Compulsive Checklist de Philpott (CAC) (Philpott, 1975). El CAC fue inicialmente desarrollado para ser administrado por un evaluador y constaba de 62 ítem que medían en qué medida los síntomas obsesivo-compulsivos interferían en las actividades de la vida diaria. Cada ítem se puntuaba en base a una escala de 4 puntos de acuerdo con cuatro parámetros: frecuencia, duración, evitación y odio. Posteriormente, se le sometió a diversas revisiones, de las cuales la más reciente es de Steketee y Freund (1993) y consta de 28 ítem en formato de autoinforme. El sujeto debe señalar el grado en que le trastorna cada una de las situaciones descritas. La valoración que debe seguir el sujeto varía de 0 (ningún problema) a 3 (se siente incapaz de llevar a cabo esta actividad). En esta revisión, los autores intentaron aumentar la homogeneidad de los ítem y la capacidad de discriminación de la escala para diferenciar sujetos con TOC de otras poblaciones.

Cuestionario de Rasgos y Personalidad Obsesiva de Vallejo (CRPOV) (Vallejo, Marcos y Salamero, 1992). Se trata de una escala basada en la fenomenología de personalidad anancástica de Ey. Consta de 31 ítem con formato de respuesta SI/NO. Tiene como objetivo identificar la existencia de rasgos de personalidad obsesiva en pacientes con TOC. Se ha demostrado su validez discriminante entre pacientes obsesivos y melancólicos. Los índices de consistencia interna oscilan entre 0.60 y 0.68 para la escala original y entre 0.64 y 0.72 para la derivada empíricamente entre grupos diagnósticos (melancólicos y obsesivos) y control.

Tabla 12

Valoración crítica del Cuestionario de Rasgos y Personalidad Obsesiva de Vallejo

Aspectos positivos	Aspectos negativos
Medición específica de obsesividad en pacientes con TOC	Consistencia interna moderada
Validez discriminante entre pacientes O-C, melancólicos y controles	Limitada aplicación en la literatura

Cuestionario de Intrusiones Cognitivas (CIQ) (Freeston y Ladouceur, 1993). Identifica los pensamientos obsesivos y recoge el más perturbador, en el último mes anterior a la prueba. Tras ello, se evalúa mediante una escala de Lickert de 9 puntos, las dimensiones de frecuencia, preocupación, tristeza, dificultad para eliminar el

5.1.2 Sintomatología coadyuvante

Además de estos instrumentos de medida, referidos específicamente al TOC, suele administrarse el *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbauch, 1961), o la *Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión (HRSD)* (Hamilton, 1960), la *Escala Modificada de Hamilton para la Evaluación de la Depresión (MHRSD)* (Miller, Bishop, Norman y Maddever, 1985) y el *Inventario de Temores (FSS-III)* (Wolpe y Lang, 1964).

A continuación se describen los cuestionarios citados, que a pesar de no evaluar sintomatología obsesivo-compulsiva, son útiles para medir la clínica coadyuvante.

Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck y cols., 1961). En primer lugar, fue desarrollado como instrumento heteroaplicado de 21 ítem que evaluaba la intensidad del síndrome depresivo. Posteriormente, los autores realizaron una versión autoaplicada. La versión más conocida en España es la de Conde y Franch (1984). El rango de puntuación obtenida es de 0 a 63. Los puntos de corte son: de 0 a 9 (normales), de 10 a 18 (depresión leve), de 19 a 29 (depresión moderada), y de 30 a 63 (depresión grave). Este cuestionario se encuentra adaptado y validado en la población española (Vázquez y Sanz, 1999), siendo el coeficiente de

Tabla 16*Valoración crítica de la Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión*

Aspectos positivos	Aspectos negativos
Adaptada y validada en población española	Debe ser administrada por un terapeuta entrenado
	Escasa diferenciación entre intensidad y frecuencia de cada síntoma

Consta de 21 ítems. Conde y Franch (1984) fueron los autores de la adaptación al castellano. La puntuación total de la escala es la suma de las puntuaciones asignadas a cada ítem.

Escala Modificada de Hamilton para la Evaluación de la Depresión (MHRSD) (Miller y cols., 1985). Se desarrolló con el fin de mejorar los déficits que los autores encontraban en la versión reducida de 17 ítem de la HRSD. La escala consta de 25 ítems, que el terapeuta debe cumplimentar eligiendo la descripción que mejor se ajuste a los síntomas que el paciente ha presentado durante la última semana. Pueden obtenerse dos tipos de puntuaciones, una es la que corresponde a la suma de las puntuaciones del total de los 25 ítems, otra es la de los 17 ítem originales de Hamilton- ver Tabla 17-.

5.2 Trastornos de la conducta alimentaria

5.2.1 Hábitos Alimentarios, Cogniciones y Psicopatología

Eating Attitudes Test (EAT-40), de Garner y Garfinkel (1979). Este cuestionario está compuesto de 40 ítem, que hacen referencia a síntomas y conductas comunes en anorexia nerviosa; asimismo, proporciona un índice de gravedad del trastorno (puntuación de corte= 30). Cada ítem presenta 6 posibles respuestas, que van de "siempre" a "nunca", de las cuales sólo tres se puntúan (de 1 a 3). La puntuación total de este cuestionario oscila entre 0 a 120, indicando el máximo valor una mayor severidad del trastorno de la conducta alimentaria. Este autoinforme se encuentra adaptado a la población española (Castro, Toro, Salamero y Guimerà, 1991). La validez interna del mismo muestra valores de 0.61 y el coeficiente alfa de consistencia interna es de 0.93. De este cuestionario, existe una versión posterior, más reducida (26 ítem, en lugar de 40), que correlaciona muy satisfactoriamente con la primera versión, se trata del EAT-26 (Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982), que se describe más adelante.

Eating Attitudes Test (EAT-26), de Garner y Garfinkel (1979) y Garner y cols. (1982). Este cuestionario es una versión reducida del EAT-40, como

conciencia interoceptiva (10 ítem) y 8) miedo a la madurez (8 ítem). Del mismo modo que el cuestionario anterior, 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.

Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) de Garner (1998). Este cuestionario proporciona información útil respecto a las dimensiones psicológicas y conductuales características de los trastornos alimentarios. El EDI-2 incluye las mismas subescalas del EDI pero, además, tiene tres subescalas más: ascetismo, regulación del impulso e inseguridad social. Este prueba presenta buena consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez. Asimismo, es sensible a los cambios como consecuencia del tratamiento psicológico. Como el EAT-26, el EDI-2 puede ser utilizado como medida de *screening* (la subescla tendencia a la delgadez parece ser extremadamente útil), aunque los autores sugieren añadir otras preguntas que hagan referencia a las conductas de riesgo típicas en estos trastornos, si se trata de utilizar este cuestionario como instrumento para identificar nuevos casos. Los autores no recomiendan ningún punto de corte predeterminado, sino que consideran que éste se adapte, en función de los objetivos del *screening* y de la proporción de problemas alimentarios en la muestra de la que se disponga. Esta escala se encuentra validada en

Tabla 21*Valoración crítica del Body Shape Questionnaire*

Aspectos positivos	Aspectos negativos
Adaptado y validado en población española	Se trata de un cuestionario adaptado al cuerpo femenino
Ofrece la posibilidad de medir este aspecto relevante en los TCA	En la evaluación del TDM sólo tiene en cuenta el peso corporal y la silueta
Existencia de puntuación de corte	
Dispone de una validez discriminante	
Discrimina entre grupos de mujeres “preocupadas” y pacientes TCA	

Body Attitudes Test (BAT) descrito por Probst, Vandereycken, Van Coppenolle y Vanderlinden (1995). Se trata de un cuestionario compuesto de 20 ítem, distribuidos en tres subescalas, que exploran el grado de satisfacción y actitud hacia la propia imagen corporal. Cada ítem se compone de una escala con 6 posibles respuestas, que puntúan de 0 a 5. La puntuación global oscila de 0 a 100.

Tabla 22*Valoración crítica del Body Attitudes Test*

Aspectos positivos	Aspectos negativos
Tiempo de administración	No está adaptado a población española
Medida sobre actitudes y aspectos emocionales relacionados con la imagen	No existencia de punto de corte
Aplicado en muestras clínicas	

6. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

6.1 Trastorno obsesivo-compulsivo

El abordaje terapéutico del TOC ha sido complicado hasta hace treinta años años. De entonces, se ha avanzado mucho tanto en la evaluación como en el tratamiento de estos trastornos.

Hasta el siglo XIX, el TOC se consideraba de naturaleza religiosa. Se pensaba que los individuos que padecían un TOC de temática sexual o blasfema estaban poseídos por espíritus diabólicos. El tratamiento de elección era pues el exorcismo, en el que la persona era liberada de dichos espíritus. La primera descripción médica data de 1838 por Esquirol, que consideraba las obsesiones y compulsiones como manifestaciones de melancolía y depresión. Hacia principios del siglo XX, la explicación del TOC era fundamentalmente psicológica. Un hecho curioso es que en esa época, el neurólogo francés Pierre Janet describió los resultados positivos de un programa de tratamiento que actualmente consideraríamos estrictamente conductual, basado en técnicas de exposición. Sin embargo, a partir de 1909 con la publicación de Freud del caso “El hombre de las ratas”, la explicación del TOC se centró en los conflictos inconscientes,

cognitivos para el tratamiento del TOC, mostrando que son igualmente efectivos a las técnicas conductuales.

El primer trabajo publicado sobre el tratamiento conductual del TOC fue el de Meyer, Levy y Schnurer (1974), que aplicaron EPR en quince pacientes ingresados. De ellos, diez tenían compulsiones de limpieza y el resto, de comprobación y de limpieza. El tratamiento consistió además de la EPR, en modelado por parte del terapeuta y refuerzo social. Los resultados mostraron que diez pacientes habían mejorado notablemente o estaban asintomáticos, mientras que cinco sólo habían mejorado. De los doce pacientes que realizaron el seguimiento a los seis y a los doce meses, sólo cuatro presentaron recaídas significativas.

Siguiendo esta línea de tratamiento, un grupo de investigadores del Maudsley Hospital de Londres (Rachman, Hodgson, Marks, entre otros) llevaron a cabo una serie de trabajos que demostraban la eficacia de esta técnica frente a la relajación. Estos resultados se confirmaron a partir de los estudios de otros equipos de investigación, como el de Foa en Estados Unidos, Emmelkamp en Holanda y Boulougouris en Grecia.

Esta técnica consistía en colocar al paciente en situaciones de la vida real que le provocaran ansiedad y desasosiego (exposición en vivo) e impedir

Revisando la literatura, se observa que en los últimos quince años se han realizado más de diez estudios sobre los resultados de la terapia conductual en el TOC (Baer y Minichiello, 2001). En general, estos estudios demuestran que entre el 60-70% de los pacientes con conducta ritualística mejoran significativamente con estas técnicas. Entendiendo como mejora una reducción del 50% de los síntomas iniciales. Entre el 20-30% de los pacientes se muestran resistentes al tratamiento, mientras que un 20% abandonarían antes de finalizarlo. La duración de los tratamientos suele ser de entre tres y siete semanas, con una media de diez sesiones. En el seguimiento a los dos años, la mejora de los rituales suele mantenerse (Rachman y Hodgson, 1980; Marks, 1981).

Marks (1997) en una revisión sobre la aplicación y efectividad de los tratamientos conductuales para el TOC en los últimos años, afirma que numerosos estudios han demostrado que la EPR reduce de forma eficaz los rituales compulsivos y los pensamientos obsesivos en la mayoría de pacientes de todos los grupos de edad, aunque una minoría de pacientes no completa el programa de tratamiento. Los resultados se mantienen en los seguimientos de dos a seis años. La mejoría después de la EPR se generaliza a las creencias obsesivo-compulsivas, al estado de ánimo y al ajuste social y laboral. Los estudios parecen demostrar también, que enseñar a los pacientes sobre la prevención de recaídas, reduce el riesgo de

estos procedimientos conductuales ha sido demostrada reiteradamente. En su trabajo intentan estudiar si el añadir técnicas de manejo de la ansiedad junto a la EPR, tiene alguna influencia en los resultados del tratamiento. Concluyen que la reducción de síntomas en los TOC está asociada a la EPR y no a otros aspectos inespecíficos del tratamiento. Asimismo, afirman que, en general, añadir técnicas de manejo de la ansiedad en el tratamiento no tiene ninguna relevancia de cara a los resultados del mismo.

Hand (1998) considera que con respecto a los resultados a largo plazo, la terapia conductual (EPR) es el primer tratamiento de elección del TOC, con o sin tratamiento farmacológico (ISRS) asociado.

Según Greist (1998), la controversia acerca de la efectividad de los procedimientos conductuales (EPR) versus los farmacológicos aún no está clara, aunque todas las investigaciones realizadas a partir de meta-análisis informan que la terapia de la conducta es la más eficaz, en términos de mejoría a corto plazo y mantenimiento a largo plazo. Van Noppen, Pato, Marsland y Rasmussen (1998) también informan de la efectividad de la EPR, tanto sola como combinada con farmacoterapia.

Otros trabajos sobre la eficacia de los tratamientos conductuales (EPR) son los de Baer (1996), Abramowitz (1997), Ko (1997), Baer y Greist (1997),

Otro aspecto interesante al revisar los trabajos publicados es el análisis de la eficacia de los distintos componentes de la EPR (exposición + prevención de respuesta). Foa y Goldstein (1978) después de la aplicación de esta técnica a veintiún pacientes, evidenciaron una mejora del 86% en los rituales y de un 57% en las obsesiones. Demostraron, por tanto, que la EPR actuaba principalmente sobre los rituales. Asimismo, también observaron que la exposición ayudaba a reducir la ansiedad, mientras que la prevención de respuesta intervenía en los rituales. De este modo, el tratamiento combinado (E+PR) era más eficaz (63% de mejoría) que utilizar los dos componentes por separado (25-29% de mejoría).

Con relación al tratamiento cognitivo del TOC, no puede hablarse de un tratamiento específico, sino de aportaciones cognitivas dentro de la EPR. Generalmente, se incluye el entrenamiento en autoinstrucciones, la terapia racional emotiva de Ellis o la terapia cognitiva de Beck. El primer estudio dirigido a evaluar la eficacia de las técnicas cognitivas (TC) fue el de Emmelkamp, van der Helm, van Zanten y Plochg (1980). Posteriormente, este grupo ha publicado diversos trabajos (Emmelkamp, Visser y Hoeskstra, 1988; Emmelkamp y Beens, 1991). Los resultados revelaron que la TC nunca era superior ni mejoraba los efectos de la EPR, aunque sí demostraron que la terapia racional emotiva era eficaz en el TOC.

de caso único intrasujeto (n=4) mostraron una mejoría del 100% en dos casos y del 65% y del 52% en los otros dos. En el seguimiento de seis y doce meses se mantenían los resultados (Ladouceur, Léger, Rhéaume y Dubé, 1996).

A pesar de los beneficios que la terapia grupal ha demostrado en muchos trastornos, son escasos los estudios controlados sobre tratamiento grupal en el TOC (ver Tablas 23 y 24). Uno de los primeros trabajos que hacían referencia a este tipo de intervenciones es el de Marks, Hodgson y Rachman (1975), que informa de su eficacia asociada a terapia individual. El programa de tratamiento diseñado por los autores consistía en 4-6 sesiones grupales (a las que asistían tanto pacientes como familias), después de varias semanas de tratamiento conductual individual. Sin embargo, el primer trabajo sistemático sobre tratamiento grupal fue el publicado por Hand y Tichatzky (1979), en el que describieron un programa dividido en tres fases y con un mínimo de 12 sesiones, y en el que contemplaban tres visitas domiciliarias y sesiones con familiares. Incluían seis pacientes por grupo, utilizando como indicador de mejoría el Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI) (Hodgson y Rachman, 1977). Epsie (1986) describió un programa de tratamiento grupal con el objetivo de demostrar la relación coste-eficacia de este tipo de intervenciones. Trató a cinco pacientes durante diez sesiones grupales,

Tabla 24*Estudios en la literatura sobre TOC y eficacia de Tratamiento grupal.*

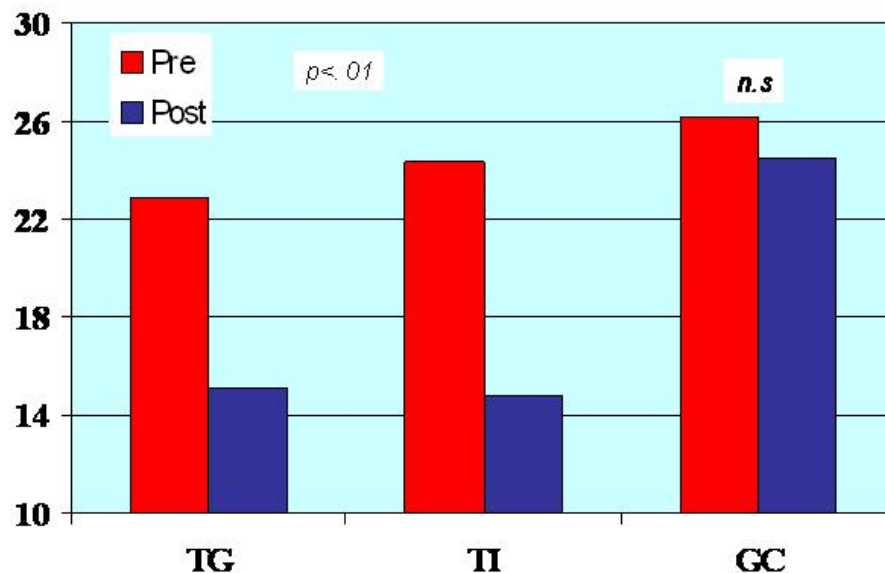
Autores	Año	Muestra	Grupos	Tipo tto.	Sesiones
Cordioli y cols.	2003	47	GE +GC	CBT amb. vs. LE	12
Cordioli y cols.	2002	32	no GC	CBT amb.	12
Müller y cols.	2002	23	no GC	CBT- ingreso	7
Ma y cols.	2002	63	GE +GC	CBT ingreso vs. TF	12
Althaus y cols.	2000	30	GE +GC	CBT Ingreso (TG+TI) vs. TI + TF.	
van Noppen y cols.	1998	90	no GC	CBT amb.	10
Fals-Stewart y cols.	1993	93	GE+GC	CBT (TG) vs. TI vs. Relajac.	24
Krone y cols.	1991	36	no GC	CBT (TG)	7
Epsie	1986	5	no GC	CBT (TG) tras TI	10
Fortemps y cols.	1979	1	no GC	CBT (TG + TI+ Tfamil)	
Marks y cols.	1975	16	no GC	CBT (TG) tras TI	4 a 6

Taylor y Sholomskas (1993) (cfr. en Jenike, Baer y Minichiello, 2001) trataron grupalmente a seis pacientes, durante catorce sesiones. Incluyeron psicoeducación, definición de objetivos, entrenamiento en habilidades, EPR y TC. Obtuvieron beneficios comparables a los de la terapia individual. Otro estudio interesante en este sentido fue el publicado por Fals-Stewart, Marks y Schafer (1993), en el que compararon tres modalidades de tratamiento, con veinticuatro sesiones en cada una de ellas. Las tres condiciones fueron EPR en grupo (n=30), EPR individual (n=31) y relajación individual (n=32), que se utilizaba como grupo control. En el seguimiento, el grupo control mostró disminución en los niveles de ansiedad, mientras que los abordajes restantes indicaron mejoría en

En un estudio piloto, recientemente realizado en nuestro Hospital (Jiménez-Murcia, 2003), se comparó la eficacia diferencial de un tratamiento cognitivo-conductual realizado individual o grupalmente. Los resultados

Figura 6

Comparación de la eficacia de tratamiento en TOC (Terapia Grupal –TG– vs. Terapia Individual –TI– vs. Grupo de control –GC) – adaptado de Jiménez-Murcia, 2003–



sugirieron, en concordancia con otros autores, que la eficacia de un tratamiento psicológico cognitivo-conductual, combinado con tratamiento farmacológico, era similar fuese éste aplicado a nivel grupal o individual. Cualquiera de las dos modalidades mostró ser más eficaz que únicamente tratamiento farmacológico.

Otros autores también contemplan la posibilidad de incluir la familia en el tratamiento del TOC. Un ejemplo de ello sería el trabajo de Van Noppen, Steketee, McCorkle y Pato (1997), en el que comparan la efectividad de un programa grupal cognitivo-conductual con otro en el que se incluye a la familia. Los resultados parecen demostrar la superioridad del segundo abordaje.

En general, estos grupos suelen incluir psicoeducación, apoyo social, solución de problemas, técnicas de prevención de recaídas y técnicas cognitivas. Los objetivos que suelen definirse son los siguientes: aumentar la esperanza, aliviar los temores, tranquilizar a pacientes y a familiares, enseñar estrategias para actuar ante las quejas de los pacientes, manejar de las peticiones de ayuda ante las conductas obsesivo-compulsivas.

Van Noppen, Pato y Rasmussen (1993) en su libro “*Learning to live with OCD*” recomiendan una serie de actitudes y estrategias para familiares de pacientes con TOC. Estas pautas son:

- Reconocer las señales que indican que una persona está teniendo problemas.
- Modificar las expectativas durante las épocas de estrés.
- Medir los progresos según el nivel de funcionamiento de cada persona.

la terapia cognitivo-conductual. Ello se ha debido esencialmente a la buena relación coste-eficacia de estas terapéuticas, que han llevado a que sean las que con mayor frecuencia se aplican en estos trastornos. Un programa cognitivo-conductual, realizado individual o grupalmente, ha demostrado ampliamente su eficacia en la reducción de la sintomatología (Raich, 1994), en bulimia nerviosa, a medio-largo plazo (Bulik, Sullivan, Carter, McIntosh y Joyce, 1998; Fairburn, Norman, Welch, O'Connor, Doll y Peveler, 1995; Fernández Aranda, Sánchez, Turón, Jiménez, Alonso y Vallejo, 1998). Tras el tratamiento, el grado de recuperación oscila según los distintos autores, entre un 45-80% de los casos. Resultados que superan notablemente los obtenidos por otros abordajes terapéuticos. Estos resultados parecen, si bien algo inferiores, corroborarse en anorexia nerviosa (Fichter y Quadflieg, 1999; Steinhausen, Seidel y Metzke, 2000). Una de las características intrínsecamente ligadas a este tipo de abordajes, es la importancia que se les da a la objetivación y cuantificación de cada una de las conductas problema observables en el sujeto.

Tradicionalmente, tanto en anorexia nerviosa como en bulimia nerviosa, han sido utilizados dos enfoques terapéuticos dentro del marco explicativo de la teoría del aprendizaje y del modelo cognitivo. Este último desarrollado y aplicado con pacientes depresivos por Aaron Beck, en los que demostró una gran efectividad. Este procedimiento aplicado a los

trastorno bulímico en general.

Por otra parte, el modelo cognitivo entiende que la presión social por obtener un ideal de belleza y delgadez, y los correspondientes pensamientos y cogniciones irracionales respecto a la propia imagen y alimentación, conducen a la paciente a instaurar unos hábitos alimentarios restrictivos, que podrán desembocar en episodios bulímicos y/o vómitos. Por eso, tanto la conducta alimentaria, como los consiguientes episodios bulímicos y su conducta compensatoria (vómitos, dieta, uso de laxantes y/o diuréticos) serán vistos como consecuencias negativas de las cogniciones irracionales respecto a la propia imagen y el peso.

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, el tratamiento de la anorexia nerviosa utiliza una combinación de técnicas cognitivas y conductuales con el fin de modificar la conducta y cogniciones subyacentes, actitudes hacia el peso, e incluso la baja autoestima (Raich, Mora y Soler, 1995; Vitouseck, 1995; Fernández Aranda y Turón, 1998). Las fases a seguir serán las siguientes:

- Sesiones probatorias
- Objetivación de peso y alimentación (autorregistros).
- Pautas nutricionales y psicoeducativas sobre alimentación y peso.

La terapia cognitivo-conductual utiliza una combinación de técnicas cognitivas y conductuales para modificar la conducta y cogniciones subyacentes de los pacientes, sus actitudes hacia la imagen y el peso, baja autoestima y perfeccionismo. Estas técnicas serán básicamente: (a) monitorización de comidas, (b) pautas conductuales de exposición, (c) reestructuración cognitiva, (d) resolución de problemas y, en caso necesario, (e) técnicas de autocontrol emocional y de incremento en habilidades (p.e. entrenamiento en habilidades sociales y asertividad).

La fase propiamente cognitiva se centra en la identificación de las cogniciones irracionales entorno a tres áreas principales: peso-alimentación, figura corporal y baja autoestima.

Como en todo procedimiento cognitivo, independientemente del trastorno al que se dirija, las fases a seguir serán las siguientes:

- 1) Definición y delimitación de los objetivos por parte de la paciente.
- 2) Conceptualización y objetivación: explicación del modelo cognitivo y de la relevancia que las cogniciones en general tienen sobre las emociones y, en último término, sobre el comportamiento.
- 3) Establecimiento de asociaciones entre situaciones-pensamientos-emociones e identificación del tipo de cogniciones irracionales a través de la realización de un autorregistro.
- 4) Modificación de pensamientos irracionales a través de la técnica de

Una vez finalizado el tratamiento se realizan sesiones de seguimiento, en las que debe ser posible valorar tanto los aspectos alimentarios y nutricionales (peso, hábitos alimentarios, realización o no de dietas, presencia de atracones, menstruación regular, etc.), como la generalización de las conductas aprendidas, capacidad para tomar decisiones, actitud ante nuevos problemas, autonomía e independencia y adaptación socio-laboral.

En la literatura actual, los escasos estudios existentes que comparan la eficacia de distintos abordajes terapéuticos en anorexia nerviosa, se centran en pacientes adolescentes (Russell, Szmukler, Dare y Eisler, 1987; Eisler, Dare, Hodes y cols., 2000). En estos estudios se muestra la importancia de un abordaje familiar, especialmente en pacientes jóvenes.

En otros estudios, con pacientes anoréxicos adultos, en los que la eficacia de distintos abordajes ha sido comparada con grupos de control (Dare, Eisler, Russell, Treasure y Dodge, 2001; Crisp, Kingsley, Gowers, Halek, Bowyer, Yeldham, Levett y Bhat, 1991) se ha obtenido que un tratamiento específico, independientemente de la orientación, es más eficaz que ausencia del mismo y/o tratamiento no específico.

A la hora de describir los distintos tipos de tratamiento existentes, independientemente del enfoque o marco teórico empleado

aumento en conciencia de trastorno; 5) determinación de factores mantenedores tanto individuales como familiares. En estas fases previas, la psicoeducación a padres y la búsqueda de compromiso de éstos para con el tratamiento adquirirán una importancia crucial. Ofrecer pautas conductuales concretas, no tanto para que realicen tareas de control y/o adquisición de responsabilidades que debieran recaer más en los pacientes, si no encaminadas a romper ciclos viciosos mantenedores de la problemática alimentaria, tan comunes en estos pacientes, serán cruciales. En este sentido, confrontar al paciente constantemente con sus propios objetivos y deseos de cambio, así como con las consecuencias negativas que conlleva su estado actual, suelen ayudar a movilizar una motivación adecuada (Fernández Aranda, Turón, Sánchez, Viñuales, Ramos y Vallejo, 1999; Bussolotti, Fernández Aranda, Solano, Jiménez Murcia, Cubero, Turón y Vallejo, 2002).

A lo largo de todo tratamiento en fase de estabilización de peso y recuperación psicológicas, es conveniente abordar tanto los problemas y/o conflictos psicológicos de la paciente (subyacentes y consecuentes a la sintomatología alimentaria), como la evolución del peso y hábitos alimentarios. Si bien, estos objetivos irán intrínsecamente ligados al enfoque terapéutico que se utilice.

consecuencias producidas en el entorno del paciente (Vandereycken, Kog y Vanderlinden, 1989).

Russell y cols. (1987), fueron unos de los primeros autores que compararon la eficacia de terapia familiar *versus* tratamiento individual en anorexia nerviosa. Al año de tratamiento, ambos abordajes terapéuticos se mostraron igualmente efectivos, si bien el primero mostró ser más eficaz en pacientes adolescentes. Estos resultados se han visto corroborados en estudios posteriores (Eisler, Dare, Russell y cols., 1997).

- **Tratamiento psicoeducativo-conductual**

Este tipo de programa estructurado y limitado en el tiempo, se basa esencialmente en la normalización y regularidad de hábitos alimentarios, tanto en cantidad como en frecuencia, y en el control del peso. Se utilizan tanto elementos psicoeducativos (conceptos nutricionales sobre alimentación, peso y consecuencias físico-psicológicas de la desnutrición), como conductuales (técnicas de autoobservación, autocontrol y exposición con prevención de respuesta).

Estos procedimientos, que han sido descritos de limitada eficacia en bulimia nerviosa (Bulik y cols., 1998; Fairburn y cols., 1995; Fernández Aranda, Bel-Villar, Jiménez-Murcia, Turón-Gil, Vallejo-Ruiloba y García-Vilches, 1998; Fernández Aranda, 2000), muestran en el caso de la

La mayoría de los estudios sobre la terapéutica de la bulimia nerviosa hacen referencia principalmente a un enfoque de tipo psicológico ambulatorio. En ellos, y en función del marco teórico empleado, se encuentran principalmente descritas cinco modalidades terapéuticas: terapia cognitiva, técnicas de modificación de conducta, psicoterapia, psicoterapia psicoanalítica y tratamiento de adicciones. Sin embargo, las modalidades terapéuticas aconsejadas en estos pacientes comenzarían por procedimientos grupales de auto-ayuda y psicoeducativos o grupales de corta-duración, menos costosos, para continuar, en caso necesario con pacientes que presenten una sintomatología más severa, con un tratamiento ambulatorio psicológico con o sin medicación adicional, u hospitalización.

Los programas bajo internamiento han sido escasamente descritos en bulimia nerviosa, siendo éstos de carácter eminentemente multidisciplinario, en los que tratamientos psicológicos (individuales y de grupo) y médico- nutricionales se entrelazan. Por regla general, una pieza clave en estos programas son los tratamientos específicos de grupo, que consisten en: grupos de resolución de problemas y cognitivos, grupos de habilidades sociales, grupos de relajación y grupos nutricionales. Este tipo de programas de tratamiento, tienen una duración media de entre 4-6 meses, siendo el objetivo de los mismos no sólo la

especialmente de pacientes con una mayor sintomatología, es el que con mayor frecuencia se está imponiendo como tratamiento ambulatorio de primera elección. Y ello, tanto por razones de coste-eficacia como por las características positivas inherentes a esta forma de terapia. Sin embargo, a pesar de la demostrada efectividad de la terapia de grupo, independientemente del contenido y/o estructura de la misma, no está claro qué factores pronóstico se encuentran implicados en este hecho. Y así, mientras algunos autores observan que mayor eficacia terapéutica está relacionada con mayor duración e intensidad de los procedimientos empleados, otros la asocian a la motivación de los pacientes y a la menor severidad del trastorno. Los distintos estudios que han comparado la eficacia de abordajes individuales y grupales entre sí, reflejan resultados similares en ambos tratamientos.

Los cinco modelos que hasta el momento han demostrado de forma metodológicamente adecuada la eficacia de sus abordajes.

- **Nutricional-Psicoeducativo**

Debido al incremento alarmante en la incidencia y prevalencia de estas patologías en las últimas décadas, las unidades especializadas se han visto obligadas a planificar estrategias asistenciales en las que la relación coste económico-efectividad terapéutica sea óptima. En este sentido, cada vez

la de un tratamiento de más larga duración y/o mayor intensidad (McKisack y Waller,1997; Olmsted y cols., 1991).

- **Terapia Interpersonal**

Fairburn, Jones, Peveler, Carr, Solomon, O'Connor, Burton, y Hope (1991) fueron los primeros autores en aplicar la psicoterapia Interpersonal (*Interpersonal Psychotherapy*, IPT) en esta patología, aunque ésta ya había sido descrita y aplicada unos años antes, en 1984, con pacientes depresivos por Klerman, Weissman, Rounsaville, y Chevron (1984). En ésta, los problemas interpersonales son vistos como factores desencadenantes y causas de este trastorno.

Las técnicas aplicadas en este enfoque terapéutico se derivan del modelo psicodinámico. Sin embargo, a diferencia del psicoanálisis, en la IPT, los procesos transferenciales-contratransferenciales en la relación paciente terapeuta no adquieren un papel principal. En esta modalidad de tratamiento se trabajan, de una forma semi-directiva (sin llegar a poseer la estructura rígida y directiva de la terapia cognitivo-conductual), las deficiencias en relaciones interpersonales de los pacientes, y se aprenden habilidades para mejorarlas. Por tanto, esta intervención terapéutica no está centrada en los síntomas (episodios bulímicos o hábitos alimentarios), sino en el trabajo y solución de los problemas de fondo que hayan sido

que comenzó ya a ser aplicada con demostrada efectividad, hace un par de décadas en el tratamiento de trastornos de ansiedad y obsesivo-compulsivos (Marks, 1973; Hand y cols., 1974), fué empleada por primera vez en Bulimia nerviosa, hace más de 15 años, por Rosen y Leitemberg (1982). En ésta, desarrollada bajo el modelo explicativo de la reducción de la ansiedad, el vómito adquiere un rol principal, y posee consecuencias positivas para el paciente, como son la reducción del miedo ante el previsible aumento de peso.

Este tipo de tratamiento, si bien parece presentar efectividad similar a un abordaje cognitivo-conductual a corto-plazo (Leitemberg y cols., 1988), demuestra, como obtuvieron numerosos autores (Bulik y cols., 1998; Cooper y cols., 1995; Fairburn y cols., 1995; Fairburn y Harrison, 2003; Wilson y cols., 1991), resultados claramente inferiores a medio-largo plazo en lo que respecta a reducción de la sintomatología alimentaria y del trastorno bulímico en general.

- **Tratamiento cognitivo-conductual**

En un tratamiento cognitivo-conductual de la bulimia nerviosa se utiliza una combinación de técnicas cognitivas y conductuales para cambiar la conducta y cogniciones subyacentes de los pacientes, sus actitudes hacia la imagen y el peso, e incluso su baja autoestima.

ambos abordajes terapéuticos se mostraron igualmente efectivos, si bien el primero (familiar) mostró ser especialmente eficaz en pacientes adolescentes.

6.4 Factores predictores de mejoría

6.4.1 Trastorno obsesivo-compulsivo

Revisando la literatura, se observa que existen una serie de trabajos centrados en la eficacia de las distintas terapéuticas utilizadas en el tratamiento de los TOC. En este sentido, Rasmussen y Eisen (1997) se plantean que, a pesar de que la efectividad de la EPR y de los inhibidores selectivos, que está sobradamente demostrada, algunos pacientes responden parcialmente a estas terapéuticas, mientras que algunos no lo hacen en absoluto. De hecho, la tasa de pacientes refractarios al tratamiento sigue siendo bastante elevada y en torno a un 20% de ellos lo abandonan (Rachman y Hodgson, 1980).

Los estudios demuestran que el mal cumplimiento del programa terapéutico es la razón más frecuente del fracaso de la terapia conductual en los TOC. Otro aspecto a valorar es que dada la persistencia de los síntomas obsesivos a lo largo de toda la vida, quizás la discontinuidad en la farmacoterapia pueda estar relacionada con las recaídas. McKay

significativamente relacionada con los resultados del tratamiento. La inclusión de los abandonos en el análisis no modifica los resultados.

Minichiello, Baer y Jenike (1987) afirmaron que los pacientes con TOC que cumplían el criterio de trastorno esquizotípico de personalidad (TEP) no respondían bien al tratamiento conductual del TOC. Diez de los veintinueve pacientes que trataron (35%) no respondían al tratamiento conductual estándar. Observaron que el 84% de pacientes con TOC sin TEP habían mejorado notablemente, mientras que sólo el 10% de los pacientes con TOC y TEP lo habían hecho parcialmente.

Algunos estudios se han centrado en la predicción de resultados de tratamiento en base a los distintos subtipos y temáticas del TOC. Así, Rachman, Hodgson y Marks (1971) ya informaban que el mayor fracaso de la prevención de respuesta se daba en los comprobadores compulsivos. Afirmaban que los pacientes de mejor pronóstico eran los que presentaban miedo a la contaminación y rituales de limpieza, centrados en un número limitado de situaciones estímulo. Uno de los subgrupos de pacientes obsesivos más difíciles de tratar y que presentan menos respuesta al tratamiento son los obsesivos con lentitud primaria. En estos casos la EPR solía dar poco resultado, mientras que la limitación del tiempo,

conductual. Otra cuestión bastante sorprendente es que los trabajos no han podido demostrar de forma concluyente, que una falta de *insight* hacia la racionalidad de las obsesiones interfiera en los resultados del tratamiento. Finalmente, los autores destacan que la variable terapeuta sí parecería afectar al éxito/fracaso terapéutico, siendo los terapeutas más permisivos y neutrales los que conseguirían peores resultados.

6.4.2 Trastornos de la conducta alimentaria

Uno de los factores predictores de buen pronóstico tras un tratamiento psicológico, según muestra literatura, es la severidad del trastorno. Una mayor sintomatología alimentaria, bajo peso y/o conductas de purga son predictores de peor pronóstico, tanto en anorexia como en bulimia nerviosa (Bulik, Sullivan, Carter, McIntosh y Joyce, 1999). La comorbilidad con un trastorno de la personalidad y/o un trastorno obsesivo-compulsivo se ha asociado a un peor pronóstico (McKisack y Waller, 1997). Una mayor motivación por el cambio y hacia un tratamiento (Fernández Aranda y cols., 1999; Wolk y Devlin, 2001) se asocia a un mejor resultado terapéutico.

7. INVESTIGACIONES ACTUALES SOBRE LA RELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO OBSESIVO- COMPULSIVO Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Las preocupaciones obsesivas de los pacientes con AN hacia la delgadez y las conductas ritualísticas del control de la dieta y el ejercicio físico, para prevenir el aumento de peso ha llevado a muchos autores a plantearse la comparación entre este trastorno y el TOC.

En los últimos años se hipotetiza que una categoría distinta de trastornos, entrelazados y referidos como “trastornos del espectro obsesivo-compulsivo” (Hollander, 1993; Rasmussen, 1994; McElroy, Phillips y Keck, 1994) podrían estar relacionados con el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). En este grupo de trastornos se incluyen trastornos del control de los impulsos (p.e. tricotilomanía y juego patológico), trastornos somatoformes (p.e. hipocondriasis), trastornos alimentarios (p.e. anorexia y bulimia nerviosas), trastornos sexuales compulsivos, síndrome de la Tourette y otros trastornos del movimiento. El TOC y estos trastornos se solapan en términos fenomenológicos, de curso clínico y respuesta al tratamiento, por lo que podrían compartir una base fisiopatológica y una predisposición o labilidad biológica común y a

anorexia e hipocondriasis) en pacientes con TOC (Tamburrino, Kaufman y Hertzner, 1994; Rasmussen y Tsuang, 1986). Además, se han descrito antecedentes de TOC y síntomas obsesivo-compulsivos en miembros de familias de probandos, con trastornos del espectro de TOC, que refuerzan esta relación (Rubenstein y cols., 1993; Pauls y cols., 1995).

Como en el caso del TOC clásico, la fisiopatología de los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo es desconocida, pero se hipotetiza que formaría parte de un grupo de trastornos solapados heterogéneos, de etiología multifactorial, que incluiría factores genéticos, ambientales, en relación con toxinas o incluso alteraciones inmunitarias (Hollander y Benzaquen, 1997b).

En los últimos años se ha multiplicado la literatura acerca de la relación entre los trastornos obsesivo-compulsivos (TOC), incluyendo trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TPOC) (Serpell, Livingstone, Neiderman y Lask, 2002) y trastornos de la alimentación (TCA), que postula la presencia de características comunes en ambas patologías (Fontenelle, Mendlowicz, de Menezes, Appolinario, Marques, Coutinho, Godoy-Matos, y Versiani, 2002). A pesar de ello, los resultados de estos trabajos no son siempre coincidentes en este sentido (Sunday y cols., 1995). Tras una revisión promenorizada de la literatura, se observa que

TOC, entre los pacientes diagnosticados de AN y BN (6-30% casos) (Thiel y cols., 1995; Lilenfeld y cols., 1998; Matsunaga, Kiriike, Miyata, Iwasaki, Matsui, Fujimoto, Kasi y Kaye, 1999a). En un estudio publicado recientemente (Halmi, Sunday, Klump, Strober, Leckman, Fichter, Kaplan, Woodside, Treasure, Berrettini, Al Shabboat, Bulik, y Kaye, 2003) realizado con 324 pacientes con AN (subtipos restrictivo y purgativo), se evaluaron las prevalencias a lo largo de la vida de sintomatología alimentaria y obsesivo-compulsiva. Obtuvieron que el porcentaje de aparición de obsesiones y compulsiones a lo largo de la vida de los sujetos con AN se situaba en torno al 68%, en el caso del subtipo restrictivo y en el 79.1%, en el caso del purgativo. Los grupos de AN no diferían de los TOC control en cuanto a obsesiones de simetría y somáticas, ni en las compulsiones de orden y acumulación. En el resto de categorías, los subgrupos de AN presentaron significativamente menores frecuencias comparados con los controles.

También se ha demostrado, en varios estudios, que los pacientes con TOC presentan mayores puntuaciones en psicopatología alimentaria (Pigott y cols., 1993). Estos resultados ha sugerido la existencia de características y rasgos etiopatogénicos comunes entre ambas entidades psicopatológicas, que ha conducido a algunos autores a formular la existencia de un *continuum* entre todas ellas, enmarcándolas dentro del

obsesiones relacionadas con el orden y la exactitud (Von Ranson y cols., 1999).

Bulik, Tozzi, Anderson, Mazzeo, Aggen y Sullivan (2003) exploraron la relación entre perfeccionismo y siete trastornos psiquiátricos comunes, en una muestra de gemelas procedentes de población general. El objetivo que se planteaban era evaluar qué aspectos del perfeccionismo se hallaban relacionados con los TCA. Obtuvieron que las reacciones negativas ante los errores, la tendencia a interpretar estos errores como fallos y las dudas recurrentes sobre las acciones realizadas, estaban significativamente asociadas a la presencia de TCA. Observaron, por otra parte, que un elevado porcentaje de sujetos con AN y BN informaban de trastornos de ansiedad comórbidos, que persistían después de la recuperación de los TCA.

Autores como Müller y cols. (2001), apuntan la existencia, común en TOC, AN y BN, de una prevalencia similar en trastornos de la personalidad (20-25% de casos), y especialmente del cluster C (Matsunaga, Kaye, McConaha, Plotnicov, Pollice y Rao, 2000). En este sentido, algunos estudios enfatizan la relevancia de los rasgos de personalidad obsesivos como factor de riesgo en la aparición de un TCA (Zaider, Jonson y Cockell, 2000; Wonderlich y Mitchell, 2001;

diagnóstico exclusivamente de TOC. En el estudio de Bastiani y cols. (1996) este tipo de obsesiones y compulsiones aparecían en el 68.8% de las pacientes anoréxicas y en el de Matsunaga y cols. (1999a) esta cifra alcanzaba el 72%. Estos mismos autores observaron un 56% de obsesiones de contaminación, siendo un 44% en el caso del trabajo publicado por Bastiani y cols. (1996).

Aunque se ha hecho hincapié en las diferencias, si bien no sintomatológicas (Hennighausen, Rischmüller, Hesecker, Renschmidt y Hebebrand, 1999) sí fenomenológicas entre ambas entidades psicopatológicas (p.e egodistonía-egosintonía) (Sunday y cols., 1995), e incluso se pone en tela de juicio la importancia que la presencia de TOC comórbido pueda tener como factor predictor de mejoría en TCA (Thiel y cols., 1998).

7.4 Antecedentes familiares

Líneas de trabajo recientes pretenden determinar en qué medida la existencia de **psicopatología familiar** puede constituir un factor de riesgo para padecer un TCA. En este sentido, Lilenfeld y cols. (1998) en un excelente estudio controlado, obtuvieron que padres de pacientes diagnosticados de TCA presentaban un mayor riesgo de haber padecido un trastorno alimentario atípico, depresivo y/o TOC. Concluyeron, asimismo, que la personalidad obsesivo-compulsiva en familiares

del TCI (Temperament and Character Inventory, Cloninger, Svrakic y Przybeck, 1993), a pesar de la existencia de elevadas puntuaciones en auto-direccionalidad en los padres de los sujetos con AN, independientemente del subtipo al que pertenecieran.

Por otro lado, en relación a los antecedentes personales, Bulik y cols. (1999), obtuvieron que la presencia premórbida de TOC era un factor de riesgo específico para AN, mientras que un trastorno de ansiedad generalizada y fobia social lo era para bulimia. Anderluh y cols. (2003) en un trabajo realizado con una muestra de 44 mujeres con AN, 28 con BN y 28 controles, observaron que tener antecedentes de rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos en la infancia, mostraba ser un factor fuertemente predictivo del desarrollo de un TCA en la adolescencia-juventud. Del mismo modo, los sujetos con TCA que informaban de características como perfeccionismo y rigidez en la infancia, presentaban tasas significativamente más elevadas de trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo y TOC comórbidos a lo largo de la vida, comparados con sujetos con TCA, pero sin estos rasgos previos. Por ello, los autores sugieren que el perfeccionismo y la rigidez en la infancia podrían representar una determinación fenotípica más homogénea y específica.

Chiapparino, Riboldi y Bellodi, 2000), se evidenció que éstos y el TOC seguían un modelo de transmisión mendeliana dominante: cuando los probandos se subdividieron de acuerdo con el co-diagnóstico de TOC, el grupo en el que no había co-diagnosis seguía un modelo de transmisión mendeliana dominante, mientras que en el caso de los probandos con co-diagnóstico de TOC seguía un modelo de transmisión mendeliana aditiva. Cuando sólo se consideraba el diagnóstico de TCA, no parecía haber transmisión genética. Este estudio refuerza pues la hipótesis de una vulnerabilidad biológica común en ambos trastornos. Estos resultados irán en concordancia con los obtenidos por otros autores (Bellodi y cols., 2001).

Por otro lado, y en un sentido más amplio, hay **evidencias bioquímicas** de que los TCA y el TOC podrían realmente compartir una base biológica común. Se ha descrito una función anómala del sistema serotoninérgico tanto en trastornos del control de los impulsos (Linnoila, Virkkunen, Scheinin, Nutila, Rimon y Goodwin, 1983) como en los trastornos alimentarios (Jarry y Vaccarino, 1996) y en el TOC (Barbarich, 2002) y parece que problemas como el trastorno dismórfico de la imagen corporal, la tricotilomanía, el juego patológico o el comportamiento sexual compulsivo pueden responder a tratamiento específico con agentes serotoninérgicos. Por otro lado, los niveles de

8. HIPÓTESIS

Las Hipótesis de las que partíamos para la realización del presente estudio, fueron las siguientes:

1. Tanto pacientes con TOC como con TCA presentarán rasgos sintomatológicos y psicopatológicos similares.
2. Los pacientes con TOC y Anorexia nerviosa, presentarán en común, puntuaciones más elevadas en cuanto a rasgos obsesivos de personalidad.
3. En pacientes con un TCA, una mayor obsesividad irá ligada a una mayor severidad del trastorno alimentario.
4. En pacientes con TOC, los que presente un TCA comórbido presentarán una mayor severidad del trastorno obsesivo-compulsivo.

9. OBJETIVOS

Los objetivos del presente estudio consistieron en:

1. Determinar los rasgos sintomatológicos y psicopatológicos similares y diferenciales, entre TOC y TCA.
2. Determinar en qué medida TOC y TCA aparecen de forma comórbida.
3. Evaluar en qué medida pacientes con TOC y pacientes con TCA se diferencian en cuanto a su sintomatología obsesiva y/o alimentaria, incluso tras haber controlado la variable peso y edad.
4. Analizar si pacientes con TOC, que presentan un TCA comórbido, muestran o no, una mayor severidad del cuadro obsesivo.
5. Analizar la posible asociación, en pacientes con un TCA, entre sintomatología alimentaria y obsesividad.

10. MÉTODO

10.1 Muestra

La muestra estaba formada por 90 pacientes (30 Trastornos obsesivo-compulsivo –TOC-, 30 anorexia nerviosa –AN- y 30 bulimia nerviosa –BN-), todos ellos diagnosticados según criterios DSM-IV (APA, 1994), y que se encontraban al inicio del tratamiento en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Bellvitge de Barcelona, al que habían acudido consecutivamente para ser tratados por este problema.

Todos los sujetos eran del sexo femenino. Las características sociodemográficas de los distintos grupos aparecen reflejadas en la Tabla 25 y Figuras 1-2. Como criterios de inclusión fueron considerados los siguientes aspectos: ser mujer; no presentar obesidad ($IMC < 30$) y presentar una edad inferior a 40 años. Los sujetos varones fueron excluidos del presente estudio (8,2% en TCA y 51,5% en TOC).

Respecto a la descripción del subtipo de pacientes, decir que el 85% de pacientes con BN eran del subtipo purgativo, el 64% de pacientes con AN eran del subtipo restrictivo y de los pacientes con TOC, 58% presentaban rituales de comprobación, 28% de limpieza y 14% tenían obsesiones de contenido sexual.

Figura 8:

Comparación de la edad entre los distintos grupos de pacientes

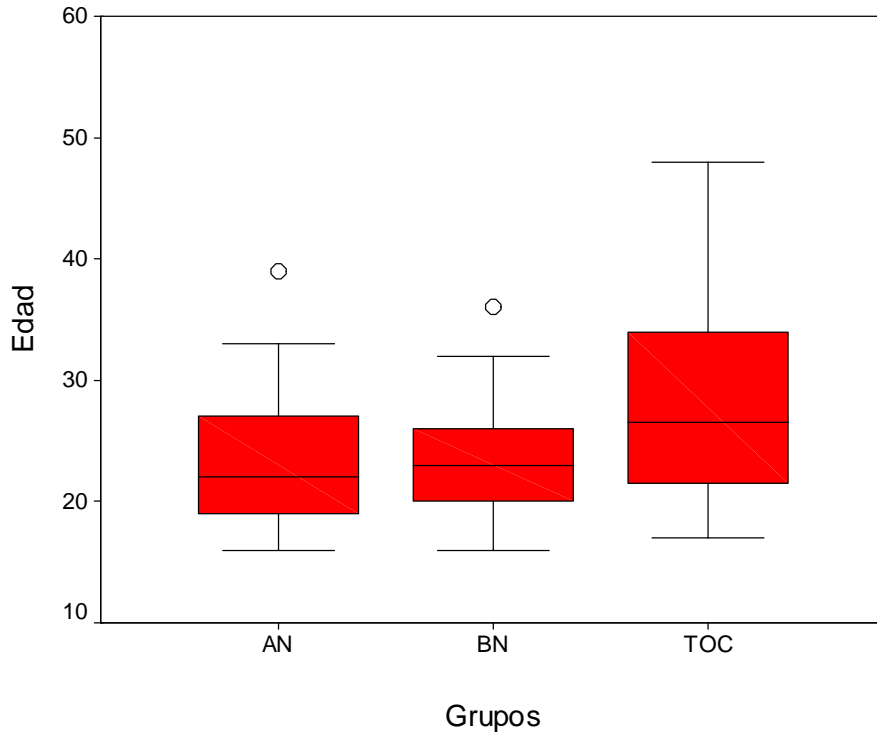
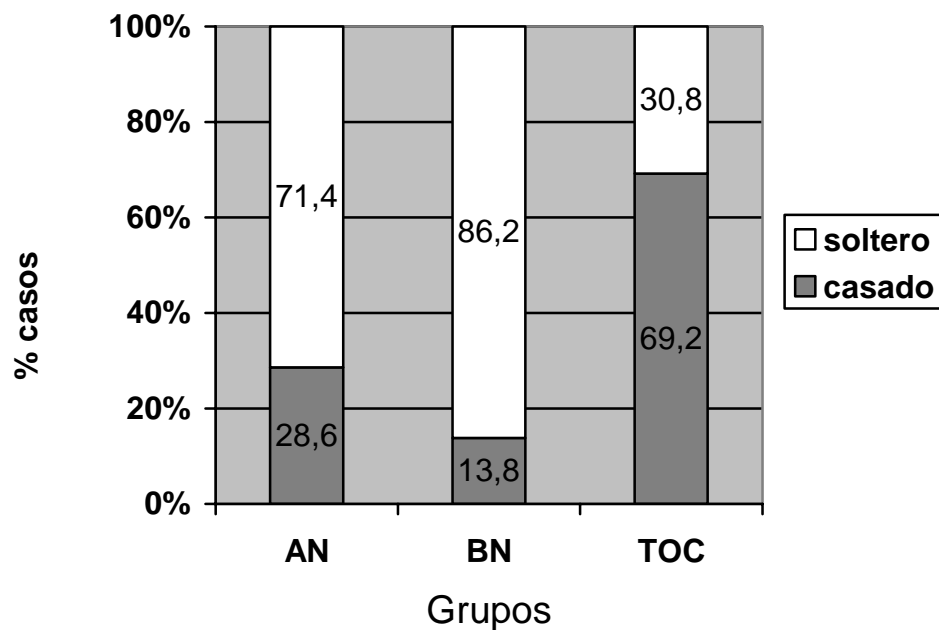


Figura 9:

Diferencias respecto al estado civil entre los distintos grupos de pacientes
 ($X^2=18,9$; $p<.001$)



Tiene como objetivo identificar la existencia de rasgos de personalidad obsesiva en pacientes con TOC. Se ha demostrado su validez discriminante entre pacientes obsesivos y melancólicos (Vallejo, Marcos y Salamero, 1992). Los índices de consistencia interna oscilan entre 0.60 y 0.68 para la escala original y entre 0.64 y 0.72 para la derivada empíricamente entre grupos diagnósticos (melancólicos y obsesivos) y control.

10.2.2 Sintomatología alimentaria

10.2.2.1 Eating Attitudes Test (EAT-40) (Garner y Garfinkel, 1979).

Cuestionario compuesto de 40 ítems, que hacen referencia a síntomas y conductas comunes en anorexia nerviosa. Las puntuaciones van de 0 a 120, indicando el máximo valor un mayor grado de trastorno de la conducta alimentaria. El autoinforme utilizado se encuentra adaptado a la población española por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991). Este cuestionario presenta un coeficiente alfa de consistencia interna de 0,93.

10.2.2.2 Eating Disorder Inventory (EDI) (Garner, Olmsted y Polivy, 1983).

El EDI es un cuestionario de 64 ítems, diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales características de la anorexia y bulimia

i Universitaria de Bellvitge de Barcelona, en una sala habilitada específicamente para tal motivo. A todos ellos les fue suministrada la batería de pruebas psicométricas autoadministradas, a cargo de un psicólogo con experiencia clínica en estos trastornos (ver Anexo).

10.4 Análisis estadístico

Para la comparación de cada una de las variables dependientes cuantitativas respecto al factor grupo (TOC, AN, BN), fue utilizada un ANOVA de una vía y ANCOVA (utilizando el Índice de Masa Corporal como covariante). Así mismo, en caso de observarse diferencias significativas entre los grupos, fueron aplicados procedimientos de comparación múltiple (Scheffé-Test). Para determinar diferencias entre subgrupos de reducido tamaño muestral, fueron utilizados procedimientos no paramétrico de comparación de medias (U Mann-Whitney). Finalmente, para determinar la existencia de posibles asociaciones entre variables objeto de estudio, fue utilizado un procedimiento de regresión lineal múltiple (*stepwise*).

11. RESULTADOS

11.1 Variables sociodemográficas

Como se observa en la Tabla 25, no existían diferencias significativas entre los grupos respecto a la altura; sin embargo, como era de esperar, y debido especialmente a las características clínicas de los pacientes con anorexia nerviosa, se observaron diferencias significativas entre este grupo (AN) y el resto de los grupos (BN y TOC) respecto a las variables peso ($p<.0001$) e Índice de Masa Corporal IMC ($p<.0001$). Asimismo, se observaron diferencias significativas entre los grupos (TOC vs. TCA) respecto a la variable edad ($p<.014$).

11.2 Variables psicométricas

Como era de esperar (ver Tabla 26), los pacientes con un trastorno obsesivo-compulsivo presentaron diferencias significativas, al ser comparados con los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria (AN y BN), en sus valores medios respecto a actitudes negativas hacia la **alimentación y psicopatología alimentaria** (puntuaciones totales en el EAT-40: $F= 79.6$, $p<.0001$ - y EDI total: $F=23.0$, $p<.0001$). Es decir, los TOC presentaron una menor

Tabla 26

Comparación entre grupos (TOC vs. AN vs. BN) respecto a hábitos y sintomatología alimentaria (Puntuaciones EAT y EDI).

Descriptivos						
		Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		
				Límite inferior	Límite superior	
EAT	anorexia nerviosa	60,30	13,89	54,80	65,79	
	bulimia nerviosa	49,13	15,97	43,17	55,10	
	TOC	16,57	10,78	12,54	20,59	
Subescalas del EDI	Impulso Delgadez	anorexia nerviosa	13,11	5,20	11,05	15,17
		bulimia nerviosa	15,17	4,50	13,49	16,85
		TOC	6,07	6,35	3,70	8,44
	Perfeccionismo	anorexia nerviosa	7,70	4,17	6,05	9,35
		bulimia nerviosa	7,40	5,00	5,53	9,27
		TOC	5,53	3,99	4,04	7,02
	Bulimia	anorexia nerviosa	4,15	4,05	2,54	5,75
		bulimia nerviosa	10,80	4,22	9,22	12,38
		TOC	1,07	2,46	,15	1,99
	Desconfianza Interpersonal	anorexia nerviosa	6,96	4,82	5,05	8,87
		bulimia nerviosa	7,63	5,05	5,75	9,52
		TOC	4,60	4,04	3,09	6,11
	Insatisfacción corporal	anorexia nerviosa	14,15	7,32	11,25	17,04
		bulimia nerviosa	16,27	7,29	13,54	18,99
		TOC	10,50	7,92	7,54	13,46
	Concienci Interoceptiva	anorexia nerviosa	13,33	6,32	10,83	15,83
		bulimia nerviosa	14,17	7,29	11,44	16,89
		TOC	6,37	5,75	4,22	8,51
	Ineficacia	anorexia nerviosa	15,30	6,49	12,73	17,86
		bulimia nerviosa	9,77	5,43	7,74	11,79
		TOC	5,93	5,56	3,86	8,01
	Miedo a la madurez	anorexia nerviosa	9,93	6,08	7,52	12,33
		bulimia nerviosa	8,17	4,99	6,30	10,03
		TOC	6,53	4,56	4,83	8,24
EDITOT	anorexia nerviosa	84,63	24,65	74,88	94,38	
	bulimia nerviosa	89,37	29,40	78,39	100,34	
	TOC	46,60	25,37	37,13	56,07	

perfeccionismo ($F=2,07$; $p<.133$) y miedo a la madurez ($F=3,01$; $p<.055$), eran estadísticamente significativas. Tras un análisis *post-hoc*, obtuvimos que las puntuaciones medias fueron superiores y diferentes significativamente, entre TCA y TOC, en las siguientes subescalas: Impulso a la delgadez (Scheffé Test; $p<.001$), conciencia interoceptiva (Scheffé Test; $p<.001$) e ineficacia (Scheffé Test; $p<.001$). Sin embargo, del resto de subescalas, dos de ellas mostraron valores superiores en BN, que diferían significativamente al ser comparadas con AN y TOC: subescala de sintomatología bulímica (Scheffé Test; $p<.001$) e insatisfacción con la imagen corporal (Scheffé Test; $p<.001$).

Respecto a los valores en **sintomatología obsesivo-compulsiva**, ver Tabla 28 y Tabla 29, como era también de esperar, los pacientes con TOC mostraron mayores puntuaciones medias en la escala utilizada, siendo las diferencias observadas significativas estadísticamente, tras ANOVA, entre TOC y TCA (MOCI, $F=7.3$; $p<.001$); sin embargo, estas diferencias no eran significativas estadísticamente entre AN y BN. Como queda reflejado en la Tabla 28, al considerar las posibles diferencias intergrupo respecto a las distintas subescalas del MOCI, ANOVA reflejó que las subescalas que mejor mostraban las diferencias existentes entre TOC y TCA eran las de comprobación ($F=8.03$; $p<.001$) y de limpieza ($F=4.16$; $p<.019$).

Tabla 29

Comparación entre grupos (TOC vs. AN vs. BN) respecto a sintomatología obsesivo-compulsiva, personalidad obsesiva y sintomatología depresiva (significaciones estadísticas).

ANOVA							
		Suma de Cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	
CRPOV	Inter-grupos	321,236	2	160,618	3,826	,026	
	Intra-grupos	3358,330	80	41,979			
	Total	3679,566	82				
BDI	Inter-grupos	1920,867	2	960,434	8,173	,001	
	Intra-grupos	9988,724	85	117,514			
	Total	11909,591	87				
MOCI	Inter-grupos	481,449	2	240,724	7,338	,001	
	Intra-grupos	2788,324	85	32,804			
	Total	3269,773	87				
Subescalas del MOCI	comprobacion	Inter-grupos	89,260	2	44,630	8,032	,001
		Intra-grupos	472,331	85	5,557		
		Total	561,591	87			
	limpieza	Inter-grupos	53,705	2	26,852	4,163	,019
		Intra-grupos	548,295	85	6,451		
		Total	602,000	87			
	lentitud	Inter-grupos	8,284	2	4,142	2,821	,065
		Intra-grupos	124,795	85	1,468		
		Total	133,080	87			
	duda	Inter-grupos	14,818	2	7,409	1,994	,143
		Intra-grupos	315,898	85	3,716		
		Total	330,716	87			

Nota: CRPOV: Cuestionario Rasgos de Personalidad Obsesiva de Vallejo; BDI: Beck Depresión Inventory; MOCI: Maudsley Obsessive-compulsive Inventory

ANOVA mostró diferencias significativas entre los grupos ($F=3,83$; $p<.026$). A pesar de ello, las diferencias en puntuaciones medias entre TOC y AN no eran significativas y sí al ser comparadas las de TOC con el grupo de BN (Scheffé Test, $p<.036$). Es decir, tanto pacientes con

Tabla 30

Comparación entre pacientes con Trastorno Obsesivo-compulsivo, con (N=5) y sin TCA (N=25) asociado, utilizando un procedimiento de estadística no paramétrica (U Mann-Whitney)

Estadísticos de contraste(b)														
	IMC	MOCI	CRPOV	BDI	EAT-40	Subescalas del EDI								EDI TOT
						EDI IA	EDI P	EDI BUL	EDI RI	EDI IC	EDI CI	EDI IN	EDI MM	
Mann-Whitney U	35,0	49,5	50,5	29,5	1,5	13,5	30,0	45,0	34,0	25,0	25,5	11,5	50,0	10,0
Wilcoxon W	188,0	325,5	65,5	354,5	326,5	338,5	355,0	370,0	359,0	350,0	350,5	336,5	375,0	335,0
Z	-,58	-,482	-,131	-1,839	-3,404	-2,766	-1,824	-1,314	-1,599	-2,089	-2,076	-2,855	-,704	-2,92
Sig. Asintot. (bilateral)	,56	,63	,896	,066	,001	,006	,068	,189	,110	,037	,038	,004	,481	,003
Sig. exacta [2*(sig. unilateral)]	,59(a)	,64(a)	,90(a)	,06(a)	,001(a)	,004(a)	,074(a)	,35(a)	,12(a)	,037(a)	,037(a)	,002(a)	,516(a)	,002(a)

a No corregidos para los empates.

b Variable de agrupación presencia de TCA

Notas: BMI= Índice de Masa Corporal; MOCI= Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory; CRPOV= Cuestionario Peronalidad Obsesiva de Vallejo; BECK= Beck Depression Inventory; EAT= Eating Attitudes Test; EDI IA= Impulso a la delgadez; EDIBUL= bulimia; EDIRI= Desconfianza interpersonal; EDIIC= Insatisfacción corporal; EDICI= Conciencia interoceptiva; EDIAU= Ineficacia; EDIMM= Miedo a la Madurez; EDI TOT= puntuaciones totales en el EDI (Eating Disorders Inventory).

sintomatología alimentaria, siendo las puntuaciones que mejor diferenciaron ambos grupos: las puntuaciones totales del EAT (U=1.5; $p<.001$), las puntuaciones totales del EDI (U=10,0; $p<.002$), y las subescalas del EDI: impulso a la delgadez (U=13.5; $p<.004$), ineficacia (U=11.5; $p<.002$), insatisfacción corporal (U=25.0; $p<.037$) y conciencia interoceptiva (U=25,5; $p<.037$). Sin embargo, no aparecieron

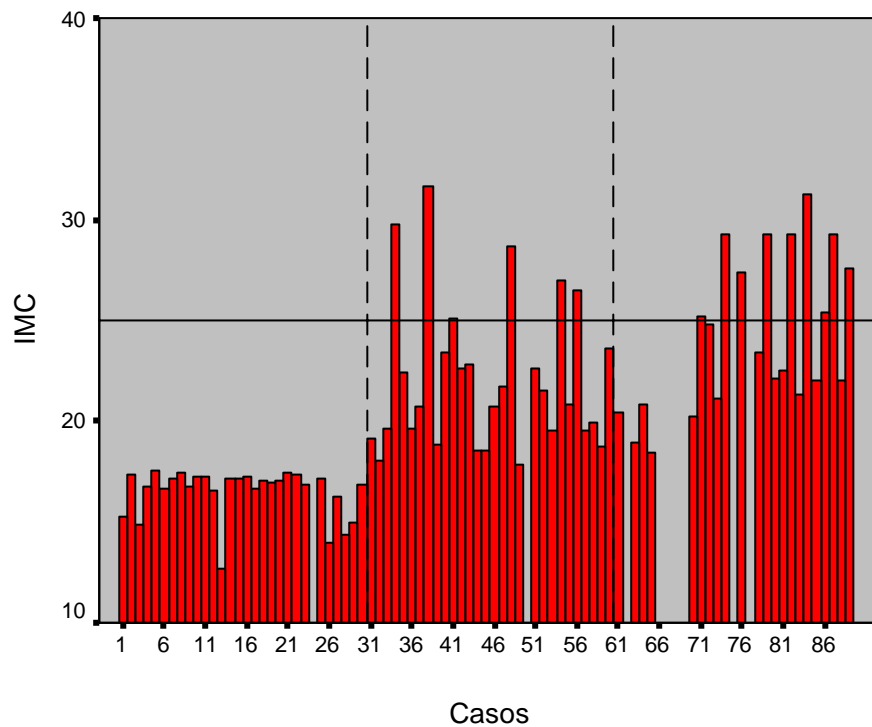
personalidad obsesiva (CRPOV, $U=50.5$, $p<.90$) o sintomatología depresiva (BDI, $U=29.5$, $p<.065$).

11.4 Comparaciones intergrupo tras controlar las variables peso y diagnóstico

Puesto que el factor peso (medido a través del IMC) podría estar influyendo en los resultados, dado que el 40,9% de pacientes del grupo de TOC y el 20,7% de pacientes del grupo de BN se encontraban en

Figura 11

Comparación entre los grupos clínicos (TOC vs. AN vs. BN) respecto al Índice de Masa Corporal (IMC)(Casos 1-30: AN/ 31-60:BN/ 61-90: TOC)



utilizando un procedimiento de ANCOVA (IMC y edad como covariantes).

Como se observa en la Tabla 32, ANCOVA mostró que los pacientes con Trastorno obsesivo-compulsivo presentaron diferencias significativas, al ser comparados con los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria (AN y BN), en sus valores medios respecto a actitudes negativas hacia la alimentación y psicopatología alimentaria. Al considerar las posibles diferencias intergrupo respecto a las distintas subescalas del EDI tras una ANCOVA, obtuvimos de nuevo que todas ellas, con excepción de las subescalas de perfeccionismo ($F=1,99$; $p<.105$), y miedo a la madurez ($F=1,342$; $p<.263$), eran estadísticamente significativas.

Respecto a los valores en sintomatología obsesivo-compulsiva, ver Tabla 32, como era también de esperar, los pacientes con TOC mostraron mayores puntuaciones medias en la escala utilizada, siendo las diferencias observadas significativas estadísticamente, tras ANCOVA, entre TOC y TCA ($F=5.185$; $p<.001$). En cuanto a las puntuaciones medias en personalidad obsesiva, medidas según la escala CRPOV, se obtuvo que en los tres grupos aparecieron puntuaciones elevadas en obsesividad, no mostrando ANCOVA

inclusión de la variable puntuación en la subescala de perfeccionismo. Esta última variable fue excluida dado que su valor p de significación era inferior a .05. Asimismo, otras variables que mostraron una correlación positiva fueron las puntuaciones del MOCI con las de personalidad obsesiva (CRPOV, $r=.270$, $p<.04$) y con la subescala de perfeccionismo (EDI-P, $r=.346$, $p<.007$).

Tabla 33

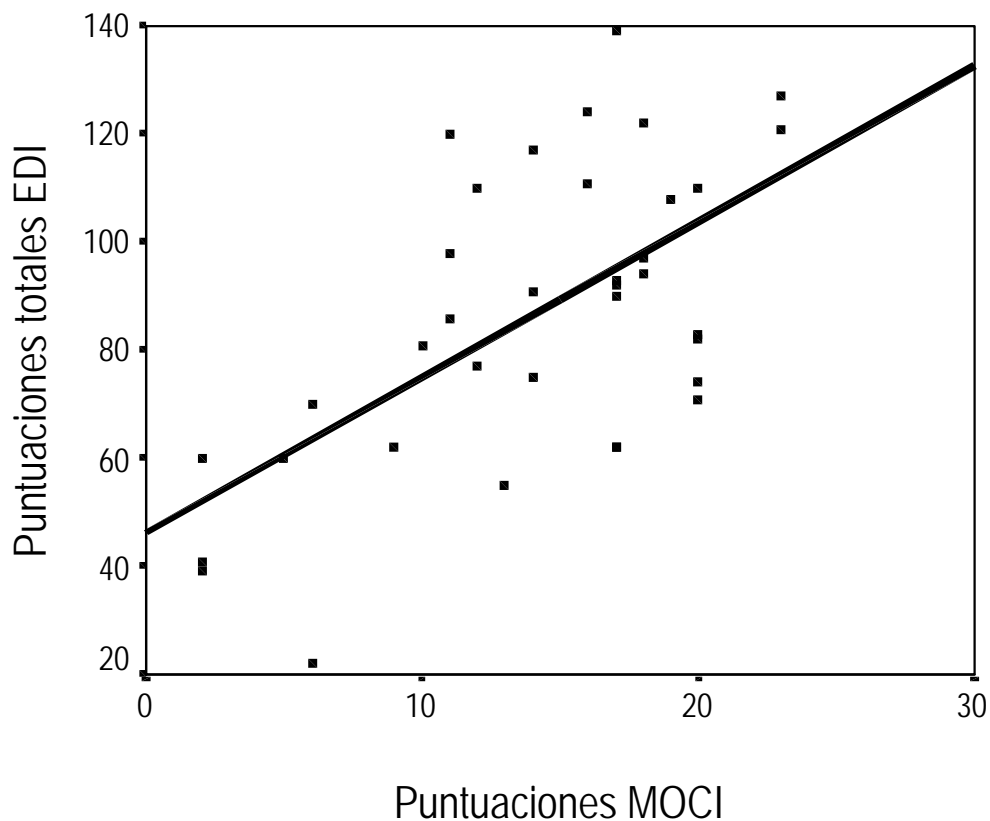
Correlaciones y significaciones obtenidas entre las variables independientes y la variable dependiente (puntuación total EDI), consideradas en el presente modelo de regresión lineal.

		MOCI	CRPOV	EDI-P	EDI-TOT
MOCI	Correlación de Pearson	1,000	,270	,346	,574
	Sig. (bilateral)	,	,042	,007	,001
CRPOV	Correlación de Pearson	,270	1,000	,181	,201
	Sig. (bilateral)	,042	,	,182	,137
EDI-P	Correlación de Pearson	,346	,181	1,000	,520
	Sig. (bilateral)	,007	,182	,	,001
EDI-TOT	Correlación de Pearson	,574	,201	,520	1,000
	Sig. (bilateral)	,001	,137	,001	,

Como se observa en las Tablas 34 y 35, el mejor predictor, asociado a obsesividad, con un coeficiente de correlación de 0.658 ($p < .0001$) es la puntuación total del MOCI y CRPOV. Es decir, el grado de obsesividad medido a través del MOCI y del CRPOV será un factor predictor de la severidad del trastorno alimentario (al menos el 66% de su variancia). De ahí que pacientes que presenten mayores rasgos obsesivos presenten una mayor severidad del trastorno alimentario. Las curvas de regresión que se extraen de nuestros resultados quedan reflejadas en la Figura 12.

Figura 12

Relación entre obsesividad y sintomatología alimentaria siguiendo un procedimiento de regresión lineal.



12. DISCUSION

La discusión de la presente Tesis será planteada siguiendo un orden similar al establecido en los resultados: 1) Variables sociodemográficas;; 2) Variables psicométricas; 3) Asociación entre el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos de la conducta alimentaria; 4) Comparación intergrupo tras controlar las variables peso y diagnóstico; 5) Asociación entre obsesividad y trastornos de la conducta alimentaria. Finalmente, se comentarán las limitaciones del estudio y las orientaciones futuras de investigación.

12.1 Variables sociodemográficas

En este estudio, la edad en los distintos grupos oscilaba entre 23 y 29 años, siendo los dos grupos de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria los más jóvenes. Este hecho se muestra acorde con la literatura actual sobre el tema de los TOC (Vallejo, 2002), en donde la edad de los primeros síntomas se sitúa entre los 20 y los 40 años. Las muestras de TOC utilizadas en otros estudios reflejan valores similares, que oscilan entre 30 y 38 años (Krone y cols., 1991; Fals-Steward y cols., 1993; Van Noppen y cols., 1997).

y 14% tenían obsesiones de contenido sexual. Insel (1984, 1985; cfr. en Vallejo y Berrios, 1995) clasifica distintos subgrupos de trastornos obsesivos y establece que un 50% de las muestras utilizadas en distintos estudios presentan obsesiones de contaminación y rituales de limpieza, teniendo un 25% de pacientes dudas obsesivas y rituales de comprobación. Vallejo (1995) recoge los porcentajes de temas obsesivos en distintas muestras. Así en el estudio de Rasmussen y Eisen (1992), un 50% de los pacientes presentaban obsesiones de contaminación y un 42% de duda. Para Akhtar, Wig, Varma y cols. (1975), el 46% de los pacientes mostraban rituales de limpieza y un 75% de comprobación. Por tanto, los resultados de nuestro estudio estarían en concordancia con la literatura, en el sentido de que las obsesiones de contaminación y duda son las más prevalentes entre los pacientes diagnosticados de TOC.

12.2 Variables psicométricas

En estudios recientes, diversos autores han revisado la relación existente entre las características psicopatológicas de la AN, la BN y el TOC (Milos y cols., 2002). Varios trabajos informan de una elevada prevalencia a lo largo de la vida de TOC, entre los pacientes diagnosticados de AN y BN (6-30% casos) (Thiel y cols., 1995; Lilienfeld y cols., 1998; Matsunaga y cols., 1999a). Los pacientes con

TOC sin sintomatología depresiva en el momento de la consulta. Mientras que un 8% presenta una aparición concurrente de los síntomas del TOC y del episodio depresivo. Kruger y cols. (1995) ponen de manifiesto que el 35% de los pacientes de su estudio que padecen depresión, tanto unipolar como bipolar, muestran también un TOC. En el caso de los TCA, la presencia de depresión comórbida suele estar asociada a una más baja autoestima, síntoma que como se ha referido con anterioridad, sería muy característico de los trastornos alimentarios (Viñuales y cols., 2001).

12.3 Asociación entre el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de la conducta alimentaria

Un 17,4% de pacientes con TOC y un 15,0% TCA presentaban ambos trastornos comórbidos. Este resultado estaría en concordancia con otros trabajos, que observarían elevada comorbilidad de síntomas relacionados con patología alimentaria en pacientes diagnosticados de TOC primario (Hennighausen y cols., 1999; Milos y cols., 2002). Grabe y cols. (2000) identificaban un 16.1% de pacientes diagnosticadas con TOC y con síntomas relacionados con TCA. Halmi y cols. (2003) obtienen que el porcentaje de aparición de obsesiones y compulsiones a lo largo de la vida de los sujetos con AN se sitúa en torno al 68%, en el caso del

TCA. De hecho, sólo dos estudios han evaluado comparativamente la frecuencia de subtipos específicos de obsesiones y compulsiones en pacientes con AN y con TOC (Bastiani y cols., 1996; Matsunaga y cols., 1999b). En ambos, se refiere el predominio en AN de obsesiones-compulsiones relacionadas con la simetría y el orden, al ser comparados con muestras de sujetos con diagnóstico exclusivamente de TOC. En el estudio de Bastiani y cols. (1996) este tipo de obsesiones y compulsiones aparecían en el 68.8% de las pacientes anoréxicas y en el de Matsunaga y cols. (1999a) esta cifra alcanzaba el 72%. Estos mismos autores observaron un 56% de obsesiones de contaminación, siendo un 44% en el caso del trabajo publicado por Bastiani y cols. (1996).

Los sujetos con TOC de esta tesis doctoral presentan mayor sintomatología obsesiva que los pacientes con TCA, incluso tras ser controladas las variables peso y edad. A pesar de que estos resultados están en concordancia con los obtenidos por otros autores (Albert y cols., 2001; Milos y cols., 2002; Grabe y cols., 2002), difieren claramente de los publicados por Halmi y cols. (2003). Una posible explicación de este hecho sería las características de las muestras utilizadas en ambos estudios. Mientras que en el trabajo de Halmi y cols. (2003), los pacientes con AN con sintomatología obsesiva no diferían de los TOC en cuanto a obsesiones de simetría y somáticas, ni en las

12.4 Comparación intergrupo tras controlar las variables peso y diagnóstico

Este trabajo demuestra que tanto sujetos con TOC como con TCA, incluso tras controlar las variables peso y edad, muestran valores elevados en personalidad obsesiva, que indicarían rasgos comunes en obsesividad, rigidez y perfeccionismo. Este resultado es coherente con lo observado en la literatura (Zaider y cols., 2000; von Ranson y cols., 1999; Herpertz-Bahlmann y cols., 2001), en la que, tanto en AN, como en TOC, han sido observados marcados rasgos obsesivos de personalidad.

Los sujetos con un TCA mostraron una mayor sintomatología depresiva que los pacientes con TOC, mostrando estos últimos una sintomatología leve-moderada. Este resultado se muestra igualmente en concordancia con los obtenidos por otros autores (Milos y cols., 2002), que resaltan la importancia de esta sintomatología en ambos trastornos.

12.5 Asociación entre obsesividad y trastornos de la conducta alimentaria

Los resultados de nuestro estudio demuestran una estrecha asociación entre grado de obsesividad y severidad de la psicopatología alimentaria. Este resultado se encontraría en concordancia con los hallazgos

muy común en las muestras de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. En este sentido, algunos estudios enfatizan la relevancia de los rasgos de personalidad obsesivos como factor de riesgo en la aparición de un TCA (Zaider y cols., 2000; Wonderlich y Mitchell, 2001; Anderlueh y cols., 2003; Woodside y cols., 2002).

12.6 Limitaciones del estudio y orientaciones futuras de investigación

Este estudio presenta algunas limitaciones, como son: (a) muestras no lo suficientemente amplias como para permitirnos comparaciones entre subgrupos de pacientes (p.e. distintos subtipos de pacientes con AN, BN o TOC entre ellos); (b) limitación en las variables dependientes analizadas (no habiendo tenido en cuenta la influencia de variables tales como niveles de ansiedad, otros rasgos de personalidad a través de escalas específicas, trastorno de la personalidad asociado, etc.); (c) no haber considerado un análisis más amplio, a la hora de comparar ambos trastornos (p.e. fenomenológico, genético, antecedentes familiares psiquiátricos,..).

En investigaciones futuras, deberían continuar siendo investigados factores comunes y diferenciales, en TOC y TCA, desde una perspectiva de análisis más amplia.

13. CONCLUSIONES

Las conclusiones básicas que pueden ser extraídas del presente estudio son las siguientes:

(1) Los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo presentan menor sintomatología y psicopatología alimentaria, que pacientes con un TCA, incluso tras ser controladas las variables peso y edad. Estas diferencias aparecen de forma notoria en aspectos como conciencia interoceptiva e ineficacia.

(2) Los sujetos con TOC presentan una mayor sintomatología obsesiva que los pacientes con TCA, incluso tras ser controladas las variables peso y edad.

(3) Tanto sujetos con TOC como con TCA, especialmente en el caso de AN, incluso tras controlar las variables peso y edad, muestran valores elevados en personalidad obsesiva, que indicarían rasgos comunes en obsesividad, rigidez y perfeccionismo.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abramowitz, J.S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 65(1), 44-52.

Adams, P. (1973). *Obsessive Children*. Nueva York: Penguin Books.

Akhtar,S., Wig, N., Warma, V. y cols. (1975). A phenomenological análisis of symptoms in obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 127, 342-348.

Albert, U., Venturello, S., Maina, G., Ravissa, L., y Bogetto, F. (2001). Bulimia nervosa with and without obsessive-compulsive syndromes. *Comprehensive-Psychiatry*, 42(6), 456-460.

Albucher, R.C., Abelson, J.L., y Nesse, R.M. (1998). Defense mechanism changes in successfully treated patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 558-559.

Allen, J.J., y Tune, G.S. (1975). The Lynfield Obsessional-Compulsive Questionnaire. *Scottish Medical Journal*, 20 (1), 21-24.

Alonso-Ortega, P., Fernández-Aranda.F., Turón-Gil,V., Vallejo-Ruiloba,J. y Ramos, MJ (1998). Trastornos de la alimentación en

Anderluh MB, Tchanturia K, Rabe-Hesketh S, Treasure J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. *Am J Psychiatry*, 160 (2), 242-7.

Andrewes, D.; O'Connor, P. (1996). Computerised psychoeducation for patients with eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30 (4), 492- 497.

Apter, A., Fallon, Jr. T.J. , King, R.A., y cols. (1996). Obsessive-compulsive characteristics: from symptoms to síndrome. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1424-1431.

Badia, A.; Fernández-Aranda, F.; Solano, R.; Sánchez, I. & Vallejo-Ruiloba, J. (en prensa). Brief hospitalization plus outpatient group therapy in Bulimia nervosa: analysis of the effectiveness of a combined therapy.

Baer, L. (1996). Behavior therapy: endogenous serotonin therapy? *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(6), 33-5.

Baer, L., y Greist, J.H. (1997). An interactive computer-administered self-assessment and self-help program for behavior therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(12), 23-28.

Baer, L., Jenike, M.A., Ricciardi, J.N., Holland, A.D., Minichiello, W.E., y Buttolph, M.L. (1990). Standardized assessment of personality

Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., y Erbauch, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561- 571.

Bejerot, S., Ekselius, L., y von Knorring, L. (1998). Comorbidity between obsessive-compulsive disorder (OCD) and personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 398-402.

Bellodi, L., Cavallini, M.C., Bertelli, S., Chiapparino, D., y Smeraldi, E. (2001). Morbidity risk for obsessive-compulsive spectrum disorders in first-degree relatives of patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 563-569.

Bienvenu, O.J., Samuels, J.F., Riddle, M.A., Hoehn-Saric, R., Liang, K.Y., Cullen, B.A.M., Grados, M.A., y Nestadt, G. (2000). The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family Study. *Society of Biological Psychiatry*, 48, 287-293.

Black, A. (1974). En J.A. Yaryura-Tobías y F.A. Neziroglu (1997). *Trastornos obsesivos-compulsivos*. Madrid: Harcourt.

Black, D.W., y Blum, N.S. (1992). Obsessive-compulsive disorder support groups: The Iowa model. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 65-71.

Black, D., Noyes, R., Pfohl, B., Goldstein, R., y Blum, N. (1993). Personality disorder in obsessive compulsive volunteers, well

Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Joyce, P.R., y Carter, F.A. (1995). temperament, character and personality disorder in bulimia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183 (9),593-598.

Bulik CM, Tozzi F, Anderson C, Mazzeo SE, Aggen S, Sullivan PF. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *Am J Psychiatry*, 160 (2), 366-8.

Bulik, C.M., Wade, T.D., y Kendler, K.S. (2001). Characteristics of monozygotic twins discordant for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*,29, 1–10.

Bussolotti, D., Fernández-Aranda, F., Solano, R., Jiménez-Murcia, S., Cubero, L., Turón, J., y Vallejo, J. (2002). Marital status and eating disorders: an analysis of its relevance. *Journal of Psychosomatic Research*, 53 (1), 1-7.

Campbell, D.A., Sundaramurthy, D., Markham, A.F., y Pieri, L.F. (1998). Lack of association between 5-HT2A gene promoter polymorphism and susceptibility to anorexia nervosa. *Lancet*, 351, 499.

Cassidy, E., Allsopp, M., y Williams, T. (1999). Obsessive compulsive symptoms at initial presentation of adolescent eating disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8, 193-199.

Castro, J., Toro, J., Salamero, M., y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: validation of the spanish version. *Evaluación Psicológica/ Psychological Assessment*, 7, 175- 190.

Cordioli, A.; Heldt, E.; Bochi, D. (2002). Cognitive behavioural group therapy in obsessive-compulsive disorder. A clinical trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3), 113-120.

Cordioli, A.; Heldt, E.; Bochi, D (2003). Cognitive behavioural group therapy in obsessive-compulsive disorder. A randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72 (4), 211-216.

Crisp, A.H. (1980). *Anorexia nervosa: Let me be*. London: Academic Press.

Crisp, A.H., Kingsley, N., Gowers, S., Halek, C., Bowyer, C., Yeldham, D., Levett, G., y Bhat, A. (1991). A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in Anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 159, 325-333.

Crowther, J.H., Post, G., y Zaynor, L. (1985). The prevalence of Bulimia and binge eating in adolescents girls. *International Journal of Eating Disorders*, 4: 29-42.

Cruzado Rodríguez, J.A. (1998). Trastorno obsesivo compulsivo. En M.A. Vallejo Parejo (dir.). *Manual de Terapia de la Conducta, vol. I*. Madrid: Dykinson.

Dare, C. (1995). Psychoanalytic psychotherapy (of eating disorders). En GO. Gabbard (Ed.) *Treatment of Psychiatric Disorders*, p. 2129-2151. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Eisen, J.L., Goodman, W.K., Keller, M.B., Warshaw, M.G., DeMarco, L.M., Luce, D.D., y Rasmussen, S.A. (1999). Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a 2-year prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (5), 346-351.

Emmelkamp, P.M.G., y Beens, H. (1991). Cognitive therapy with obsessive compulsive disorder. A comparative evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 293-300.

Emmelkamp, P.M.G., Kloek, J., y Blaauw, E. (1992). Obsessive-compulsive disorders in principles and practice of relapse prevention. En P.H. Wilson (ed.). *Principles and practice of relapse prevention* (pp.213-234). Nueva York: Guilford.

Emmelkamp, P.M.G., van der Helm, M., van Zanten, B.L., y Plochg, I. (1980). Treatment of obsessive-compulsive patients: The contribution of self-instructions training to the effectiveness of exposure. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 61-66.

Emmelkamp, P.M.G., Visser, S., y Hoekstra, R.J. (1988). Cognitive therapy *versus* exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsives. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 103-114.

Enoch, M.A., Greenberg, B.D., Murphy, D.L. y Goldman, D. (2001). Sexually Dimorphic Relationship of a 5-HT 2A Promoter Polymorphism with Obsessive-Compulsive Disorder. *Biol Psychiatry*, 49, 385-388.

Fairburn, C.G., Norman, P.A., Welch, S.L., O'Connor, M.E., Doll, H.A., y Peveler, R.C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52 (4), 304-12.

Fals-Steward, W.;y Lucente, S. (1994). Behavioural group therapy with obsessive- compulsives: An overview. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44 (1), 35-51.

Fals-Stewart, W., Marks, A.P., y Schafer, J. (1993). A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 189-193.

Faus,G. (1998) *¿TOC?. Trastorno obsesivo-compulsivo. Cien preguntas más frecuentes*. Barcelona: Edimsa.

Feld, R., Woodside, D.B., Kapla, A.S., Olmsted, M.P., y Carter, J.C. (2001). Pretreatment Motivational Enhancement Therapy for Eating Disorders: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 393-400.

Fernández-Aranda, F. (2000). Grupos psicoeducativos de corta duración en Bulimia nerviosa: análisis de su eficacia. *Psicología contemporánea*, 7 (1), 16-25.

Fernández-Aranda,F. (2003). Trastornos de la personalidad y TCA. Ponencia invitada en *XVIII Jornada de la Societat Catalana de Recerca i Terapia del Comportament* (9 de Mayo), Barcelona.

Fernández-Aranda, F., y Turón-Gil, V. (1998) *Guía básica de tratamiento en Anorexia y Bulimia*. Barcelona: Masson.

Fernández-Aranda, F., Turón, V., Sánchez, I., Viñuales, M., Ramos, M.J. y Vallejo, J. (1999). Stage of change in Anorexia and Bulimia nervosa. Clinical and therapeutical implications. Presentado en *Academy for Eating Disorders: Annual Meeting*, 11-12 Junio, S.Diego (USA).

Fernández Ballesteros, R., y Carrobles, J.A. (1987). *Evaluación Conductual*. Madrid: Pirámide.

Fichter, M.M., y Quadflieg, N. (1999). Six-year course and outcome of Anorexia nervosa. *International Journal of Eating Dis.*, 26, 359-385.

Fireman, B., Koran, L.M., Leventhal, J.L., y Jacobson, A. (2001). The prevalence of Clinically Recognized Obsessive-Compulsive Disorder in a Large Health Maintenance Organization. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1904-1910).

Fisher, M., Fornari, V., Waldbaum, R., y Gold, R. (2002). Three case reports on the relationship between anorexia nervosa and obsessive compulsive disorder. *Int J Adolesc Med Health*, 14 (4), 329-34.

Flament, M.F., Whitaker, A., Rapoport, J.L., Davies, M., Berg, C.Z., Kalikow, K., Sceery, W., y Shaffer, D. (1988). Obsessive-compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27 (6), 764-771.

experience, and appraisal. *Behavior Research and Therapy*, 29, 585-597.

Freud, S. (1973). *Three cases histories*. Nueva York: Macmillan. (Traducido por P. Rieff, original publicado en 1909).

García-Vilches, I., Badía-Casanovas, A., Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Turón-Gil, V., y Vallejo-Ruiloba, J. (2003) Characteristics of bulimic patients whose parents do or do not abuse alcohol. *Eating and Weight Disorde*, 7 (3), 232-238.

Garner, D.M. (1998). *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2)-Manual*. Madrid: TEA.

Garner, D.M., y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.

Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1985). *Handbook of Psychotherapy of Anorexia and Bulimia*. New York: Guilford Press.

Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1991). *Handbook of Psychotherapy of Anorexia and Bulimia*. Nueva York: Guilford Press.

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, 871-878.

Gorwood, P., Adès, J., Bellodi, L., Cellini, E., Collier, D., Di Bella, D., Di Bernardo, M., Estivill, X., Fernandez-Aranda, F. y cols. -EC Framework V 'Factors in Healthy Eating' consortium- (2002). The 5-HT_{2A} -1438G/A polymorphism in anorexia nervosa: A combined analysis of 316 trios from six European centres. *Molecular Psychiatry*, 7, 90-94.

Gowers, S.G., Weetman, J., Shore, A., Hossain, F., y Elvins, R. (2000). Impact of hospitalisation on the outcome of adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 176, 138-141.

Grabe, H.J., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H.J., Freyberger, H.J., Dilling, H., y John, U. (2000). Prevalence, quality of life and psychosocial function of obsessive compulsive disorder and subclinical obsessive compulsive disorder in northern Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250 (5), 262-268.

Grabe, H.J., Thiel, A. y Freyberger, H.J. (2000). Symptoms of eating disorders in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 449-453.

Greist, J.H. (1998). The comparative effectiveness of treatments for obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menniger Clinic*, 64 (4), 65-81.

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 assessment of a prospective population-based cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 261-273.

Hand, I., y Tichatzki, M. (1979). Behavioral group therapy for obsessions and compulsions: first results of a pilot study. En P.O. Sjöden, S. Bates y W.S. Dockens, III. (eds). *Trends in Behavior Therapy* (pp. 269-298). Nueva York: Academy Press.

Hantouche, E.G., Bouhassira, M., Lancrenon, S. y cols. (1995). Prevalence of obsessive compulsive disorders en a large French patient population in psychiatric consultation. *Encephale*, 21(5), 571-580.

Hennighausen, K., Rischmüller, B., Hesecker, H., Remschmidt, H., y Hebebrand, J. (1999). Low body mass indices in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Acta-Psychiatrica-Scandinavica*, 99(4), 267-273.

Herpertz-Dahlmann, B., Müller, B., Herpertz, S., Heussen, N., Hebebrand, J., y Remschmidt, H. (2001). Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa: Course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied-Disciplines*, 42 (5), 603-612.

Herzog, DB., Keller, MB., Lavori ,PW., Kenny, GM. y Sacks, NR.(1992).The Prevalence of Personality Disorders in 210 women with Eating Disorders. *Journal Clinical Psychiatry*, 53 (5),147-152.

Heyman, I., Fombonne, E., Simmons, H. , Ford, T. , Meltzer, H. y Goodman, R. (2001). Prevalence of obsessive compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *British Journal of Psychiatry*, 179 (4), 324-329.

Horwarth, E., y Weissman, M.M. (2000). The epidemiology and cross-national presentation of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23 (3), 493-507.

Hsu, L.K.G., Crisp, A.H., y Callender, J.S. (1992). Psychiatric diagnoses in recovered and unrecovered anorectics 22 years after onset of illness: A pilot study. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 123-127.

Hsu, L.K.G., Kaye, W., y Weltzin, T. (1993). Are the eating disorders related to obsessive compulsive disorder? *International Journal of Eating Disorders*, 14, 305-318.

Hudson, J.I., Pope, H.G., Jonas, J.M., y Yurgelun-Todd, D. (1983). Family history study of anorexia nervosa and bulimia. *British Journal of Psychiatry*, 142, 133-138.

Ibáñez, I., Olmedo, E., Peñate, W. y González, M. (2002). Obsesiones y compulsiones: estructura del Inventario de Padua. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (2), 263-288.

Ingram, I.M. (1961). Obsessional illness in mental hospital patients. *Journal of Mental Sciences*, 107, 382-402.

Jarry, J.L., y Vaccarino, F.J. (1996). Eating disorder and obsessive compulsive disorder: neurochemical and phenomenological commonalities. *J Psychiatry Neurosci.* , 21, 36-48.

Jenike, M.A. (1983). Obsessive compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 24 , 2.

Kasvikis, Y.G., Tsakiris, F., Marks, I.M., Basoglu, M., y Noshirvani, H.F. (1986). Past history of anorexia nervosa in women with obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 1069-1076.

Kaye W.H., Lilenfeld,L.R., Plotnicov,K., Merikangas,K.R., Nagy,L., Strober,M., Bulik, C.M., Moss,H., y Greeno,C.G. (1996). Bulimia Nervosa and substance dependence: association and family transmission. *Alcoholism, Clinical & Experimental Research*, 20 (5), 878-81.

Kaye, W.H., Weltzin, T., y Hsu L.K.G. (1993). Relationship between anorexia nervosa and obsessive-compulsive behaviors. *Psychiatr Annals*, 23, 365–373.

Kaye, W.H., Weltzin, T.E., Hsu, L.K.G., Bulik, C., McConaha, C., y Sobkiewics, T. (1992). Patients with anorexia nervosa have elevated scores on the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 57-62.

Kendell,R.E., Hall,D.I., Halley,A., y Babigan,H.M. (1973). The epidemiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 3, 200-203.

Klerman,,G.L., Weissman,M.M., Rounsaville,B.J., y Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books Inc. Publishers.

Leckman, J.F., Walker, D.E., Goodman, W.K., y cols. (1994). "Just right" perceptions associated with compulsive behavior in Tourette's syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 151 (5), 675-680.

Leitemberg,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, 535- 541.

Lewandowski, L.M., Gebing, T.A., Anthony, J,L., y O'Brien WH. (1997). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment studies for bulimia. *Clinical Psychology Review*, 17 (7):703-18.

Lilenfeld, L.R., Kaye, W.H., Greeno, C.G., Merikangas, K.R., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao,R., y Strober,M. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 47, 201-203.

Lindsay, M., Crino, R., y Andrews. G. (1997). Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 171, 135-139.

Linnoila, M., Virkkunen, M., Scheinin, M., Nutila, A., Rimon, R., y Goodwin, F.K. (1983). Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior. *Life Sci*, 33,2609-14.

Luys, M. (1883). En J.A. Yaryura-Tobías y F.A. Neziroglu (1997). *Trastornos obsesivos-compulsivos*. Madrid: Harcourt.

Matsunaga, H., Kaye, W.H., McConaha, C., Plotnicov, K., Pollice, C., y Rao, R. (2000). Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. *International-Journal-of-Eating-Disorders*, 27(3), 353-357.

Mazure, C.M., Halmi, K.A., Sunday, S.R., Romano, S.J., y cols. (1994). The Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale: Development, use, reliability and validity. *Journal of Psychiatric Research*, 28 (5), 425-445.

McElroy, S.L. , Phillips, K.A., y Keck, P.E. Jr. (1994). Obsessive-compulsive spectrum disorder. *J Clin Psychiatry*, 55 (10), 33-51.

McKay, D. (1997). A maintenance program for obsessive-compulsive disorder using exposure with response prevention: 2-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 35(4), 367-369.

McKisack,C., y Waller,G.(1997) Factors influencing the outcome of group psychotherapy for Bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 1-13.

Mellman, T.A., y Uhde, T.W. (1986). Obsessive compulsive symptoms in panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1573-1576.

Meyer, V., Levy, R., y Schnurer, A. (1974). The behavioral treatment of obsessive-compulsive disorders. En H.R. Beech (ed.). *Obsessional states*. Londres: Methuen.

2-10 años de seguimiento). *Fortschritte-der-Neurologie,-Psychiatrie*, 69 , (8), 379-387.

Nestadt, G., Addington, A., Samuels, J., Liang, K.Y., Bienvenu, O.J., Riddle, M., Grados, M., Hoehn-Saric, R., y Cullen, B. (2003). The identification of OCD-related subgroups based on comorbidity. *Biol Psychiatry*, 15, 53 (10), 914-20.

Neziroglu, F.A., y Yaryura-Tobías, J.A. (1979). En J.A. Yaryura-Tobías y F.A. Neziroglu (1997). *Trastornos obsesivos-compulsivos*. Madrid: Harcourt.

Neziroglu, F.A. , Yaryura-Tobías, J.A., Lemli, J.M., y Yaryura, R.A. (1994). Estudio demográfico del trastorno obsesivo compulsivo. *Acta Psiquiátrica de América Latina*, 40 (3), 217-223.

Nica, S. (1977). En J.A. Yaryura-Tobías y F.A. Neziroglu (1997). *Trastornos obsesivos-compulsivos*. Madrid: Harcourt

Nilsson-Wentz,E., Gillberg, C., Gillberg, I.C., y Rastam, M. (1999).Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: Personality disorders. *Journal-of-the-American-Academy-of-Child-and-Adolescent-Psychiatry*, 38(11), 1389-1395.

Nishita, J.K, Ellinwood, E.H. Jr, Rockwell, W.J., Kuhn, C.M., Hoffman, G.W. Jr, McCall, W.V., Manepalli, J.N.(1983). Abnormalities in the response of plasma arginine vasopressin during hypertonic saline

Pato, M.T., Pato, C.N., Pauls, D.L. (2002). Recent findings in the genetics of OCD. *J Clin Psychiatry*, 63 (Suppl 6), 30-3.

Pauls, D.L., Alsobrook, J.P.II, Goodman, W., Rasmussen, S. y Leckman, J.F. (1995). A family study of obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 76-84.

Peet, M. y Harvey, NS (1991). Lithium maintenance: 1. A standard education program for patients. *British Journal of Psychiatry*, 158, 197-200.

Peñas, E. y Waller, G. (2001). Bulimic psychopathology and impulsive behaviours among nonclinical women. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 71-75.

Pérez Gaspar, M., Gual, P., de Irala Estévez, J., Martínez González, M.A., Lahortiga, F., y Cervera, S. (2000). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med-Clin-Barc.* , 114(13): 481-6

Perpiñá, C., Botella, C., Baños, R., Marco, J.H, Alcañiz, M., y Quero, S. (1999). Body Image and virtual reality in eating disorders: Exposure by virtual reality is more effective than the classical body image treatment?. *Cyberpsychology & Behavior*, 2 (2), 149-159.

Rachman, S.J., Hodgson, R.J., y Marks, I.M. (1971). The treatment of chronic obsessional neurosis. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 237-247.

Raich, R.M. (1988). Evaluación y tratamiento de un caso de trastorno obsesivo-compulsivo (p. 66-84). En Macia,D. y Méndez,X. (Eds.) Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta. Ed. Pirámide, Madrid.

Raich, R.M. (1994). *Anorexia y Bulimia: trastornos alimentarios*. Barcelona: Ed. Pirámide.

Raich.R.M., Mora,M., y Soler,A. (1995). A cognitive-behavioural approach to the treatment of body image disorder: A pilot study. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 3, 175-182.

Raich, R.M. (1996). Evaluación del Trastorno obsesivo-compulsivo (p. 161-178). En Buela-Casal, V.E., Caballo, V., Sierra, J.C. (Eds.) Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. Ed. Siglo XXI, Madrid.

Raich.R.M., Mora,M., Soler,A., Avila,C., Clos, y Zapater (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 1 (7), 51-66.

Raffi, AR., Rondini, M., Grandi, S., y Fava, A. (2000). Life events and prodromal symptoms in bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 30, 727-731.

Rasmussen, S., y Tsuang, M. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 317-322.

Riggs, D.S., y Foa, E.B. (1993). Obsessive compulsive disorder. En D.H. Barlow (ed.). *Clinical handbook of psychological disorders*. Nueva York: Guilford Press.

Riva, G., Baccheta, M., Baruffi, M., Rinaldi, S., y Molinari, E. (1998). Experiential cognitive therapy: a VR based approach for the assessment and treatment of eating disorders. In G. Riva (ed.). *Virtual Environments in Clinical Psychology and Neuroscience*. Amsterdam: IOS press, 95-111.

Robins, L.N., Helzer, J.E., Weisman, M.M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J.D., y Reiger, D.A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-959.

Roper, G., Rachman, S., y Marks, I.M. (1975). Passive and participant modelling in exposure treatment of obsessive-compulsive neurotics. *Behaviour Research and Therapy*, 13, 271-279.

Rosen, J., y Leitenberg, H. (1982). Bulimia nervosa: treatment with exposure and response prevention. *Behavior Therapy*, 13, 117-124.

Rosen, K.V., y Tallis, F. (1995). Investigation into the relationship between personality traits and OCD. *Behaviorand Research Therapy*, 3, 445-450.

Russell, G.F.M., Szmukler, G.I., Dare, C., y Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047-56.

Ryle, A. (1990). *Cognitive-analytic Therapy: Active Participation in Change*. London: John Wiley & Sons.

Salgado, P., Turón, J.V., y Olivares, J. (1995). Epidemiología de los trastornos obsesivos. En J. Vallejo Ruiloba y G.E. Berrios (eds.). *Estados obsesivos* (2ª edición). Barcelona: Masson.

Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional and compulsive problems: A cognitive behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.

Salkovskis, P.M. (1989). Cognitive-behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.

Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behavior Research and Therapy*, 26, 169-177.

Sánchez Planell, Ll. y Prats, M. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria. En J. Vallejo (Ed.). *Introducción a la psicopatología y psiquiatría* (5ª Ed.) (pp. 311-338). Barcelona: Masson.

Steiger, H., Jabalpurwala, S., y Chapagne, J. (1996). Axis II Comorbidity and Developmental Adversity in Bulimia Nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 555-560.

Steinhausen, H.C., Seidel, R., y Winkler Metzke, C. (2000). Evaluation of treatment and intermediate and long-term outcome of adolescent eating disorders. *Psychological Medicine*, 30, 1089-1098.

Steketee, G. (1990). Personality trait and disorders in obsessive-compulsives. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 351-364.

Steketee, G.S., y Freund, B. (1993). Compulsive activity checklist (CAC): further psychometric analysis and revision. *Behavioural Psychotherapy*, 21, 13-25.

Steketee, G.S., y Frost, R.O. (1998). Obsessive compulsive disorder. En A.S. Bellack y M. Hersen (eds.). *Comprehensive Clinical psychology*. Vol. 6 (pp.367-398). Amsterdam: Pergamon.

Steketee, G., y Shapiro, L. (1993). Obsessive compulsive disorder. En A.S. Bellack y M. Hersen (eds.). *Handbook of behavior therapy in psychiatry setting* (pp. 99-127). Nueva York: Plenum.

Steketee, G., y Shapiro, L.J. (1995). Predicting behavioral treatment outcome for agoraphobia and obsessive compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 15 (4), 317-346.

Thiel, A., Broocks, A., Ohlmeier, M., Jacoby, G.E., y Schuessler, G. (1995). Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 72-75.

Thornton, C., y Russell, J. (1997). Obsessive Compulsive Comorbidity in the Dieting Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 21 (1), 83-87.

Touyz, S.Z., y Beumont, P.J (1997). Behavioral treatment to promote weight gain in Anorexia nervosa. En Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (Eds.) *Handbook of treatment for Eating Disorders* (2ª Edición). Guilford Press: New York.

Touyz, S.Z., Beumont, P.J., Glaun, D., Phillips, T., y Cowie, I. (1984). A comparison of lenient and strict operant conditioning programmes in refeeding patients with Anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 144, 517-520.

Treasure, J., Todd, G., Brolly, y cols. (1995). A pilot study of randomised trial of cognitive analytical therapy vs. educational behavioural therapy for adult anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 363-367.

Troop, N., Serpell, L., y Treasure, J.L. (2001). Specificity in the relationship between depressive and eating disorder symptoms in remitted and nonremitted women. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 306-311.

Tyer, B., Parrish, R.T., Curtis, G.C., y cols. (1985). Ages of onset of DSM-III anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 26 (2), 113-122.

Van Noppen, B., Pato, M.T., Marsland, R., y Rasmussen, S. (1993). En M.N. Jenike, L. Baer y W.E. Minichiello (eds.), *Trastornos obsesivo-compulsivos. Manejo práctico (versión en español de la 3ª ed. en inglés)*, Madrid: Harcourt.

Van Noppen, B., Pato, M.T., Marsland, R., y Rasmussen, S. (1998). A Time-Limited Behavioral Group for Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 272-280.

Van Noppen, B.L., Pato, M.T., y Rasmussen, S.A. (1993). *Learning to live with OCD*. Milford: Obsessive Compulsive Foundation.

Van Noppen, B.L., Steketee, G., McCorkle, B.H., y Pato, M.,T. (1997). Group and multifamily behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(4), 431-46.

Van Noppen, Pato, M.T., Marsland, R. y Rasmussen (1998). A time-limited behavioral group for treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 272-280.

Van Oppen, P., De Haan, E., Van Balkom, A.J., Spinhoven, P., Hoogduin, K., y Van Dyck, R. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 33, 379-390.

Van Vliet, I.M. (1999). A hidden compulsion. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 143(8), 385-388.

Von Ranson, K.M., Kaye, W.H., Weltzin, T.E., Rao, R., y Matsunaga, H. (1999). Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1703-1708.

Waller, G. (1997). Drop-out and failure to engage in individual outpatient cognitive behavior therapy for Bulimic disorders. *International J. of Eating Disorders*, 22, 35-41.

Wentz, E., Gillberg, C., Gillberg, I.C., y Rastam, M. (2001). Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: Psychiatric disorders and overall functioning scales. *Journal-of-Child-Psychology-and-Psychiatry-and-Allied-Disciplines*, 42(5), 613-622

Westen, D., y Harnden Fischer, J. (2001). Personality Profiles in Eating Disorders: rethinking the distinction between Axis I and Axis II. *American Journal Psychiatry*, 158 (4), 547-562.

Wiseman, C.V., Sunday, S.R., Klapper, F., Harris, W.A, y Halmi, K.A (2001). Changing patterns of hospitalization in eating disorders patients. *International Journal of eating Dis.*, 30, 69-74.

Weissman, M.M., y cols. (1994). En M.N. Jenike, L. Baer y W.E. Minichiello (eds.), *Trastornos obsesivo-compulsivos. Manejo práctico (versión en español de la 3ª ed. en inglés)*, Madrid: Harcourt.

Westen, D.; Harnden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between axis I and axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158 (4), 547-562.

Wonderlich, S.A., y Swift, W.J. (1990). Borderline versus other personality disorders in the eating disorders: clinical description. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (6),629-638,

Woodruff, R., y Pitts, F.N. (1964). En J.A. Yaryura-Tobías y F.A. Neziroglu (1997). *Trastornos obsesivos-compulsivos*. Madrid: Harcourt.

Woodside, D.B., Bulik, C.M., Halmi, K.A., Fichter, M.M., Kaplan, A., Berrettini, W.H., Strober, M., Treasure, J., Lilenfeld, L., Klump, K., y Kaye, W.H. (2002). Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *Int J Eat Disord.*, 31(3), 290-9.

Yager, J. (2001). E-mail as a therapeutic adjunct in the outpatient treatment of anorexia nervosa: illustrative case material and discussion of the issues. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 125-138.

Yaryura-Tobías, J.A., y Neziroglu, F.A. (1983). *Obsessive compulsive disorder*. Nueva York : Marcel Dekker.

Yaryura-Tobías, J.A., y Neziroglu, F.A. (1997). *Trastornos obsesivos-compulsivos*. Madrid: Harcourt.

Yaryura-Tobias, J.A., Pinto, A., y Neziroglu, F. (2001). The integration of primary anorexia nervosa and obsessive-compulsive Disorder. *Eating and Weight Disorders*, 6, 174-180.

Zaider, T.I., Johnson, J.G., y Cockell, S.J. (2000). Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among

15. ANEXOS

15.1 Eating Attitudes Test (EAT-40)



EAT-40

Instrucciones: La presente escala mide distintas actitudes, sentimientos y conductas. La mayoría de las preguntas se refieren a la comida y hábitos alimentarios. No hay respuestas correctas o incorrectas, por favor, sea completamente sincero en sus respuestas. Los resultados son absolutamente confidenciales.

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

13.04.17 / gme@2004

15.2 Eating Disorders Inventory (EDI)



Eating Disorders Inventory (EDI)

	N	R	AV	AM	H	S
1. Como dulces e hidratos de carbono (pan, patatas, etc.) sin sentirme nervioso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pienso que mi estómago es demasiado grande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me gustaría que pudiera volver a la seguridad de la infancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Como cuando estoy disgustado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me atraco de comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me gustaría ser más joven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pienso en seguir una dieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me asusto cuando mis sensaciones/sentimientos son demasiado intensos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pienso que mis muslos son demasiado anchos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me siento ineficaz como persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mi familia sólo valora como buenos aquellos rendimientos o resultados que están por encima de lo habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. El tiempo más feliz de la vida es cuando se es un niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me aterroriza ganar peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Confío en los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Me siento solo/a en el mundo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Me siento satisfecho/a con la forma de mi cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Generalmente siento que las cosas de mi vida están bajo mi control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Me siento confundido/a ante las emociones que siento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Prefiero ser adulto que niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Me comunico fácilmente con los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Me gustaría ser otra persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Exagero o aumento la importancia del peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Puedo identificar claramente las emociones que siento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Me siento inadaptado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Cuando me estoy atracando de comida siento que no puedo parar de hacerlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Cuando era niño/a intentaba por todos los medios evitar estar de acuerdo con mis padres y maestros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Tengo amistades íntimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Me gusta la forma de mis nalgas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. No sé lo que está pasando dentro de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Tengo dificultad en expresar mis emociones hacia los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Las exigencias del adulto son demasiado grandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Me molesta ser menos que el/la mejor en las actividades que hago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15.3 Beck Depression Inventory (BDI)

Beck Depression Inventory (BDI)

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

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

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

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

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

5. Sentimientos de culpa
 - A veces me siento despreciable y mala persona
 - Me siento bastante culpable
 - Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
 - Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
 - No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo
 - Presiento que algo malo me puede suceder
 - Siento que merezco ser castigado
 - No pienso que esté siendo castigado
 - Siento que me están castigando o me castigarán
 - Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo
 - Estoy descontento conmigo mismo
 - No me aprecio
 - Me odio (me desprecio)
 - Estoy asqueado de mí
 - Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación
 - No creo ser peor que otros
 - Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
 - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
 - Siento que tengo muchos y muy graves defectos
 - Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas
 - Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
 - Siento que estaría mejor muerto
 - Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
 - Tengo planes decididos de suicidarme
 - Me mataría si pudiera
 - No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Períodos de llanto
 - No lloro más de lo habitual
 - Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
 - Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
 - Ahora lloro más de lo normal

15.4 Maudsley Obsessive-compulsive Inventory (MOCI)



Obsessive-compulsive Inventory (MOCI)

Por favor, conteste marcando con una cruz verdadero o falso. No hay respuestas correctas ni incorrectas, ni preguntas engañosas. Responda rápidamente, sin pensar demasiado en el significado exacto de las preguntas.

	<u>Verdadero</u>	<u>Falso</u>
1.- Evito usar los teléfonos a causa de una posible contaminación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- Frecuentemente tengo pensamientos sucios y me cuesta librarme de ellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- La honestidad me preocupa más que a la mayoría de la gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- A menudo llego tarde porque me resulta imposible terminar todas las cosas a tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.- Al tocar un animal, no me preocupo demasiado por la contaminación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- A menudo he de revisar las cosas (por ej. la llave del gas, los grifos, las puertas, etc) varias veces.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- Tengo una conciencia muy estricta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- Encuentro que casi cada día estoy preocupado por pensamientos desagradables que entran en mi mente contra mi voluntad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- No me preocupo demasiado si choco con alguien accidentalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.- A menudo tengo serias dudas sobre las cosas sencillas que hago cada día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.- Ninguno de mis padres fue muy estricto durante mi infancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.- Tiendo a retrasarme en mi trabajo a causa de repetir las cosas una y otra vez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.- Uso sólo una cantidad media de jabón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.- Algunos números son de muy mala suerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.- No reviso las cartas una y otra vez antes de echarlas al correo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.- No tardo mucho tiempo en vestirme por la mañana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.- No me preocupo excesivamente por la limpieza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.- Uno de mis mayores problemas es poner demasiada atención en los detalles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.- Puedo usar los lavabos bien cuidados sin ninguna vacilación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.- Las reiteradas comprobaciones son mi mayor problema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.- No estoy excesivamente preocupado por los gérmenes y las enfermedades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.- No tiendo a comprobar las cosas más de una vez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.- No sigo una rutina muy estricta al hacer las cosas corrientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.- No siento mis manos sucias después de tocar dinero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.- Normalmente no cuento cuando estoy haciendo una tarea rutinaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.- El aseo me ocupa bastante tiempo por la mañana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.- No uso gran cantidad de antisépticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.- Cada día gasto gran cantidad de tiempo en comprobar las cosas una y otra vez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.- Por la noche, colgar y doblar mi ropa no me quita mucho tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.- Incluso cuando hago alguna cosa muy cuidadosamente acostumbro a pensar que no es totalmente correcta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL: C. L. E. D.

15.5 Cuestionario de Rasgos y Personalidad Obsesiva de Vallejo (CRPOV)



NHC:
 APELLIDOS:
 NOMBRE:

CUESTIONARIO DE RASGOS DE PERSONALIDAD
 CRPO (J. Vallejo)

Edad: Sexo: V H Profesión:.....
 ¿Ha recibido en algún momento de su vida tratamiento psicológico o psiquiátrico?
 Sí No

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Se considera una persona muy ordenada? | SI | NO |
| 2. ¿Es aficionado a las colecciones? | SI | NO |
| 3. ¿Se irrita con facilidad? | SI | NO |
| 4. ¿Le preocupa la justicia social? | SI | NO |
| 5. ¿Le cuesta modificar sus ideas y concepciones sobre las cosas? | SI | NO |
| 6. ¿Acepta con facilidad las indicaciones y sugerencias de otras personas? | SI | NO |
| 7. ¿Le gusta hacer alarde de sus bienes materiales o de sus cualidades personales más sobresalientes y valorables? | SI | NO |
| 8. ¿Le cuesta desprenderse de sus objetos personales? | SI | NO |
| 9. ¿Le cuesta mucho separarse por tiempo prolongado de sus personas queridas? | SI | NO |
| 10. ¿Se considera una persona disciplinada? | SI | NO |
| 11. ¿Le es difícil concentrarse en su trabajo o actividades? | SI | NO |
| 12. ¿Su pensamiento se distrae con facilidad? | SI | NO |
| 13. ¿Tiene con frecuencia problemas o enfrentamientos con sus superiores (padres, jefes, profesores, capataces)? | SI | NO |
| 14. ¿Se siente frecuentemente asaltado por sentimientos de culpabilidad? o ¿Duda con frecuencia respecto a sus palabras o actos han podido molestar o perjudicar a otra persona? | SI | NO |
| 15. ¿Se considera una persona tímida? | SI | NO |
| 16. ¿Le cuesta relacionarse con personas que no conoce? | SI | NO |
| 17. ¿Le cuesta gastar dinero en cosas que no sean necesarias? | SI | NO |
| 18. ¿Le molestan con facilidad actitudes o palabras de otras personas? | SI | NO |
| 19. ¿Considera muy importante las normas de educación? o ¿En su contacto con los demás cuida con esmero las normas de educación? | SI | NO |
| 20. ¿Es una persona muy dura con los que dependen de usted? | SI | NO |
| 21. ¿Le cuesta renunciar a sus proyectos o ideas a pesar de que tenga muchas dificultades para llevarlos a cabo? | SI | NO |
| 22. ¿Suele hacer las cosas con lentitud? | SI | NO |
| 23. ¿Tiene tendencia y disfruta haciendo regalos a sus amigos y familiares? | SI | NO |
| 24. ¿Le gusta tener actividades o practicar deportes que requieren riesgo? | SI | NO |
| 25. ¿Piensa con facilidad que tiene o va a contraer enfermedades? | SI | NO |
| 26. ¿Es más bien pesimista delante de los problemas? | SI | NO |
| 27. ¿Se considera una persona insegura, con dudas frecuentes? | SI | NO |
| 28. ¿Las personas que le rodean creen que está usted exageradamente preocupado por la limpieza? | SI | NO |
| 29. ¿Se preocupa con facilidad por cosas o problemas sin importancia? | SI | NO |
| 30. ¿Es perseverante en sus trabajos y actividades? | SI | NO |
| 31. ¿Tiene tendencia a repetir o insistir sobre cuestiones que ya ha planteado con anterioridad? | SI | NO |

TOTAL: