



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**Departamento de Personalidad, Evaluación y**  
**Tratamiento psicológicos**

## **TESIS DOCTORAL**

**INFLUENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO**  
**PSICOLÓGICOS Y DE LOS ESTILOS DE CRIANZA**  
**PERCIBIDOS EN LOS TRASTORNOS DE LA**  
**CONDUCTA ALIMENTARIA**

Presentada por

**RUTH ASUERO FERNÁNDEZ**

Programa de Doctorado Estudios avanzados en Personalidad,  
Evaluación y Tratamiento Psicológicos

Dirigida por

Dra. Dña. **MARÍA MERCEDES BORDA MAS**

Dr. D. **LUIS BEATO FERNÁNDEZ**

Sevilla, mayo de 2017



Programa de Doctorado Estudios Avanzados en Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.

Dña. Mercedes Borda Mas, Catedrática de Universidad del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, en la Universidad de Sevilla, junto con

D. Luis Beato Fernández, Doctor en Medicina, en el Hospital General Universitario de Ciudad Real,

#### INFORMAN

Que Dña. **RUTH ASUERO FERNÁNDEZ**, ha realizado bajo nuestra dirección la Tesis Doctoral titular “**INFLUENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICOS Y DE LOS ESTILOS DE CRIANZA PERCIBIDOS EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**”, presentada para optar al título de Doctora en Psicología y que, a nuestro juicio, reúne las condiciones exigibles para proceder a la lectura y defensa de la Tesis Doctoral.

Lo que firmamos a instancias de la interesada, para que surta los efectos oportunos donde haya lugar.

Fdo.: Dra. Dña. Mercedes Borda Mas

Fdo.: Dr. D. Luis Beato Fernández

Fdo. Dña. Ruth Asuero Fernández

En Sevilla, 15 de mayo de 2017



## DEDICATORIA

*A las personas más importantes de mi universo, mi familia.*

*Mamá, papá sin vosotros nada sería posible, siempre a mi lado facilitándome todos los proyectos que emprendo y aportándome vuestra maravillosa visión de la vida, en la que el esfuerzo es compañero del disfrute de cada ocasión.*

*Mi hermana, aire fresco, ternura, mi impulso y a mis niños que son mi alegría.*

*Y a mi núcleo por el que lucho cada día y me devuelven su energía con creces.*

*Roberto, siempre*

*Lola, mi luz*



## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero dar las gracias al Dr. Luis Beato, por haberme abierto las puertas de la unidad de trastornos de la conducta alimentaria del Hospital General de Ciudad Real, por facilitarme generosamente el acceso a la muestra de este estudio, siempre amable y cercano.

Agradecer la inestimable ayuda prestada por Mila Sánchez, en la ardua tarea metodológica, la cual ha facilitado la realización de esta tesis doctoral.

Por otro lado, quiero señalar la labor de todo el equipo de personas maravillosas (Carmen de Rio, M<sup>a</sup> Ángeles Pérez San Gregorio, Agustín Martín y Carmen Párraga) que han enriquecido esta tesis con sus aportaciones.

Manifiesto mi agradecimiento a Nerea y Alina que han mostrado afectuosamente su interés por mí y el desarrollo de este trabajo.

A mi compañera y amiga M<sup>a</sup> Lu, le agradezco de todo corazón tener siempre una respuesta a todas mis preguntas, dedicarme su tiempo, comprensión y afecto inmenso. Me has reconfortado en los momentos más difíciles durante estos años y me has alentado a seguir adelante.

Y por último, reservo este lugar a Mercedes Borda, Mercedes de mi alma, porque este capítulo termina en gran medida debido a su esfuerzo y dedicación. Gracias por enseñarme a trabajar rigurosamente en un ambiente relajado y hacer que las cosas parezcan fáciles, tenerme siempre en consideración y tenderme una mano cuando lo he necesitado.

Muchas gracias a todos, me siento muy afortunada por trabajar y compartir momentos de mi vida con personas como vosotros.



## ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN .....	17
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
1. JUSTIFICACIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA .....	23
1.1. ANTECEDENTES .....	30
1.2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) Y CAMBIOS EN LAS DISTINTAS EDICIONES .....	34
1.2.1. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) .....	35
1.2.1.1. Anorexia nerviosa (AN) .....	35
1.2.1.2. Bulimia nerviosa (BN) .....	37
1.2.1.3. Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE) .....	39
1.2.2. CAMBIOS DEL DSM-IV-TR AL DSM-V .....	40
1.2.2.1. Anorexia nerviosa .....	41
1.2.2.2. Bulimia nerviosa .....	43
1.2.2.3. Trastorno de atracción .....	43
1.2.3. EPIDEMIOLOGÍA, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) .....	44
1.3. ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA .....	46
1.3.1. ESTILOS PARENTALES .....	46
1.3.2. ESTILOS PARENTALES Y PSICOPATOLOGÍA .....	51
1.3.3. ESTILOS PARENTALES PERCIBIDOS Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA .....	54
1.4. FACTORES DE RIESGO EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA .....	60
1.4.1. FACTORES BIOLÓGICOS .....	64
1.4.1.1. Sexo .....	64
1.4.1.2. Control del peso.....	65
1.4.1.3. Edad .....	66
1.4.2. FACTORES SOCIOCULTURALES .....	67
1.4.2.1. Cultura .....	67
1.4.2.2. Belleza. Ideales estéticos .....	69
1.4.3. FACTORES FAMILIARES .....	72
1.4.4. FACTORES PSICOLÓGICOS .....	73
1.4.4.1. Características de personalidad .....	73
1.4.4.1.1. Baja autoestima .....	74
1.4.4.1.2. Insatisfacción corporal .....	76
1.4.4.1.3. Perfeccionismo .....	79
1.4.4.2. Rasgos y trastornos de personalidad .....	82
1.4.4.3. Alteraciones emocionales .....	83
1.5. CONDUCTAS PURGATIVAS .....	89
1.6. EFICACIA TERAPÉUTICA .....	93

	Pág.
<b>ESTUDIO EMPÍRICO</b>	
<b>2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS</b> .....	99
<b>2.1. OBJETIVO GENERAL</b> .....	99
<b>2.1. OBJETIVO ESPECÍFICOS E HIPÓTESIS</b> .....	99
<b>3. MÉTODO</b> .....	102
<b>3.1. PARTICIPANTES</b> .....	102
<b>3.2. CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LAS PARTICIPANTES</b> .....	102
<b>3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b> .....	104
<b>3.4. PROCEDIMIENTO</b> .....	104
<b>3.5. VARIABLES ESTUDIADAS</b> .....	105
<b>3.6. MEDIDAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN</b> .....	108
<b>3.7. ANÁLISIS DE DATOS</b> .....	112
<b>3.8. DISEÑO</b> .....	115
<b>4. RESULTADOS</b> .....	116
<b>4.1. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS PSICOPATOLÓGICAS EN FUNCIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y SUBTIPO DE TCA</b> .....	116
<b>4.2. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA EN FUNCIÓN DE LA PRESENCIA VS AUSENCIA DE CONDUCTAS PURGATIVAS</b> .....	124
4.2.1. CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS .....	124
4.2.2. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS Y PSICOPATOLÓGICAS .....	127
<b>4.3. ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE LOS ESTILOS DE CRIANZA PARENTALES PERCIBIDOS SOBRE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON LOS TCA, LAS VARIABLES RELACIONADAS CON EL DESARROLLO PERSONAL Y CON LAS ALTERACIONES EMOCIONALES..</b> .....	133
4.3.1. CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS .....	133
4.3.2. ANÁLISIS DE LAS RELACIONES ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LOS ESTILOS DE CRIANZA PARENTALES CON LAS VARIABLES RELACIONADAS CON LOS TCA, LAS VARIABLES RELACIONADAS CON EL DESARROLLO PERSONAL Y CON LAS ALTERACIONES EMOCIONALES .....	136

	Pág.
4.3.2.1. Relaciones entre los estilos parentales percibidos con las diversas variables, al inicio del tratamiento .....	136
4.3.2.2. Relaciones entre los estilos parental percibidos con las diversas variables, tras 12 meses del inicio del tratamiento .....	139
<b>4.3.3. ANÁLISIS DEL VALOR PREDICTIVO DE LOS ESTILOS DE CRIANZA PARENTALES PERCIBIDOS SOBRE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON LOS TCA, LAS DE DESARROLLO PERSONAL Y LAS ALTERACIONES EMOCIONALES .....</b>	<b>142</b>
4.3.3.1. Percepción de rechazo y desaprobación ....	144
4.3.3.1.1. Influencia del estilo de rechazo y desaprobación parental percibidos durante la crianza, en el inicio o desarrollo del TCA .....	145
4.3.3.1.2. Influencia del estilo de desaprobación y rechazo parental percibidos durante la crianza, tras doce meses del inicio del tratamiento .....	146
4.3.3.2. Percepción de escasa calidez y apoyo emocional.....	149
4.3.3.2.1. Influencia del estilo de calidez y apoyo emocional parental percibido durante la crianza, en el inicio o desarrollo del TCA .....	149
4.3.3.2.2. Influencia del estilo de calidez y apoyo emocional parental percibido durante la crianza, tras doce meses del inicio del tratamiento .....	151
4.3.3.3. Percepción de sobreprotección .....	153
4.3.3.3.1. Influencia del estilo de sobreprotección parental percibido durante la crianza, en el inicio o desarrollo del TCA .....	153
4.3.3.3.2. Influencia del estilo de sobreprotección parental percibido durante la crianza, tras doce meses del inicio del tratamiento .....	155
<b>4.4. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES EN LOS SUBGRUPOS PRESENCIA DE CONDUCTAS PURGATIVAS VS AUSENCIA DE CONDUCTAS PURGATIVAS .....</b>	<b>157</b>
4.4.1. ANÁLISIS DE COMPARACIONES Y DE LA EVOLUCIÓN DE LOS SUBGRUPOS PRESENCIA VS AUSENCIA DE CONDUCTAS PURGATIVAS .....	157
4.4.1.1. Variables relacionadas con los TCA .....	158
4.4.1.1.1. Insatisfacción corporal .....	158
4.4.1.1.2. Conductas alimentarias de riesgo .....	165
4.4.1.1.3. Obsesión por la delgadez .....	166
4.4.1.1.4. Sintomatología bulímica .....	168
4.4.1.1.5. Gravedad de la sintomatología bulímica..	170
4.4.1.2. Variables relacionadas con el desarrollo personal.....	172

	Pág.
4.4.1.2.1. Perfeccionismo .....	172
4.4.1.2.2. Autoestima .....	173
4.4.1.2.3. Ineficacia .....	175
4.4.1.3. Variables relacionadas con las alteraciones emocionales .....	177
4.4.1.3.1. Sintomatología de ansiedad .....	177
4.4.1.3.2. Sintomatología depresiva .....	178
4.4.2. COMPARACIONES ENTRE SUBGRUPOS EN LAS MEDIDAS GLOBALES Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO ....	180
<b>4.5. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES PREDICTORAS DE MEJORÍA TERAPÉUTICA .....</b>	<b>186</b>
4.5.1. MEJORÍA TERAPÉUTICA .....	186
4.5.2. CAPACIDAD PREDICTIVA DE LAS VARIABLES ESTUDIADAS SOBRE LA MEJORÍA .....	189
4.5.2.1. Mejoría en ineficacia .....	190
4.5.2.2. Mejoría en sintomatología de ansiedad .....	191
<b>5. DISCUSIÓN .....</b>	<b>193</b>
5.1. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DE PARTIDA .....	216
5.2. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE TRABAJO .....	219
<b>6. CONCLUSIONES .....</b>	<b>223</b>
<b>7. RESUMEN .....</b>	<b>226</b>
<b>8. REFERENCIAS .....</b>	<b>233</b>
<b>9. ANEXOS .....</b>	<b>255</b>
ANEXO 1. Entrevista diagnóstica para los trastornos de la alimentación .....	256
ANEXO 2. Cuestionario de satisfacción con la silueta (BSQ). (Cooper et al., 1987) (Adaptación española de Raich et al., 1996) .....	261
ANEXO 3. Test de actitudes alimentarias (EAT-40). (Garner y Garfinkel, 1979) (Adaptación española de Castro et al., 1991) .....	262
ANEXO 4. Inventario de los trastornos alimentarios (EDI-2). (Garner et al., 1983) (Adaptación española de Corral et al., 1998) .....	263
ANEXO 5. Test de bulimia (BITE) (Henderson y Freeman, 1987) .....	265
ANEXO 6. Escala de autoestima (RSES) (Rosenberg, 1965) (Adaptación española de Vázquez et al., 2004) .....	267
ANEXO 7. Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI) (Spielberger et al., 1983) (Adaptación española de Seisdedos, 1988) .....	268
ANEXO 8. Inventario de depresión (BDI) (Beck et al., 1961) (Adaptación española Sanz y Vázquez, 1998) .....	269
ANEXO 9. Cuestionario sobre la memoria de crianza percibida (EMBU) (Perris et al., 1980) .....	272

## LISTADO DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Medias y desviaciones típicas en edad por diagnóstico y subtipo .....	102
Tabla 2.	Clasificación por diagnóstico y subtipo en función de las características descriptivas. Frecuencias y porcentajes ..	103
Tabla 3.	Medias y desviaciones típicas en las variables psicológicas y psicopatológicas por diagnóstico y subtipo .....	117
Tabla 4.	Clasificación por subgrupo en función de las características psicológicas y psicopatológicas. Frecuencias y porcentajes .....	122
Tabla 5.	Medias y desviaciones típicas en edad en función de la presencia vs ausencia de conductas purgativas .....	124
Tabla 6.	Características descriptivas en función de la presencia vs ausencia de conductas purgativas. Frecuencias y porcentajes .....	125
Tabla 7.	Medias y desviaciones típicas por subgrupos en las características psicológicas y psicopatológicas en función de la presencia vs ausencia de las conductas purgativas .....	128
Tabla 8.	Clasificación de las participantes con presencia vs ausencia de conductas purgativas en función las características psicológicas y psicopatológicas. Frecuencias y porcentajes .....	130
Tabla 9.	Medias y desviaciones típicas por subgrupos en la percepción de estilos de crianza parentales en función de la presencia vs ausencia de las conductas purgativas	134
Tabla 10.	Análisis de relaciones entre los estilos de crianza parentales percibidos y las variables personales y psicopatológicas en los distintos momentos de evaluación (N=162) .....	138
Tabla 11	Valor predictivo de la percepción de rechazo materno sobre las variables estudiadas en el desarrollo del TCA..	144
Tabla 12.	Valor predictivo de la percepción de rechazo paterno sobre las variables estudiadas en el desarrollo del TCA..	145
Tabla 13	Valor predictivo de la percepción de rechazo materno sobre las variables estudiadas tras doce meses del inicio del tratamiento .....	146
Tabla 14	Valor predictivo de la percepción de rechazo paterno sobre las variables estudiadas tras doce meses del inicio del tratamiento .....	148
Tabla 15.	Valor predictivo de la percepción de calidez emocional materna sobre las variables estudiadas en el desarrollo del TCA .....	149

	Pág.
Tabla 16. Valor predictivo de la percepción de calidez emocional paterna sobre las variables estudiadas en el desarrollo del TCA .....	150
Tabla 17. Valor predictivo de la percepción de calidez emocional materna sobre las variables estudiadas tras doce meses del inicio del tratamiento .....	151
Tabla 18. Valor predictivo de la percepción de calidez emocional paterna sobre las variables estudiadas durante el tratamiento .....	152
Tabla 19. Valor predictivo de la percepción de sobreprotección materna sobre las variables estudiadas en el desarrollo del TCA .....	154
Tabla 20. Valor predictivo de la percepción de sobreprotección paterna sobre las variables estudiadas en el desarrollo del TCA .....	154
Tabla 21. Valor predictivo de la percepción de sobreprotección materna sobre las variables estudiadas tras doce meses del inicio del tratamiento .....	155
Tabla 22. Valor predictivo de la percepción de sobreprotección paterna sobre las variables estudiadas tras doce meses del inicio del tratamiento .....	156
Tabla 23. Comparaciones entre participantes con vs sin presencia de conductas purgativas en las distintas variables .....	159
Tabla 24. Evolución por subgrupos .....	162
Tabla 25. Análisis de varianza multivariado y tamaños de efectos en las variables relacionadas con el TCA, el desarrollo personal y las alteraciones emocionales ...	181
Tabla 26. Análisis de varianza mixto (ANOVA) 2 x 2. Variables, condición purga / no purga y tiempo (30 meses) .....	183
Tabla 27. Porcentajes de mejoría en función de presencia vs ausencia de conductas purgativas, tras treinta meses del inicio del tratamiento .....	187
Tabla 28. Capacidad predictiva de las variables sobre la mejoría en ineficacia .....	191
Tabla 29. Capacidad predictiva de las variables sobre la mejoría en sintomatología de ansiedad .....	192
Tabla 30. Contrastación de hipótesis de partida .....	216

## LISTADO DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Definición de estilos educativos, según el tipo de control paterno (Baumrind, 1967) .....	48
Figura 2. Comparaciones intergrupos y evolución intragrupos en insatisfacción corporal .....	164
Figura 3. Comparaciones intergrupos y evolución intragrupos en conductas alimentarias de riesgo .....	166
Figura 4. Comparaciones intergrupos y evolución intragrupos en obsesión por la delgadez .....	168
Figura 5. Comparaciones intergrupos y evolución intragrupos en sintomatología bulímica .....	170
Figura 6. Comparaciones intergrupos y evolución intragrupos en gravedad de la sintomatología bulímica .....	171
Figura 7. Comparaciones intergrupos y evolución intragrupos en perfeccionismo .....	173
Figura 8. Comparaciones intergrupos y evolución intragrupos en autoestima .....	175
Figura 9. Comparaciones intergrupos y evolución intragrupos en ineficacia .....	176
Figura 10. Comparaciones intergrupos y evolución intragrupos en sintomatología de ansiedad .....	178
Figura 11. Comparaciones intergrupos y evolución intragrupos en sintomatología depresiva .....	180
Figura 12. Evolución en insatisfacción corporal (BSQ) en los subgrupos con presencia vs ausencia de conductas purgativas .....	184
Figura 13. Evolución en sintomatología bulímica (BITE-S) en los subgrupos con presencia vs ausencia de conductas purgativas .....	185
Figura 14. Evolución en sintomatología de ansiedad (STAI-R) en los subgrupos con presencia vs ausencia de conductas purgativas .....	185
Figura 15. Mejoría terapéutica en función de la presencia vs ausencia de conductas purgativas .....	188



## **INTRODUCCIÓN**

En esta tesis doctoral se realiza un análisis sobre la influencia que tienen variables, por un lado, relacionadas con los estilos de crianza parentales percibidos y, por otro lado, personales y psicopatológicas en el desarrollo y el mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres, jóvenes y adultas. Además, se analiza si emplear conductas compensatorias, como el vómito, marca diferencias en la percepción de estos estilos de crianza que guardan en su memoria, así como en las variables personales, psicopatológicas en la enfermedad y la respuesta al tratamiento.

En esta introducción se pretende ofrecer una visión global del estudio llevado a cabo. Se señalan los apartados de esta tesis doctoral así como se ofrece una breve descripción de los mismos. El objetivo es facilitar un primer esquema cognitivo que recoja la información que se irá narrando en las páginas de este tomo.

La tesis que se presenta, está compuesta de dos partes, el marco teórico y el estudio empírico, con un total de seis capítulos. El primero está constituido por una primera parte de soporte teórico, que se corresponde con el capítulo 1. En él se abordan diferentes aspectos, recogidos en cinco apartados y organizados según el orden que se describe a continuación.

En el primer apartado se expone una perspectiva general de los trastornos del comportamiento alimentario y los antecedentes desde las sucesivas clasificaciones diagnósticas para los denominados trastornos específicos como son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, así como los no especificados, en concreto el trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE). En el segundo apartado, que sintetiza las clasificaciones diagnóstica, se completa con las aportaciones y cambios en la edición actual (DSM-V), respecto a las anteriores. A continuación, el tercer apartado supone una aproximación a la influencia de los estilos de crianza en el desarrollo evolutivo, especialmente en los adolescentes, con un énfasis en la

influencia, en los recuerdos que guardan en la memoria las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria, de los estilos de crianza percibidos inadecuados, tanto en el inicio del trastorno como en la recuperación de la enfermedad. El apartado cuarto, de especial relevancia, sintetiza en un espacio reducido los denominados factores de riesgo relacionados con la aparición y la perpetuación los trastornos de la conducta alimentaria. Finaliza el marco teórico con el apartado quinto, ofreciendo la visión de las semejanzas y diferencias entre las mujeres que presentan un trastorno de la conducta alimentaria, cuando emplean los vómitos como una forma desadaptada de control y/o afrontamiento de la enfermedad.

La segunda parte, recoge en cinco capítulos el estudio empírico. En el capítulo 2 se señalan los objetivos generales y específicos, así como las hipótesis específicas en cada caso. Con esta investigación clínica aplicada, llevada a cabo en una unidad pública, especializada en trastornos de la conducta alimentaria se pretende, por un lado, estudiar la influencia de la condición conductas purgativas (presencia vs ausencia) sobre las variables relacionadas con el TCA (satisfacción con la silueta, conductas alimentarias de riesgo, obsesión por la delgadez y comportamientos bulímicos), con las de desarrollo personal (perfeccionismo, autoestima e ineficacia) y con las alteraciones emocionales (sintomatología de ansiedad y depresiva). Por otro lado, analizar la evolución tras haberse sometido a tratamiento hospitalario y/o ambulatorio, pasados doce y treinta meses, en las variables directamente relacionadas con los TCA y en la psicopatología general asociada. Asimismo, conocer en qué medida los estilos de crianza parentales percibidos (estilo de rechazo, calidez emocional y sobreprotección) influyen en las variables estudiadas previas a la intervención multidisciplinar, así como en el pronóstico al año del proceso de recuperación del TCA. y en última instancia, determinar las variables predictoras de mejoría terapéutica.

El capítulo 3 contextualiza la investigación. Comienza con las características de las participantes, el procedimiento y los criterios de

selección, las medidas, instrumentos y momentos de evaluación, las variables seleccionadas objeto de estudio; en resumen, la metodología empleada. A continuación, en el capítulo 4 se presentan los resultados, ordenados según los objetivos planteados, sustentados sobre diferentes análisis estadísticos (como por ejemplo, análisis descriptivos, análisis de correlaciones, MANOVA, ANOVA 2x2 o regresión logística).

Por último, y puesto que la finalidad de la investigación en Psicología, y por tanto la investigación clínica, es y ha de ser, generar nuevos conocimientos que resulten de utilidad tanto para profesionales como para pacientes, en los capítulos 5 y 6, dedicado a la discusión y conclusiones, respectivamente, se valoran las implicaciones teóricas y prácticas de los resultados obtenidos. Junto a ello, se plantean las limitaciones del estudio, así como también se realizan una propuesta para futuras investigaciones, a partir de los resultados y conclusiones.

Se ofrece una visión en conjunto de la Tesis Doctoral en el resumen del capítulo 7. En los capítulos 8 y 9 se encuentran las referencias y los anexos, respectivamente, según se han señalado en el desarrollo del texto.



**MARCO TEÓRICO**



## **1. JUSTIFICACIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA**

El estudio de los trastornos de la conducta alimentaria (en adelante TCA) ha experimentado un incremento en los últimos cincuenta años. Su elevada prevalencia es motivo de preocupación, dadas las repercusiones que conllevan en la vida familiar, social y laboral de las personas que lo padecen. Están asociados a una idea sobrevalorada de la delgadez, a una excesiva preocupación por el peso y a un miedo desproporcionado a engordar que alteran, considerablemente, las conductas de ingesta y por consiguiente, facilitan la aparición de comportamientos anómalos cuya finalidad es evitar la ganancia de peso.

Determinar quién va a desarrollar un TCA no es una cuestión que se pueda afirmar a ciencia cierta. En el origen de un TCA intervienen o suelen intervenir una variedad de factores, sin embargo, existen una serie de variables que incrementan la vulnerabilidad al TCA. Entre ellas destaca: ser mujer, adolescente, tener o haber tenido sobrepeso u obesidad, excesivo perfeccionismo y baja autoestima; madre obesa o muy preocupada con el peso y la forma corporal, existencia de conflictos familiares, psicopatología previa en la familia y la presión social de la delgadez. De todos modos, la realización de una dieta es el factor de riesgo más importante.

Las personas con TCA no se sienten a la altura de los que se espera de ellas y tratan de solucionarlo con una apariencia física perfecta (Espina, 2005) Los estudios indican que los TCA son diez veces más frecuentes en mujeres que en hombres (Carlat y Camargo, 1991; Hoek, 1993). En cuanto a la prevalencia de la anorexia nerviosa según DSM-IV-TR (APA, 2000), el porcentaje oscila del 0,5 al 1%. En el caso de la bulimia nerviosa, se habla de hasta el 3% de la población. Esta mayor prevalencia en mujeres está asociada al papel que se le otorga a ésta en la sociedad actual, donde la belleza y la esbeltez son valores sobre todo femeninos y altamente reforzados, tanto en la vida personal, familiar y laboral.

En nuestra cultura, tratamos de valorarnos a través del control del propio cuerpo. La mayor parte de las veces, la preocupación con el peso o el miedo a engordar lleva a buscar la delgadez a cualquier precio por huir de la gordura. Esta asociación entre la imagen corporal y los problemas alimentarios se ha constatado en diferentes estudios (Maganto y Cruz, 2000), advirtiéndose una relación entre el deseo y realización voluntaria de llevar a cabo dietas hipocalóricas con la preocupación por el cuerpo y la apariencia física (Stice, 2002).

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente (Raich, 2000) y la vivencia que tiene del propio cuerpo (Guimón, 1999). Una cuestión es la apariencia física y otra distinta la imagen corporal, personas con una apariencia física que se aleja de los cánones de belleza pueden sentirse bien con su imagen corporal y de modo contrario, personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse así. La apariencia física es la primera fuente de información en la interacción social, es la realidad física, y sabemos que la fealdad, la desfiguración, la deformación congénita, los traumatismos, etc., aumentan el riesgo de problemas psicosociales de las personas que los padecen (Salaberría, Rodríguez y Cruz, 2007).

Es por ello que la imagen corporal y la satisfacción o no con la misma parecen desempeñar un importante papel en el desarrollo y mantenimiento de este tipo de trastornos. Sentirse a disgusto con nuestra propia imagen es una de las causas más frecuentes que inciden en la aparición de los TCA, aunque, como ya se ha comentado, no es preciso un sobrepeso real (Lameira, Calado, Rodríguez y Fernández, 2003), siendo además, dicha insatisfacción, superior en los grupos de personas que padecen TCA que aquellos de la población sin TCA (Espina, Ortego, Ochoa de Alda, Yenes y Alemán, 2001).

Ahora bien, no hay que olvidar que en la aparición de los TCA influyen varios factores, por lo que su estudio ha de realizarse desde una perspectiva multidimensional (Garfinkel y Garner, 1982; Hsu,

1983; Toro y Vilardell, 1987; Vandereycken y Meerman, 1984). De hecho, las actitudes hacia la imagen corporal afectan tanto a la conducta (por ejemplo, restricciones alimentarias, evitación de determinadas situaciones sociales), como a los pensamientos (la creencia de que un cuerpo delgado es un cuerpo atractivo) y a las emociones (tristeza, culpa, ansiedad) relacionadas con la comida (Gasco, Briñol y Horcajo, 2010).

Por todo ello, además del descontento con la figura y el peso y de los problemas fisiológicos y comportamentales, los TCA cursan con gran variedad de sintomatología psicológica. Síntomas de ansiedad, depresión, obsesivos y compulsivos encuadran la enfermedad. A esto se le suman los sentimientos de tristeza, irritabilidad, aislamiento, ideas de suicidio, *etc.*, provocados por el estado de malnutrición y la conflictiva familiar. La autoimagen y la autoestima son, por lo general, altamente negativas (Toro, 2003).

En la actualidad, la creciente presión social por la delgadez, así como las actitudes negativas hacia el sobrepeso y la obesidad han venido generando un excesivo interés y/o preocupación por el peso y la forma corporal (Mancilla, Franco, Álvarez, López, Vázquez y Ocampo, 2004). Esta preocupación por el peso contribuye a que una importante cantidad de mujeres, especialmente jóvenes, se inicien en conductas alimentarias no saludables como la restricción alimentaria, el atracón alimentario y algunas conductas compensatorias (Del Río, Borda, Torres y Lozano, 2002). Estas conductas, actúan como factores importantes en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), junto con otros factores de tipo biológico, individuales, familiares y socioculturales, entre otros. La presencia de estos factores en algunas mujeres provoca la perpetuación del TCA, especialmente en aquellas que presentan una baja autoestima, un elevado perfeccionismo, así como una notable insatisfacción corporal (Borda, Avargues, López, Torres, Del Río y Pérez San Gregorio, 2011). De hecho, en un porcentaje importante de mujeres con edades superiores a los 30 años sigue persistiendo el TCA o TCANE.

Se estima que la evaluación del inicio y la duración de la enfermedad aporta información sobre el estado clínico de la paciente en términos de severidad y tendencia a la cronicidad (Reas, Williamson, Martín y Zucker, 2000). Así, por ejemplo, el estado nutricional tiende a reflejar la sintomatología alimentaria específica del cuadro clínico (Vaz, García-Herráiz, López-Vinuesa, Monge, Fernández-Gil y Guisado, 2003). O, la frecuencia de síntomas vinculados a la patología alimentaria (atracones, conductas purgativas, restricción, *etc.*) son aspectos que también determinan la severidad del cuadro clínico.

Se han realizado diversos estudios que asocian los TCA y dificultades en el funcionamiento psicosocial. La disfunción social e interpersonal, podría encuadrar el estado de empeoramiento y la estabilidad de la patología alimentaria (Steiger, Leung y Thibaudeau, 1993) mientras que, indicadores de buen ajuste social se asocian con un mejor estado clínico (Garner, 1991).

La asociación TCA y características de personalidad también ha sido evaluada. Se estima que los TCA podrían haberse desarrollado como consecuencia de un trastorno de personalidad y/o características de personalidad determinadas y ambos funcionarían como factores de riesgo para la estabilidad del cuadro diagnóstico, propiciando tanto comportamientos como actitudes que incrementarían la sintomatología alimentaria, la insatisfacción corporal y otros aspectos de relevancia clínica en los TCA (Toro, 2004).

Dada la relevancia de los TCA por su extensión en la población, el malestar psicológico que provoca su sintomatología asociada, y su impacto en la salud de la población, está justificada la necesidad de profundizar en el papel que desempeña la insatisfacción corporal y el funcionamiento psicológico, para diseñar tratamientos específicos e individualizados eficaces que reduzcan la probabilidad de las recaídas.

Entre los factores psicológicos asociados con los TCA, la imagen corporal es uno de los factores más potentes para el desarrollo

y el mantenimiento de los TCA. Depende de los ideales de belleza que imperan en la cultura occidental (Jaeger et al., 2001). Así, las influencias socioculturales que “idealizan”, hasta el extremo, una figura femenina excesivamente delgada y con “ayudas” de la cirugía (por ejemplo, implantes de silicona) generan un modelo estético difícil, si no imposible, de obtener por medios naturales y con una alimentación sana y equilibrada. Por ello, un número importante de chicas, al compararse con ese modelo inalcanzable, se sienten insatisfechas y se inician en edades cada vez más tempranas en conductas de dieta restrictiva y/o otros métodos peligrosos para perder peso con la esperanza de llegar a alcanzar ese “cuerpo soñado” a imagen de sus cantantes, actrices o modelos favoritas (Del Río et al., 2002).

La insatisfacción corporal, por su parte, es una variable mediadora en la instauración de los TCA (Toro, 2004; Tylka, 2004) y se produce cuando existen discrepancias entre la figura corporal percibida y el modelo estético ideal internalizado. Esta comparación casi siempre acaba por producir malestar (Johnston, 1996). Cabe señalar que, aunque el valor del IMC esté ajustado, no es una condición suficiente para presentar satisfacción con la imagen corporal y puede ser una variable con un peso relativo en la realización de dietas. Lo que explicaría comportamientos dirigidos a la pérdida de peso es la insatisfacción que tienen los jóvenes con sus cuerpos (Ramos, Rivera y Moreno, 2010).

En el caso de los TCA, se ha incluido la insatisfacción con la imagen corporal dentro de los factores de riesgo de tipo psicológico y conductual (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer y Agras, 2004). De este modo, existe una asociación entre insatisfacción corporal y el futuro desarrollo de depresión, baja autoestima y TCA (Byely, Archibald, Graber y Brooks-Gunn, 2000; Stice y Bearman, 2001; Wertheim, Koerner y Paxton, 2001). Investigaciones recientes se han centrado en estudiar cuáles son los factores determinantes en la alteración de la imagen corporal entre las mujeres jóvenes (Wilcox y Laird, 2000), dado que pueden dar origen al desarrollo de TCA.

La autoestima es una apreciación positiva o negativa que la persona tiene sobre sí misma (Rosenberg 1989). Así, las personas con baja autoestima suelen pensar que tienen poca capacidad para hacer cosas y se valoran negativamente, por lo que se genera insatisfacción con ellas mismas. Además, tienden a evitar afrontar problemas, por miedo a no tener recursos para poder resolverlos, por lo que se deriva la profecía autocumplida y se refuerzan las ideas negativas sobre sí mismos (Branden 2001).

Además, la autoestima se perfila como un factor de riesgo que provoca ideas sobrevaloradas sobre el peso y la apariencia física (Meijboom, Jansen, Kampman y Shouten, 1999) que pueden desencadenar en TCA. En la misma línea, hay estudios que señalan la relación entre autoestima, autopercepción y la preocupación por el peso y la silueta (Ross y Wade, 2004), de forma que la autoestima media entre variables como la autopercepción y la preocupación por el peso y la silueta.

Son numerosos los estudios sobre factores de riesgo en los TCA que asocian la baja autoestima a la aparición de comportamientos dirigidos a bajar de peso (Cervera *et al.*, 2003; Karpowicz, Skärsäter y Nevonen, 2009; Schmidt, 2001). Otros informan que las personas con TCA presentan características tales como alto perfeccionismo, obsesividad, rigidez e insatisfacción corporal, entre otras (Borda, Torres y Del Río, 2008; Franco, Mancilla, Peck y Lightsey, 2008). Además, la baja autoestima juega un papel fundamental para entender la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva (Tzonihaki, Kleftras, Malikiosi-Loizos, 1998).

Al margen de los factores personales, el núcleo familiar es el contexto en el que las personas se desarrollan, en el que adquieren valores, hábitos, actitudes, el que confiere la confianza y la seguridad que les acompañará en el futuro. En esta línea, diversos estudios han destacado la importancia que la dinámica familiar tiene en la aparición de ciertos cuadros en la infancia (Haudek, Rorty y Henker, 1999) y en la edad adulta (Kiriike, Nagata, Matsunaga y Tobitan, 1998). Entre los

factores familiares se encontrarían los estilos de crianza y el apego generado en la infancia.

Así pues, las relaciones familiares son un aspecto de gran relevancia en el estudio de los TCA, en cuanto al origen y pronóstico de las personas que han desarrollado el trastorno y se constituye como un factor clave para comprender la predisposición, la aparición, el tratamiento y la mejoría de los TCA. Estudios realizados al respecto, apuntan a que unas pautas de crianza inadecuadas pueden actuar como factores predisponentes de los TCA (Emanuelli, Ostuzzi, Cuzzolano, Watkins, Lask y Waller, 2003; Guttman y Laporte, 2002; Ibañez, Muñoz, Ortega y Soriano, 2006).

Por este motivo, se han establecido diversos modelos de familias, según diferentes autores, para explicar el papel que la dinámica familiar puede tener en el desarrollo de los TCA. Así, se establecieron modelos de familia para la anorexia nerviosa, con madre exigente, dominante, poco asequible emocionalmente, y padre distante, (Bliss y Branch, 1960) y para la bulimia nerviosa con familias aglutinadas pero poco implicadas, con altos niveles de conflicto y poco énfasis en la expresión emocional (Johnson y Flach, 1985) entre otros.

De lo expuesto, se desprende que la baja autoestima, la ansiedad y la depresión son factores que están presentes en la mayoría de las personas con TCA y a su vez, son factores de riesgo psicológicos, junto con la insatisfacción de la imagen corporal en la explicación de los TCA. Además, se hace necesario seguir ahondando en el estudio de la influencia de la percepción de los estilos de crianza en el desarrollo de los TCA y la psicopatología asociada, así como en el pronóstico clínico.

## 1.1. ANTECEDENTES

En las últimas cinco décadas, los TCA han adquirido una gran relevancia como consecuencia del aumento en la prevalencia de la enfermedad, tanto anorexia como bulimia nerviosas (APA, 2000). No obstante, los comportamientos alimentarios anómalos y, en algunos casos extremos, son conocidos a lo largo de la historia. Sirva de ejemplo las grandes comilonas en la época de los romanos, en las que la autoprovocación del vómito se utilizaba como una conducta aceptable, pues permitía seguir comiendo y participando en los festejos y eventos sociales. Como contrapartida, encontramos alusiones a los ayunos prolongados de personas religiosas en la época de los primeros cristianos, cuya finalidad era, a través de la penitencia, alcanzar una mayor espiritualidad.

De las referencias que han llegado hasta nuestros días sobre mujeres que ayunaban ya en la época medieval se desprende una motivación diferente de las que hoy se caracterizan por presentar anorexia nerviosa. Estas mujeres utilizaban el ayuno como un modo de romper los vínculos con lo terrenal, ganando en cambio en espiritualidad. Este es el caso de Santa Catalina de Siena, mujer que tras la pérdida de una hermana en su juventud, comenzó a comer solamente pan, verduras crudas y agua, pasando la mayoría del tiempo rezando. Vivió una vida austera, convirtiéndose en monja, al servicio de los más necesitados, con continuas autoflagelaciones hasta sangrar y ayunando (masticando hierbas amargas y agua helada). Su vida sirvió de modelo para numerosas mujeres en Europa, llegando incluso hasta morir como consecuencia del ayuno, con vidas entregadas a los demás y negando sus necesidades corporales en nombre de la santidad (Bemporad, 1996).

Es en el siglo XVI, tal y como señala Turón (1997), cuando aparecen las primeras descripciones de mujeres que presentaban, con carácter clínico, comportamientos alimentarios restrictivos hasta llegar a la inanición. Dichas conductas, anómalas, se percibían como socialmente alteradas y sin justificación religiosa.

Las primeras descripciones psicopatológicas de la anorexia nerviosa (en adelante AN) se llevan a cabo en el siglo XIX. Alusiones al rechazo a alimentarse, el comienzo durante la adolescencia o inicio de la edad adulta y la amenorrea son características que se recogen en los documentos de esta época y que un siglo más tarde se denominaría AN, tal y como se define en las diferentes clasificaciones diagnósticas del siglo XX.

En los inicios del siglo XX se considera la anorexia nervosa como una patología de etiología orgánica, relacionada con el déficit de hormonas hipofisarias o panhipopituitarismo (Simmonds, citado por Parry-Jones, 1985). Se menciona por primera vez en 1874 en un comunicado de Medicina en Oxford, refiriéndose a una forma peculiar de enfermedad, casi siempre en mujeres jóvenes y que se caracterizaba por una emaciación y ausencia de apetito.

Es a partir de los años 50, después de la II Guerra Mundial, con el desarrollo de investigaciones diversas sobre la comprensión de la AN, centradas en el abordaje, la evolución o el estudio de variables implicadas (como la personalidad) así como con la participación en el Congreso de Göttingen en 1965, cuando se hace referencia a esta patología como una enfermedad de origen psíquico. Es el momento en que se considera, dentro de la clasificación de las enfermedades psiquiátricas, como una enfermedad con entidad nosológica independiente, de interés en la Medicina y en la Psiquiatría.

Bruch (1973), por otra parte, diferencia entre AN primaria o genuina, cuyo principal problema es la lucha por el control, por un sentido de identidad, competencia y efectividad. Los últimos pasos serían la preocupación por la delgadez y el rechazo del alimento. En cambio, la AN atípica, gira entorno a las experiencias negativas con la alimentación en sí, siendo la pérdida de peso una consecuencia de ello.

Contrarios a los comportamientos extremos de la anorexia, de restricción, se describen en la historia, aquellos realizados en exceso.

Así, los comportamientos alimentarios propios de festejos y encuentros sociales con grandes comilonas descontroladas, en los cuales eran frecuentes los atracones y posteriores vómitos autoprovocados con la intención de seguir ingiriendo alimentos, se remonta a la época de la antigua Roma (Crichton, 1996). De hecho, los emperadores Claudio y Vitelio disponían para ello de los “*vomitorium*”, lugares especiales donde mitigar los efectos del exceso y poder perpetuar su glotonería. Comer y beber en cantidades representa el signo más notable del prestigio y del poder (Massa, 1998).

Las primeras referencias a la bulimia datan del siglo XVIII. En este siglo, James (1743) describe la “*true boulimus*”. Ésta se caracteriza por una intensa preocupación por la comida, ingesta en intervalos cortos de tiempo de cantidades importantes de comida o sobreingesta, a la que sigue episodios de mareos e incluso de desmayo. Este autor, como una variante de la *true boulimus*, describe *caninus appetitus*, refiriéndose a ingestas con sensaciones de apetito insaciables, seguido de vómito y crisis lipotímicas.

Por otro lado, Motherby (1775) introduce un término nuevo, *fames canina*, estableciendo una diferencia con bulimia (*boulimus*): “...Este trastorno consiste en un insaciable deseo y rápido retorno del apetito después de comer. Algunos distinguen entre *boulimus* y *fames canina*, mientras que otros lo usan por igual. Los primeros dicen que la *boulimus* no presenta vómitos sino más bien debilitamiento (desmayo) y, en la *fames canina*, el paciente vomita sus voraces comidas como lo hace un perro; aunque aquellos que la contienen se aleja del baño en vez de vomitarla..”. Posteriormente, en 1785, siguiendo estas características alude a tres tipos de bulimia: a) la bulimia *helvonum* o bulimia pura, en la que no hay una perturbación del estómago sino un deseo irrefrenable por la comida, b) la bulimia *syncopalís*, en la que hay un frecuente deseo por la comida y la sensación de hambre es precedida por una especie de desvanecimiento y c) la bulimia *emética*, en la cual hay un gran apetito por la comida, terminando en vómito.

Este término bulimia llega a ser lo suficientemente reconocido como para ser incluido en la edición de 1797 de la Enciclopedia Británica (Stein y Laakso, 1988). Con la denominación *bulimy* se describe “... *Una enfermedad en la cual el paciente está afectado por un insaciable y perpetuo deseo de comer, y que generalmente, a menos que se tenga suerte, deviene en desvanecimiento*”.

Las primeras descripciones psicopatológicas de la bulimia nerviosa (en adelante BN), de modo similar a la AN, se encuentran en el siglo XIX, por parte de Blachez (1869) según refieren Stein y Laakso (1988), al destacar que la comida puede convertirse en la mayor obsesión y preocupación de la persona.

Ya en el siglo XX, en los estudios de casos de Janet (1903) (citado en Stunkard, 1990) se observan historias de cuatro pacientes que tenían asociada la bulimia con otros trastornos como depresión, anorexia y agorafobia. Asimismo, se encuentran referencias sobre la relación entre la malnutrición y el funcionamiento cognitivo. Cabe señalar a Bruch (1978), quien observa que la malnutrición crónica se acompaña de cambio bioquímicos que pueden influir en el pensamiento, los sentidos y la conducta.

El síndrome de BN tal y como utilizamos a día de hoy se debe a Russell (1979). Aclara los términos, señalando “... *utilizaré la palabra ‘bulimia’ para referirme a la ingesta excesiva y el término ‘bulimia nerviosa’ para denotar la condición psiquiátrica específica*”. Por otro lado, pasa a considerarla como una entidad diferenciada de la anorexia nerviosa, describiendo las siguientes características de la bulimia nerviosa: un impulso irrefrenable para darse atracones de comida, vómitos autoinducidos para evitar el aumento de peso después de los atracones, abuso de laxantes o combinación de ambas conductas purgativas y existencia de un miedo mórbido a convertirse en obeso. Además, diferencia la BN de la AN con presencia de atracones esporádicos y purgas (tras atracón o sin él).

En resumen, si bien, los TCA, tanto la AN como la BN, han adquirido una gran relevancia en las últimas décadas, los comportamientos alimentarios anómalos y, en algunos casos extremos, son conocidos a lo largo de la historia.

Tanto *anorexia* como *bulimia* son dos palabras que tienen su origen en la lengua griega. El término *anorexia* está formado por dos vocablos: *a/an* (negación) más *órexis* (apetito, deseo). El término *bulimia*, denominado en griego *boulimos*, deriva de la fusión de *bous* (buey) y *limos* (hambre); en otras palabras “*hambre de buey*”.

## **1.2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) Y CAMBIOS EN LAS DISTINTAS EDICIONES**

La AN aparece por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, a raíz de las aportaciones de Bruch (1973) y Russell (1979), en la tercera versión (DSM-III, APA, 1980), incluyendo a la bulimia como un subtipo. En la versión revisada del DSM-III (DSM-III-TR, APA, 1987) se introduce la bulimia nerviosa como entidad aislada y definida operacionalmente al añadir, al término bulimia, el origen psicológico de la enfermedad, considerando los criterios diagnósticos propuestos por Russell (1979).

Respecto al DSM-III-TR, en la versión cuarta del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, APA, 1994) se producen una serie de cambios. Se divide en dos grupos, incluyendo a la *anorexia* y *bulimia nerviosas* así como al trastorno de la conducta alimentaria no especificado en el segundo grupo: los de inicio en la adolescencia. Los dos primeros se denominan específicos y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado, no específico, que incluyen a los cuadros subclínicos y al trastorno por atracón.

## 1.2.1. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

### 1.2.1.1. Anorexia nerviosa

Las características esenciales de la AN consisten en: a) el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, b) un miedo intenso a ganar peso y c) una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo.

Los criterios diagnósticos DSM-IV y DSM-IV-TR para la AN [307.1] son los siguientes:

- a. Rechazo a mantener el peso corporal igualo por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo: pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
- b. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal. <sup>[L]</sup><sub>SEP</sub>
- c. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal. <sup>[L]</sup><sub>SEP</sub>
- d. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea (por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos). <sup>[L]</sup><sub>SEP</sub>

Especificar el tipo:

- ✓ Tipo restrictivo (en adelante ANr): durante el episodio de AN, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo: provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- ✓ Tipo compulsivo/purgativo (en adelante ANp): durante el episodio de AN, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo: provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Estas características quedan patentes en las dos clasificaciones diagnósticas DSM-IV-TR y CIE-10, clasificación de la Organización Mundial de la Salud. No obstante, existen algunos matices diferenciales (Marañón, 2004):

- En el DSM-IV-TR, el criterio para determinar cuál es el umbral para considerar un peso como bajo, requiere un peso inferior al 85% del esperable para la edad de la persona y su talla (Criterio A). En cambio, en el CIE-10, el criterio empleado es el Índice de masa corporal (IMC) o Índice de Quetelet [=peso(kg)/altura<sup>2</sup> (m)] inferior a 17,5 (Criterio b).
- En el CIE-10, además de la disminución de ingesta (conseguido por dietas restrictivas que conducen al adelgazamiento), debe aparecer uno de estos comportamientos compensatorios que expliquen la pérdida de peso: 1) vómitos autoprovocados, 2) purgas intestinales autoprovocadas, 3) ejercicio excesivo, y 4) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos (criterio b).
- Mientras que el DSM-IV-TR refiere dos criterios diferenciados [el miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas (Criterio B) y la alteración de la percepción del peso y de la silueta corporales (Criterio C), la CIE-10 propone estas dos síntomas en un único criterio (Criterio c).
- Mientras que en la CIE-10 no se hace ninguna distinción, en el DSM-IV-TR se hace referencia a dos tipos de anorexia nerviosa, en función de los métodos empleados para la pérdida de peso:
  - ✓ Tipo restrictivo: se utilizan dietas estrictas, ayunos o ejercicio intenso.
  - ✓ Tipo purgativo: se recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos).

No obstante, en la CIE-10, además de la restricción o ayuno, debe aparecer uno o más síntomas compensatorios que expliquen la pérdida de peso (Criterio b).

- En el DSM-IV-TR, la única alusión a un trastorno endocrino se realiza al señalar como criterio diagnóstico la amenorrea (Criterio D) en mujeres pospuberales. En cambio la CIE-10 menciona, de modo explícito, la presencia de trastorno endocrino (Criterio d) mediante la amenorrea en las mujeres y en los varones con una pérdida de interés y de la potencia sexual. Además, se especifica cómo se manifiesta en aquellas que han debutado antes de la pubertad (Criterio e).

#### 1.2.1.2. Bulimia nerviosa

Las características esenciales de la BN consisten en: a) los atracones, b) los métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso y, c) la autoevaluación excesivamente influenciada por la silueta y el peso corporales.

Los criterios diagnósticos DSM-IV y DSM-IV-TR para la BN [307.51] son los siguientes:

- a. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
  1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
  2. sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
- b. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

- c. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- d. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- e. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la AN.

Especificar tipo:

- ✓ Tipo purgativo (en adelante BNp): durante el episodio de BN, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- ✓ Tipo no purgativo (en adelante BNnp): durante el episodio de BN, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Estas características quedan patentes en las dos clasificaciones diagnósticas DSM-IV-TR y CIE-10, clasificación de la Organización Mundial de la Salud. No obstante, existen algunos matices diferenciales al incluir algunos criterios en el DSM-IV-TR que no aparecen en la CIE-10 (Marañón, 2004):

- Las conductas compensatorias inadecuadas han de producirse al menos dos veces por semana durante un periodo mínimo de tres meses (Criterio C). En cambio, en la CIE-10 no se contempla la variable tiempo para hacer el diagnóstico de BN.
- Para valorar como posible diagnóstico de BN, en el DSM-IV-TR, los atracones y purgas no deben suceder exclusivamente en el transcurso de la AN (Criterio E). En la CIE-10, si se dan atracones de forma regular, se excluye el diagnóstico de AN aunque sí se recoge que en ocasiones la AN puede preceder a la BN (Criterio c).

- El DSM-IV-TR diferencia entre bulimia nerviosa tipo purgativo (en adelante BNp) y no purgativo (en adelante BBnp). En el tipo purgativo se describe la provocación del vómito así como un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas. En cambio, éstas no aparecen en el tipo no purgativo. Se emplean otras conductas inapropiadas como ayunar o practicar ejercicio físico intenso.

Una limitación del DSM-IV y DSM-IV-TR es el pobre reflejo de la realidad. Al reconocer básicamente dos trastornos, anorexia y bulimia nerviosas, estos dos cuadros no representan la mayoría de los casos que se atienden en la práctica clínica. De hecho, los porcentajes de pacientes que se incluyen en la categoría de trastornos de la conducta alimentaria no especificados (en adelante TCANE) oscilan entre 60% (Fairburn, et al., 2007; Fairburn y Cooper, 2011) y el 90.2% (Zimmerman, Francione-Witt, Chelminski, Young y Tortolani, 2008), lo que lleva a cuestionar la validez y utilidad clínica de los criterios DSM-IV y DSM-IV-TR para los TCA.

#### 1.2.1.3. Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

Esta categoría hace referencia a los trastornos que no cumplen los criterios para los TCA específicos, es decir, anorexia y bulimia nerviosas. Algunos ejemplos son:

- a. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN pero las menstruaciones son regulares (anorexia nerviosa atípica en la CIE-10).
- b. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso se encuentra dentro de los límites de la normalidad (anorexia nerviosa atípica en la CIE-10).
- c. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias

inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.

- d. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, excepto el empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, provocación del vómito después de haber comido dos galletas) (bulimia nerviosa atípica en la CIE-10).
- e. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- f. Se incluye el trastorno por atracón: atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa (bulimia nerviosa atípica en la CIE-10).

#### 1.2.2. CAMBIOS DEL DSM-IV-TR AL DSM-V

Es a partir del DSM-V cuando se produce un cambio conceptual en la clasificación de los trastornos mentales. Aparece la posibilidad de incluir criterios dimensionales a los trastornos, utilizando diversos valores ordenados en un continuo de normalidad-anormalidad, por lo que se reconoce que los trastornos mentales no siempre se ajustan a los límites de un único trastorno. Los creadores del DSM-V reconocieron los problemas asociados a las clasificaciones categoriales y llevaron a cabo un intento sistemático por abordarlo (Wittchen, Hofler, Gloster, Craske y Beesdo, 2012). Sin embargo, se han establecido dimensiones concretas para un número reducido de trastornos y referidos a la gravedad clínica y valoraciones transversales, haciendo referencia a síntomas que pueden ser relevantes para cualquier paciente.

Otra cuestión que incluye el DSM-V es información relacionada con el proceso evolutivo, condicionantes sexuales y culturales.

Además de los cambios generales mencionados, hay cambios en el DSM-V que atañen a trastornos específicos. Los TCA (DSM-IV) se denominan en el DSM-V trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria y se incorpora en este grupo el trastorno de atracones.

Por otro lado, se elimina la concepción de trastornos de la infancia y adolescencia, por lo que el trastorno de pica, rumiación y de la ingestión alimentaria de la infancia pasa a integrarse con la AN, BN y trastorno de atracones. Esta nueva definición aglutina una concepción más amplia de los trastornos alimentarios ya que además de las alteraciones en el comportamiento, contempla alteraciones en la absorción de alimentos y las áreas de deterioro significativo, por lo que se amplía el espectro del diagnóstico a cualquier edad.

Los TCANE pasan en el DSM-V a ser denominados otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado. En este caso, es el clínico quien debe especificar el criterio por el que no se cumple el cuadro clínico. Por otro lado, se incluye la categoría de trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado, en la que el clínico no especifica cuál de los criterios de los trastornos específicos falta, por no contar con la información suficiente en el momento. No obstante el paciente debe presentar malestar clínicamente significativo para poder ser diagnosticado.

Otro cambio que aparece en el DSM-V para todos los trastornos es la referencia a la gravedad, así como a la remisión del trastorno.

#### 1.2.2.1. Anorexia nerviosa

En cuanto a la AN, el DSM-V presenta los cambios que se señalan a continuación:

- Se elimina del criterio A, el rechazo por mantener el peso corporal por debajo de lo considerado normal y se centra en la restricción de la ingesta de calorías.
- Otro cambio se refiere a la consideración de bajo peso como un peso inferior al mínimo normal, siendo en el DSM-III el 25% por debajo del peso normal, en cambio, en el DSM-IV-TR, el 15%. Este criterio se ha ido modificando con el objetivo de conservar la vida de las pacientes, que podrían correr graves riesgos de salud con un peso tan bajo. Este cambio reubicaría a un buen número de pacientes en el TCANE que no alcanzan el criterio de peso y podrían explicar el aumento de la prevalencia de la AN en un 50% si se aplican estos criterios (Hay, Girosi y Mond, 2015; Smink, Van Hoeken, Oldehinkel y Hoek, 2014).
- Se conserva el criterio B, con el matiz de que el miedo intenso a ganar peso interfiere en el aumento de éste, y el criterio C referido a la percepción de sobrepeso a pesar de estar emaciada.
- Se modifica el criterio D, ya que al cambiarse el criterio de peso corporal (criterio A), es probable que algunas mujeres continúen con la menarquía. Por este motivo, no aparece en la nueva versión del DSM como criterio para el diagnóstico de AN, la presencia de amenorrea en mujeres pospuberales. Otros motivos son la imposibilidad de ser aplicado a varones, a mujeres posmenopáusicas y a las que utilizan terapia hormonal sustitutiva para aliviar los síntomas de la menopausia (Attia y Roberto, 2009).
- Por último, el subtipo de AN compulsivo/purgativo pasa a llamarse en el DSM-V tipo atracones/purga y se añade el criterio temporal (tres meses) que la persona ha realizado estas conductas, mientras que en el DSM-IV-TR era referido a la amenorrea.

#### 1.2.2.2. Bulimia nerviosa

Los cambios contemplados en el DSM-V en cuanto a la BN:

- Respecto al criterio C, se reduce la frecuencia en que debe presentarse el atracón alimentario y las conductas compensatorias inapropiadas (al menos una vez a la semana). Por tanto, la prevalencia de la BN podría aumentar un 30% debido a la disminución en el criterio de la frecuencia de atracones y conductas compensatorias, dato a tener en cuenta en futuros estudios (Smink et al., 2014 ).
- Otro cambio hace referencia a la desaparición de los subtipos de BN. El subtipo no purgativo (BNnp), es poco común en la práctica clínica y se presta a confusión con el diagnóstico de trastorno de atracones. No obstante, se incluye a la antes llamada BNnp debido a que el ayuno y ejercicio excesivo siguen considerándose como conductas compensatorias para no ganar peso.

#### 1.2.2.3. Trastorno de atracón

En cuanto al trastorno de atracones, se denomina como tal en el DSM-V, siendo considerado como trastorno no especificado en la anterior versión del DSM.

Stunkard, autor que realizó una de las primeras caracterizaciones del trastorno de atracones en 1959, diferenció individuos obesos sin atracones de individuos obesos con atracones y este problema lo denominó ingesta compulsiva. Posteriormente, otros estudios contribuyeron a la inclusión del trastorno por atracón en el apéndice de criterios y ejes propuestos para estudios posteriores del DSM-IV por faltar evidencia empírica suficiente para su inclusión como entidad diagnóstica como señalaron otros autores (Fairburn, Welch y Hay, 1993; Pincus, Frances, Davis, First y Widlger, 1992).

A día de hoy, existe evidencia empírica suficiente para incluir este trastorno en el DSMV-V por su utilidad clínica y validez como trastorno. Este hecho elimina un problema que existía con la anterior edición, incluir todos los TCA en adultos que no fuesen anorexia y bulimia nerviosas, en una categoría diagnóstica residual, trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE), por lo que se convertía en la práctica, en el TCA más diagnosticado. La inclusión en el DSM-V reduce el porcentaje de TCANE del 50% al 25% (Fairburn y Cooper, 2011).

En cuanto a cambios con la anterior edición, sólo se ha producido uno significativo: el criterio temporal (criterio D). Este hace referencia a la frecuencia del atracón alimentario y el tiempo de duración de dicha conducta (el atracón debe ocurrir al menos una vez a la semana durante tres meses). Igualmente que en los anteriores casos, la disminución en el criterio de frecuencia debe tenerse en cuenta para futuros estudios.

### 1.2.3. EPIDEMIOLOGÍA, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

En España, los estudios epidemiológicos son escasos y, por tanto, es difícil precisar el porcentaje de pacientes con AN. En el trabajo realizado por Pérez-Gaspar *et al.* (2000), se señala que entorno al 0.3% de mujeres de la población, padece AN. Más recientemente, e intentando solventar algunos de los problemas metodológicos que tenían los trabajos anteriores, Rojo *et al.* (2003) han llevado un estudio epidemiológico en población española entre los 12 y los 18 años, corroborando estas cifras.

En el caso de la BN, se habla del 3% de la población. En lo que respecta a la población española, los datos recogidos por Pérez-Gaspar *et al.* (2000) hablan de un 0.8% de la población, aunque es probable que, dadas las características del propio trastorno (posibilidad de ocultarlo durante bastante tiempo, no emaciación, etc.),

las cifras reales sean mucho más altas. En el estudio de Rojo et al. (2003), citado anteriormente, se habla de una prevalencia del 0.41% (menor que en otros estudios, tal vez, debido a la edad inferior de la muestra que se investigaba).

En cuanto a la prevalencia de la AN según DSM-IV-TR (APA, 2000), el porcentaje oscila del 0.5 al 1%. Estudios recientes confirman que los TCA afectan aproximadamente al 5% de la población juvenil española y continúan aumentando tanto en Europa y Estados Unidos como en otros países (Gasco, Briñol y Horcajo, 2010). En la última década se ha producido un aumento de su incidencia (0.37 a 6.3 casos por 100.000 habitantes para la AN, y de 6 a 9.9 casos para la bulimia BN) y prevalencia (0,5-1% en AN, 1-3% en BN y 3% TCANE) (Martín, Cangas, Pozo, Martínez y López, 2009). Además, tal y como hemos señalado anteriormente, dicho trastorno prevalece en la población femenina (Lameiras, Calado, Rodríguez y Fernández, 2003).

La edad de inicio de la AN se sitúa en la adolescencia, entre los 14 y los 18 años, aunque en ocasiones se comienza más tarde, entre los 20 y los 40 años. En el caso de la BN, la mayor tendencia se produce entre los 16 y los 20 años (Serrato, 2000).

Según la Guía de Práctica Clínica sobre los TCA (2009), los distintos hallazgos sobre el pronóstico de la AN son contradictorios. Por una parte, porque los resultados de estudios llevados a cabo con seguimientos son de una amplia variabilidad temporal y con resultados dispares y, por otra parte, debido a que son escasos los estudios realizados con una metodología rigurosa.

En cuanto al pronóstico, Jáuregui (2009) apunta que en la AN se han considerado indicadores que valoran de forma diseminada la buena evolución (44%), deficiente evolución (24%), evolución intermedia (28%) y mortalidad precoz (5%). Influirían, en las pacientes con TCA, la edad en el inicio del trastorno, las conductas purgativas y la patología social (Deter, Schellberg, Köpp, Friederich y Herzog, 2005). En cuanto a las cifras de recuperación, en la AN se produce en

el 46.9% de las pacientes (Steinhausen, 2002), en torno al 33%-34% mejoran, mientras que en el 20.8% se tiende a cronificar el cuadro. Se observa una peor evolución en los casos de ANr o ANp con algunas alteraciones psicopatológicas como son la depresión, la sintomatología obsesivo-compulsiva o conductas adictivas e impulsivas, o bien con un diagnóstico de BN (Steinhausen, 2002). Por otro lado, en cuanto a las tasas de mortalidad en los últimos años, se sitúan en torno al 5%, según se recoge en la Guía de Práctica Clínica sobre los TCA (2009). Esta tasa tiende a aumentar a medida que la enfermedad tiende a prolongarse en el tiempo.

Respecto a la BN, en el estudio de Kell, Mitchell, Miller, Davis y Crow (1999), tras una evolución de diez años, encuentran que la recuperación total es notablemente más elevada que el mantenimiento de la BN, 50% vs 11%-20%, respectivamente. La mejoría espontánea en la reducción de atracones, vómitos y abuso de laxantes, tras uno o dos años, se sitúa en torno al 25%-30% (Jáuregui, 2009). Asimismo, la tercera parte o bien remite la sintomatología o bien recae, según la Guía de Práctica Clínica sobre los TCA (2009). Finalmente, las cifras de mortalidad en la BN son variables, oscilando entre el 4%-20% en el estudio de Chinchilla (2003) y el 5%-20% en el de Shapiro (2006).

### **1.3. ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

#### **1.3.1. ESTILOS PARENTALES**

La familia es un contexto de desarrollo y socialización del niño y del adolescente. Desde la perspectiva ecológica (Bronfenbrenner, 1979), para comprender el desarrollo humano, se requiere observar a la persona en sus contextos cotidianos, en interacción con los miembros de su familia. Las aportaciones de este autor han supuesto un punto de inflexión para el estudio de la familia, dado que ponen de manifiesto el rol de la familia, como un sistema abierto a las influencias externas, en continuo proceso de cambio.

Este planteamiento de la familia como un sistema abierto, es contemplado desde una perspectiva sistémica. Se considera la familia como un sistema que mantiene relaciones bidireccionales con otros contextos que le rodean, en las que las influencias recíprocas producen cambios en los miembros de la familia. En este sentido, desde una perspectiva transaccional, a través del estilo de interacción en el contexto familiar se va moldeando el desarrollo del niño y adolescente en sus experiencias ambientales, a la vez que de modo recíproco dichas experiencias ejercen su influencia sobre las características de los mismos en dicho contexto.

La influencia de la familia en el desarrollo de los hijos es indiscutible, desde sus inicios en las primeras etapas de la vida, permaneciendo durante un periodo de tiempo prolongado. Dicha influencia adquiere tal relevancia que tiende a mantenerse en diferentes momentos, vitales y cotidianos, desde la infancia hasta las etapas finales de la vida como es la vejez, sin obviar su repercusión en la adolescencia. Es en esta etapa cuando la calidad del apoyo, el afecto y la comunicación que el adolescente percibe en el contexto familiar se convierte, de un modo significativo, en un elemento fundamental que contribuye a su bienestar físico, psicológico y social.

Derivado del interés creciente por conocer, por un lado, qué tipos de estilos utilizaban los padres en la educación de sus hijos y, por otro lado, que repercusiones tienen dichos estilos en su desarrollo, a partir de los años 60, Baumrind (1967), influenciada por Lewin, propone la primera tipología de estilos educativos parentales, considerando tres variables: control, afecto y comunicación. De la combinación de estas tres variables resalta tres estilos educativos paternales, a través de los cuales los padres manejan la conducta de los hijos: autoritario, permisivo o no restrictivo y autoritativo (Figura 1).

## TIPOS DE CONTROL

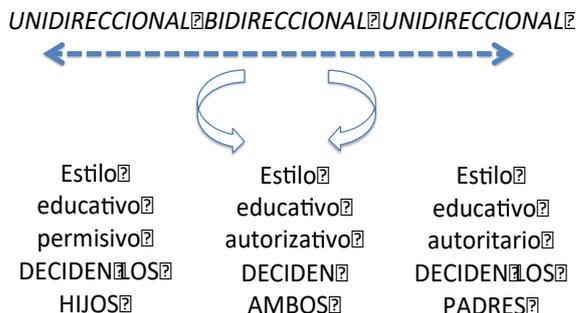


Figura 1. Definición de Estilos Educativos, según el tipo de control paterno (Baumrind, 1967).

Desde su punto de vista, un estilo autoritativo permitiría obtener unos resultados más satisfactorios que los otros dos estilos, hallazgos que han alcanzado una difusión en la comunidad científica, si bien son tomados en consideración más como tendencias que como una clasificación cerrada. Así mismo, constató la existencia de dos dimensiones subyacentes en las relaciones paterno-filiales: la aceptación y el control parental.

Investigaciones previas en este sentido, coinciden en identificar la existencia de dos grandes dimensiones en las prácticas parentales. Así, Symonds (1939) señala aceptación/rechazo y dominio / sumisión, Baldwin (1955) calor emocional / hostilidad e indiferencia / compromiso, Sears, Maccoby y Levin (1957) proponen calor y permisividad / inflexibilidad, y Becker (1964) calor afectivo /hostilidad y restricción / permisividad.

Con posterioridad a estos hallazgos, Mac Coby y Martin (1983) reformulan la propuesta de Baumrind y proponen un modelo, partiendo de dos dimensiones globales básicas: exigencia vs no exigencia paterna y disposición vs no disposición paterna a la respuesta. De esta reformulación destacan la existencia de estilos parentales en función de dos aspectos: a) control o exigencia, entendido como presión o número de demandas ejercidas por los padres hacia sus hijos para

alcanzar estos determinados objetivos y/o metas, y b) afecto o sensibilidad y calidez, relacionado con el grado de sensibilidad y capacidad de respuesta de los padres ante las peticiones, demandas y necesidades de los hijos, sobre todo, de naturaleza emocional. Por otro lado, en su trabajo con adolescentes, Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts y Dornbusch (1994), también hallan dos dimensiones: aceptación / implicación, que se corresponde con el apego, la aceptación, el amor, etc., e inflexibilidad / supervisión, que hace referencia a la disciplina, el castigo, la privación, el control, etc.

En la actualidad existe entre los investigadores un consenso para considerar de mayor impacto aquellos modelos explicativos que concentran en dos dimensiones las prácticas y estilos parentales en el proceso de desarrollo de sus hijos: aceptación / apoyo parental y supervisión / control parental.

Los datos disponibles destacan la importancia del apoyo y afecto parental para el desarrollo del adolescente, a favor del papel del apoyo y la comunicación frente al del control. Un clima emocional y afectivo satisfactorio promueve en el adolescente la expresión libre y espontánea de sus actividades, problemas y demandas, con la consecuencia posibilidad de guiar al hijo para evitar el inicio de comportamientos inapropiados (Parra, 2005). Diversos estudios ponen de manifiesto que aquellos hijos/as que perciben a sus padres como más afectuosos y comunicativos manifiestan un mayor bienestar emocional, mayor autoestima y confianza en sí mismos, mayor satisfacción vital y competencia conductual y académica, así como un mejor ajuste conductual y desarrollo psicosocial (Gray y Steinberg, 1999; Parra y Oliva, 2006; Steinberg et al., 1994).

Por otro lado, los hijos criados con un estilo de crianza con escasa expresión de afecto y cariño en el trato diario, con ausencia de normas y límites, tiende a hacer a los jóvenes más vulnerables y propensos a experimentar conflictos personales y sociales, como baja autoestima y estrés psicológico (Menéndez, 2003), baja tolerancia a la

frustración y problemas de autocontrol (Castro, 2005), así como impulsividad y/o desajuste social (Parra, 2005).

Uno de los indicadores más estudiado por su relevancia en esta etapa de desarrollo evolutivo es la autoestima. Este concepto multidimensional, hace referencia a la autovaloración que la persona hace sí mismo, es decir, al grado de satisfacción personal, y se considera uno de los mejores predictores para evaluar el grado de ajuste personal, especialmente en los jóvenes. Desde una perspectiva clínica, Bermúdez (2001) establece una diferencia entre autoconcepto y autoestima. Así, define el autoconcepto como la representación mental que la persona tiene de sí misma. Habla de autoestima para referirse a la comparación de dicha imagen formada al autopercebirnos, con la imagen ideal de lo que uno quiere ser (que denomina, autoconcepto ideal), es decir, se corresponde con la dimensión evaluativa de esa representación mental.

En la línea de Bermúdez (2000), para el equipo de Musitu (Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2001) el término autoconcepto hace referencia a los aspectos cognitivos, a las diversas conceptualizaciones o representaciones que la persona tiene de sí misma, si que necesariamente incluyan juicios valorativos estas autorrepresentaciones. En contraposición, la autoestima hace referencia al concepto que uno tiene de sí mismo, según unas cualidades que son susceptibles de valoración y subjetivización (García y Musitu, 1999), alude a aspectos afectivos e incluye una valoración. Para estos autores, la autoestima se configura como la conclusión final de un proceso de autoevaluación y que desemboca en el grado de satisfacción personal del individuo consigo mismo, en la sensación de eficacia con su propio funcionamiento y en la actitud evaluativa (de aprobación o desaprobación) que siente uno hacía sí mismo (Musitu et al., 2001).

Comentarios acertados y/o desafortunados, realizados por personas significativas, ejercen una influencia importante en la autoestima de los adolescentes, de tal manera que un grado elevado

de autoestima contribuye favorablemente al bienestar psicológico y al ajuste emocional, propicia la independencia y la libertad para la toma de decisiones. Por ello, cuando entre las características de personalidad de alguno de los padres se manifiesta una baja autoestima, el progenitor se siente débil y pasivo, tiende a comportarse esperando fracasar en la vida, anticipa el rechazo y se muestra escaso amor y atención a sus hijos, minimizando las oportunidades de enfrentarse a la vida con seguridad en sí mismos.

### 1.3.2. ESTILOS PARENTALES Y PSICOPATOLOGÍA

La revisión de la literatura sobre la relación entre los estilos parentales, la personalidad y la psicopatología refleja que el empleo, por parte de los padres, de estilos autoritativos o democráticos, favorecen con mayor énfasis un funcionamiento adaptativo; en cambio, estilos autoritarios tienden a asociarse con la presencia de trastornos internalizantes, como son la ansiedad y la depresión, como se informa en estudios llevados a cabo con adolescentes (Heider, Matschinger, Bernet, Alonso y Angermeyer, 2006). Heider y su equipo, en 2006, obtienen hallazgos similares en su estudio sobre estilos parentales y la relación con los trastornos de ansiedad y trastornos depresivos, en adolescentes. La presencia de estas manifestaciones se asociaba con un escaso cuidado y apoyo por parte de los padres, así como también con la sobreprotección materna (y no con la paterna).

Por otro lado, Enns, Cox y Larsen (2000), en su estudio sobre depresión en adultos, obtienen en los varones una asociación importante con la sobreprotección paterna; en cambio, en las mujeres se produce con la ausencia de apoyo y afecto de la madre.

En el análisis de los estilos parentales, los argumentos que sirven para explicar el comportamiento que pueden adoptar los padres hacia sus hijos son varios y de diversa índole, entre otros, las características de personalidad de los padres, la presencia de psicopatología en alguno de ellos, la inestabilidad familiar, las

dificultades económicas e incluso el nivel de estudios o escasez de recursos educativos. En este sentido, un estilo disfuncional de privación caracterizado por una ausencia de una relación emocional durante las primeras etapas de la vida, puede producir un similar al de una separación real (física) de uno o ambos progenitores (Jacobson, Fasman y Dimascio, 1975). En contraposición, un estilo disfuncional caracterizado por la sobreprotección, el intrusismo o el excesivo consentimiento hacia los hijos por parte de los padres, podría generar unos efectos tan indeseables como la falta de cariño (Perris, 1988).

Perris (1988) propuso un modelo teórico multifactorial para explicar la aparición de trastornos psicopatológicos a partir de determinados estilos de crianza disfuncionales. Los estilos de crianza del modelo de Perris son *rechazo* (hostilidad física y verbal, conductas punitivas y abusivas, degradación y menosprecio, burlas, críticas, indiferencia hacia las opiniones, etc.); *calidez emocional* (muestras de afecto, besos, cumplidos, abrazos, de estimulación por parte de los progenitores, confianza y apoyo sin intrusismo, respeto del punto de vista y las opiniones de los hijos); *sobreprotección* (control de las conductas de los hijos, excesiva preocupación por su seguridad, altas expectativas de logro, imposición de obediencia de normas estrictas y chantaje emocional); y *favoritismo* (trato más favorable y privilegiado hacía un hijo respecto al resto de hermanos).

En esta línea, otros estudios apoyan la relación propuesta por Perris (1988) entre la crianza recibida y el desarrollo de creencias o actitudes disfuncionales (Anderson y Perris, 2000, Perris, 1994) o entre el posible efecto mediador de variables de personalidad en la relación entre estilos de crianza y depresión (Erns et al., 2000).

En las últimas décadas, se ha estudiado de forma extensa la relación entre los estilos de crianza y la psicopatología. En concreto, hay investigaciones que señalan que determinados patrones educativos parecen actuar como factores de riesgo para el desarrollo de ciertos trastornos psicopatológicos, influyendo en el origen y mantenimiento (Castro, 2005). Dichos patrones en interacción con

otras variables culturales, sociales, biológicas y psicológicas, actuarían como factores de riesgo en la aparición de los diferentes trastornos. Así por ejemplo, un estilo de crianza disfuncional puede llevar a adoptar un estilo cognitivo distorsionado, que en conjunción con un acontecimiento vital, podría desembocar en un episodio depresivo o una visión de la vida ansiosa en el manejo cotidiano, con una necesidad continua de control.

A lo largo de los años, la investigación científica ha relacionado los estilos parentales con el ajuste psicológico y social de los hijos. Se ha asociado el estilo de rechazo parental a manifestaciones agresivas, falta de confianza, tanto en otras personas, como en uno mismo, así como falta de responsabilidad emocional, negatividad y la percepción del mundo como inseguro y hostil. Por otro lado, la cooperación, la independencia, sociabilidad y confianza de los hijos ha sido relacionada en la investigación existente con estilos parentales afectivos (Musitu y García, 2004). No es menos común, encontrar investigaciones que relacionan el alto conflicto familiar, la agresividad y el rechazo parental con un riesgo elevado de presentar una gran variedad de trastornos psicopatológicos, como la depresión, la ansiedad y la conducta suicida (Gershoff, 2002), conducta en la que diversos estudios avalan que se produce en hogares con familias caracterizadas por los conflictos, la falta de apoyo y afecto, así como por estilos parentales muy autoritarios y con carencia de comunicación.

No obstante, los padres y los hijos no tienen que percibir del mismo modo el castigo, la aceptación o las exigencias, por lo que se hace necesario estudiar los estilos parentales desde ambas perspectivas. Algunos estudios longitudinales señalan una asociación recíproca y bidireccional entre la conducta problemática del niño y el rechazo parental (Cohen, 1995). En un estudio de Gracia, Lila y Musitu (2005) se pone de manifiesto que los niños rechazados presentan numerosos problemas que pueden manifestarse de forma internalizada, caracterizada por la inhibición conductual (pasividad,

apatía, retraimiento social, sentimientos depresivos, conductas autodestructivas, alteraciones nerviosas o problemas somáticos) o externalizada, caracterizada por impulsividad (falta de control e impulsos, hiperactividad, desobediencia, conducta destructiva, falta de autocontrol). Además, hay que tener en cuenta que gran número de problemas de conducta en la infancia pueden tener importantes repercusiones en el ajuste psicológico y social del adulto.

### 1.3.3. ESTILOS PARENTALES PERCIBIDOS Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Una cuestión de especial relevancia en la adolescencia, relacionado con el desarrollo del autoconcepto, es el aspecto físico, dado que se considera la clave de acceso de los jóvenes para la aceptación de los demás, especialmente de los iguales. De hecho, la preocupación por la silueta o la apariencia física, así como el deseo de contar con una imagen corporal acorde con los cánones sociales, tiene a convertirse en motivo de insatisfacción personal, especialmente en las chicas, y desajuste emocional. Por ello, la autoestima física es un indicador relevante en la adolescencia, dado que dependiendo de la valoración que se realice de sí mismo, dificultará el inicio o mantenimiento de contactos interpersonales por temor a la desaprobación.

La preocupación por la silueta es un tema que inquieta a los jóvenes, convirtiéndose en un grupo de riesgo, dado que es frecuente la tendencia a sobrevalorar sus dimensiones corporales, sintiéndose insatisfechos con su cuerpo y apariencia física, con especial incidencia en las chicas y con un inicio más temprano en las últimas décadas (Borda, Del Río, Torres y Pérez San Gregorio, 2009).

Diversos estudios ponen de manifiesto la influencia de ciertos factores en la consolidación de la imagen corporal negativa. Para Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987), la insatisfacción por la imagen corporal, tanto en su dimensión perceptiva como emocional o

afectiva, favorece la baja autoestima e influye en el desarrollo de un TCA. Entre las circunstancias que contribuyen a consolidar la autoestima, que en el caso de que se vea mediatizada por las autopercepciones negativas se manifestará con un aumento de la preocupación y la ansiedad por la silueta, destacan (Cash, 1991; Raich, 2000): i) personales: a) características personales de inseguridad, ansiedad, perfeccionismo exagerado (que dificulta la objetividad en la autovaloración), b) atribuciones erróneas de su realidad física que llevan a ignorar los aspectos o rasgos positivos, centrándose sobre los negativos, al compararse con los demás, y generalizando y sobredimensionando las cualidades más desfavorables, c) actitudes, creencias y juicios así como lenguaje interior sobre la propia realidad física, d) atribuciones errónea respecto a la valoración hacia nosotros de los demás, e) la necesidad de agradar y recibir aprobación, siguiendo los cánones de belleza (especialmente en las chicas), pensando que uno es rechazado por los demás debido a las características físicas, f) falta de atractivo físico, defectos, problemas físicos, obesidad, etc., y g) historias previas relacionadas con la silueta (dietas, fluctuaciones de peso, etc.); ii) familiares: educación familiar muy exigente en cuanto a la silueta y el peso; iii) socioculturales: valores y modelos físicos, difícilmente alcanzables, y iv) interactivos: experiencias previas relacionadas con la silueta y el peso en el contexto familiar, escolar y/o social.

La bibliografía científica señala la influencia de determinadas variables, como la percepción de determinados estilos de crianza, en el desarrollo de un TCA. Por ello, dado que estas variables son factores de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos, es interesante estudiar la relación entre los estilos de crianza parentales percibidos y los TCA.

Al margen de los factores personales, el núcleo familiar es el contexto en el que las personas se desarrollan, en el que adquieren valores, hábitos, actitudes, el que confiere la confianza y la seguridad que les acompañará en el futuro. En esta línea, diversos estudios han

destacado la importancia que la dinámica familiar tiene en la aparición de estos cuadros en la infancia (Haudek, Rorty y Henker, 1999) y en la edad adulta (Kiriike, et al., 1998). Así pues, las relaciones familiares son un aspecto de gran relevancia en el estudio de los TCA, en cuanto al origen y pronóstico de las personas que han desarrollado el trastorno y se constituye como un factor clave para comprender la predisposición, la aparición, el tratamiento y la mejoría de los TCA. De hecho, hay investigaciones que revelan que los patrones de crianza son relevantes sobre aspectos como la percepción de la imagen corporal (Marco, Perpiñá y Botella, 2013) y la expresión de la psicopatología alimentaria.

Las investigaciones relacionadas con los factores familiares informan que existe relación entre el estilo de crianza recibida y el desarrollo de alguna psicopatología. Determinados patrones educativos actúan como factores de riesgo para el desarrollo de ciertos trastornos psicopatológicos, influyendo en el origen y mantenimiento (Castro, 2005), como son los TCA, en los que los comentarios y actitudes de la familia, especialmente la madre, repercuten de forma negativa. Hahn-Smith y Smith (2001) en su estudio, encontraron una relación importante entre el grado de identificación de las hijas respecto a sus madres, positiva con la alta autoestima y negativa con los hábitos alimentarios inadecuados y la insatisfacción corporal. Por otro lado, las madres de las chicas con autoestima física baja presentaban una mayor discrepancia entre la figura real de sus hijas y la que sus madres consideraban ideal (o atractiva), pudiendo contribuir esta exigencia de las madres al malestar de las chicas respecto a su propio cuerpo. Hallazgos en esta línea se encontraron en los estudios realizados por Beato y su equipo, en los que se pone de manifiesto la importancia de las relaciones familiares en el origen y evolución de los TCA (Beato, Rodríguez, Belmonte y Martínez, 2004). Más allá de la autoestima baja, el percibir un grado de control y exigencia por parte de la madre, afecta sobre la insatisfacción hacia la imagen corporal (Rodríguez y Beato, 2002).

Respecto al rechazo, autores como Turchi y Gago (2010) hablan de una asociación entre el cuidado materno, caracterizado por rechazo y frialdad, y los TCA. Palazzoli (1990) señala elevada presencia de rechazo y desaprobación como rasgo característico de las familias de chicas con TCA. De igual modo, Bruch (1973) señala que existe una carencia de respuesta temprana de la madre a las necesidades de la hija en la AN. Cava, Rojo y Livianos (2003) observaron que adolescentes diagnosticados de TCA recordaban a sus madres con menos calor emocional y más sobreprotección y rechazo y a sus padres con más rechazo hacia ellos. En cuanto a la calidez emocional, Linares (2002) destaca el papel del afecto paterno-filial, definido como valoración, cariño, ternura y socialización, necesario para el bienestar individual y su viabilidad social. En este sentido, muchas pacientes con TCA dicen no haberse sentido amadas por su padre. Los padres influyen mucho en la actitud de la chica hacia su imagen corporal y los hábitos alimentarios. En palabras de Espina (2005) "si mi padre no me acepta como mujer, mejor no crecer". Musitu y Cava (2003) determinan en su investigación la gran importancia que tiene el apoyo de los padres para el ajuste del adolescente, pese a la creciente relevancia de las relaciones de amistad y pareja en esta etapa. Por último, Rodes y Kroger (1992) plantean que el control sin afecto materno, caracterizado por la sobreprotección, inhibición de la individuación, intrusividad e infantilismo, se asociaría en mayor medida que el paternal con los TCA. En este sentido, Andrés, Graell, Sepúlveda, Villaseñor, Faya, Martínez y Morandé (2010) concluyen que existe asociación entre los estilos de crianza de alta sobreprotección materna y paterna y severidad de la patología alimentaria. Además, el calor emocional materno se asoció a menor preocupación por el peso.

Para explicar el papel que la dinámica familiar puede tener en el desarrollo de los TCA, se han establecido diversos modelos de familias, según diferentes autores. Así, se establecieron modelos de familia para la anorexia nerviosa, con madre exigente, dominante,

poco asequible emocionalmente, y padre distante, (Bliss y Branch, 1960) y para la bulimia nerviosa con familias aglutinadas pero poco implicadas, con altos niveles de conflicto y poco énfasis en la expresión emocional (Johnson y Flach, 1985) entre otros. Sin embargo, no todos los miembros de la familia perciben el estilo de crianza de la misma manera. Por tanto, para comprender los factores de riesgo específicos que contribuyen a que un miembro de la familia desarrolle un TCA, se habla de “influencias ambientales no compartidas”, es decir, que las influencias familiares son experimentadas de forma distinta por cada miembro de la familia (Klump, Wonderlich, Lehoux, Lilienfeld y Bulik, 2002).

En relación con los estilos de crianza, la bibliografía científica destaca el papel relevante de las actitudes, los comportamientos y estilos educativos o de crianza parentales en el origen y pronóstico de la anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) (Beato y Rodríguez, 2003; Emanuelli et al., 2003), siendo especialmente relevante la percepción del estilo de crianza parental en la aparición y evolución del TCA (Borda, Asuero, Avargues y Beato, 2012).

En este sentido, el objetivo del estudio de Borda y su equipo (2011) es poner a prueba un modelo estructural, elaborado a partir de las aportaciones teóricas y empíricas realizadas sobre el tema, con el fin de determinar cómo pueden estar afectando los estilos de crianza percibido en el TCA (rechazo, calidez emocional y sobreprotección) al desarrollo personal (baja autoestima e insatisfacción corporal) y emocional (ansiedad y depresión), así como a la aparición de conductas directamente relacionadas con los TCA (conductas alimentarias de riesgo y conductas compensatorias).

En general, puede decirse que la calidez emocional percibida del padre desempeña un importante papel frente a la percepción de rechazo de la madre, limitándose el efecto de este estilo a potenciar en cierta medida los hábitos alimenticios inapropiados (recuérdese que dicho efecto presentaba significación sólo bajo criterios menos restrictivos). Es decir, cuanto mayor sea la percepción de rechazo o

desaprobación materna, mayor será la probabilidad de desarrollar hábitos alimenticios inapropiados. Este resultado es similar al de investigaciones previas que destacan la asociación entre el rechazo y frialdad materna, así como falta de cuidados o respuesta a las demandas y el desarrollo de los TCA (Bruch, 1993; Turchi y Gago, 2010). En la línea de lo hallado en este estudio, Linares (2002) refiere que muchas pacientes refieren no haberse sentido amadas por su padre. De igual modo distintos autores coinciden en señalar la importancia del calor emocional paterno en la actitud de las chicas hacia su imagen corporal y los hábitos alimentarios, así como en un buen ajuste emocional en la adolescencia (Espina, 2005; Musitu y Cava, 2003). Por otro lado, la calidez afectiva paterna afectaría a los hábitos alimenticios inadecuados de forma indirecta, siendo el efecto mayor cuando está mediado por autoestima y depresión.

Como aportación de este estudio, se señala que los estilos de crianza podrían estar afectando al desarrollo de los TCA no sólo de forma directa sino también de forma indirecta, estando mediada dicha relación por otras variables de carácter personal. se constata el papel de la autoestima como principal variable mediadora, así como el de las alteraciones emocionales. Estos hallazgos irían en la línea de los resultados obtenidos por Avargues, Borda, López, Asuero y Pérez San Gregorio (2012) y Borda, Asuero, Avargues y Beato (2012) en los que se constata que las variables personales y emocionales desempeñan un importante papel en el desarrollo de los TCA, más allá de los estilos de crianza percibidos.

Existe evidencia empírica sobre el importante papel que las variables personales y emocionales desempeñan como factores de riesgo y vulnerabilidad en el desarrollo de este tipo de trastornos (Borda et al., 2011). Al igual que en el modelo estimado, son muchos los estudios en los que se ha podido constatar la relación entre autoestima, insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo (Asuero et al., 2012; Benedito, Perpiñá, Botella y Baños, 2003; Espina et al., 2001; Sánchez-Sosa, 2007). En cuanto a las variables

emocionales, autores como Blodgett, Gondoli, Corning, McEnery y Grundy (2007), así como Polivy y Herman (2002) comprueban en sus modelos el efecto mediador del estrés psicológico (ansiedad y depresión) en la aparición de los TCA. De igual modo, Rojo et al., (2006) encuentran que al alto rechazo materno y bajo calor se relaciona con el diagnóstico de TCA, pero que dicha relación está mediada por estrés psicológico (ansiedad y depresión).

A modo de conclusión, la familia es un factor importante a tener en cuenta en el análisis de la psicopatología y evolución clínica de los TCA, puesto que con frecuencia surgen en el periodo en el que el/la paciente está conviviendo con sus padres, por dificultades en la relación con estos o por acontecimientos ocurridos en estadios tempranos del desarrollo (Tasca y Balfour, 2014). Puede aparecer como una forma de interactuar con la familia, como un estilo de afrontamiento de determinadas emociones displacenteras o como respuesta a situaciones traumáticas pasadas (Pollert, Engel, Schreiber-Gregory, Crosby, Cao y Wonderlich, 2013; Wildes, Marcus, Cheng, McCabe y Gaskill, 2014). De ahí, la conveniencia de seguir ahondando en el estudio de la influencia de la percepción de los estilos de crianza en el desarrollo de los TCA y la psicopatología asociada, así como en el pronóstico clínico.

#### **1.4. FACTORES DE RIESGO EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

En el ámbito de la salud, como avalan las investigaciones científicas sobre el tema, son los TCA los trastornos que están predominando en la psicopatología presente de la juventud actual (Baile, Guillén y Garrido, 2002), convirtiéndose en la tercera enfermedad crónica, en cuanto a prevalencia (Penna y Sánchez, 2010).

En relación con la multicausalidad, ya Toro y Vilardell (1987) proponen una clasificación con diversos factores de riesgo de la anorexia y la bulimia nerviosas, agrupándolos en tres tipos: predisponentes, precipitantes y mantenedores. Los factores predisponentes se refieren a los aspectos socioculturales, la moda, los aspectos genéticos, la edad (13-20 años), la pertenencia al sexo femenino, una historia previa de obesidad, las características de personalidad, los trastornos afectivos y emocionales, y las relaciones y particularidades familiares. Los precipitantes se concretan en acontecimientos vitales potencialmente estresantes, la realización de dietas y el exceso de actividad física. El tercer grupo, factores mantenedores, engloba a las cogniciones, la interacción familiar e interpersonal, las conductas purgativas, el afecto negativo, los valores, la pérdida de peso y determinadas actitudes de familiares y amistades.

Numerosos investigadores han centrado sus estudios en la influencia de los factores personales y contextuales en el desarrollo de los TCA (Jacobi, Hayward, De Zwaan, Kraemer y Agras, 2004). A pesar de ello, a día de hoy no puede determinarse con absoluta certeza la totalidad de las causas concretas que originan los TCA. Diversos/as autores/as han sugerido varias teorías para explicar su etiología, sin embargo, ninguna de las causas sugeridas explica por sí sola su desarrollo, por lo que la opinión más generalizada es que el origen del trastorno es multicausal, es decir, es necesaria la interacción de varios factores para que se origine su aparición.

En la actualidad, la mayoría de los investigadores plantean los TCA en términos de un *continuum*. En un extremo se situarían aquellas personas con preocupaciones relativas a su imagen corporal y realizan dietas para modificar su figura, pero no desarrollan un TCA. Es conocida la preocupación en la adolescencia con respecto a su peso corporal y a su figura, incluso a edades muy tempranas. En este sentido, Davison, Markey y Birch (2003) señalan de alteraciones alimentarias graves en niñas menores de 9 años a causa de su

insatisfacción con la imagen corporal y las preocupaciones por aumentar el peso. Más aún, persiste a medida que van creciendo.

En el resto del *continuum* se distribuirían las personas con un diagnóstico de bulimia nerviosa, anorexia nerviosa u otros cuadros relacionados con las alteraciones de la conducta alimentaria. La asunción de este *continuum* explica que más del 50% de las pacientes con anorexia nerviosa desarrollen síntomas bulímicos (Casper, Eckert, Halmi, Goldberg y Davis, 1980; Kasser, Gwirstsmann, Kaye, Brandt y Jimerson, 1988). Asimismo explica, en la anorexia, el cambio de subtipo restrictivo a purgativo (con presencia de atracones). Estos hallazgos apoyan la teoría de la emigración de los diagnósticos en los TCA (Fairburn, Cooper y Shafran, 2003).

En ambos trastornos (AN y BN), los/as pacientes comparten la idea de un peso ideal por debajo del recomendable, una sobreestimación del peso actual, una sobredimensión del cuerpo (o de zonas concretas), un estado de ánimo depresivo, un excesivo autocontrol, una baja autoestima, y una insatisfacción con el peso y la imagen corporal. De igual modo, presentan actitudes negativas hacia el peso y la silueta (Gardner, Stark, Friedman y Jackson, 2000). Estas características se traducen en una ausencia de aceptación de sí mismos, una insatisfacción general y un sentimiento de desvalorización e inadecuación, tanto en las áreas intrapersonal e interpersonal, como en las interacciones sociales. Con frecuencia presentan un rechazo al contacto con los otros y a expresarse, por miedo a una evaluación social negativa y a la pérdida de control (Gilbert y Meyer, 2005). Esta negativa a comunicarse en contextos interpersonales se traduce en elevados niveles de perfeccionismo y ansiedad social (Meyer, Leung, Barry y De Feo, 2010). El área emocional también se encuentra afectada, con dificultades para regular y expresar sus emociones (Whiteside, Chen, Neighbors, Hunter, Lo y Larimer, 2007). No obstante, y a pesar de todos los efectos negativos que conllevan los TCA, nuestra sociedad actual sigue presionando a los/as jóvenes, y más concretamente a las

mujeres, obligándoles a que se deban ceñir a un canon de belleza irreal y muy difícil (si no imposible) de alcanzar. Juventud, esbeltez, delgadez, son claves para alcanzar el éxito y el reconocimiento tanto a nivel personal como profesional (Perpiñá, 1995).

Resulta evidente que en el desarrollo de una patología alimentaria intervienen tanto de factores de riesgo específico como generales (Vandereycken y Noordenbos, 2000) y cuantos más factores de riesgo interactúen, mayor es la probabilidad para desarrollar un TCA (Fairburn, Welch, Doll, Davies y O'Connor, 1997).

En este sentido, autores como López y Sánchez (2010) proponen un modelo para definir los factores riesgo, avalado por el apoyo empírico de investigadores, en el que incluyen los factores biológicos y los factores socioculturales. Destacan la presión sociocultural para tener una figura delgada e ideal, la interiorización del ideal de belleza delgado, la preocupación por el peso, el seguimiento de dietas, la insatisfacción corporal, el sobrepeso, estar sometido a críticas o burlas por el aspecto físico en el grupo de iguales, el perfeccionismo y la baja autoestima.

En el estudio de Nevenon y Broberg (2000) de pacientes con TCA (AN, BN y TCANE) observaron que en el 30.4% los factores que desencadenaron el inicio de la enfermedad estaban relacionados con el peso (dietas, tener sobrepeso o tomar la decisión de rebajar peso) y en el 25% con problemas interpersonales (conflictos, rupturas, influencias sociales, burlas, etc.), sin establecerse diferencias entre los diagnósticos. En cambio, cuando atribuían a problemas relacionados con el cuerpo (apariencia física o ejercicio físico) o a problemas psicosociales (personales, educativos o sociales) se producían diferencias, observando que eran las BN quienes presentaban porcentajes más elevados, 14% frente a ninguna, en el caso de atribuir a problemas relacionados con el cuerpo y 10.7% en BN frente al 4.5% en aquellas con AN las que atribuyeron a problemas psicosociales. En cambio, las pacientes con AN indicaron en el 90% que iniciaron el TCA

con una dieta restrictiva, porcentaje notablemente superior al 41% de las pacientes con BN y el 52,9% de aquellas con TCANE.

#### 1.4.1. FACTORES BIOLÓGICOS

##### 1.4.1.1. Sexo

Respecto al sexo, la mayoría de las investigaciones se centran en el género femenino. Los estudios indican que los TCA son diez veces más frecuentes en mujeres que en hombres (Carlat y Camargo, 1991; Hoek, 1993).

La insatisfacción con el peso tiene significado diferente para el varón y para la mujer. El deseo de los hombres es pesar más para tener más masa muscular, al contrario que las mujeres, quienes desean estar más delgadas (Raich, 2001). Esta autora, en su estudio, concluye que la preocupación de los hombres se centra en la zona de la cintura y del estómago, mientras que las quejas en las mujeres quedan asociadas con sus nalgas y muslos. En la misma línea, en su estudio con población femenina con edades comprendidas entre los 18 y los 60 años de edad, Tiggemann y Stevens (1999) comprueban que son muy frecuentes las preocupaciones por el peso/cuerpo a cualquier edad, pero que se produce una disminución significativa a partir de los 40 años.

Por otro lado, Fernández y Pritchard (2012) indican, a partir del EDI, que mientras que en los varones, las variables psicológicas más relacionadas con los TCA en los varones son la impulsividad y la ira, en cambio, las mujeres presentan una mayor focalización en imagen corporal y el perfeccionismo. Estos resultados, en cambio, no concuerdan con los hallazgos de Lundhal, Wahlstrom, Christa y Stoltenberg (2015).

#### 1.4.1.2. Control del peso

La presión social respecto a la esbeltez incide más hacia la mujer que hacia el hombre. Esto provoca una percepción inferior del autoconcepto en las primeras, (Goñi, Rodríguez y Ruiz de Azúa, 2004). Cash y Henry (1995), en su estudio con mujeres adultas, el 48% valora negativamente su apariencia, el 63% está insatisfecha con su peso, y el 49% está preocupada por el sobrepeso. Más aún, las mujeres suelen referir una percepción errónea de sobrepeso en mayor medida que los hombres, incluso hallándose ambos grupos en un rango de Índice de Masa Corporal (IMC) saludable (Perrin, Boone-Heinonen, Coyne-Beasley y Gordon-Larsen (2010).

Además del deseo de pesar más (los varones) o menos (las mujeres), otro hallazgo de interés del estudio de Raich (2001) radica en que la preocupación por el peso en las mujeres no se relaciona con el hecho de presentar obesidad. Desean adelgazar, incluso las que están en infrapeso.

En nuestra cultura, tratamos de controlar nuestra autoestima a través del control del propio cuerpo. La mayor parte de las veces, la preocupación con el peso o el miedo a engordar lleva a buscar la delgadez a cualquier precio por huir de la gordura. Esta asociación entre la imagen corporal y los problemas alimentarios se ha constatado en numerosos estudios, advirtiéndose una relación entre el deseo y realización voluntaria de llevar a cabo dietas hipocalóricas con la preocupación por el cuerpo y la apariencia física. Así en el año 2002, Stice indica que la insatisfacción con la imagen corporal provoca hacer dieta para controlar el peso corporal y Garner (1991) pone de manifiesto que tanto el control de peso como las anomalías alimentarias en los TCA son secundarias a una preocupación excesiva por el peso y la talla.

Hoy en día, la delgadez se asimila al éxito, a la salud y al autocontrol. Por el contrario, la obesidad se asocia a la pereza, la falta de autocontrol, la enfermedad y la ausencia de atractivo. Estas ideas

producen una gran insatisfacción corporal y un deseo de realizar dietas, cuando se percibe que existe un desajuste entre nuestro cuerpo y el ideal de belleza establecido (Richardson y Paxton, 2010; Stice, 2001). De hecho, en estudios realizados con población en normopeso, se observa que aunque la mayoría de los participantes se hallan en el peso normativo para su edad, talla y sexo, un porcentaje notable manifiesta un deseo de adelgazar, una preocupación por su figura y la realización de dietas (McLean, Paxton y Wertheim, 2010).

En esta línea, existen estudios que han puesto de manifiesto que los adolescentes tienden a estar insatisfechos y excesivamente preocupados por su figura y peso (aún estando en normopeso e incluso en infrapeso). En este sentido, cabe señalar que aunque el valor del IMC esté ajustado, no es una condición suficiente para presentar satisfacción con la imagen corporal y puede ser una variable con un peso relativo en la realización de dietas. Así, en un estudio realizado por Ramos et al. (2010) se pone de manifiesto que el IMC no resulta una variable significativa a la hora de explicar la satisfacción que tienen los jóvenes con su cuerpo, sino que es la percepción de la imagen corporal y la satisfacción con ésta, lo que explica los comportamientos dirigidos a la pérdida de peso.

#### 1.4.1.3. Edad

Investigaciones recientes se han centrado en estudiar cuáles son los factores determinantes en la alteración de la imagen corporal entre las mujeres jóvenes (Wilcox y Laird, 2000), dado que pueden dar origen al desarrollo de TCA.

La mayoría de las investigaciones confirman que la adolescencia es la etapa donde se hace más patente la influencia de los medios de comunicación social, adoptando así los/las adolescentes las normas que impone la cultura de la delgadez (Acosta y Gómez, 2003). La adolescencia se convierte en la etapa de desarrollo más vulnerable en relación con los problemas de imagen corporal. Se corresponde con un ciclo vital caracterizado por cambios fisiológicos,

emocionales, cognitivos y, sobre todo, sociales, que provocan una mayor preocupación por la apariencia física (Ramo et al., 2010) que ocasionan una mayor preocupación por el aspecto físico, aumentando así la vulnerabilidad de los adolescentes para desarrollar TCA. Por otro lado, Carretero, Sánchez-Planell, Rusiñol, Raich y Sánchez-Carracedo (2009) concluyen que tanto el antecedente de obesidad como el periodo de la adolescencia son factores de riesgo para el desarrollo de un TCA.

No obstante, a pesar de ser ésta una etapa crítica, está contrastado el hecho de que las mujeres a todas las edades manifiestan tener mayor insatisfacción con su peso que los hombres (Acosta y Gómez, 2003). De esta manera, aunque son más bien escasos, podemos encontrar estudios centrados en la insatisfacción corporal y los problemas alimentarios en la edad adulta. Así, en la investigación de Hetherington y Burnett (1994), compuesta de mujeres jóvenes y mujeres mayores de 60 años, con normopeso, los hallazgos muestran un deseo de perder peso en ambos grupos, siendo el volumen deseado para perder tanto en jóvenes como en mayores, similar.

En la misma línea, en el estudio llevado a cabo por Allaz, Bernstein, Rouget, Achinard y Morabia (1998) con una muestra de más de mil mujeres de 30 a 74 años obtienen que el 71% de estas mujeres se encuentran insatisfechas con sus cuerpos y desean adelgazar, aun presentando normopeso el 73% de ellas. Entre las menores de 65 años, el 62% desea perder peso, aunque presenta el 65% de ellas normopeso. Así, el peso medio que quieren perder las mujeres que desean adelgazar asciende al 9% de su peso actual.

En el mismo sentido, otros estudios ponen de manifiesto la preocupación por el cuerpo aún en edades avanzadas. Para Epel, Spanakos, Kasl-Godley y Brownell (1996) las mujeres mayores de 60 años señalan que el ideal corporal delgado es tan importante o deseable para las jóvenes como para las maduras. La actual presión

social a favor de la delgadez está afectando cada vez más a las mujeres mayores.

## 1.4.2. FACTORES SOCIOCULTURALES

### 1.4.2.1. Cultura

Vivir en una cultura occidental y ser mujer, se han considerado como dos de los factores de riesgo específicos socioculturales de consistencia (Penna y Sánchez, 2010; Striegel-Moore, Silberstein y Rodin, 1986). En la sociedad occidental, existen unos cánones de belleza, ciertamente distantes de la normalidad biológica, que determinan el ideal de belleza a alcanzar y, por tanto, los objetivos a conseguir. En las sociedades desarrolladas, sin necesidades en las condiciones nutricionales, se promueven estereotipos y valores estéticos inalcanzables e irreales, y sin embargo, existe la tendencia al aumento progresivo de peso, debido a los malos hábitos alimentarios y al estilo de vida sedentario (Serra, 2011). No obstante, la preocupación por el peso en la población femenina se debe valorar con cierta cautela ya que la cultura occidental favorece que la mujer se sienta disgustada con su talla, despertando una imagen corporal negativa (Espina et al., 2001).

Los factores socioculturales, como por ejemplo, el culto al cuerpo, la moda, la publicidad, las dietas milagro, los cánones de belleza, la estigmatización de la obesidad (Perrin, et al., 2010) y la creencia en la facilidad para lograr la pérdida de peso deseada, característicos en las sociedades occidentales, influyen en la aparición de un TCA. La proporción de casos diagnosticados es mayor en sociedades que fomentan la delgadez, tal y como confirman las investigaciones realizadas en otras culturas y países (Lee, Chiu y Chen, 1989). En un estudio reciente, Perrin et al. (2010), confirman la influencia de las diferencias socioculturales en TCA al comprobar que las mujeres afroamericanas refieren mayores niveles de satisfacción con su imagen corporal frente a las americanas de raza blanca, así

como una menor preocupación por el peso, y una menor presencia de conductas desadaptadas relacionadas con la figura.

No obstante, la presión sociocultural no explica por sí sola la aparición de TCA. Aunque exista una elevada incidencia del trastorno en las sociedades occidentales, un porcentaje considerable de población no lo desarrolla. Este dato indica que, más allá de este factor, las características personales, los estilos cognitivos y la interacción con el medio ejercen en menor o mayor medida una influencia en la génesis, así como en el mantenimiento del TCA.

#### 1.4.2.2. Belleza. Ideales estéticos

El concepto de imagen corporal cobra un papel fundamental en la adolescencia, siendo el área de la autoestima la que juega un papel mayor en las interacciones con los iguales (Perpiñá, Botella y Ramos, 2000). Thompson (1990) en su teoría, concibe la imagen corporal como una interacción de tres componentes: perceptual, subjetivo (cognitivo-afectivo) y conductual. La imagen corporal integra la percepción del cuerpo, referida a sus partes, su movimiento y sus límites, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos de él, así como el modo de comportarse derivado de esta experiencia (Raich, 2000). Por tanto, la percepción de nuestra imagen corporal, es clave en nuestra manera de pensar, sentir y comportarnos, en la forma en la que los demás van a respondernos, y en nuestra interpretación de ese feedback

Cuando se evalúa negativamente la imagen, se produce la insatisfacción corporal, relacionada con la identidad de género (feminidad, masculinidad) y los factores socioculturales anteriormente mencionados. Asimismo, la insatisfacción corporal puede generar ansiedad interpersonal; si uno no es capaz de aceptarse, creará que los demás tampoco podrán hacerlo (Raich, 2004, Cain et al., 2010). Esto conlleva incomodidad, y sentimientos de inadecuación y falta de

competencia social en las interacciones sociales, incluidas las relaciones sexuales y las interacciones con el sexo opuesto.

La imagen corporal es uno de los factores más potentes para el desarrollo y el mantenimiento de los TCA. Depende de los ideales de belleza que imperan en la cultura en una época determinada. Así, las influencias socioculturales actuales que “idealizan”, hasta el extremo, una figura femenina excesivamente delgada y con “ayudas” de la cirugía (por ejemplo, implantes de silicona) generan un modelo estético difícil, si no imposible, de obtener por medios naturales y con una alimentación sana y equilibrada. Por ello, un número importante de chicas, al compararse con ese modelo inalcanzable, se sienten insatisfechas y se inician en edades cada vez más tempranas en conductas de dieta restrictiva y/o otros métodos peligrosos para perder peso con la esperanza de llegar a alcanzar ese “cuerpo soñado” a imagen de sus cantantes, actrices o modelos favoritas (Del Río et al., 2002). De ahí que la insatisfacción corporal se encuentra asociada a la falta de competencia social, y a una baja autoestima, pues la persona no se autovalora, se siente poco adecuada. En este sentido, los estudios confirman que, al menos, un tercio de la propia autoestima se refiere a lo positiva o negativa que resulta la autoimagen (Raich, 2004).

En la configuración de la autoimagen influye el autoconcepto, que se forma a través de las relaciones sociales y del feedback que se recibe en ellas. El autoconcepto hace referencia a la representación mental que la persona tiene de sí misma (Bermúdez, 2001). Es decir, la imagen, sin ningún tipo de valoración. Cuando se contrasta la imagen percibida con la imagen ideal o deseada, se obtiene una valoración personal: la autoestima. Por lo que, si una persona se autoevalúa negativamente, respecto a un patrón ideal inalcanzable, presentará déficits en la autoestima. Asimismo la autoestima está muy relacionada con la imagen corporal, y normalmente una pobre imagen corporal (insatisfacción elevada) se asocia a una baja autoestima (Raich, 2000; Perrin et al., 2010). Estos dos aspectos psicológicos se

retroalimentan entre sí, pues si a una persona le desagrada su cuerpo, es difícil que le agrade la persona que vive en él, y que aprecie sus cualidades separadamente del aprecio que se tenga al cuerpo (Raich, 2004), especialmente las mujeres, que suelen subordinar muchas de estas cualidades al atractivo (Cain et al., 2010).

En este sentido, estudios sobre la percepción corporal indican que los varones perciben su cuerpo de un modo consistente con su IMC, mientras que las mujeres presentan una mayor distorsión corporal, percibiéndose por encima de lo que realmente son. Estos estudios concluyen que la insatisfacción corporal producida por esta imagen de si misma, es le mayor de los riesgos para el desarrollo de los TCA (Calzo et al., 2015; Sehm y Warschburger, 2015).

Diversas investigaciones como Sepúlveda, Carroble, Gandarillas, Poveda y Pastor (2007) y Borda et al. (2009) obtienen que las adolescentes tienden a estar preocupadas por su peso y por su figura y que, por tanto, se muestran insatisfechas con su imagen corporal, aun estando el IMC por debajo de lo que la OMS considera normopeso. En esta línea, señalan que aunque el valor del IMC esté ajustado, no es concluyente para presentar una satisfacción corporal, pudiendo precipitarse en el realización de dietas. ,

Por otro lado, en el estudio de Asuero et al (2012), plantean que las participantes con TCA con baja autoestima presentarían un IMC “real” similar a aquellas con autoestima media y alta, pero que el IMC “ideal” sería significativamente menor en aquellas con autoestima baja. En efecto, las pacientes con autoestima baja presentan un IMC “real” similar a las pacientes con TCA con autoestima media y alta. Por el contrario, en cuanto al IMC “ideal”, el índice es ligeramente menor, pero sin mostrar diferencias estadísticamente significativas. En otras palabras, aunque las pacientes con TCA con autoestima baja desean tener un peso menor que el que realmente poseen, este deseo no difiere sustancialmente de las pacientes con autoestima media y alta. Además, las pacientes con TCA de los tres grupos, y no exclusivamente el grupo con autoestima baja, desean tener un IMC

inferior; en otras palabras,. En otras palabras, no existe una mayor discrepancia (sino similar) entre el IMC “real” e “ideal” entre las pacientes con autoestima baja, en comparación con aquellas con autoestima media y alta., queriendo todas ellas pesar menos de lo que realmente pesan.

#### 1.4.3. FACTORES FAMILIARES

En cuanto a la estructura y dinámica familiar, la literatura científica apunta que existe una influencia entre determinadas características familiares y el origen de los TCA. En el estudio de Rorty, Yager, Rossotto y Buckwalter (2000) para las pacientes con BN ven invadida su privacidad por el intrusismo parental, especialmente de la madre. También se recoge que las familias de pacientes con BN son más conflictivas, desorganizadas, críticas, menos cohesionadas y con menor capacidad para establecer relaciones de confianza y de ayuda entre sus miembros, que las participantes del grupo control (Strober y Humphrey 1987).

Además de la influencia en el desarrollo, la familia puede ejercer un papel importante en el mantenimiento del TCA. La vivencia de la enfermedad desde que se tiene conocimiento en la familia se convierte en una situación permanente de estrés y sufrimiento que se va agravando a medida que va avanzando la enfermedad. El desconocimiento y las dificultades para manejar la enfermedad, los cambios observados en las hijas, las repercusiones en el resto de los miembros de la familia, entre otras circunstancias, conlleva la aparición de un preocupación excesiva, con ansiedad y tensión.

El clima que se genera en la familia resulta aversivo para la enferma ya que se siente observada, atacada, amenazada, y que se muestra escurridiza y evitativa, sobretodo, a la hora de las comidas. La emoción expresada, volumen de comentarios críticos o de señales de hostilidad dirigidos a un paciente, es uno de los elementos que se ha estudiado por su repercusión en el mantenimiento e incluso en

agravamiento de los TCA. Butzlaff y Hooley (1998) en su revisión de los estudios que relacionan la emoción expresada y los TCA encontraron que a mayor emoción expresada peor cumplimiento de normas nutricionales y una prematura finalización o abandono del tratamiento en pacientes de TCA.

Una aportación más. Algunos de los síntomas de los TCA parecen moderadamente hereditarios. Estudios que se han realizado con hermanos gemelos con atracones, vómitos autoinducidos y con restricciones alimentarias indican que estos comportamientos son hereditarios en el 46-72% de los casos (Klump, Holly, Iacono, McGue y Wilsson, 2000).

#### 1.4.4. FACTORES PSICOLÓGICOS

##### 1.4.4.1. Características de personalidad

Behar, Manzo y Casanova (2006), sugieren que las personas con TCA presentan entre otras características, problemas en las relaciones interpersonales, introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de asertividad, sensación de ineficacia, perfeccionismo y rasgos obsesivos, previamente a la aparición del trastorno. Las dificultades para relacionarse con los pares o las parejas, generan a su vez un sentimiento de baja autoeficacia y autoestima, que puede provocar el inicio de una dieta, en la creencia de que la aceptación social se consigue a través de la pérdida de peso (Cain et al., 2010; Jarry, Polivy, Hertman, Arrowood y Pliner, 2006; Scoffier, Maïano y D'Árripe-Longueville, 2009).

En el caso de los TCA, se ha incluido la insatisfacción con la imagen corporal dentro de los factores de riesgo de tipo psicológico y conductual (Jacobi et al., 2004). De este modo, existe una asociación entre insatisfacción corporal, baja autoestima y TCA, así como el futuro desarrollo de depresión (Byely, Archibald, Graber y Brooks-Gunn, 2000; Stice y Bearman, 2001; Wertheim et al., 2001).

Algunos autores sugieren que la búsqueda de sensaciones, definida como una necesidad de novedad en variadas y complejas sensaciones y experiencias, así como la voluntad de tomar riesgos físicos y sociales en aras de tales experiencias, es más frecuente entre personas con ANp, BN, y TA. En otras palabras, en aquellas con TCA que presentan atracones, purgas, o ambas (Rossier, Bolognini, Plancherel y Halfon, 2000).

#### 1.4.4.1.1. Baja autoestima

La autoestima es una apreciación, positiva o negativa, que la persona tiene sobre sí misma (Rosenberg 1989). Las personas con baja autoestima consideran que tienen poca capacidad para hacer cosas y se valoran negativamente, por lo que se generan una insatisfacción con ellas mismas (Branden 2001).

Por otro lado, el estudio de la autoestima cobra interés clínico debido a que, además de ser consecuencia de la insatisfacción con la imagen corporal, es también un constructo de gran relevancia en diferentes cuadros psicopatológicos (Silverstone y Salsali. 2003). Se ha asociado a la depresión (Brown, Bifulco, Andrews, 1990; Harter, 1993), la ansiedad (Kaplan y Pokorny, 1969; Rosenberg, 1965) y la fobia social (Baños y Guillen, 2000). Además, el nivel de autoestima se ha dibujado como un predictor de la depresión (Kernis, Granneman, Mathis, 1991). La relación entre autoestima e imagen corporal percibida ha sido estudiada por Perrin et al. (2010). Cuanto más ajustadas estén la imagen percibida, la real y la ideal, más alta será la autoestima. En contraposición, observan que en el TCA existe un sobredimensionamiento del cuerpo, y una percepción errónea de sobrepeso cuando la persona presenta una baja autoestima.

Presentar una baja autoestima es una de las características del TCA (Cain et al., 2010). Tal y como destacan Perrin et al. (2010), los pacientes con TCA, tienen una percepción del cuerpo poco acorde con la realidad. De igual modo, la investigación realizada por Espina et

al. (2001), confirma la relación entre el TCA y la insatisfacción corporal, dado que obtienen que la insatisfacción corporal era significativamente más elevada en el grupo con TCA, respecto al grupo control. Igualmente, en este estudio se resalta la importancia de la intervención terapéutica sobre la imagen corporal en los TCA, recomendación que ya había sido indicada por Sepúlveda, Botella y León (2001) y Richardson et al. (2010).

En un estudio sobre factores de riesgo para desarrollar TCA, la baja autoestima es clave para la aparición de comportamientos enfocados a reducir de peso (Schmidt, 2001). En este sentido, Cervera et al. (2003) en su estudio con mujeres, con edades entre 12 y 21 años, obtienen que la alta autoestima actúa como protector para desarrollar alteraciones en el comportamiento alimentario. Por el contrario, aquellas que han desarrollado patrones alimentarios anómalos, presentan una baja autoestima. Por otro lado, Karpowicz, Skärsäter y Nevonen (2009) estudiando el cambio en la autoestima en mujeres con edades entre 16 y 25 años tras recibir tres meses de tratamiento específico para TCA, los resultados muestran que el tratamiento es efectivo para incrementar la autoestima.

La autoestima, la ineficacia y el autoconcepto se han relacionado en un gran número de estudios con los TCA. Aunque estos tres términos se encuentran muy solapados, se pueden establecer algunas diferencias entre los mismos. El autoconcepto hace referencia a todo lo que la persona piensa y siente de uno mismo. La autoestima se refiere a la valoración de la persona de sí misma y la ineficacia hace referencia a sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control.

Como se pone de manifiesto, las mujeres con baja autoestima tienen a menudo problemas con su imagen corporal y TCA, mientras que las personas con alta autoestima y las mismas condiciones se muestran menos predispuestas a desarrollar alteraciones alimentarias (Ross y Wade, 2004). Así, en los últimos años, diferentes investigaciones han seguido confirmando la relación entre los TCA y el

autoconcepto, describiendo un autoconcepto más bajo en pacientes con TCA (Stein y Corte, 2007).

Los escasos estudios que han evaluado diferentes dimensiones dentro del autoconcepto (emocional, físico, familiar, social y académico) han encontrado que todas estas dimensiones correlacionan de manera inversa con los síntomas de TCA (Gual et al., 2002). Como ejemplo dentro de estas parcelas del autoconcepto, el autoconcepto físico (valoración que realiza la persona de sus capacidades físicas), correlaciona positivamente con un mayor nivel de satisfacción corporal e influye en que la persona no juzgue su cuerpo únicamente por el aspecto físico (Mitchell, Moore, Bibeau y Rudasill, 2012).

En resumen, los TCA se han relacionado con la ineficacia, el bajo autoconcepto y la baja autoestima. La autoestima de las personas con TCA está muy influida por el autoconcepto físico y por la valoración que hacen los demás. Un autoconcepto físico positivo, es clave para la satisfacción corporal y personal y para la convivencia en sociedad, pues es en sí mismo una característica psicológica y está relacionado con otros factores psicológicos y con una serie de comportamientos sociales que conllevan el bienestar psicológico y personal, especialmente durante la adolescencia y la juventud (Cain et al., 2010; Goñi, Rodríguez y Ruiz de Azúa, 2004; Perrin, Boone-Heinonen, Coyne-Beasley y Gordon-Larsen, 2010). De igual modo, una alta autoestima y una buena competencia social son esenciales para prevenir la aparición de los TCA (Scoffier et al., 2009), en cambio, la insatisfacción corporal es un buen predictor de conductas relacionadas con la aparición del TCA, y un factor de riesgo para su desarrollo (Richardson y Paxton, 2010).

#### 1.4.4.1.2. Insatisfacción corporal

Diferentes estudios informan que las personas con TCA presentan características tales como alto perfeccionismo, baja

autoestima, obsesividad, rigidez e insatisfacción corporal, entre otras (Borda, Torres y Del Río, 2008; Franco, Mancilla, Peck y Lightsey, 2008). Entre las variables estudiadas, la baja autoestima ha sido considerada, repetidamente, como un factor relevante de vulnerabilidad para el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos (Button, Sonuga-Barke, Davies y Thompson, 1996; Fairburn, Cooper, Doll y Welch, 1999a).

Características de la insatisfacción corporal, tales como la evaluación subjetiva negativa de la propia figura o de determinadas partes del cuerpo, deben diferenciarse de la incapacidad para percibir con exactitud el tamaño del propio cuerpo y la excesiva influencia del peso y la figura en la determinación de la propia autovalía, aunque curiosamente también son síntomas de los TCA. La insatisfacción corporal, por su parte, es una variable mediadora en la aparición y mantenimiento de los TCA. Se produce cuando existen discrepancias entre la figura corporal percibida y el modelo estético ideal internalizado, esto decir, cuando una persona se mira en un espejo, lo que ve no es sólo su cuerpo tal y como es, sino que se compara con el modelo estético que ha interiorizado acerca de “como se supone que debemos ser” y, dado que esos criterios estéticos ideales son irreales, la comparación casi siempre acaba por producir malestar (Johnston, 1996).

En el estudio de Asuero et al. (2012), llevado a cabo con una muestra de pacientes con TCA, un primer objetivo fue conocer cómo afectaba, entre otras variables, la preocupación por la silueta, en función del nivel de autoestima (baja, media y alta) de las pacientes. Fueron las pacientes del grupo con autoestima baja quienes presentaron puntuaciones más elevadas, estadísticamente significativas, respecto a las pacientes con TCA de los grupos autoestima media y autoestima alta en insatisfacción corporal y ansiedad; en cambio, en depresión, aunque las puntuaciones fueron más elevadas en el grupo con autoestima baja, las diferencias significativas se limitaron exclusivamente al grupo con baja autoestima

y el grupo con autoestima media. Como segundo objetivo, y relacionado con el primero, se planteó si las participantes con TCA con autoestima baja presentarían una mayor preocupación por el peso y la silueta, así como una mayor tendencia hacia la autodesvalorización, respecto a las participantes con autoestima media y alta.

Tal y como se había planteado, las pacientes con nivel de autoestima bajo, obtuvieron puntuaciones superiores, y estadísticamente significativas, en preocupación por el peso y la silueta, y en autodesvalorización al comparar su silueta con la de otras personas. Estos hallazgos llevaron a las autores a preguntarse ¿Puede ser la insatisfacción corporal, junto con la baja autoestima las variables que guarden una mayor relación con las alteraciones emocionales en los TCA? (Asuero et al., 2012). Estos resultados van en la línea de un número importante de estudios en los que se pone de manifiesto la presencia preocupación por la silueta en personas con TCA, especialmente en aquellas con autoestima baja (Meijboom, Jansen, Kampman y Schouten, 1999; Ross y Wade, 2004).

Estos resultados no resultan sorprendentes cuando se estudia una muestra de pacientes con TCA, tanto más cuando tampoco resulta extraño que las alteraciones de la imagen corporal también están presentes en distintos grados en la población general, pues es un constructo subjetivo que se va formando en el contexto social y cultural de cada individuo. Tal y como dice Cash (2002), *“ni la belleza es garantía de una imagen corporal favorable, ni la fealdad una condena para una imagen corporal negativa”*.

Hallazgos de otros estudios van en la misma línea, como el realizado por Ramos et al. (2010) en el que se pone de manifiesto que el IMC no resulta una variable significativa a la hora de explicar la satisfacción que tenemos con el cuerpo, sino que es la percepción de la imagen corporal y la satisfacción con ésta, lo que explica los comportamientos dirigidos a la pérdida de peso. No obstante, la evidencia clínica lleva a darse cuenta a los profesionales que en aquellas pacientes con AN (especialmente), en las que se observa una

acusada baja autoestima, la discrepancia entre el peso “real” e “ideal” suele alcanzar niveles importantes de insatisfacción consigo misma. Más aún, a pesar de estar en niveles de infrapeso, persiste la insatisfacción corporal, una acusada ansiedad física y cognitiva y un estado de ánimo depresivo. Todo esto explicaría el mantenimiento de la restricción alimentaria, y la presencia de conductas compensatorias, con el deseo de alcanzar la satisfacción corporal (Borda et al., 2011).

Pero, a pesar de que la población juvenil y adolescente resulta más vulnerable, la insatisfacción corporal y las alteraciones en el comportamiento alimentario, también es frecuente entre la población adulta. Un estudio reciente (Grippe y Hill, 2008) señala que el 43% de una muestra de mujeres con una media de edad de 51 años mostraba insatisfacción corporal. Por otro lado, aunque con el paso de los años se tiende a relativizar la valoración de uno mismo, sin dar tanto énfasis al aspecto corporal, no sucede en todos los casos. En este sentido, McLaren y Kuh (2004) encontraron que las mujeres en torno a los 54 años indicaban estar más insatisfechas con su cuerpo en la actualidad, en comparación con informes retrospectivos de la insatisfacción corporal en la adolescencia.

#### 1.4.4.1.3. Perfeccionismo

Junto con la insatisfacción corporal, entre los factores de vulnerabilidad de los TCA se encuentra el ser muy perfeccionista (Slade, 1995). El perfeccionismo ha sido un tema de interés creciente en la investigación psicopatológica durante las últimas tres décadas al ser considerada una variable relevante en numerosos trastornos psicológicos, entre otros, los TCA (Enns y Cox, 2002; Fairburn, 1997), junto con la autoestima (Peck y Lightsey, 2008).

Diferentes estudios informan que las personas con un TCA presentan características tales como alto perfeccionismo, baja autoestima, obsesividad, rigidez, insatisfacción corporal, etc. Welch, Miller, Ghaderi y Vaillancourt (2009) estudian el papel del

perfeccionismo en la relación entre la insatisfacción corporal y los TCA. Concluyen que la asociación entre ambos se vería moderada por el perfeccionismo. Dentro de las modalidades de perfeccionismo, el socialmente prescrito es el que mayor relación presenta con el malestar hacia la imagen corporal (García-Villamizar, Darrilo y del Pozo, 2012).

En cuanto al perfeccionismo, diversos estudios ponen de manifiesto el papel importante que desempeña en el desarrollo de un TCA. En el caso de la anorexia nerviosa, la personalidad perfeccionista se convierte en un factor que contribuye al mantenimiento de la restricción alimentaria y, por tanto, al mantenimiento del bajo peso (Fairburn, Shafran y Cooper, 1999b). Por otra parte, Stice (2002) en su estudio de revisión mediante metaanálisis, señala que el perfeccionismo puede ser un factor de riesgo para los síntomas bulímicos y un factor de mantenimiento para una patología alimentaria en general. Así mismo, señala, puede interactuar con otros factores de riesgo actuando como predisponentes o mantenedores de la patología alimentaria (Vohs, Bardone, Joiner, y Abramson, 1999). En la misma línea, Lilienfeld, Wonderlich, Riso, Crosby y Mitchell (2006), concluyen que el perfeccionismo puede ser un rasgo de personalidad predisponente, un factor de riesgo para el desarrollo de un TCA.

El perfeccionismo es uno de los rasgos que predominan en la personalidad de los enfermos de TCA. Fairburn et al. (1999a), en un estudio sobre factores de riesgo en anorexia nerviosa, determinaron la existencia de perfeccionismo en el 61% de sus pacientes anoréxicas y en el 42% de bulímicas. Tyrka, Waldrom, Graber y Brooks-Gunn (2002) publicaron un estudio longitudinal destinado a investigar posibles factores de riesgo de TCA. Evaluaron a 157 chicas de 12-16 años, volvieron a hacerlo cuando contaban 14-18 años y posteriormente, 20-24 años. El perfeccionismo en el inicio de la adolescencia fue la variable que predijo el inicio de AN en la juventud. Es la característica que parece tener una relación más fuerte con la

anorexia nerviosa hasta el punto de estar incluido en los modelos de riesgo (Shafran y Mansell, 2001; Slade 1982; Vitousek y Manke 1994).

Basándose en estudios previos, Borda et al. (2011) pusieron a prueba un modelo estructural, sobre el papel mediador del perfeccionismo y la autoestima en el estudio de los efectos de los rasgos de personalidad en los TCA. En el modelo teórico propuesto, se planteó una relación directa y positiva entre los rasgos de personalidad y las variables perfeccionismo y autoestima, relacionándose estas dos variables con la insatisfacción corporal. La insatisfacción corporal, a su vez, con la restricción alimentaria y ésta finalmente, con la presencia de conductas purgativas. Los hallazgos más relevantes obtenidos fueron que la autoestima se mostró como principal variable mediadora en la relación entre rasgos de personalidad y TCA, así como la importancia del perfeccionismo como variable mediadora del efecto del rasgo de personalidad límite sobre dichos trastornos y sobre la autoestima, así como el papel mediador de la insatisfacción corporal, del efecto ejercido, por los rasgos de personalidad, en general, a través de autoestima sobre la restricción alimentaria y las conductas purgativas, y en particular, del efecto ejercido por la personalidad límite sobre la restricción alimentaria y las conductas purgativas. Resultados en esta línea se encontraron en el estudio de Boone, Braet, Vandereycken y Claes (2013), quienes estudiaron los esquemas desadaptativos y el perfeccionismo en relación a la preocupación con la imagen corporal en pacientes con TCA. El perfeccionismo resultó ser un mediador importante en las preocupaciones por la imagen corporal.

Como rasgo de personalidad, el perfeccionismo está presente antes de la aparición del trastorno (Fairburn et al., 1999a). Aumenta durante la enfermedad (Halmi et al., 2000) y se mantiene tras la recuperación (Bastiani, Rao, Weltzin y Kaye, 1995; Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich, Masters, et al., 2004).

Por último, en los artículos revisados sobre este tema, el perfeccionismo y la desesperanza, en cierto modo asociado a la

depresión, son las variables que arrojan un mayor número de publicaciones en los TCA. En concreto, los trabajos en los que se utiliza el perfeccionismo como una variable a estudiar, reflejan, en líneas generales, el efecto que ejerce en el mantenimiento de la sintomatología anoréxica o bulímica. Así, en este sentido, Szabo y Terre- Blanche (1997) enfatizan en su estudio con 15 pacientes con anorexia nerviosa la relevancia del perfeccionismo de cara al éxito del tratamiento, puesto que de todas las variables analizadas, únicamente en perfeccionismo no se observan cambios significativos tras el tratamiento. Para Bardone, Vohs, Abramson, Heatherton y Joiner (2000), el perfeccionismo, la insatisfacción corporal y la baja autoestima se muestran como buenos predictores de la sintomatología bulímica.

#### 1.4.4.2. Rasgos y trastornos de personalidad

Asimismo, en la literatura científica se evidencia un nivel elevado de comorbilidad entre los TCA y los trastornos de personalidad (TP) (Borda et al., 2011; Del Río, Torres y Borda, 2002; Gabriel y Waller, 2014), en concreto, entre la BN y el trastorno límite de la personalidad (TLP) (Reas, Rø, Karterud, Hummelen y Pedersen, 2013; Torres, Del Río y Borda, 2008).

Son numerosos los estudios realizados con pacientes bulímicas que refieren entre sus hallazgos a los trastornos límite o al límite e histriónico como los más característicos de la personalidad de estas pacientes (Díaz-Marsá, Carrasco y Saiz, 2000; Herzog, Keller, Sacks, Yeh y Lavori, 1992; Skodol *et al.*, 1993; Wonderlich, Swift, Slotnick y Goodman, 1990). Asimismo, son también muy comunes los diagnósticos múltiples de personalidad con porcentajes que varían del 19% al 44% de pacientes con dos o más diagnósticos (Braun, Sunday y Halmi, 1994; Gartner, Marcus, Halmi y Loranger, 1989). En este sentido, Torres et al. (2008) evalúan en BNp las elevaciones en las distintas escalas de personalidad del MCMI-II, con la finalidad de determinar el porcentaje de pacientes que presentan elevaciones

clínicamente significativas ( $TB > 75$ ) en las distintas escalas y de las que presentan diagnósticos simples o múltiples. Los hallazgos indican que la personalidad de estas pacientes conforma una constelación que queda reflejada por una diversidad de escalas con puntuaciones elevadas clínicamente significativas que presentan el 81% de las pacientes y que oscilan desde siete hasta una.

#### 1.4.4.3. Alteraciones emocionales

En la revisión de la literatura científica sobre la relación entre las alteraciones emocionales y los TCA, diversos estudios ponen de manifiesto que la depresión es el cuadro comórbido más frecuente en pacientes con TCA (García-Villamizar, Datilo y del Pozo, 2012). Junto con la preocupación por el peso, se convierten en factores de riesgo para el desarrollo de los TCA (Loth, MacLehose, Bucchianeri, Crow y Neumark-Sztainer, 2014).

En el estudio de Bizeul, Brun y Rigaud (2003), observan una relación directa entre la depresión y las escalas del EDI que evalúan los TCA en pacientes con anorexia nerviosa. Las ANr no depresivas indicaban puntuaciones más bajas en obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal, que las participantes del grupo control. Para estos autores, la conducta de purga y el atracón pueden estar influyendo en gran medida en la tendencia depresiva, apoyando la teoría de Tyrka et al. (2002). Concluyen que las personas que tienen mayor riesgo de desarrollar AN son las mujeres delgadas que siguen los estándares perfeccionistas, mientras que lo que determina el desarrollo de los ciclos purgativos es el afecto negativo.

Respecto a la ansiedad, diversos estudios señalan que es un factor de riesgo relacionado tanto con la etiología como con el mantenimiento de los TCA. Kaye et al. (2004) evalúan, por un lado, la comorbilidad de los trastornos de ansiedad en los TCA, tanto en pacientes con AN, con BN como con ambos diagnósticos. Los hallazgos obtenidos indican que dos tercios de las pacientes con TCA

tenían uno o más trastorno de ansiedad a lo largo de su vida. Como se viene comentando, la baja autoestima juega un papel fundamental para entender la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva (Tzonihaki, Kleftaras, Malikiosi-Loizos, 1998). En este sentido, la baja autoestima y el aumento del estrés se relacionan directamente con estado de ánimo depresivo (Southall y Roberts, 2002). En esta línea, en el trabajo de Martyn-Nemeth, Penckofer, Gulanick, Velsor-Friedrich y Bryant (2009), se estudiaron las relaciones entre autoestima, estrés, apoyo social y estrategias de afrontamiento y sus efectos sobre los comportamientos alimentarios y el estado de ánimo depresivo en adolescentes. Los resultados pusieron de manifiesto que la enseñanza de estrategias para reducir el estrés, la mejora de la autoestima y el mayor uso de estrategias de afrontamiento podían prevenir comportamientos alimentarios poco saludables y disminuir el riesgo de presentar sintomatología depresiva. Asimismo, Ahrén-Moonga, Holmgren y Klinteberg (2008) realizaron un estudio en el que se pone de manifiesto que las pacientes con TCA mostraban mayor tensión y ansiedad cognitiva- social que el grupo control, y que la elevada ansiedad y la baja adaptación social puede ser un factor predisponente en el desarrollo de TCA.

Por otro lado, en la literatura científica se señala la necesidad de considerar un criterio diagnóstico cognitivo adicional en los TCA, entre los cuales se incluyen la BN por la elevada presencia de actitudes disfuncionales relacionadas con el peso, la comida y la imagen corporal (Masheb y Grilo, 2000).

Al profundizar en el estilo cognitivo, global y específico, característico en los TCA (Walsh, 1996), es relativamente frecuente observar una asociación entre unos niveles elevados de distorsiones cognitivas o creencias irracionales con la presencia de síntomas depresivos y ansiosos (Fairburn y Cooper, 1982; Phillips, Tiggemann y Wade, 1997; Pyle, Mitchell y Eckert, 1981; Waltzin, Starrinsky, Santelli y Kaye, 1993). Por ello, resulta adecuado tomar en consideración las

distorsiones cognitivas relacionadas con los TCA, para conseguir un cambio terapéutico eficaz (Matto, 1997).

Un monto importante de trabajos acerca de las creencias irracionales llevados a cabo con pacientes con TCA se centran en la BN. En este sentido, en el estudio de White y Boskind-White (1984) en el que analizaron las características de estudiantes bulímicas, observaron que éstas presentaban alteraciones de la imagen corporal con un deseo de pesar por debajo del peso actual, baja autoestima, así como tendencias perfeccionistas y a percibirse de un modo más negativo de lo que en realidad mostraban sus cualidades (Fairburn y Cooper, 1982; Garfinkel y Garner, 1982). Tomando como referencia el estudio llevado a cabo por White y Boskind-White (1984), Borda, Del Río y Torres (2003) analizan en pacientes con TCA, a partir del tipo de creencias irracionales que presentan, si existe un patrón cognitivo específico en aquellas pacientes con conductas purgativas, especialmente vómitos. Los hallazgos indican que las pacientes que vomitan, no tienden a presentar unas creencias irracionales notablemente distintas que aquellas otras que no realizan este tipo de patrón anómalo.

Dado que en el trabajo de estas autoras se analizan las creencias irracionales desarrolladas según el modelo de Ellis, se ha considerado oportuno incluir, textualmente, algunos de los hallazgos más relevantes de este estudio dado que en él se pone de manifiesto cómo el patrón cognitivo contribuye en buena parte al desequilibrio y malestar emocional en personas con TCA:

*“En concreto, en este estudio se observa que una de las creencias básicas que denota una notable diferencia es la primera, la “demanda de aprobación”, o dicho de otro modo, la necesidad de recibir afecto y aprobación de los demás. Si bien existe de modo universal un deseo de ser querido, ser aprobado y ser reconocido por los méritos, en las personas con un problema de la alimentación, el mantenimiento de pensamientos automáticos tales como: “necesito estar delgada”, “si como, engordo”, “no me gusta el jamón serrano” o “no puedo estar gorda porque nadie se*

*va a fijar en mí”, encierran creencias erróneas relacionadas con la posibilidad de perder una valoración positiva de los demás, el éxito, el poder, etc. Por ello, un estilo cognitivo basado en esta creencia supondría, por un lado, la necesidad de recurrir de un modo continuo a procedimientos que condujeran al logro de aquellas pautas sociales que garantizaran el ajuste a ese canon de éxito. Por otro lado, a la búsqueda de una permanente reafirmación de la propia creencia irracional: “el cuerpo delgado proporciona la felicidad”. Desde ese punto de vista, este tipo de pensamientos contribuye a afianzar el trastorno de la alimentación y en última instancia, el desequilibrio emocional.*

*La segunda de las creencias irracionales que ha marcado una diferencia significativa es la necesidad de ser competente y perfecto, denominada “perfeccionismo”. El perfeccionismo puede ser considerado como una característica de personalidad, pero, además, como un elemento más en el estilo cognitivo de una persona. La tendencia hacia ser competente, hacia la superación de uno mismo, el orden, etc., se puede entender como un perfeccionismo sano y normal. Sin embargo, cuando este deseo alcanza unos niveles de “necesidad de ser perfecto”, compromete a la persona en la realización de comportamientos, desadaptados en gran medida. Así, en las personas con trastornos de la alimentación ciertas conductas como el vómito, el ejercicio excesivo, o la restricción alimentaria son utilizadas como un medio para alcanzar el ideal propuesto: “Estar delgada”. Pero evidentemente, esta necesidad se traduce en un aumento del desajuste emocional, ya que cada vez la persona afectada dedica más tiempo a la realización de la conducta, con tal obsesión que gradualmente se encierra en su propia trampa: “perfeccionarse para ser perfecta”. En este sentido, una aportación de este trabajo, al margen de los trabajos existentes en relación con la anorexia nerviosa y el perfeccionismo, es la confirmación de que el tipo de trastorno, AN o BN, no establece diferencias en esta creencia irracional.*

*Relacionado con esta creencia, se observa que en nuestro estudio, la actitud “tolerancia a la frustración” propia de las personas racionales, se convierte en una creencia irracional. Mientras que las personas con una visión racional y sana del mundo aceptan y se conceden a sí mismos el*

*derecho a equivocarse, sin condenarse ni condenar a los demás, aquellas otras personas que necesitan que los acontecimientos transcurran según su propia decisión están abocadas al sufrimiento, puesto que la lucha para ver satisfechos en todo momento sus planes, se traduce en algo constante y con un coste físico y mental elevado. Así, pensamientos automáticos tales como “tengo que perder más peso”, “ está todo perdido”, “odio mis nalgas” o “tengo que ... “ son ejemplos de escasa tolerancia a la frustración, característicos de las personas con TCA, que como se observa en los resultados de este estudio, no muestra diferencias entre las anoréxicas y las bulímicas nerviosas.*

*El temor o miedo a que los acontecimientos no transcurran según los planes previstos, llegando a convertirse uno mismo en el centro de atención de sí mismo, hace sentir la vida con angustia, con inquietud. En esto consiste la próxima creencia irracional que caracteriza a las pacientes con trastornos de la alimentación: la “sobreimplicación ansiosa”. Las personas sanas emocionalmente y con una visión racional del hombre y el mundo aceptan y reconocen que el medio en que vivimos es incierto, que no existen certezas absolutas, que las normas son flexibles y abiertas al cambio, que las actitudes son tolerantes, etc. Si las personas afectadas con un problema de alimentación aceptaran este punto de vista y asumieran que la silueta y la felicidad no están únicamente en función de los kilos y los centímetros, comprenderían que si uno no es aceptado, no implica que sea rechazado, tal vez desconocido o simplemente indiferente. Pero la necesidad de anticiparse a lo adverso y preocuparse por lo incontrolable genera, en general, un estado de ansiedad persistente y, en especial, en el tema de la preocupación por el peso y la silueta, a convertir en controlable y en anticiparse ante cualquier contrariedad que rompe su equilibrio irreal. Pensamientos tales como “si como no puedo controlarme el atracón”, “no puedo comer como los demás porque engordo” o “necesito comer sola y preparar mi comida” hacen de la vida de la anoréxica y bulímica una prisión, con una sensación de estar prisioneras, sin libertad, sumidas en una trampa.*

*La mayoría de las personas sanas mentalmente asumen que no siempre se va a poder alcanzar todo lo que se desea, ni van a poder evitar el dolor y el sufrimiento. Aceptan los sentimientos de ansiedad, depresión, derrota,*

*etc. Por el contrario, concebir que el futuro depara lo mismo que el presente o el pasado, la indefensión ante los cambios que deparan los acontecimientos, es decir, la desesperanza, infunde un estado depresivo, de tristeza y sufrimiento que apaga los intentos de hacer frente a la vida, al mundo y al futuro. Es la presencia de esta creencia irracional en las pacientes con TCA, la que guarda una mayor relación con la depresión en la AN y BN; por ello, viene siendo objeto de estudio en un número importante de trabajos en este campo, y más concretamente en la BN.*

*Frases dichas por las pacientes, referidas a pensamientos que reflejan desesperanza como “esto es para siempre”, “total, da igual, a quién voy a gustar”, inciden directamente en el problema de la alimentación, pero, a su vez, repercuten en la paciente anoréxica o bulímica de un modo global en otras áreas de su vida: amigos, relaciones laborales, ocio, etc., si bien se observa en este estudio que la severidad de esta creencia irracional, a pesar de existir diferencias, no es especialmente llamativa ni comparativamente elevada respecto a las otras creencias irracionales en la población clínica, de modo similar a la próxima creencia a comentar.*

*La última creencia irracional que diferencia a las pacientes con TCA en este estudio de las personas con una visión racional del mundo es la “irresponsabilidad emocional”, entendida como la necesidad de evitar las responsabilidades y los problemas. Habitualmente, la persona con una visión racional acepta y asume los riesgos que conllevan los problemas y acontecimientos a los que ha de hacer frente, si bien, valora hasta qué punto existe la posibilidad de fallar. Oscila entre el afrontamiento directo o la adopción de recurrir a terceras personas, en función de sus recursos. Esta perspectiva es así entendida, en parte, por las pacientes con TCA, quienes oscilan entre la asunción de responsabilizarse de su problema, aunque de forma errónea, y el afrontamiento o huida de determinados hechos o actividades que giran en torno a su vida. Justificaciones del tipo “tengo que estudiar o ...” (en lugar de acudir a terapia) o “esto lo controlo yo” (el problema) son ejemplos de mensajes transmitidos por las pacientes, que si bien denotan una cierta responsabilidad, no siempre resulta en la dirección deseada” (Borda et al., 2003).*

Las conclusiones de este estudio a destacar son, por una parte, que las creencias irracionales relacionadas con la necesidad de aprobación, el perfeccionismo y la indefensión ante el cambio o desesperanza, se asocian con la sintomatología ansiosa y depresiva. Y, por otra parte, es que las pacientes con AN no presentan un estilo de creencias irracionales distinto de aquellas con BN. En cuanto a la semejanza encontrada en función de la adopción o no de conductas de vómito, este trabajo no aporta los resultados esperados de encontrar patrones cognitivos diferentes, salvo para el perfeccionismo.

Estos hallazgos no resultan especialmente sorprendentes, si se tiene en cuenta que un porcentaje importante de afectadas fluctúan en algún momento de la enfermedad entre la AN y la BN, y viceversa. Esto lleva a pensar que básicamente el estilo cognitivo ha de entenderse como estable, instaurado en la persona, no sometido a cambios continuos como puede darse a nivel conductual, como por ejemplo, la cantidad de ingesta, el número de atracones y/o vómitos o el tiempo dedicado al ejercicio físico, comportamientos en los que la frecuencia tiende a ser más fácilmente modificable, a pesar de seguir manteniendo básicamente la misma creencia irracional (Borda et al., 2003).

## **1.5. CONDUCTAS PURGATIVAS**

En los TCA aparece insatisfacción con la imagen corporal y preocupaciones centradas de un modo global en el peso o tamaño del cuerpo y de modo específico en las nalgas, cintura, muslos y cadera (partes relacionadas con expectativas de maduración sexual y social) (Perpiñá et al., 2000). Los pensamientos están centrados en la delgadez y las conductas motoras son la realización de dietas, el uso de laxantes y purgantes, el ejercicio físico excesivo y la evitación de situaciones.

Conviene resaltar que tanto los atracones como las purgas tienen efectos muy perjudiciales para la salud. Por un lado, los

atracones, en los casos en que se ingiere gran cantidad de alimentos dulces, paradójicamente, pueden llevar a un estado de hipoglucemia dado que, ante una gran cantidad de azúcares, el páncreas produce a su vez mucha insulina para regular el nivel de azúcar en sangre. Consecuentemente, aparecen la fatiga, el vértigo y estados de letargo y depresivos. Por otro lado, las purgas producen corrosión en los dientes, debido a los efectos del ácido clorhídrico al vomitar. Este mismo ácido puede producir también hemorragias y lesiones en el esófago y en la boca (Amigo, 2003).

Para este autor, el atracón, con frecuencia se produce como consecuencia del incumplimiento de una dieta muy restrictiva. Estas restricciones impuestas al organismo provoca que éste reaccione demandando aquello de lo que es privado. La sobreingesta que sigue a la dieta genera una gran preocupación por el peso conduciendo, habitualmente, al inicio de algún tipo de maniobra para purgarse.

Una conducta de purga es una acción por la que una persona intenta eliminar el alimento ingerido. La conducta purgativa más conocida es el vómito, sin embargo, otros mecanismos utilizados para evitar el aumento de peso son el uso de laxantes y diuréticos son también consideradas como conductas de purga. Estos provocan deshidratación con la consiguiente sensación de pérdida ponderal, pero al interrumpir su uso se produce una retención refleja de líquidos por lo que se perpetúa su consumo. No obstante, en la mayoría de los estudios, no se diferencia o no se especifica a qué tipo de conductas purgativas hacen referencia (abuso de diuréticos y laxantes o vómito), a pesar de reconocer la importancia de la utilización, especialmente en los adolescentes, por las consecuencias en la salud. En este sentido, en el estudio de Del Río et al. (2002) con 851 (pre)adolescentes encontraron que un porcentaje llamativo recurrían a conductas purgativas; en concreto, vómitos en el 9.9% y uso de laxantes en el 4.8% con la finalidad de perder peso, siendo prácticamente inexistente estas conductas en los varones.

Los vómitos suelen emitirse tras un atracón de comida, tanto si son objetivos (la ingestión de una gran cantidad de comida en poco tiempo con sensación de pérdida de control) como subjetivos (la ingestión de una cantidad de calorías mínima o normal). No obstante, el uso de laxantes o diuréticos no es necesariamente posterior a la ingesta de comida. El efecto que se pretende conseguir mediante las conductas de purga es el alivio del malestar físico tras el atracón de alimentos y la reducción del miedo al aumento de peso, al deshacerse de las calorías ingeridas. Por tanto, de este modo, se acaba introduciéndose en un círculo vicioso. Tras la purga se vuelve a iniciar una restricción calórica que, nuevamente, da paso a un nuevo atracón, que a su vez, termina en la conducta de purga. No se puede olvidar que, en este proceso se genera como efecto secundario una disminución del ritmo metabólico, que se traduce en las consecuencias más indeseadas, que es aumentar la probabilidad de ganar peso (Borra, 2008).

A pesar de que los programas terapéuticos se centran en la estabilización del peso y en los patrones de alimentación, se sabe que la insatisfacción con la imagen corporal está presente en el inicio, el mantenimiento de los trastornos de alimentación y es uno de los factores más importantes de recaída y mal pronóstico. La realización de dietas es un intento de paliar la insatisfacción corporal y la discrepancia entre el ideal corporal y la propia realidad (Raich, Torras, y Mora, 1997), así como también recurrir a las conductas purgativas como una estrategia de afrontamiento para paliar el malestar.

La bibliografía existente señala que las personas con TCA subtipo purgativo a menudo se acompañan de una impulsividad elevada, consumo elevado de sustancias, ideación o conductas suicidas, conductas autolesivas y depresión (Favaro y Santonastaso, 1996). En este sentido, ya en el año 1993, Garner, Garner y Rosen revelan que las conductas purgativas presentes en las pacientes con AN provocaban consecuencias médicas importantes. Por otra parte, se ha visto que personas con BN y alta impulsividad suelen presentar

cuadros más severos, peor funcionamiento global, mayor comorbilidad psicopatológica y peores resultados en los tratamientos, asumiéndose que podría estar implicada en el mantenimiento de la enfermedad (Schnitzler, Von Ranson y Wallace, 2012).

En un estudio llevado a cabo en nuestro país por Carretero et al. (2009), se evalúan en pacientes con TCA (BNp, TA y TCANE tipo purgativo vs restrictivo), diversos factores de riesgo (obesidad, menarquia e inicio de la enfermedad) así como la psicopatología alimentaria (duración de la enfermedad, estado nutricional y sintomatología alimentaria), la imagen corporal (aspectos actitudinales de la imagen corporal, obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal) y el funcionamiento psicológico (aspectos psicosociales: desconfianza interpersonal e inseguridad social, y características de personalidad: ineficacia, perfeccionismo, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad).

En cuanto a la psicopatología alimentaria, el grupo de BNp fue el que manifestó mayor severidad. Todos los grupos presentaron obsesión por la delgadez y dificultades en la evaluación de la imagen corporal (tanto en las alteraciones actitudinales de la imagen corporal como en insatisfacción corporal), considerándose ésta como factor de riesgo y criterio diagnóstico común en los TCA. En cambio, respecto al funcionamiento psicológico, todos los grupos diagnósticos cursaban con dificultades en aspectos psicosociales (desconfianza interpersonal e inseguridad social). Asimismo, y en relación a las características de personalidad, todos los grupos presentaron puntuaciones significativas en ineficacia (excepto el grupo de TA), perfeccionismo, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez y ascetismo e impulsividad (sobre todo en las formas purgativas). Por tanto, es la severidad de las características específicas de los TCA en aquellas con conductas purgativas, la que refleja una mayor diferencia, respecto al resto de las pacientes con TCA.

Diversas investigaciones ponen de manifiesto la utilización de estrategias compensatorias. Así, el vómito autoinducido es una

práctica utilizada para perder peso (Eaton et al., 2006; Stein et al., 1997). Poyato et al. (2002) apunta que el 22% de las adolescentes ayunaban de forma prolongada, el 13% de mujeres se autoprovocaban el vómito, aproximadamente el 5% de las adolescentes tomaban laxantes de forma inapropiada y, por último, el consumo de diuréticos era del 2%. En el Proyecto EAT (Eating among Teens Study), Neumark-Sztainer et al. (2006) la prevalencia de métodos para controlar el peso mediante diferentes prácticas compensatorias (por ejemplo, el vómito autoinducido, el uso de laxantes, el consumo de píldoras para controlar el peso o diuréticos) se incrementó de 14.5% a 23.9% durante los cinco primeros años en que se implementó el programa, en el transcurso del paso de la adolescencia. Estos resultados nos demuestran que, en poblaciones más jóvenes, si bien la utilización de otras prácticas compensatorias son relativamente frecuentes, son los vómitos autoinducido el método más frecuentes (Del Río et al., 2002) y que está fuertemente asociado al hecho de comer a solas, al miedo a subir de peso, a la preocupación por la imagen, a la realización de dieta para perder peso o al impulso irrefrenable de expulsar la cantidad de ingesta introducida en el cuerpo. En cualquier caso, esta estrategia inadecuada responde al deseo de aliviar el malestar experimentado.

## **1.6. EFICACIA TERAPÉUTICA**

A lo largo de este estudio se viene haciendo referencia al abordaje de los TCA. En cuanto a la eficacia de los tratamientos, la evidencia empírica ha puesto de manifiesto que los tratamientos cognitivos conductuales (TCC) se muestran eficaces en la intervención de estos trastornos, especialmente en la BN (Fairburn et al., 2013; Fernández-Aranda y Turón, 1998; Poulsen et al., 2014; Saldaña, 2001; Watson y Bulik, 2013; Zipel et al., 2014). En este sentido, un estudio llevado a cabo por Leung, Waller y Thomas (2000) con 20 pacientes con bulimia nerviosa, tras un tratamiento basado en TCC y orientado a las creencias irracionales, los resultados señalan que en torno al 50%

de las pacientes mejoran los síntomas bulímicos. Concluyeron que abordar los estilos cognitivos disfuncionales, junto con las habilidades sociales, son esenciales para mejorar el pronóstico del tratamiento y para evitar las recaídas.

Numerosos estudios señalan el papel de las conductas purgativas recurrentes en los TCA subtipo purgativo, como autoinducirse vómitos, para influir en el peso y la silueta, por lo que diversos autores han tratado de identificar las similitudes y diferencias entre los distintos trastornos con presencia de conductas purgativas, en relación con la severidad de la sintomatología alimentaria así como de las características de personalidad. No obstante, los resultados no son aún concluyentes (Brown, Haedt-Matt y Keel, 2011). En este sentido, Núñez-Navarro et al. (2011) al comparar pacientes con y sin conductas purgativas no observan diferencias en los rasgos de personalidad. Sin embargo, encontraron que presentaban puntuaciones más elevadas en sintomatología psicopatológica las pacientes con BNp, seguidas de aquellas con BNnp y, por último, las diagnosticadas con trastorno de atracón. Concluyeron que los síntomas se mostraban con más severidad en pacientes con conductas purgativas.

Respecto al número de pacientes con y sin conductas purgativas, en el estudio de Favaro y Santonastaso (2008) llevado a cabo con 540 pacientes de una unidad especializada diagnosticadas de AN, la ratio para cada uno de los subtipos fue de 3:1 a favor del subtipo no purgativo. Un año más tarde, en la revisión de la literatura realizada sobre la presencia de conductas purgativas en los TCA se concluye que la conducta purgativa adquiere una gran relevancia en el cuadro, razón por lo cual algunos autores apuestan por considerarlo como un trastorno independiente, de igual entidad a la AN y BN (Keel y Striegel-More, 2009).

El estudio de Koch, Quadflieg y Fichter (2013) se centra en conocer la influencia de las conductas purgativas en la mejoría terapéutica. Para estos autores, la mayoría de las investigaciones se

han centrado en determinar la eficacia de la intervención cognitivo-conductual de forma controlada, siendo escasos los estudios realizados en ambientes no controlados como la asistencia ambulatoria u hospitalaria, proporcionada desde los servicios de atención sanitaria (Turner, Tatham, Lant, MountFord y Waller, 2014; Turner, Marshall, Stopa y Waller, 2015; Waller, Hinrichsen, Mountford, Lawson y Patient, 2014). En general, los resultados muestran mejoría significativa en la psicopatología del TCA, funcionamiento psicológico y ajuste psicosocial, similares a los resultados de la revisión sistemática realizada por Zöe y Kim (2014). Estos autores destacan la efectividad del tratamiento en régimen ambulatorio para reducir las conductas de purgativas en los pacientes.

Respecto a la mejoría terapéutica, la mayoría de las investigaciones se centran en los trastornos con presencia de conductas purgativas, siendo escasos los estudios que comparan a pacientes con presencia vs ausencia de conductas de purga, como por ejemplo, ANr BNnp y trastorno de atracón. En este sentido, los hallazgos obtenidos no son concluyentes. En algunos estudios no se encuentran diferencias en la evolución postratamiento para los trastornos de BNp y BNnp. En cuanto a la sintomatología, señalan una mayor distorsión de la imagen corporal, ansia por la delgadez y síntomas disociativos, entre otros, en pacientes con conductas purgativas. Por otro lado, se observaría una afectación más severa en pacientes con ANp respecto a pacientes con BNp (Agüera et al., 2013, Fassino et al., 2002; Muñoz, Beato y Rodríguez, 2011; Tasca et al., 2012).

Estudios recientes indican mayor efectividad de los tratamientos en la psicopatología concurrente en la BN en comparación con la AN. En este sentido, en el estudio de revisión de Mischoulon et al. (2011) se destaca que las pacientes con ANr eran menos propensas a recuperarse de depresión mayor que las que presentaban BN. Además, los hallazgos no eran concluyentes para determinar la efectividad de los TCC en el caso de la AN. Fassino et al. (2002)

concluyen que la BN podría constituir un factor protector, ya que la búsqueda de la novedad facilitaría la motivación para el cambio.

En resumen, la evidencia científica hallada hasta el momento en TCC proporcionados en régimen asistencial ambulatorio u hospitalario, apunta a que no existirían diferencias significativas, respecto a la evolución, en pacientes con conductas purgativas. De igual modo, son escasos los estudios en los que se comparan estas pacientes con aquellas sin conductas purgativas, hallándose resultados no concluyentes. En algunos casos no se encuentran diferencias significativas, en cambio, en otros existen indicios de un mejor pronóstico en aquellas pacientes con conductas purgativas. Desde esta perspectiva, parece de interés profundizar en esta temática, en concreto, en analizar la influencia de las conductas purgativas en el pronóstico de pacientes con TCA sometidas a tratamiento asistencial de tipo ambulatorio u hospitalario. En un estudio reciente llevado a cabo por Avargues et al. (2017) se pone de manifiesto que tras 30 meses de tratamiento, en ambos grupos, la intervención produce mejoría en las características de TCA, alteraciones emocionales y variables de desarrollo personal, siendo menor en las pacientes sin conductas purgativas. El efecto de la intervención se muestra mayor en las participantes purgativas y las variables con mayor tamaño de efecto: insatisfacción corporal, sintomatología bulímica y ansiedad.

Se concluye, por tanto, la importancia de considerar las conductas purgativas en el diseño de estos tratamientos de cara al pronóstico. Hallazgos que forman parte de este trabajo de investigación.

**ESTUDIO EMPÍRICO**



## **2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

A partir de la revisión teórica se plantean siguientes objetivos e hipótesis de trabajo:

### **2.1. OBJETIVO GENERAL**

En este trabajo se pretende analizar la influencia de variables, por un lado, relacionadas con los estilos de crianza parentales percibidos y, por otro lado, personales y psicopatológicas en el desarrollo y el mantenimiento de TCA. Además, se plantea profundizar en el conocimiento del papel que desempeñan las conductas purgativas (específicamente, los vómitos) en la enfermedad y el pronóstico, de ahí que la totalidad de las participantes de la muestra se dividieron en dos subgrupos, pacientes con presencia de conductas purgativas vs ausencia de conductas purgativas.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS E HIPÓTESIS**

1. Estudiar la influencia de la condición conductas purgativas (presencia vs ausencia) sobre las variables relacionadas con el TCA (satisfacción con la silueta, conductas alimentarias de riesgo, obsesión por la delgadez y comportamientos bulímicos), con las de desarrollo personal (perfeccionismo, autoestima e ineficacia) y con las alteraciones emocionales (síntomatología de ansiedad y depresiva).

Hipótesis 1. Antes del tratamiento, las participantes con presencia de conductas purgativas mostrarán una mayor afectación antes del inicio del tratamiento en las variables relacionadas con el TCA (satisfacción con la silueta, conductas alimentarias de riesgo, obsesión por la delgadez y comportamientos bulímicos), con las de desarrollo personal (perfeccionismo, autoestima e ineficacia) y con las alteraciones emocionales (síntomatología de ansiedad y depresiva), respecto

a aquellas sin presencia de conducta purgativas. Serán los indicadores relacionados con el TCA y las alteraciones emocionales los que presenten un mayor tamaño del efecto sobre la condición presencia vs ausencia de conductas purgativas.

2. Analizar la evolución de las participantes tras haberse sometido a tratamiento ambulatorio o hospitalario + ambulatorio, pasados doce y treinta meses, en las variables directamente relacionadas con los TCA y en la psicopatología general asociada.

Hipótesis 2. Es esperable que la efectividad del tratamiento (12 meses) en las participantes con presencia de conductas purgativas refleje una respuesta favorable similar en las variables relacionadas con el TCA y las alteraciones emocionales a aquellas sin conductas purgativas; en cambio, en las relacionadas con el desarrollo personal, si bien se producirán cambios favorables, estos serán más moderados, de modo similar en ambos subgrupos.

Hipótesis 3. Se espera que la mejoría alcanzada con el tratamiento tienda a producir una mejoría en las variables estudiadas, con un mantenimiento de los logros e incluso un aumento de la mejoría con el paso del tiempo (30 meses), especialmente en las relacionadas con el TCA y las alteraciones emocionales.

3. Conocer en qué medida los estilos de crianza parentales percibidos (estilo de rechazo, calidez emocional y sobreprotección) influyen en las variables estudiadas previas a la intervención multidisciplinar, así como en el pronóstico al año del proceso de recuperación del TCA.

Hipótesis 4. Independientemente de la condición conducta purgativa, se considera previsible que la percepción de los estilos rechazo, desaprobación y de sobreprotección o excesivo control se asociará antes del tratamiento con: a) una mayor afectación en las escalas que evalúan TCA, b) alteraciones

emocionales (sintomatología de ansiedad y depresiva) y c) de desarrollo personal (más bajas en autoestima y más altas en ineficacia y perfeccionismo); en cambio, la percepción de un estilo de crianza de calor emocional, se relacionará con una menor afectación en estas variables.

Hipótesis 4. Se prevé que la percepción de un estilo de crianza de calor emocional influirá de forma positiva en las variables relacionadas con el desarrollo personal y las alteraciones emocionales en el pronóstico al año, mientras que la percepción de estilos de crianza de rechazo y sobreprotección afectará, especialmente, sobre más variables relacionadas directamente con los TCA y en menos de las otras variables, de desarrollo personal y alteraciones emocionales.

Hipótesis 6. El valor predictivo de estos estilos diferenciará entre las actuaciones del padre y de la madre, en concreto, el papel de rechazo de la madre influirá en las variables relacionadas con los TCA, en cambio, el del padre ejercerá mayor influencia sobre las de desarrollo personal durante el proceso de recuperación a través de la expresión de calidez emocional y baja sobreprotección.

4. Determinar las variables predictoras de mejoría terapéutica y analizar cuáles son las variables con capacidad predictiva sobre la mejoría en las variables estudiadas, tras una evolución de treinta meses desde el inicio del tratamiento.

Hipótesis 7. Independientemente de la condición conducta purgativa, se prevé que las variables que influirán en el pronóstico, en mayor medida, serán aquellas que en la literatura son consideradas factores de riesgo en los TCA. Éstas son: la insatisfacción corporal, los niveles de ansiedad y depresión, así como la baja autoestima.

### 3. MÉTODO

#### 3.1. PARTICIPANTES

Se estudian un total de 162 mujeres (rango de edad = 16 a 44 años) que cumplen los criterios diagnósticos DSM-IV y DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1995, 2000) para alguno de los diagnósticos de TCA. Se seleccionaron todas las pacientes que tras el proceso de evaluación, cumplían los criterios diagnósticos para los tipos anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno de la alimentación no especificado (TCANE).

#### 3.2. CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LAS PARTICIPANTES

En primer lugar, en la Tabla 1 se observa que la media de edad se sitúa entre los 22-23 años y la desviación típica es 6.67 (con un rango que fluctúa entre 16 y 44 años). Consideradas por subtipos, las más jóvenes son aquellas diagnosticadas de ANr, con una media de edad entre 19-20 años; en cambio, las diagnosticadas con BNp y TCANE, son las más mayores, con una edad entorno a los 24 años.

Tabla 1. Medias y desviaciones típicas en edad por diagnóstico y subtipo.

Variables	TA y subtipos											
	Total (N=162)		ANr (n=35)		ANp (n=16)		BNnp (n=10)		BNp (n=54)		TCANE (n=47)	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Edad	22.9	6.6	19.4	6.2	22.6	5.0	22.8	5.9	24.3	6.0	23.9	7.5
	0	7	0	7	3	4	0	6	1	7	8	0

NOTA: ANr=Anorexia nerviosa restrictiva; ANp=Anorexia nerviosa purgativa; BNnp=Bulimia nerviosa no purgativa; BNp=Bulimia nerviosa purgativa; TCANE=Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

Por rangos de edad, los porcentajes más elevados se encuentran en el rango entre los 16 y los 20 años (48.15%). Destaca el 77.2% de participantes con ANr, seguido de aquellas con ANp y BNnp (50%). No obstante, en las diagnosticadas con BNp y TCANE, los porcentajes son menores (37% y 38.8%, respectivamente), con una

presencia más elevada de mujeres con edades entre los 21 y los 30 años (BNp: 46.3% y TCANE: 44.6%) (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Clasificación por diagnóstico y subtipo en función de las características descriptivas. Frecuencias y porcentajes.

Variables	TA y subtipos									
	ANr (n=35)		ANp (n=16)		BNnp (n=10)		BNp (n=54)		TCANE (n=47)	
	Fr	% <sup>a</sup>	Fr	% <sup>a</sup>	Fr	% <sup>a</sup>	Fr	% <sup>a</sup>	Fr	% <sup>a</sup>
<b>Edad</b>										
16 a 20 años	27	77.2	8	50	5	50	20	37	18	38.3
21 a 25 años	3	8.6	3	18.8	3	30	13	24.1	12	25.4
26 a 30 años	1	2.8	4	25	0	0	12	22.2	9	19.2
31 a 35 años	2	5.7	1	6.2	2	20	6	11.1	2	4.3
> 35 años	2	5.7	0	0	0	0	3	5.6	6	12.8
<b>Estado civil</b>										
Soltera	28	80	11	68.7	5	50	23	42.6	27	57.5
Con novio o pareja	4	11.4	4	25	3	30	20	37	13	27.6
Casada	3	8.6	1	6.3	1	10	10	18.6	7	14.9
Divorciada	0	0	0	0	1	10	1	1.8	0	0
<b>Nivel de estudios</b>										
Abandona EGB o ESO	2	5.7	0	0	0	0	2	3.7	2	4.2
Estudios primarios	14	40	1	6.3	5	50	10	18.6	9	19.2
Estudios secundarios	16	45.8	6	37.5	3	30	24	44.4	21	44.7
Titulada media o universitaria	1	2.8	9	56.2	2	20	14	25.9	13	27.7
Licenciada	2	5.7	0	0	0	0	4	7.41	2	4.2
<b>Número de hermanos</b>										
No tiene hermanos	3	8.6	0	0	1	10	0	0	4	8.7
1 hermano	4	11.4	1	6.3	1	10	11	20.3	10	21.3
2 hermanos	18	51.4	6	37.5	1	10	20	37	9	19.2
3 hermanos	8	22.9	5	31.2	4	40	14	25.9	12	25.4
4 hermanos o más	2	5.7	4	25	3	40	9	16.7	12	25.4
<b>Lugar que ocupa entre los hermanos</b>										
Primer lugar	11	31.4	5	31.2	5	50	17	31.4	20	42.5
Segundo lugar	12	34.4	5	31.2	2	20	26	48.2	17	36.1
Tercer lugar	11	31.4	6	37.5	1	10	8	14.8	5	10.7
Cuarto lugar o más	1	2.8	0	0	2	20	3	5.6	5	10.7

NOTA: ANr=Anorexia nerviosa restrictiva; ANp=Anorexia nerviosa purgativa; BNnp=Bulimia nerviosa no purgativa; BNp=Bulimia nerviosa purgativa; TCANE=Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

En segundo lugar, respecto al estado civil, los porcentajes más elevados se encuentran en la condición soltera (59.76%). Destaca el 80% de participantes con ANr, seguido de aquellas con ANp (68.7%), TCANE (57.5%) y BNnp (50%). No obstante, en las diagnosticadas con BNp, el porcentaje es menor (42.6%), con una presencia también prácticamente similar de mujeres con novio o pareja (37%).

En tercer lugar, en cuanto al nivel de estudios, son las participantes con ANp quienes presentan en un porcentaje más

elevado una titulación de estudios de diplomatura y universitarios (56.2%), seguido de estudios secundarios (37.5%), nivel de estudios que han cursado en porcentajes más elevados el resto de las participantes. En concreto, el 45.8% de las afectadas con ANr, el 44.7% en aquellas con TCANE y el 44.4% en las participantes con BNp. Por otro lado, el 50% de las chicas con BNp tienen estudios primarios y, en menor medida, estudios secundarios (30%).

En cuarto lugar, los porcentajes del número de hermanos oscilan entre el 31.02% en aquellas participantes con dos hermanos hasta el 3.66% en aquellas que son hijas únicas. Finalmente, respecto al lugar que ocupa entre los hermanos, el 37.3% de las participantes son las hermanas mayores, es decir, el primer lugar, como son las que presentan BNp (50%) y TCANE (42.5%), seguido del 33.98% en aquellas que ocupan el segundo lugar, como son las de BNp (48.2%) y ANr (34.4%). Mientras que en las participantes con AN la distribución en cuanto al lugar que ocupan es relativamente similar entre el primer y tercer lugar, en la BN y TCANE los porcentajes se distribuyen de forma más arbitraria, si bien con una tendencia mayor hacia ocupar el primer o segundo lugar entre los hermanos.

### **3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Sólo se incluyeron mujeres debido a la naturaleza exploratoria del presente estudio, con una edad mayor o igual a 16 años y que cumplimentaran la totalidad de la batería de pruebas en los diferentes momentos de evaluación. Se excluyeron los varones debido a la baja incidencia.

### **3.4. PROCEDIMIENTO**

Se seleccionaron 162 pacientes diagnosticadas de TCA que acudieron al Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Cumplimentaron las medidas de evaluación en diferentes momentos, incluyendo en este estudio las medidas de la línea base (Tiempo 1), tras doce meses (Tiempo 2) (rango: 10 a 14 meses) y treinta meses del inicio del tratamiento (Tiempo 3) (rango: 28 a 32 meses). La duración del tratamiento era variable, en función de las características de cada paciente. Por tanto, en algunas participantes, la evaluación del Tiempo 2 se correspondía con evaluación intratratamiento, mientras que otras ya se encontraban en la fase de seguimiento. No obstante, todas las pacientes, en el Tiempo 3 (30 meses) llevaban, al menos, doce meses de seguimiento.

Tras el consentimiento informado, recibieron tratamiento ambulatorio u hospitalario + ambulatorio. Las sesiones fueron individuales y en grupo. Recibieron psicoterapia individual, grupal y familiar, terapia nutricional y tratamiento psicofarmacológico, adaptando el tratamiento a las características específicas de cada paciente. Las técnicas psicoterapéuticas empleadas fueron psicoeducación, estrategias de motivación al cambio y técnicas cognitivo-conductuales (entrenamiento en relajación y control de la activación, exposición en imaginación y en vivo, reestructuración cognitiva y prevención de recaídas).

El procedimiento y documentos utilizados fueron aprobados por el Comité de Ética del Hospital.

### **3.5. VARIABLES ESTUDIADAS**

- Relacionadas con el TCA.
  - Insatisfacción corporal (BSQ): Se ha considerado la puntuación total del Cuestionario de satisfacción corporal, referida a la preocupación por el propio cuerpo, en su adaptación a la población española. (Rango: 34-204). A mayor puntuación, mayor afectación, es decir, mayor preocupación por la silueta o insatisfacción corporal.

- Conductas alimentarias de riesgo (EAT-40): Se ha considerado la puntuación total de la Escala de actitudes alimentarias, referida a conductas y actitudes respecto a la comida, el peso y el ejercicio, utilizando la adaptación a la población española. (Rango: 0-130). A mayor puntuación, mayor afectación, es decir, mayor presencia de conductas alimentarias de riesgo.
- Obsesión por la delgadez (EDI-OD): Se ha empleado la puntuación total en esta escala procedente del Inventario de trastornos alimentarios (EDI-2), en su adaptación a la población española. Mide aspectos relacionados con la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar. (Rango: 0-28). A mayor puntuación, mayor afectación, es decir, mayor obsesión por la delgadez.
- Sintomatología bulímica (BITE-S): Se ha utilizado la puntuación total en la subescala de síntomas bulímicos y conductas compensatorias procedente del Test de Bulimia (BITE). (Rango: 0-30). A mayor puntuación, mayor afectación, es decir, patrón alimentario bulímico más alterado.
- Gravedad de la sintomatología bulímica (BITE-G): Se ha considerado la puntuación total en la subescala de gravedad de la sintomatología bulímica, procedente del Test de Bulimia (BITE). (Rango: 0-39). A mayor puntuación, mayor afectación, es decir, mayor gravedad o severidad de la sintomatología bulímica.
- Relacionadas con el desarrollo personal.
  - Perfeccionismo (EDI-P): Se ha empleado la puntuación total en esta escala procedente del Inventario de trastornos alimentarios (EDI-2), en su adaptación a la población española. Mide el grado en que la persona cree que sólo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes y que los demás esperan de él/ella unos resultados excepcionales. (Rango: 0-24). A mayor puntuación, mayor afectación, es decir, mayor presencia de comportamientos perfeccionistas.

- Autoestima (RSES): Se ha considerado la puntuación total de la Escala de autoestima, en su adaptación a la población española, referida a los sentimientos de valía personal y de respeto a uno mismo. (Rango: 0-40). A menor puntuación, mayor afectación, es decir, la autoestima es más baja, por el contrario, cuanto mayor sea la puntuación, más tiende la autoestima a ser elevada.
- Ineficacia (EDI-I): Se ha utilizado la puntuación total en esta escala procedente del Inventario de trastornos alimentarios (EDI-2), en su adaptación a la población española. Valora los sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida. (Rango: 0-30). A mayor puntuación, mayor afectación, es decir, mayor sensación de ineficacia, mayores sentimientos de incapacidad, por el contrario, cuanto más baja es la puntuación, mayor es la sensación de eficacia y control.
- Relacionadas con las alteraciones emocionales.
  - Sintomatología de ansiedad (STAI-R). Se ha considerado la puntuación total en la escala de rasgo en el Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI), en su adaptación a la población española. La escala ansiedad rasgo mide los síntomas en general. (Rango: 0-60). A mayor puntuación, mayor afectación, es decir, más sintomatología de ansiedad.
  - Sintomatología depresiva (BDI): Se ha considerado la puntuación total en el Inventario de depresión, en su adaptación a la población española. Mide la presencia de los síntomas depresivos. (Rango: 0-63). A mayor puntuación, mayor afectación, es decir, la sintomatología depresiva es más acusada.
- Relacionadas con los estilos de crianza parentales percibidos.
  - Rechazo: Se ha utilizado la puntuación total en la dimensión de rechazo del Cuestionario de percepción del estilo de crianza (EMBU). Valora la percepción filial de incompreensión o falta de

aprobación por parte de los padres. (Rango: 13-42). A mayor puntuación, mayor afectación, es decir, mayor percepción de rechazo.

- Calidez emocional: Se ha empleado la puntuación total en la dimensión de calidez emocional del Cuestionario de percepción del estilo de crianza (EMBU). Evalúa la percepción de afecto, cariño y apoyo que recibe de sus padres, así como a la facilidad para establecer comunicación en el ámbito familiar y a las demostraciones de amor y respeto hacia la hija. (Rango: 21-84). A menor puntuación, mayor afectación, es decir, menor sensación de apoyo, cariño y afecto.
- Sobreprotección: Se ha considerado la puntuación total en la dimensión de sobreprotección del Cuestionario de percepción del estilo de crianza (EMBU). Alude al excesivo control y preocupación de los padres por lo que puedan hacer o pueda ocurrir a sus hijas. (Rango: 10-40). A mayor puntuación, mayor afectación, es decir, mayor percepción de excesivo control y preocupación por parte de los padres.
- Relacionada con la mejoría terapéutico.
  - Mejoría: Se ha utilizado esta variable “mejoría / no mejoría”, dicotomizada para determinar el porcentaje de participantes que han alcanzado el criterio de cambio establecido para esta investigación (15% respecto a las puntuaciones en el Tiempo 1 o momento previo al inicio del tratamiento).

### 3.6. MEDIDAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

En primer lugar, se llevó a cabo la Entrevista Diagnóstica para los Trastornos de la alimentación. Entrevista elaborada *ad hoc* por los profesionales del Hospital General Universitario de Ciudad Real y basada en la EDDS (Stice, Telch y Rizvi, 2000). Está compuesta por una serie de ítems basados en los criterios diagnósticos DSM-IV (American Psychiatric Association, 2004) para la anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) diferenciando los dos subtipos, así como

trastornos de la alimentación no especificados (TCANE). También se obtuvo información sobre datos clínicos como consumo de tóxicos, conductas autolesivas o ideas de suicidio (Ver ANEXO 1). A todas las pacientes se sometió a examen físico rutinario (analítica y exploración física) y determinación de constantes vitales básicas. Fueron entrevistadas por un profesional psiquiatra experimentado.

Se recurrió a la medida antropométrica del Índice de Masa Corporal (IMC). Se obtuvo el peso, la talla y el IMC como indicador global del estado nutricional. Se calculó mediante una fórmula matemática con la operación: peso (kg.) entre el cuadrado de la altura (m.) [IMC = peso expresado en kilogramos / altura en metros al cuadrado]. Ésta da como resultado un valor numérico que se categoriza como infrapeso (IMC $\leq$ 18), peso normal (IMC=18.1-24.9), sobrepeso (obesidad grado 1: IMC=25-29.9), obesidad clínica (obesidad grado 2: IMC= 30-34.9), obesidad grave o severa (obesidad grado 3: IMC=35-39,9), y obesidad extrema (obesidad grado 4: IMC $\geq$ 40) (Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad, 2000).

A continuación, se emplearon varias medidas de evaluación:

- Cuestionario de satisfacción corporal (BSQ) de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987), adaptado por Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater (1996). Evalúa la insatisfacción producida por el propio cuerpo. Está compuesto por 34 ítems. Cada ítem presenta seis posibles opciones de respuestas (según una escala de Likert) que van de “nunca” a “siempre”. La versión española ha demostrado una buena consistencia interna (alfa de Cronbach = .97) y validez concurrente (Raich *et al.*, 1996). Se considera como punto de corte 105 puntos.
- Test de actitudes alimentarias (EAT-40) de Garner y Garfinkel (1979); versión adaptada por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991). Evalúa las conductas y actitudes respecto a la comida, el peso y el ejercicio, propias de la AN. Está compuesto de 40 ítems. Cada ítem presenta seis posibles opciones de respuestas (según una escala tipo

Likert) que van de “siempre” a “nunca”, en la que los autores obtuvieron un coeficiente global de validez de .61 ( $p < .001$ ). Para el punto de corte de 30 obtuvieron una sensibilidad del 67.9% y una especificidad del 85.9%. El coeficiente alfa de fiabilidad para el grupo de AN fue de .92.

- Inventario de trastornos alimentarios (EDI-2) de Garner, Olmsted y Polivy (1983). En su versión validada a la población española por Corral, González, Pereña y Seisdedos (1998). Evalúa los síntomas que normalmente acompañan a la AN y BN. Está compuesto por 91 elementos. Cada ítem presenta seis posibles opciones de respuestas (según una escala tipo Likert) que van desde “nunca” a “siempre”. Ofrece puntuaciones en 11 escalas que son clínicamente relevantes en los TCA. Se han utilizado las escalas: obsesión por la delgadez, perfeccionismo e ineficacia. En cuanto a la fiabilidad, los coeficientes obtenidos varían en las escalas desde .80 a .92.
- Test de Bulimia (BITE) de Henderson y Freeman (1987). Evalúa la presencia y severidad de la sintomatología bulímica, así como los aspectos cognitivos y emocionales y los síntomas asociados con el atracón, según la clasificación diagnóstica de la DSM-III (1980). Está compuesto por 33 elementos, divididos en dos subescalas diferentes: una escala de síntomas bulímicos formada de 30 elementos y una subescala de severidad, de tres elementos (ítems 6, 7 y 27). La puntuación total oscila entre 0 y 69. El punto de corte de 5 puntos en la escala de severidad y una puntuación total igual o superior a 25 puntos indica síntomas clínicamente significativos.
- Escala de autoestima (RSES) de Rosenberg (1965). En su versión validada a la población española por Vázquez, Jiménez y Vázquez (2004). Valora los sentimientos de valía personal y de respeto a uno mismo. Consta de 10 ítems. Presenta cuatro opciones de respuesta, la mitad puntúa de forma directa y el resto de manera indirecta. El sumatorio de los valores proporciona una puntuación global, comprendida en un rango de 0 a 40 puntos, que clasifica a los sujetos en tres grupos: autoestima baja ( $\Sigma \leq 25$ , indica la existencia de

problemas significativos en esta área), autoestima media ( $26 \geq \Sigma \leq 29$ , no existen problemas significativos, pero sería aconsejable una mejora de ésta) y autoestima alta ( $30 \geq \Sigma \leq 40$ ); esta última es la considerada como la adecuada y “normal”. En la versión española, la consistencia interna de la escala se encuentra entre .76 y .87.

- Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1983). En su versión validada a la población española (Seisdedos, 1988). Está formada de dos escalas, la ansiedad estado (A-E) y ansiedad rasgo (A-R), con 20 ítems cada una. La escala ansiedad estado mide síntomas ansiosos en el momento actual. La escala ansiedad rasgo mide los síntomas en general. Cada ítem presenta cuatro opciones de respuesta. Las categorías para la escala A-E van desde “nada” hasta “mucho”. Las de la escala A-R van desde “nunca” hasta “casi siempre”. El punto de corte en la población femenina es 31 para A-E y 32 para la A-R. El coeficiente alfa de los estudios originales oscila entre .83 y .92 (Spielberger et al., 1983). En la muestra española los índices oscilan entre .90 y .93 para A-E y entre .84 y .87 para la A-R.
- Inventario de Depresión (BDI) de Beck, Ward, Mendelson, Monk y Erbaugh (1961). En su versión validada a la población española por Sanz y Vázquez (1998). Evalúa síntomas depresivos. Está compuesto por 21 elementos. Cada ítem presenta cuatro alternativas de respuestas. Están ordenadas de menor (0) a mayor (3) intensidad. Mide aspectos cognitivos, fisiológicos y conductuales del estado de ánimo deprimido. La puntuación total oscila entre 0 y 63. Tiene varios puntos de corte (Beck, Steer y Carbin, 1988): 0 ausencia de depresión; 10-18 depresión leve; 19-29 depresión moderada y  $\geq 30$  depresión grave.
- Cuestionario sobre la memoria de crianza percibida (Egna Minnen Beträffande Uppfostran [My Memories of Upbringing]) (EMBU) de Perris, Jacobsson, Lindstrom, Von Knorring y Perris (1980). Evalúa la percepción del estilo de crianza recibido en la infancia. Es un cuestionario autoadministrable, que consta de 81 preguntas, dividido

en cuatro dimensiones: rechazo, calidez emocional, sobreprotección y favoritismo, que se determinan de forma independiente para cada progenitor. Cada ítem se valora en una escala que oscila entre “no, nunca” a “sí, siempre”. De las cuatro dimensiones, se han utilizado tres: a) rechazo (13 ítems), que alude a la percepción filial de incompreensión o falta de aprobación por parte de los padres. Una puntuación alta implicaría la existencia en el hijo/a de un sentimiento de ser incomprendido y no aceptado integralmente; b) calidez emocional (21 ítems), que refleja a la percepción de afecto, cariño y apoyo que el adolescente recibe de sus padres, así como a la facilidad para establecer comunicación en el ámbito familiar y a las demostraciones de amor y respeto hacia el hijo/a, y c) sobreprotección (10 ítems), que hace alusión a prácticas educativas basadas en un excesivo control y preocupación de los padres por lo que puedan hacer sus hijos o por lo que pueda ocurrirles, dificultando su libertad para hacer cosas que otros muchachos/as pueden hacer o escoger. La adaptación española presenta una medidas psicométrica adecuadas (Arrindell et al., 1988). Los coeficientes alfa de Cronbach son: rechazo, .89 (padres) y .90 (madres); calor emocional, .89 para ambos; y sobreprotección, .77 (padres) y .73 (madres). En cuanto a la fiabilidad, los coeficientes test-retest oscilan entre .74 y .95.

Se administraron los instrumentos siguiendo las normas de aplicación y corrección recomendadas por los respectivos autores. Fueron informadas sobre las características del procedimiento y se les aseguró la confidencialidad de los datos. Todas dieron su consentimiento según el Protocolo de Consentimiento Informado, siguiendo las recomendaciones de Del Río (2005).

### **3.7. ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos obtenidos se han tratado con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences for Windows (SPSS, versión 21.0).

Con respecto a los análisis estadísticos, se han seleccionado las pruebas estadísticas en función de los objetivos planteados, considerando la naturaleza y distribución de las variables.

Se ha comenzado por calcular los estadísticos descriptivos (frecuencias y porcentajes) de las variables sociodemográficas cualitativas relacionadas con las características descriptivas (edad, estado civil, nivel de estudios, número de hermanos y lugar que ocupa entre los hermanos). Se han calculado, asimismo, descriptivos (medias y desviaciones tipo) para las variables cuantitativas psicológicas y psicopatológicas, relacionadas con los TCA (IMC, insatisfacción corporal, conductas alimentarias de riesgo, obsesión por la delgadez y conductas compensatorias: sintomatología bulímica y gravedad de la sintomatología bulímica), con el desarrollo personal (perfeccionismo, autoestima e ineficacia) y con las alteraciones emocionales (sintomatología de ansiedad y depresiva), así como también en las variables referidas a la percepción de estilos de crianza parentales (rechazo, calidez emocional y sobreprotección). Estos análisis descriptivos se han llevado a cabo para la condición diagnóstica (AN, BN y TCANE) y subtipos (restrictivo o purgativo), así como para condición conductas purgativas (presencia o ausencia).

La relación entre las variables cualitativas se han valorado mediante el estadístico Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) y el Coeficiente de contingencia ( $r^2\phi$ ), como índice para valorar el tamaño del efecto considerando bajo ( $=.10$ ) medio ( $=.30$ ) y alto ( $=.50$ ) (Cohen, 1988).

Se ha aplicado el coeficiente de correlación  $r$  de Pearson (bilateral) para conocer las relaciones de interés entre las diferentes variables cuantitativas (de los TCA, de desarrollo personal y alteraciones emocionales) y las dimensiones de los estilos de crianza percibidos, tanto en el Tiempo 1 o momento previo al inicio del tratamiento como en el Tiempo 2, es decir, al cabo de doce meses. Además, con la finalidad de conocer la influencia de los estilos parentales se ha procedido realizando análisis de regresión lineal considerando como variables predictoras las dimensiones del

instrumento de medida utilizado (EMBU) sobre las distintas variables estudiadas (de los TCA, de desarrollo personal y alteraciones emocionales). Se utiliza el porcentaje de varianza explicada ( $R^2$ ), la puntuación beta ( $\beta$ ) y el valor de F.

Para conocer la evolución de los subgrupos se recurre a la comparación de medias mediante la prueba  $t$  de medidas repetidas y para determinar la existencia de diferencias, en los tres tiempos, en función de la condición conductas purgativas en las diferentes medidas relacionadas con el TCA, en las variables de desarrollo personal y en las alteraciones emocionales, se han llevado a cabo comparaciones de medias mediante la prueba  $t$  test de medidas independientes. Para valorar el tamaño del efecto utiliza la  $d$  de Cohen, siguiendo los parámetros anteriormente mencionados.

Además, se ha llevado a cabo un análisis de la varianza multivariado (MANOVA), considerando de forma combinada las variables relacionadas con el TCA, (BSQ, EAT-40, EDI-OD, BITE-S), con las características de desarrollo personal (EDI-P, EDI-I), así como con las alteraciones emocionales (STAI-R, BDI). El tamaño del efecto se valora mediante el estadístico eta-cuadrado parcial ( $\eta^2_p$ ), cuyos valores son los siguientes (Cohen, 1992): .01-.06 (efecto pequeño); > .06-.14 (efecto medio); >.14 (gran efecto).

Por otra parte, para analizar las diferencias encontradas de una forma más exhaustiva se emplea análisis de varianza mixto (ANOVA) 2 x 2 con las puntuaciones de la condición tiempo (Tiempo 1 o línea base vs Tiempo 3 ó 30 meses) como la variable intrasujetos y la condición conductas purgativas (presencia vs ausencia) como variable intersujetos. El tamaño del efecto también se valora mediante la eta-cuadrado parcial ( $\eta^2_p$ ).

Finalmente, con el objetivo de determinar cuáles son las variables con mayor capacidad predictiva sobre la mejoría, tras treinta meses del inicio del tratamiento, se lleva a cabo análisis de regresión logística. Para el ajuste del modelo se emplea el coeficiente  $R^2$  de

Nagelkerke y para la bondad de ajuste, la prueba  $\chi^2$  de Hosmer y Lemeshow.

### **3.8. DISEÑO**

El diseño responde a un estudio cuasiexperimental de medidas repetidas (Montero y León, 2007). Se emplea como variable independiente las conductas purgativas. El resto de las variables relacionadas con el TCA (insatisfacción corporal, conductas alimentarias de riesgo, obsesión por la delgadez, sintomatología y gravedad de la sintomatología bulímica), de desarrollo personal (perfeccionismo, autoestima e ineficacia) y alteraciones emocionales (ansiedad y depresión), se consideran variables dependientes.

Por otro lado, con la finalidad de conocer la influencia sobre el resto de las medidas estudiadas, se consideran los estilos de crianza percibidos disfuncionales (rechazo, calidez emocional y sobreprotección), las distintas variables y el tratamiento multidisciplinar recibido como variables independientes o predictoras, sin considerar la condición conductas purgativas. Finalmente, la “mejoría terapéutica” (reducción del 15%) es empleada como variable dependiente o criterio.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS Y PSICOPATOLÓGICAS EN FUNCIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y SUBTIPO DE TCA

Con carácter previo al objeto de esta investigación, se lleva a cabo un estudio de las características psicológicas y psicopatológicas de la totalidad de la muestra, atendiendo al diagnóstico: AN, BN y TCANE, así como a los dos subtipos: restrictivo/no purgativo y purgativo. Posteriormente, se hará referencia a la muestra, categorizada en función de la presencia vs ausencia de conductas purgativas.

En la Tabla 3 se presentan las medias y desviaciones típicas en las diversas medidas, en la muestra total y en los distintos subtipos de AN (restrictiva y purgativa), BN (no purgativa y purgativa) y TCANE.

En primer lugar, se hace referencia a las variables relacionadas con el TCA (IMC, insatisfacción corporal, conductas alimentarias de riesgo, obsesión por la delgadez, así como sintomatología y gravedad del comportamiento bulímico). En segundo lugar, se presentan las variables relacionadas con el desarrollo personal (perfeccionismo, autoestima e ineficacia) y en tercer lugar, las relacionadas con las alteraciones emocionales.

Atendiendo a las variables relacionadas con el TCA, considerada la muestra total ( $N=162$ ), la media del IMC se sitúa en 21.49. En función de los subtipos, el IMC más bajo corresponde a las participantes con ANr, con un valor por debajo de 16, seguido de aquellas con ANp, con un IMC ligeramente superior a 16. Corresponde el valor más elevado a las pacientes con BNnp, superior a 27. Se sitúan en los valores intermedios, las que presentan BNp y TCANE, con un índice de 24 y 22, respectivamente (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Medias y desviaciones típicas en las variables psicológicas y psicopatológicas por diagnóstico y subtipo.

Variables	TCA y subtipos											
	Total (N=162)		ANr (n=35)		ANp (n=16)		BNnp (n=10)		BNp (n=54)		TCANE (n=47)	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
<b>Relacionadas con los TCA</b>												
<b>IMC</b>	21.49	7.02	15.89	1.20	16.21	2.13	27.10	8,73	24.67	6.69	22.61	7.07
<b>Insatisfacción corporal (BSQ)</b> (rango: 34-204)	125.16	40.21	107.57	42.09	127.44	30.07	147.40	27.84	139.19	34.06	116.72	43.39
<b>Conductas alimentarias de riesgo (EAT-40)</b> (rango: 0-120)	46.65	21.75	50.17	25.13	50.75	19.55	45.60	19.17	44.86	19.12	45.09	23.36
<b>Obsesión por la delgadez (EDI-OD)</b> (rango: 0-28)	13.16	10.02	10.31	6.28	11.75	5.92	14.90	3.98	14.54	5.40	11.79	6.34
<b>Sintomatología bulímica (BITE-S)</b> (rango: 0-30)	16.72	8.19	8.43	4.02	16.94	6.85	22.50	3.34	23.51	4.89	13.94	7.49
<b>Gravedad de la sintomatología bulímica (BITE-G)</b> (rango: 0-39)	6.89	5.94	1.71	2.33	7.37	4.29	5.20	2.30	11.00	5.20	6.32	6.35
<b>Relacionadas con el desarrollo personal</b>												
<b>Perfeccionismo (EDI-P)</b> (rango: 0-24)	6.87	4.70	6.40	4.62	8.50	4.60	5.60	4.30	7.02	5.07	6.77	4.45
<b>Autoestima (RSES)</b> (rango: 10-40)	22.07	5.85	23.77	6.44	20.50	7.94	19.40	5.10	21.81	4.51	22.21	5.88
<b>Ineficacia (EDI-I)</b> (rango: 0-30)	11.90	8.03	9.74	8.24	14.13	9.23	13	6.78	13.48	7.72	10.68	7.74
<b>Relacionadas con las alteraciones emocionales</b>												
<b>Sintomatología de ansiedad (STAI-R)</b> (rango: 0-60)	37.24	11.54	31.66	13.03	37.19	12.79	39.90	10.32	40.28	8.66	37.43	11.95
<b>Sintomatología depresiva (BDI)</b> (rango: 0-63)	22.35	9.04	20.49	10.32	22.25	7.61	22.50	6.48	24.26	8.44	21.60	9.51

En cuanto a la insatisfacción corporal (BSQ) la media se sitúa en 125.16, indicando una preocupación moderada, así como también en función de los diagnósticos y subtipos, en concreto en las participantes con ANr ( $M=107.57$ ), en las que presentan trastorno no especificado ( $M=116.72$ ) y en los subtipos purgativos ANp ( $M=127.44$ ) y BNp ( $M=139.19$ ). Corresponde al valor más elevado, preocupación extrema, a las pacientes con BNnp, ( $M=147.40$ ).

Las conductas alimentarias anómalas (EAT-40) presentes indican un riesgo elevado en la muestra total ( $M=46.65$ ), así como en los distintos TCA y subtipos, oscilando entre una media de 44.86 en BNp y una media de 50.17 y 50.75 en las participantes con ANr y ANp, respectivamente.

Respecto a la obsesión por la delgadez (EDI-OD), la media en la totalidad de la muestra indica una afectación moderada ( $M=13.16$ ). En función de los subtipos, se observa una obsesión por la delgadez leve en las participantes con AN (ANr:  $M=10.31$  y ANp:  $M=11.75$ ) así como en el trastorno no especificado ( $M=11.79$ ) y una obsesión moderada en aquellas con diagnósticos de BN, en concreto, BNp ( $M=14.44$ ) y con el valor más elevado en las pacientes con BNnp ( $M=14.90$ ).

En general, la sintomatología bulímica muestra que las pacientes presentan un patrón alimentario anómalo, alcanzando el nivel subclínico ( $M=16.72$ ). Corresponden los valores más elevados a las pacientes con BN. Indica que el patrón de comportamiento alimentario bulímico más alterado lo presentan las participantes con BNp ( $M=23.51$ ) y BNnp ( $M=22.50$ ), seguido de aquellas con ANp ( $M=16.94$ ) y trastorno no especificado ( $M=13.94$ ). No alcanzan el nivel patrón alimentario anómalo o de presencia de conductas bulímicas las pertenecientes al subtipo ANr ( $M=8.43$ ).

Por otro lado, la gravedad de la sintomatología bulímica, en la muestra total, es moderada ( $M=6.89$ ). En función de los diagnósticos y subtipos, excepto las pacientes con BNp cuya afectación es severa

( $M=11.00$ ), en el resto se mantienen en gravedad moderada (excepto en ANp,  $M=1.71$ ) oscilando desde BNnp ( $M=5.20$ ) y TCANE ( $M=6.32$ ), hasta la media de 7.37 correspondiendo a aquellas con ANp.

En segundo lugar, atendiendo a las variables relacionadas con el desarrollo personal, la media en perfeccionismo se sitúa en 6.87, indicando una afectación moderada, así como también en función de los diagnósticos y subtipos, en concreto en las participantes con ANr ( $M=6.40$ ), en las que presentan trastorno no especificado ( $M=6.77$ ) y en los subtipos purgativos BNp ( $M=7.02$ ) y ANp ( $M=8.50$ ). Corresponde al valor menos elevado, afectación leve, a las pacientes con BNnp ( $M=5.60$ ).

En autoestima, en general, se observa que las pacientes presentan baja autoestima (22.07), es decir bajos sentimientos de valía personal. El valor más elevado lo presenta el subtipo ANr ( $M=23.77$ ), seguido por las participantes con BNp ( $M=23.51$ ), trastorno no especificado ( $M=22.21$ ) y BNp ( $M=21.81$ ). Corresponde el valor más bajo a las pacientes con BNnp ( $M=19.40$ ).

En cuanto a la ineficacia, se observa, en general una elevada ineficacia ( $M=11.90$ ). En orden descendente, reflejan una mayor ineficacia y sentimientos de incapacidad las pacientes con conductas purgativas, en concreto ANp ( $M=14.13$ ) y BNp ( $M=13.48$ ), a continuación aquellas con BNp ( $M=13$ ) y con trastorno no especificado ( $M=10.68$ ). Son las ANr quienes presentan más sensación de eficacia, de control ( $M=9.74$ ).

Y, en tercer lugar, en cuanto a las variables relacionadas con las alteraciones emocionales, la media de la totalidad de la muestra indica la presencia de sintomatología ansiosa elevada ( $M=37.24$ ), así como también en los distintos TCA y subtipos, destacando las medias de las pacientes con BN (BNp:  $M=40.28$  y BNnp:  $M=39.90$ ), seguida de aquellas participantes con TCANE ( $M=37.43$ ) y ANp ( $M=37.19$ ). Son las chicas con ANr quienes, a pesar de manifestar ansiedad elevada también, el valor es más bajo ( $M=31.66$ ).

En sintomatología depresiva, se observa que las participantes en general presentan sintomatología depresiva moderada ( $M=22.35$ ). El valor más elevado lo presenta el subtipo BNp ( $M=24.26$ ). En el trastorno no especificado ( $M=21.60$ ) y los restantes subtipos (BNnp:  $M=22.50$ ; ANp:  $M=22.25$  y ANr:  $M=20.49$ ) las medias son prácticamente similares, si bien en las cinco submuestras los niveles indican una sintomatología moderada.

A continuación, en la Tabla 4 se incluyen las frecuencias y porcentajes en cada una de las variables, clasificadas por rangos, en función de la afectación.

En resumen, las características más relevantes de las cinco submuestras son las siguientes:

- Prácticamente la totalidad de las pacientes con ANr presentan infrapeso. El 80% llevan a cabo conductas alimentarias de riesgo, en cambio, la preocupación por la silueta que manifiestan es variable, oscilando en algunos casos entre una preocupación casi nula hasta otras en las que la preocupación es extrema. En torno a la mitad de ellas, la obsesión por la delgadez es leve o moderada. El grado de perfeccionismo es en el 70% también leve o moderado. Presentan, así mismo, una baja autoestima el 60% de ellas y una ineficacia elevada en torno al 40%. La sintomatología de ansiedad es elevada en más de la mitad de las participantes y la sintomatología depresiva, en el 40%, es moderada.
- Por encima del 90% de las pacientes con ANp presentan infrapeso, llevando a cabo el 80% conductas alimentarias de riesgo, con un porcentaje similar de ellas en las que la preocupación por la silueta es moderada o extrema. Por debajo de la mitad de ellas, la obsesión por la delgadez es moderada. El patrón alimentario está muy alterado en casi el 40% y la severidad de los comportamientos anómalos tiene un carácter moderado en el 70% de las chicas con ANp. Presentan, la mitad un perfeccionismo moderado, una baja autoestima el 75% de ellas y una ineficacia elevada en torno al

70%. La sintomatología de ansiedad es elevada en más del 80% de las participantes y la sintomatología depresiva, más del 50%, es moderada.

- Por encima del 90% de las pacientes con ANp presentan infrapeso, llevando a cabo el 80% conductas alimentarias de riesgo, con un porcentaje similar de ellas en las que la preocupación por la silueta es moderada o extrema. Por debajo de la mitad de ellas, la obsesión por la delgadez es moderada. El patrón alimentario está muy alterado en casi el 40% y la severidad de los comportamientos anómalos tiene un carácter moderado en el 70% de las chicas con ANp. Presentan, la mitad un perfeccionismo moderado, una baja autoestima el 75% de ellas y una ineficacia elevada en torno al 70%. La sintomatología de ansiedad es elevada en más del 80% de las participantes y la sintomatología depresiva, más del 50%, es moderada.
- En torno al 40% de las pacientes con BNnp presentan sobrepeso, con una preocupación por la silueta extrema en el 60% de las chicas y una obsesión por la delgadez moderada o elevada en torno al 70%. Realizan el 70% conductas alimentarias de riesgo, mostrando un patrón alimentario muy alterado el 80% de las pacientes con BNnp y la severidad de los comportamientos anómalos tiene un carácter moderado en todos los casos. Presentan, el 40% un perfeccionismo moderado, una baja autoestima el 90% de ellas y una ineficacia elevada en torno al 70%. La sintomatología de ansiedad es elevada en más del 70% de las participantes y la sintomatología depresiva, en el 60%, es moderada.

Tabla 4. Clasificación por subgrupo en función de las características psicológicas y psicopatológicas. Frecuencias y porcentajes

Variables	TCA y subtipos									
	ANr (n=35)		ANp (n=16)		BNnp (n=10)		BNp (n=54)		TCANE (n=47)	
	Fr	% <sup>a</sup>	Fr	% <sup>a</sup>	Fr	% <sup>a</sup>	Fr	% <sup>a</sup>	Fr	% <sup>a</sup>
<b>Relacionadas con los TCA</b>										
<b>IMC</b>										
Infrapeso: IMC ≤ 18	34	97,14	15	93,75	1	10	2	3,70	10	21,28
Peso normal: IMC 18,1 – 24,9	1	2,86	1	6,25	3	30	35	64,81	26	55,32
Sobrepeso: IMC 25 – 29,9	0	0	0	0	4	40	9	16,67	2	4,25
Obesidad: IMC > 30	0	0	0	0	2	20	8	14,82	9	19,15
<b>Insatisfacción corporal</b>										
Sin preocupación por la silueta (<81)	10	28,57	2	12,5	0	0	1	1,85	10	21,28
Leve preocupación (≥81 a 100)	7	20	1	6,25	1	10	8	14,82	5	10,64
Preocupación moderada (≥ 101 a 140)	10	28,57	6	37,50	3	30	19	35,18	20	42,55
Preocupación extrema (> 141)	8	22,86	7	43,75	6	60	26	48,15	12	25,53
<b>Conductas alimentarias de riesgo</b>										
Riesgo bajo (≤ 20)	4	11,43	0	0	1	10	7	12,96	8	17,02
Riesgo medio (≥21 a 30)	3	8,57	3	18,75	2	20	5	9,25	7	14,89
Riesgo elevado (≥ 31)	28	80	13	81,25	7	70	42	77,78	32	68,09
<b>Obsesión por la delgadez</b>										
Ausencia: P ≤ de 25 (≤ 8)	6	17,14	2	1,25	0	0	1	1,85	7	14,89
Leve: Percentil entre 26 y 50 (8,1-13,5)	8	22,86	3	18,75	0	0	6	11,11	6	12,77
Moderada: P entre 51 y 75 (13,51-18)	17	48,57	7	43,75	5	50	24	44,45	23	48,94
Elevada: P ≥ de 76 (≥18,1)	4	11,43	4	25	5	50	23	42,59	11	23,40
<b>Sintomatología bulímica</b>										
Ausencia (< 10)	27	77,14	4	25	0	0	1	1,85	21	44,68
Patrón alimentario anómalo (≥10 a 15)	6	17,14	3	18,75	0	0	4	7,41	8	17,02
Subclínica (≥16 a 20)	2	5,72	3	18,75	2	20	5	9,26	8	17,02
Patrón muy alterado (≥21)	0	0	6	37,5	8	80	44	81,48	10	21,28
<b>Gravedad de la sintomatología bulímica</b>										
Leve (< 5)	31	88,6	5	34,3	5	50	4	7,4	23	48,90
Moderada (≥5 a 10)	34	11,4	7	43,7	5	50	23	42,6	13	27,70
Severa (≥11)	0	0	4	25	0	0	27	50	11	23,40
<b>Relacionadas con el desarrollo personal</b>										
<b>Perfeccionismo</b>										
Ausencia: P ≤ de 25 (≤ 3)	14	40	3	18,75	5	50	17	31,48	12	25,53
Leve: P 26 a 50 (3,1 - 6)	4	11,43	3	18,75	0	0	9	16,67	9	19,15
Moderado: P 51 a 75 (6,1 - 10)	11	31,44	2	12,5	4	40	9	16,67	15	31,92
Elevado: P ≥ de 76 (≥ 10,1)	6	17,14	8	50	1	10	19	35,18	11	23,40
<b>Autoestima</b>										
Baja (≤ de 25)	21	60	12	75	9	90	41	75,93	33	70,21
Media (≥ de 26 a 29)	8	22,86	1	6,25	1	10	11	20,37	10	21,28
Alta (≥ de 30 a 40)	6	17,14	3	18,75	0	0	2	3,7	4	8,51
<b>Ineficacia</b>										
Ausente: P ≤ de 25 (≤ 2)	6	17,14	3	18,75	0	0	3	5,56	6	12,77
Leve: P 26 a 50 (2,1-4)	7	20	0	0	2	20	2	3,7	4	8,51
Moderada: P 51 a 75 (4,1-8)	7	20	2	12,5	1	10	15	27,78	7	14,89
Elevada: P ≥ 8,1	15	42,86	11	68,75	7	70	34	62,96	30	63,83
<b>Relacionadas con las alteraciones emocionales</b>										
<b>Sintomatología de ansiedad</b>										
Leve: P ≤ de 50 (≤ de 17)	6	17,14	2	12,5	0	0	1	1,85	5	10,64
Moderada: P 51-75 (≥ 18 a 32)	9	25,71	1	6,25	3	30	5	9,26	8	17,02
Elevada: P ≥ de 76 (≥ 33)	20	57,15	13	81,25	7	70	48	88,89	34	72,34
<b>Sintomatología depresiva</b>										
Altibajos normales (< 10)	7	20	1	6,25	0	0	3	5,56	7	14,89
Leve alteración del estado de ánimo (≥11 a 16)	3	8,57	2	12,5	3	30	7	12,96	5	10,64
Estados depresivos intermitentes (≥ 17 a 20)	6	17,14	2	12,5	0	0	7	12,96	7	14,89
Moderada (≥ 21 a 30)	14	40	9	56,25	6	60	26	48,15	20	42,55
Grave (≥ 31 a 40)	4	11,43	2	12,5	1	10	18,52	6	12,77	
Extrema (≥ 41)	1	2,86	0	0	0	0	1	1,85	2	4,25

NOTA: P= Percentil; ANr=Anorexia nerviosa restrictiva; ANp=Anorexia nerviosa purgativa; BNnp=Bulimia nerviosa no purgativa; BNp=Bulimia nerviosa purgativa; TCANE=Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

- Por encima del 60% de las pacientes con BNp presentan normopeso, con una preocupación por la silueta moderada o extrema por encima del 80% y una obsesión por la delgadez moderada o elevada casi el 90% de las chicas. Realizan más del 70% conductas alimentarias de riesgo elevado, mostrando un patrón alimentario muy alterado el 80% de las pacientes con BNnp y la gravedad de los comportamientos bulímicos tiene un carácter moderado o severo casi en todos los casos. Presentan, casi la tercera parte un perfeccionismo elevado, una baja autoestima más del 70% de ellas y una ineficacia elevada en torno al 60%. La sintomatología de ansiedad es elevada en casi el 90% de las participantes y la sintomatología depresiva, en torno al 50%, es moderada.
- Más de la mitad de las participantes con trastorno no especificado presentan normopeso, con una preocupación por la silueta moderada por encima del 40% y una obsesión por la delgadez también moderada en torno a la mitad de las chicas. Realizan en torno al 70% conductas alimentarias de riesgo, con un carácter anómalo moderado en el patrón alimentario bulímicos por encima del 70%. En cuanto al perfeccionismo, casi el 25% perfeccionismo elevado, una baja autoestima más del 70% de ellas y una ineficacia elevada por encima del 60%. La sintomatología de ansiedad es elevada en más del 60% de las participantes y la sintomatología depresiva, en torno al 40%, es moderada.

Tras realizar el estudio exhaustivo de las características psicológicas y psicopatológicas de las pacientes en función de los diagnósticos de TCA y subtipos (DSM-IV y DSM-IV-R), el siguiente paso llevado a cabo es conocer las características de las participantes en función de la presencia vs ausencia de conductas purgativas.

## 4.2. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA EN FUNCIÓN DE LA PRESENCIA VS AUSENCIA DE CONDUCTAS PURGATIVAS

### 4.2.1. CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS

En primer lugar, se presentan los resultados de las cinco características descriptivas de las participantes estudiadas (edad, estado civil, nivel de estudios, número de hermanos y lugar que ocupa entre los hermanos), en función de la presencia vs ausencia de conductas purgativas, es decir entre aquellas que vomitaban (y además podían emplear laxantes y/o diuréticos) frente a aquellas que no recurrían a este tipo de estrategias compensatorias.

Tal y como se ha señalado anteriormente en la Tabla 1, en la Tabla 5 se observa que la media de edad se sitúa en 22 años y 11 meses, si bien son mayores las participantes con presencia de conductas purgativas con una media de edad de 24 años y un mes, frente a aquellas sin conductas purgativas cuya media de edad se sitúa en 21 años y seis meses, resultando esta diferencia de edad estadísticamente significativa ( $t=2.45$ ,  $g=160$ ,  $p=.015$ ).

Tabla 5. Medias y desviaciones típicas en edad en función de la presencia vs ausencia de conductas purgativas.

Variable	Subgrupos					
	Total (N=162)		Presencia de conductas purgativas (n=87)		Ausencia de conductas purgativas (n=75)	
	M	DT	M	DT	M	DT
<b>Edad</b>	22.20	6.67	24.07	5.80	21.53	7.37

La relación entre las variables cualitativas se valoró mediante el estadístico Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) y el Coeficiente de contingencia ( $r^2\phi$ ) como índice para valorar el tamaño del efecto considerando como valores de referencia .10, .30 y .50, como tamaños bajo, medio y alto, respectivamente (Cohen, 1988).

Se observan asociaciones estadísticamente significativas en edad, rango de edad, nivel de estudios; en cambio, no así en estado civil y lugar que ocupa entre los hermanos (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Características descriptivas en función de la presencia vs ausencia de conductas purgativas. Frecuencias y porcentajes.

Variables	Subgrupos					
	Total (N=162)		Presencia de conductas purgativas (n=87)		Ausencia de conductas purgativas (n=75)	
	Fr	% <sup>a</sup>	Fr	% <sup>a</sup>	Fr	% <sup>a</sup>
<b>Edad</b>						
16 a 20 años	78	48.15	32	36.78	46	61.33
21 a 25 años	34	20.99	22	25.29	12	16
26 a 30 años	26	16.05	20	22.99	6	8
31 a 35 años	13	8.02	9	10.34	4	5.33
> 35 años	11	6.79	4	4.60	7	9.34
<b>Estado civil</b>						
Soltera	94	58.03	44	50.58	50	66.67
Con novio o pareja	44	27.16	29	33.33	15	20
Casada	22	13.58	13	14.94	9	12
Divorciada	2	1.23	1	1.15	1	1.33
<b>Nivel de estudios</b>						
Abandona EGB o ESO	6	3.71	4	4.60	2	2.67
Primarios	39	24.08	13	14.94	26	34.67
Secundarios	70	43.21	36	41.38	34	45.33
Titulada media o universitaria	39	24.07	29	33.34	10	13.33
Licenciada	8	4.93	5	5.74	3	4
<b>Número de hermanos</b>						
No tiene hermanos	8	.93	0	0	8	10.67
1 hermano	27	16.67	17	19.54	10	13.33
2 hermanos	54	33.34	28	32.18	26	34.67
3 hermanos	43	26.54	25	28.74	18	24
4 hermanos o más	30	18.52	17	19.54	13	17.33
<b>Lugar que ocupa entre los hermanos</b>						
Primer lugar	58	35.8	29	33.34	29	38.67
Segundo lugar	62	38.27	38	43.68	24	32
Tercer lugar	31	19.14	15	17.24	16	21.33
Cuarto lugar o más	11	6.79	5	5.74	6	8

En cuanto a la variable edad (rango de edad), en la Tabla 6 puede apreciarse asociaciones estadísticamente significativas con la variable presencia/ausencia de conductas purgativas, concretamente con un nivel de significación de  $p \leq .005$  ( $\chi^2=14.92$ ). El tamaño del efecto es medio ( $r^2\phi=.29$ ) y la mayor influencia en la significación se

encuentra en el rango de edad de 16 a 20 años (3.1), seguido del rango de 26 a 30 años (2.6). Por tanto, como puede observarse, el 48.15% de las participantes oscila entre los 16 y los 20 años.

En lo que respecta al nivel de estudios, se pone de manifiesto asociaciones estadísticamente significativas entre esta variable y la presencia o ausencia de conductas purgativas, ya que el nivel de significación es  $p \leq .05$  ( $\chi^2=14.01$ ;  $p=.007$ ). Se observó un tamaño del efecto cercano a medio ( $r^2\phi=.28$ ) y la mayor contribución a la significación estadística corresponde a “tener estudios secundarios”, seguido de “estudios primarios y titulación media/licenciatura”. Como puede observarse, el 43.2% ha superado los estudios secundarios.

Del mismo modo, en cuanto al número de hermanos, la asociación también es estadísticamente significativa ( $\chi^2=16.81$ ;  $p=.05$ ), con un tamaño del efecto cercano a medio ( $r^2\phi=.28$ ). La mayor contribución estadística corresponde a “tener dos hermanos” seguido de “tres hermanos”. En concreto, el 33.3% de las participantes tiene dos hermanos.

En cuanto al estado civil, las asociaciones con la variable presencia/ausencia de conductas purgativas no se muestran significativas, ( $\chi^2=6.71$ ;  $p=.15$ ). El tamaño del efecto es bajo ( $r^2\phi=.20$ ). Así mismo, tampoco se muestran estadísticamente significativas en la variable lugar que ocupa entre los hermanos ( $\chi^2=7.48$ ;  $p=.19$ ), con un tamaño del efecto también bajo ( $r^2\phi=.21$ ).

En resumen, las participantes con presencia de conductas purgativas son más mayores. Un porcentaje más elevado se sitúa entre los 16 y los 20 años en aquellas sin conductas purgativas, en cambio, en las participantes con presencia de conductas purgativas la edad oscila entre los 16 y los 25 años. Por otro lado, más de la mitad son solteras y casi la mitad han cursado hasta estudios secundarios, salvo el 25% aproximado de aquellas sin conductas purgativas que han alcanzado hasta estudios primario. No así en las de presencia de conductas purgativas, las cuales entorno al 25% tienen titulación

medio o universitaria. Finalmente, en ambos subgrupos, en torno a un tercio tienes dos hermanos y ocupan o bien el segundo o bien el primer lugar entre los hermanos (Ver Tabla 6).

#### 4.2.2. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS Y PSICOPATOLÓGICAS

En segundo lugar, se presentan los resultados de las características psicológicas y psicopatológicas en función de la presencia vs ausencia de conducta purgativas (Ver Tabla 7).

Las pacientes con presencia de conductas purgativas muestran puntuaciones que reflejan una mayor afectación, alcanzando diferencias estadísticamente significativas, en las variables relacionadas con el TCA, en el IMC ( $t_{160}=2.70$ ;  $p=.007$ ), insatisfacción corporal ( $t_{160}=3.19$ ;  $p=.002$ ), obsesión por la delgadez ( $t_{160}=2.88$ ;  $p=.005$ ), sintomatología ( $t_{160}=7.99$ ;  $p=.001$ ) y gravedad de la sintomatología bulímica ( $t_{160}=8.12$ ;  $p=.001$ ). También en la variable de desarrollo personal, ineficacia ( $t_{160}=2.19$ ;  $p=.03$ ), así como en las relacionadas con las alteraciones emocionales, sintomatología de ansiedad ( $t_{160}=8.12$ ;  $p=.001$ ), con tamaños del efecto ( $d$ ) alto (BSQ=.50; BITE-S=1.26; BITE-G=1.28; STAI=.50) y medio (IMC=.43; EDI-OD=.46; EDI-I=.35).

En el resto de las variables las diferencias entre las puntuaciones medias no alcanzan significación estadística. Concretamente, en perfeccionismo ( $t_{160}=1.16$ ;  $p=.25$ ), autoestima ( $t_{160}=1.23$ ;  $p=.22$ ) y sintomatología depresiva ( $t_{160}=1.71$ ;  $p=.89$ ), con tamaños del efecto ( $d$ ) bajos (.18, .19 y .27, respectivamente). Tan sólo en las conductas alimentarias de riesgo las puntuaciones medias son ligeramente más elevadas en aquellas sin presencia de conductas purgativas ( $t_{160}=0.56$ ;  $p=.96$ ) con tamaño del efecto bajo ( $d=.01$ ).

Tabla 7. Medias y desviaciones típicas por subgrupos en las características psicológicas y psicopatológicas en función de la presencia vs ausencia de las conductas purgativas.

Variables	Subgrupos								
	Total (N=162)		Presencia de conductas purgativas (n=87)		Ausencia de conductas purgativas (n=75)		Prueba de contraste (g/1=160)		
	M	DT	M	DT	M	DT	t	p	d
<b>Relacionadas con los TCA</b>									
<b>IMC</b>	21.49	7.02	22.86	6.80	19.89	7	2.73	.007**	.43
<b>Insatisfacción corporal (BSQ)</b>	125.81	38.60	134.56	33.23	115.67	42.01	3.19	.002**	.50
<b>Conductas alimentarias de riesgo (EAT-40)</b>	46.70	21.69	46.61	19.54	46.80	24.07	.06	.96	.01
<b>Obsesión por la delgadez (EDI-OD)</b>	12.57	6.04	13.82	5.56	11.13	6.29	2.88	.005**	.46
<b>Sintomatología bulímica (BITE-S)</b>	16.78	8.20	20.84	6.77	12.08	7.16	7.99	.001**	1.26
<b>Gravedad de la sintomatología bulímica (BITE-G)</b>	6.93	5.94	9.90	5.24	3.48	4.74	8.12	.001**	1.28
<b>Relacionadas con el desarrollo personal</b>									
<b>Perfeccionismo (EDI-P)</b>	6.83	4.70	7.23	4.88	6.37	4.48	1.16	.25	.18
<b>Autoestima (RSES)</b>	22.09	5.83	21.56	5.48	22.69	6.22	1.23	.22	.19
<b>Ineficacia (EDI-I)</b>	11.9	8.03	13.16	7.79	10.43	8.09	-2.19	.03*	.35
<b>Relacionadas con las alteraciones emocionales</b>									
<b>Sintomatología de ansiedad (STAI-R)</b>	37.31	11.54	39.92	9.55	34.29	12.91	3.18	.002**	.50
<b>Sintomatología depresiva (BDI)</b>	22.34	9.9	23.46	8.23	21.04	9.74	1.71	.89	.27

\*\*p<.01 \*p<.05

A continuación, en la relación entre las variables cualitativas (Ver Tabla 8), con un nivel de significación de  $p \leq .01$ , existen asociaciones estadísticamente significativas entre las variables IMC y la presencia o ausencia de purgas en los TCA ( $\chi^2=33.53$ ,  $p=.01$ ), con un tamaño del efecto medio ( $r^2\phi=.41$ ). La mayor contribución a la significación estadística se debió a la mayor frecuencia de las categorías infrapeso y peso normal. En otras palabras, alrededor del 50% de las pacientes con conductas purgativas presentan un peso normal. En cambio, las pacientes sin conductas purgativas, el 69,3% se sitúan en infrapeso, con el IMC inferior a 18.

Tal y como se pone de manifiesto en la Tabla 8, pueden apreciarse asociaciones estadísticamente significativas entre las variables insatisfacción corporal y la presencia o ausencia de conductas de purga en los TCA ( $\chi^2=10.79$ ,  $p=.02$ ). El tamaño del efecto es bajo ( $r^2\phi=.25$ ) La mayor contribución a la significación estadística se debió a la mayor frecuencia de las categorías “preocupación moderada por la imagen corporal” y “preocupación extrema por la imagen corporal”, con residuos tipificados corregidos superiores a  $Z=1.96$  (2.9 y 2.1 respectivamente). En otras palabras, el 82.8% de las participantes con presencia de conductas purgativas muestran una preocupación moderada o extrema frente al 61.33% sin purgas. En cambio, de estas últimas, más del 20% no reflejan preocupación por la silueta o insatisfacción corporal.

En aquellas con conductas purgativas, casi el 80% presenta una afectación moderada o severa, en cambio, cuando no se llevan a cabo las conductas purgativas, la afectación es leve en el 76% de las participantes.

Otra de las asociaciones que resultó estadísticamente significativa fue la realizada entre las variables obsesión por la delgadez y la utilización o no de conductas de purga en los TCA, con nivel de significación de  $p \leq .05$  ( $\chi^2=9.50$ ,  $p=.02$ ). El tamaño del efecto fue bajo ( $r^2\phi=.24$ ) y la mayor contribución a la significación recayó en

Tabla 8. Clasificación de las participantes con presencia vs ausencia de conductas purgativas en función las características psicológicas y psicopatológicas. Frecuencias y porcentajes.

Variables	Subgrupos						$\chi^2$	gl	p	$r^2\phi$
	Total (N=162)		Presencia (n=87)		Ausencia (n=75)					
	Fr	%	Fr	%	Fr	%				
<b>Relacionadas con los TCA</b>										
<b>IMC</b>							33.53	3	.00*	.41
Infrapeso: IMC < 18	75	46.3	23	26.4	52	69.3				
Peso normal: IMC 18,1-24,9	53	32.7	43	49.4	10	13.3				
Sobrepeso: IMC 25 – 29,9	16	9.9	11	12.6	5	6.7				
Obesidad: IMC > 30	18	11.1	10	11.5	8	10.7				
<b>Insatisfacción corporal (BSQ)</b>							10.79	3	.02*	.25
Sin preocupación por la imagen corporal (<81)	23	14.20	6	6.90	17	22.67				
Leve preocupación (≥81 a 100)	21	13	9	10.3	12	16.00				
Preocupación moderada (≥ 101 a 140)	61	37.7	36	41.4	25	33.33				
Preocupación extrema (> 141)	57	35.2	36	41.4	21	28.00				
<b>Conductas alimentarias de riesgo (EAT-40)</b>							0.92	2	.63	.08
Riesgo bajo (≤ 20)	20	12.35	9	10.34	11	14.67				
Riesgo medio (≥21 a 30)	20	12.35	10	11.49	10	13.33				
Riesgo elevado (≥ 31)	122	75.31	68	78.16	54	72.00				
<b>Obsesión por la delgadez (EDI-OC)</b>							9.5	3	.02*	.24
Ausencia: P ≤ de 25 (≤8)	43	26.5	17	19.5	26	34.7				
Leve: P 26 - 50 (8,1-13,5)	38	23.5	19	21.8	19	25.3				
Moderada: P 51-75 (13,51-18)	52	32.1	29	33.3	23	30.7				
Elevada P ≥ de 76 (≥18,1)	29	17.9	22	25.3	7	9.3				
<b>Sintomatología bulímica (BITE-S)</b>							44.47	3	.00**	.46
Ausencia (< 10)	52	32.1	10	11.5	42	56.00				
Patrón alimentario anómalo (≥10 a 15)	22	13.6	11	12.6	11	14.67				
Sintomatología bulímica subclínica (≥16 a 20)	18	11.1	10	11.5	8	10.67				
Patrón de comportamiento alimentario bulímico muy alterado (≥21)	70	43.2	56	64.4	14	18.67				
<b>Gravedad de la sintomatología bulímica (BITE-G)</b>							55.92	2	.00**	.51
Leve (<5)	76	46.9	19	21.8	57	76				
Moderada (≥5 a 10)	44	27.2	32	36.8	12	16				
Severa (≥11)	42	25.9	36	41.4	6	8				
<b>Relacionadas con el desarrollo personal</b>										
<b>Perfeccionismo (EDI-P)</b>							8.31	1	.04*	.22
Ausencia: P ≤ de 25 (≤3)	50	30.9	23	26.44	27	36				
Leve: P entre 26 y 50 (3,1-6)	32	19.8	21	24.1	11	14.7				
Moderado: P entre 51 y 75 (6,1-10)	43	26.5	18	20.7	25	33.3				
Elevado: P ≥ de 76 (≥10,1)	37	22.8	25	28.7	12	16				
<b>Autoestima (RSES)</b>							1.8	2	.41	.11
Baja (≤ de 25)	116	71.60	66	75.86	50	66.67				
Media (≥ de 26 a 29)	25	15.4	12	13.8	13	17.3				
Alta (≥ de 30 a 40)	21	13	9	10.3	12	16				
<b>Ineficacia (EDI-In)</b>							10.30	3	.01**	.24
Ausencia: P ≤ de 25 (≤ 5.75)	18	11.1	7	8	11	14.7				
Leve: P entre 26 y 50 (5.76 - 11)	15	9.3	3	3.4	12	16				
Moderada: P entre 51 y 75 (11.1 – 19)	32	19.7	19	21.8	13	17.3				
Elevada: P ≥ de 76 (≥19,1)	97	59.9	58	66.8	39	52				
<b>Relacionadas con las alteraciones emocionales</b>										
<b>Sintomatología de ansiedad (STAI-R)</b>							16.06	2	.00**	.30
Leve: P ≤ de 50 (≤ de 17)	13	8	4	4.6	9	12				
Moderada: P entre 51 y 75 (≥ de 18 a 32)	28	17.3	7	8	21	28				
Elevada: P ≥ de 76 (≥ 33)	121	74.7	76	87.36	45	60				
<b>Sintomatología depresiva (BDI)</b>							5.98	5	.31	.19
Altibajos normales (< 10)	18	11.11	5	5.75	13	17.33				
Leve alteración del estado de ánimo (≥11 a 16)	20	12.35	12	13.8	8	10.7				
Estados depresivos intermitentes (≥ 17 a 20)	23	14.2	12	13.79	11	14.7				
Depresión moderada (≥ 21 a 30)	74	45.7	42	48.3	32	42.67				
Depresión grave (≥ 31 a 40)	23	14.20	14	16.09	9	12.00				
Depresión extrema (≥ 41)	4	2.47	2	2.30	2	2.67				

\*\*p≤.01 \*p≤.05

las categorías “percentil menor o igual de 25” sin obsesión por la delgadez y “percentil igual o mayor de 76” o preocupación moderada. No obstante, refleja una manifestación distinta. Mientras que en las que presentan conductas purgativas existe en el 58.6% una obsesión moderada o elevada, en cambio, en aquellas sin conductas purgativas, se observa, o bien una obsesión moderada o bien sin obsesión por la delgadez, en torno al 30-34% de ellas.

Con un nivel de significación de  $p=.00$  ( $\chi^2=44.47$ ) se evidencia la relación estadísticamente muy significativa entre las variables presencia de sintomatología bulímica y la realización o no de conductas de purga en las mujeres que presentan TCA de la muestra. En cuanto al tamaño del efecto que esta variable tiene, es próximo a alto ( $r^2\phi=.46$ ) y los residuos tipificados corregidos (superiores a  $Z=1.96$ ) ponen de manifiesto que las categorías “ausencia de síntomas de comportamiento bulímico” y “patrón de comportamiento muy alterado (posible B.N.)” tienen mayor influencia en la significación de esta relación. En este sentido, mientras que el 64.4% del subgrupo que presenta conductas purgativas tienen un patrón alimentario bulímico anómalo muy alterado, el 56% del subgrupo sin conductas purgativas presenta ausencia de sintomatología bulímica.

Del mismo modo, también resultó estadísticamente muy significativa la relación entre las variables gravedad de la sintomatología bulímica y la realización o no de conductas de purga, en las mujeres de la muestra, con un nivel de significación de  $p=.00$  ( $\chi^2=22.13$ ). La contribución a la significación estadística fue aportada tanto por las mujeres que tenían “gravedad moderada”, como por las que tenían “severa” (ambas con residuos tipificados corregidos superiores a  $Z=1.96$  (4.7). El tamaño del efecto fue medio ( $r^2\phi=.34$ ).

La asociación entre las variables perfeccionismo y la presencia o no de conductas de purga también resultó estadísticamente significativa, con un nivel de significación de  $p\leq .05$  ( $\chi^2=8.31$ ). El tamaño del efecto fue bajo ( $r^2\phi=.22$ ) y la mayor contribución a la significación la aporta la categoría “percentil igual o mayor de 76” o

elevado. Mientras que aquellas con conductas purgativas, la distribución es más homogénea (aunque con un porcentaje ligeramente superior en perfeccionismo elevado), en cambio, en las participantes sin presencia de conductas purgativas o bien destaca una ausencia de perfeccionismo o un perfeccionismo moderado. También resultó estadísticamente significativa la asociación entre las variables ineficacia y la utilización o no de conductas de purga en los TCA, con un nivel de significación de  $p \leq .05$  ( $\chi^2=10.30$ ,  $p=.01$ ). El tamaño del efecto fue bajo ( $r^2\phi=.24$ ) y la mayor contribución a la significación recayó en la categoría “percentil igual o mayor de 76” o elevada. En este sentido, en casi el 90% del subgrupo con conductas purgativas se observa ineficacia elevada, frente al 70% en aquellas sin conductas purgativas.

Por último, señalar que se han producido diferencias estadísticamente muy significativas ( $\chi^2=17.28$ ;  $p=.00$ ) entre la asociación de las variables ansiedad rasgo y presencia o ausencia de conductas de purga en los TCA. En esta asociación puede apreciarse que el tamaño del efecto es medio ( $r^2\phi=.31$ ) y que la categoría percentil superior a 76 (ansiedad elevada) contribuye a la mayor aportación a la significación. En el 87.36% (presencia) y en el 60% (ausencia) se observa ansiedad elevada. Por otro lado, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las asociaciones entre la presencia o ausencia de conductas de purga en los TCA con las variables conductas alimentarias de riesgo ( $\chi^2=0.92$ ;  $p=.63$ ). El tamaño del efecto es bajo ( $r^2\phi=.08$ ), asimismo, con autoestima ( $\chi^2=1.80$ ;  $p=.41$ ) el tamaño del efecto es bajo ( $r^2\phi=.11$ ). Y finalmente, sintomatología depresiva ( $\chi^2=5.98$ ;  $p=.31$ ), con un tamaño del efecto también bajo ( $r^2\phi=.19$ ). En otras palabras, por encima del 75% del subgrupo con conductas purgativas presentan riesgo elevado con las conductas alimentarias anómalas y baja autoestima, frente al casi 70% en aquellas sin conductas purgativas. Finalmente, el 45.7% se ve afectada por síntomas de depresión moderada, ligeramente superior el porcentaje en aquellas con conductas purgativas.

### **4.3. ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE LOS ESTILOS DE CRIANZA PARENTALES PERCIBIDOS SOBRE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON EL TCA, LAS VARIABLES RELACIONADAS CON EL DESARROLLO PERSONAL Y CON LAS ALTERACIONES EMOCIONALES.**

#### **4.3.1. CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS**

En primer lugar, se presentan los resultados de las puntuaciones medias obtenidas por las participantes en cada una de los tres estilos parentales percibidos (rechazo, calidez emocional y sobreprotección) considerando las actuaciones de ambos padres, para la condición de presencia vs ausencia de conductas purgativas.

En cuanto a la percepción de la influencia materna, tal y como puede observarse en la Tabla 9, en la dimensión de rechazo que hace alusión a la percepción de incompreensión o falta de aprobación por parte de los padres, la media total se sitúa en 39.88, resultando ligeramente más elevada en el subgrupo purgativo ( $M=40.47$ ), respecto al no purgativo ( $M=39.19$ ). Dicha diferencia no es estadísticamente significativas ( $t=.64$ ,  $p=.52$ ), con un tamaño del efecto bajo ( $d=.10$ ).

De modo similar, en cuanto a la percepción de la influencia paterna, la media total se sitúa en 39.11, puntuación prácticamente similar a la influencia materna, siendo de nuevo más elevada en el subgrupo con conductas purgativas ( $M=40.95$ ), respecto al de ausencia de conductas purgativas ( $M=37.40$ ). No obstante, dicha diferencia no es estadísticamente significativas ( $t=-1.75$ ,  $p=.08$ ), con un tamaño del efecto cercano a medio ( $d=.28$ ) (Ver Tabla 9).

Tabla 9. Medias y desviaciones típicas por subgrupos en la percepción de estilos de crianza parentales en función de la presencia vs ausencia de las conductas purgativas.

Variables	Subgrupos								
	Total (N=162)		Presencia de conductas purgativas (n=87)		Ausencia de conductas purgativas (n=75)		Prueba de contraste  g/160		
	M	DT	M	DT	M	DT	t	p	d
<b>Percepción del estilo de crianza parental</b>									
<b>Materno</b>									
Rechazo	39.88	12.76	40.47	11,80	39,19	13,84	.64	.52	.10
Calidez emocional	47.96	12.57	46.85	12,52	49,24	12,58	1,21	.23	.19
Sobreprotección	36.64	8.82	37.23	8.47	35.96	9.23	.91	.36	.14
<b>Paterno</b>									
Rechazo	39.31	12.98	40.95	12.67	37.40	13.15	- 1.75	.08	.28
Calidez emocional	43.31	8.17	41.00	13.41	44.28	14.29	- 1.51	.13	.24
Sobreprotección	33.31	8.19	33.49	8.08	33.11	8.35	-0.3	.77	.05

Por otro lado, estos valores medios son más elevado que los obtenidos en el estudio de Alonso et al. (2001), cuya puntuaciones medias son 33.70 para la influencia materna y 31 para la paterna, indicando que las participantes de esta investigación muestran un sentimiento más elevado de incomprensión y falta de aceptación por parte de la madre y del padre, en el momento de inicio del tratamiento o Tiempo 1.

La dimensión calidez emocional refleja la percepción de afecto, cariño y apoyo que perciben en los estilos parentales, las demostraciones de amor y respecto así como la facilidad para establecer comunicación en el ámbito familiar. Respecto a la influencia materna, la media total se sitúa en 47.96. Son aquellas sin conductas purgativas las que perciben una mayor calidez emocional (M=49.24 vs M=46.85), si bien las diferencias no alcanzan significación estadística ( $t=1.21$ ,  $p=.23$ ), con un tamaño del efecto bajo ( $d=.19$ ) (Ver Tabla 9).

En la misma línea, la media total en la influencia paterna es 43.31, siendo las no purgativas quienes perciben un mayor calor emocional (M=44.28) respecto a las purgativas (M=41), sin diferencias

estadísticamente significativas ( $t=-1.51$ ,  $p=.13$ ) con un tamaño del efecto bajo ( $d=.24$ ).

Estos valores medios son más bajos que los obtenidos en el estudio de Alonso et al. (2001), cuya puntuaciones medias son 53.50 para la influencia materna y 49.2 para la paterna, indicando que las participantes de esta investigación perciben un menor sentimiento de afecto, cariño y apoyo por parte de la madre y del padre, en el momento de inicio del tratamiento o Tiempo 1.

Finalmente, la dimensión de sobreprotección hace alusión a la percepción de un excesivo control y preocupación de los padres por sus hijos, dificultando su libertad. La puntuación media total en esta dimensión en cuanto a la influencia materna es 33.64, resultando ligeramente más elevada en el subgrupo purgativo ( $M=37.23$ ), respecto al no purgativo ( $M=35.96$ ). Dicha diferencia no es estadísticamente significativa ( $t=.91$ ,  $p=.36$ ) con un tamaño del efecto bajo ( $d=.14$ ) (Ver Tabla 9).

En la influencia paterna, la puntuación media total ( $M=33.31$ ) es más baja que en la materna, si bien son prácticamente similares tanto en purgativas ( $M=33.49$ ) como en las no purgativas ( $M=33.11$ ) sin diferencias estadísticamente significativas ( $t=-.30$ ,  $p=.77$ ) con un tamaño del efecto bajo ( $d=.05$ ). Por otro lado, estos valores se aproximan a los del estudio de Alonso et al (2001) para la influencia materna ( $M=34.3$ ) y es más elevado en el caso de la influencia paterna, dado que en ese estudio la media es 30. Por tanto, las participantes de esta investigación perciben una sobreprotección similar por parte de la madre y más elevada por parte del padre, respecto al estudio de estos autores, en el momento de inicio del

#### 4.3.2. ANÁLISIS DE LAS RELACIONES ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LOS ESTILOS DE CRIANZA PARENTALES CON LAS VARIABLES RELACIONADAS CON EL TCA, LAS VARIABLES RELACIONADAS CON EL DESARROLLO PERSONAL Y CON LAS ALTERACIONES EMOCIONALES

En segundo lugar, para el análisis de las asociaciones entre las dimensiones del EMBU (rechazo, calidez emocional y sobreprotección) con las variables relacionadas con el TCA, con las de desarrollo personal y las alteraciones emocionales se han empleado correlaciones bivariadas, recurriendo al coeficiente de correlación  $r$  de Pearson. En este apartado, se han tomado en cuenta, por una parte, las puntuaciones obtenidas en la evaluación al inicio del tratamiento (Tiempo 1) y, por otra parte, tras doce meses del inicio del tratamiento (Tiempo 2) en todas las variables excepto en las dimensiones del EMBU (Tiempo 1), con la finalidad de valorar el peso de estos estilos percibidos (como inadecuados) durante su vida y cómo influyen en el pronóstico y restablecimiento de la enfermedad.

##### 4.3.2.1. Relaciones entre los estilos parentales percibidos con las diversas variables, al inicio del tratamiento

En los análisis de correlaciones realizados con el estilo de rechazo materno y las distintas variables en el Tiempo 1 (pre), en aquellas relacionadas con el TCA (insatisfacción corporal, conductas alimentarias de riesgo, obsesión por la delgadez y comportamientos bulímicos) y con las alteraciones emocionales (sintomatología de ansiedad y depresiva) no se obtuvieron asociaciones estadísticamente significativas con ninguna de las variables ( $p \geq .05$ ). En cambio, con las variables relacionadas con el desarrollo personal se obtuvieron relaciones directas con el perfeccionismo ( $r=.29$ ,  $p=.001$ ) y la ineficacia ( $r=.22$ ,  $p=.01$ ) e inversa con la autoestima ( $r=-.17$ ,  $p=.03$ ). En otras palabras, en el momento previo al inicio del tratamiento, a más percepción de desaprobación materna, más comportamientos

perfeccionistas y valoración de ineficacia, así como más baja autoestima (Ver Tabla 10).

En cuanto a la percepción de rechazo paterno, se obtuvieron relaciones directas estadísticamente significativas con la gravedad de la sintomatología bulímica ( $r=.17$ ,  $p=.05$ ), así como con las de desarrollo personal, perfeccionismo ( $r=.24$ ,  $p=.002$ ), e ineficacia ( $r=.20$ ,  $p=.01$ ). En otras palabras, previo al inicio del tratamiento, a más percepción de desaprobación paterna, más comportamientos perfeccionistas y valoración de ineficacia (Ver Tabla 10).

Por tanto, la percepción de desaprobación parental durante la crianza, se asocia con comportamientos perfeccionistas y valoración de ineficacia. Además, la influencia de este estilo en la madre se asocia con más baja autoestima en las participantes con TCA, en la línea base.

En los análisis de correlaciones realizados con el estilo de calidez emocional materna, se obtuvieron relaciones inversas estadísticamente significativas con la sintomatología bulímica ( $r=-.16$ ,  $p=.04$ ), así como con la de desarrollo personal, ineficacia ( $r=-.30$ ,  $p=.001$ ) y directa con autoestima ( $r=.26$ ,  $p=.001$ ). En el momento previo al inicio del tratamiento, a menos percepción de calidez emocional materna, más comportamientos bulímicos y más valoración de ineficacia, así como más baja autoestima (Ver Tabla 10).

En cuanto a la calidez emocional paterna percibida, también se obtuvieron relaciones inversas estadísticamente significativas con la sintomatología bulímica ( $r=-.23$ ,  $p=.003$ ), así como con las de desarrollo personal, ineficacia ( $r=-.34$ ,  $p=.001$ ) y con las de alteraciones emocionales, sintomatología de ansiedad ( $r=-.23$ ,  $p=.003$ ) y depresiva ( $r=-.15$ ,  $p=.05$ ); en cambio, directa con autoestima ( $r=.23$ ,  $p=.001$ ). En otras palabras, a menos percepción de calidez emocional paterna, más comportamientos bulímicos, más valoración de ineficacia, más sintomatología ansiosa y depresiva, así como más baja autoestima (Ver Tabla 10).

Tabla 10. Análisis de relaciones entre los estilos de crianza parentales percibidos y las variables personales y psicopatológicas en los distintos momentos de evaluación (N=162)

Variables	Paterno				Materno			
	Inicio TCA		Evolución		Inicio TCA		Evolución	
	Pre	12 meses	Pre	12 meses	Pre	12 meses	Pre	12 meses
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
<b>Relacionadas con los TCA</b>								
<b>Insatisfacción corporal (BSQ)</b>								
Rechazo	.06	.50	.17	.03*	.04	.64	.19	.02*
Calidez emocional	-.13	.10	-.20	.01**	-.07	.36	-.16	.04*
Sobreprotección	.07	.38	.11	.16	.09	.25	.13	.09
<b>Conductas alimentarias de riesgo (EAT-40)</b>								
Rechazo	.03	.71	.16	.04*	.15	.06	.27	.001**
Calidez emocional	-.03	.71	-.15	.05	-.04	.66	-.17	.03*
Sobreprotección	.15	.06	.28	.001**	.09	.25	.21	.006**
<b>Obsesión por la delgadez (EDI-OD)</b>								
Rechazo	.11	.16	.13	.09	.11	.17	.15	.05
Calidez emocional	-.10	.18	-.14	.08	-.02	.78	-.09	.22
Sobreprotección	.12	.14	.14	.07	.14	.08	.10	.19
<b>Sintomatología bulímica (BITE-S)</b>								
Rechazo	.15	.06	.19	.01**	.07	.36	.13	.09
Calidez emocional	-.23	.003**	-.24	.003**	-.16	.04*	-.19	.02*
Sobreprotección	-.06	.43	-.001	.99	.04	.64	.07	.40
<b>Gravedad de la sintomatología bulímica (BITE-G)</b>								
Rechazo	.17	.05*	.20	.01**	.04	.64	.19	.02*
Calidez emocional	-.13	.10	-.20	.01**	-.07	.36	-.16	.04*
Sobreprotección	.07	.38	.11	.16	.09	.25	.13	.09
<b>Relacionadas con el desarrollo personal</b>								
<b>Perfeccionismo (EDI-P)</b>								
Rechazo	.24	.002**	.28	.001**	.29	.001**	.32	.001**
Calidez emocional	-.05	.53	-.13	.11	-.11	.17	-.12	.12
Sobreprotección	.33	.001**	.44	.001**	.30	.001**	.33	.001**
<b>Autoestima (R-SES)</b>								
Rechazo	-.15	.06	-.17	.03*	-.17	.03*	-.18	.02*
Calidez emocional	.29	.001**	.24	.002**	.26	.001**	.22	.005**
Sobreprotección	-.06	.44	-.11	.15	-.14	.07	-.14	.08
<b>Ineficacia (EDI-I)</b>								
Rechazo	.20	.01**	.29	.00**	.22	.01**	.22	.00**
Calidez emocional	-.34	.001**	-.26	.001**	-.30	.001**	-.19	.02*
Sobreprotección	.06	.46	.16	.04*	.17	.03*	.16	.04*
<b>Relacionadas con las alteraciones emocionales</b>								
<b>Sintomatología de ansiedad (STAI-R)</b>								
Rechazo	.08	.31	.25	.001**	.09	.23	.23	.003**
Calidez emocional	.23	.003**	-.26	.001**	-.15	.56	-.23	.004**
Sobreprotección	.06	.47	.14	.08	.10	.19	.19	.02*
<b>Sintomatología depresiva (BDI)</b>								
Rechazo	.01	.86	.23	.003**	.05	.50	.29	.001**
Calidez emocional	-.15	.05	-.23	.003**	-.14	.07	-.26	.001**
Sobreprotección	.03	.70	.19	.01*	.02	.84	.17	.03*

\*\* $p \leq .01$  \* $p \leq .05$

Por tanto, la percepción de escaso afecto, apoyo y cariño parental durante la crianza, se asocia con comportamientos bulímicos, valoración de ineficacia y baja autoestima. Además, la influencia de este estilo en el padre se asocia con alteraciones emocionales en las participantes con TCA, antes de iniciar el tratamiento.

Por otra parte, en los análisis de correlaciones realizados con el estilo de sobreprotección materna, se obtuvieron relaciones directas estadísticamente significativas con las variables de desarrollo personal, perfeccionismo ( $r=-.30$ ,  $p=.001$ ) e ineficacia ( $r=.17$ ,  $p=.03$ ). En cuanto a la sobreprotección paterna, tan sólo se obtuvo con perfeccionismo ( $r=.33$ ,  $p=.001$ ). En otras palabras, en el momento previo al inicio del tratamiento, a más percepción de sobreprotección parental, más comportamientos perfeccionistas y valoración de ineficacia, ésta última asociada al estilo de la madre (Ver Tabla 10).

#### 4.3.2.2. Relaciones entre los estilos parentales percibidos con las diversas variables, tras 12 meses del inicio del tratamiento.

En los análisis de correlaciones realizados con el estilo de rechazo materno y las distintas variables en el Tiempo 2 (12 meses), excepto en sintomatología bulímica, se obtuvieron asociaciones directas estadísticamente significativas en el resto de las variables relacionadas con el TCA, esto es, insatisfacción corporal ( $r=.19$ ,  $p=.02$ ), conductas alimentarias de riesgo ( $r=.27$ ,  $p=.001$ ), obsesión por la delgadez ( $r=.15$ ,  $p=.05$ ) y gravedad de la sintomatología bulímica ( $r=.19$ ,  $p=.02$ ). También, con las variables relacionadas con el desarrollo personal se obtuvieron relaciones directas con el perfeccionismo ( $r=.32$ ,  $p=.001$ ) y la ineficacia ( $r=.22$ ,  $p=.01$ ) e inversa con la autoestima ( $r=-.18$ ,  $p=.02$ ), así como directa con las alteraciones emocionales, sintomatología de ansiedad ( $r=.23$ ,  $p=.003$ ) y depresiva ( $r=.29$ ,  $p=.001$ ). En otras palabras, tras doce meses del inicio del tratamiento, cuanto más desaprobación materna se perciba, más elevados son los niveles de insatisfacción corporal, los

comportamientos alimentarios de riesgo, la obsesión por la delgadez, la gravedad de sintomatología bulímica, los comportamientos perfeccionistas, valoración de ineficacia y la baja autoestima, así como también más elevados son los niveles de sintomatología de ansiedad y depresiva. (Ver Tabla 10).

En cuanto a la percepción de rechazo paterno, excepto en obsesión por la delgadez, se obtuvieron asociaciones directas estadísticamente significativas en el resto de las variables relacionadas con el TCA, es decir, insatisfacción corporal ( $r=.17$ ,  $p=.03$ ), conductas alimentarias de riesgo ( $r=.16$ ,  $p=.04$ ), sintomatología bulímica ( $r=.19$ ,  $p=.01$ ) y gravedad de la sintomatología bulímica ( $r=.20$ ,  $p=.01$ ). También, con las variables relacionadas con el desarrollo personal se obtuvieron relaciones directas, con el perfeccionismo ( $r=.28$ ,  $p=.001$ ) y la ineficacia ( $r=.29$ ,  $p=.001$ ) e inversa con la autoestima ( $r=-.17$ ,  $p=.02$ ), así como directa con las alteraciones emocionales, sintomatología de ansiedad ( $r=.25$ ,  $p=.001$ ) y depresiva ( $r=.23$ ,  $p=.003$ ). En otras palabras, transcurridos doce meses desde el inicio del tratamiento, cuanto más desaprobación paterna se perciba, más elevados son los niveles de insatisfacción corporal, los comportamientos alimentarios de riesgo, la sintomatología y la gravedad de sintomatología bulímica, los comportamientos perfeccionistas, valoración de ineficacia y la baja autoestima, así como también más elevados son los niveles de sintomatología de ansiedad y depresiva. (Ver Tabla 10).

Por tanto, la percepción de desaprobación parental durante la crianza, se asocia de modo significativo, en ambos padres, con las variables consideradas en esta investigación durante el proceso de recuperación de la enfermedad (doce meses), excepto en la asociación con la sintomatología bulímica en la madre y la obsesión por la delgadez en el padre, variables directamente relacionadas con el TCA.

Al considerar la percepción de calidez emocional materna, excepto en obsesión por la delgadez, se obtuvieron asociaciones

inversas estadísticamente significativas en el resto de las variables relacionadas con el TCA, es decir, insatisfacción corporal ( $r=-.16$ ,  $p=.04$ ), conductas alimentarias de riesgo ( $r=-.17$ ,  $p=.03$ ), sintomatología bulímica ( $r=-.19$ ,  $p=.02$ ) y gravedad de la sintomatología bulímica ( $r=-.16$ ,  $p=.04$ ). Así mismo, con las variables relacionadas con el desarrollo personal se obtuvieron relaciones significativas, directa con la autoestima ( $r=.22$ ,  $p=.005$ ) e inversa con la ineficacia ( $r=-.19$ ,  $p=.02$ ), así como también inversa con las alteraciones emocionales, sintomatología de ansiedad ( $r=-.23$ ,  $p=.004$ ) como depresiva ( $r=-.26$ ,  $p=.001$ ) (Ver Tabla 10).

En la percepción de calidez emocional paterna, también excepto en obsesión por la delgadez, se obtuvieron asociaciones inversas estadísticamente significativas en el resto de las variables relacionadas con el TCA, es decir, insatisfacción corporal ( $r=-.20$ ,  $p=.01$ ), conductas alimentarias de riesgo ( $r=-.15$ ,  $p=.05$ ), sintomatología bulímica ( $r=-.24$ ,  $p=.003$ ) y gravedad de la sintomatología bulímica ( $r=-.20$ ,  $p=.01$ ). Así mismo, con las variables relacionadas con el desarrollo personal se obtuvieron relaciones significativas, directa con la autoestima ( $r=.24$ ,  $p=.002$ ) e inversa con la ineficacia ( $r=-.26$ ,  $p=.02$ ), así como también inversa con las alteraciones emocionales, sintomatología de ansiedad ( $r=-.26$ ,  $p=.001$ ) como depresiva ( $r=-.23$ ,  $p=.001$ ). En otras palabras, transcurridos doce meses desde el inicio del tratamiento, cuanto menos afecto, cariño y apoyo paterno y materno se perciba, más elevados son los niveles de insatisfacción corporal, los comportamientos alimentarios de riesgo, la sintomatología y la gravedad de sintomatología bulímica, la valoración de ineficacia y la baja autoestima, así como también más elevados son los niveles de sintomatología de ansiedad y depresiva (Ver Tabla 10).

Por tanto, la percepción de desaprobación parental durante la crianza, se asocia de modo significativo durante el proceso de recuperación de la enfermedad, en ambos padres, con la mayoría de las variables consideradas en esta investigación, excepto obsesión por la delgadez y perfeccionismo.

Finalmente, en cuanto a la percepción de sobreprotección materna, se tan sólo se obtuvo asociación directa estadísticamente significativa con una variable relacionadas con el TCA, las conductas alimentarias de riesgo ( $r=.21$ ,  $p=.006$ ). Además, también con las variables relacionadas con el desarrollo personal se obtuvieron relaciones directas, con el perfeccionismo ( $r=.33$ ,  $p=.001$ ) y la ineficacia ( $r=.16$ ,  $p=.04$ ), así como con las alteraciones emocionales, sintomatología de ansiedad ( $r=.19$ ,  $p=.02$ ) y depresiva ( $r=.17$ ,  $p=.03$ ) (Ver Tabla 10).

Estas mismas asociaciones, excepto en la sintomatología de ansiedad, se obtienen en la influencia de la sobreprotección paterna. Todas ellas son directas, las conductas alimentarias de riesgo ( $r=.28$ ,  $p=.001$ ), el perfeccionismo ( $r=.44$ ,  $p=.001$ ) y la ineficacia ( $r=.16$ ,  $p=.04$ ), así como sintomatología depresiva ( $r=.19$ ,  $p=.01$ ) (Ver Tabla 10).

En otras palabras, transcurridos doce meses desde el inicio del tratamiento, cuanta más sobreprotección se perciba por parte de ambos padres, más elevados son los niveles de comportamientos alimentarios de riesgo, los comportamientos perfeccionistas, la valoración de ineficacia así como también más elevados son los niveles de sintomatología de ansiedad (con el estilo de la madre) y depresiva.

#### 4.3.3. ANÁLISIS DEL VALOR PREDICTIVO DE LOS ESTILOS DE CRIANZA PARENTALES PERCIBIDOS SOBRE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON EL TCA, LAS DE DESARROLLO PERSONAL Y LAS ALTERACIONES EMOCIONALES.

Para un análisis más exhaustivo de la influencia o del valor predictivo de las dimensiones del EMBU en las variables relacionadas con el TCA, en las de desarrollo personal y en las alteraciones emocionales se han llevado a cabo análisis de regresión lineal, utilizando las diferentes escalas del EMBU (rechazo, calidez emocional y sobreprotección) como variables independientes o predictoras y el

resto de las variables como dependientes o criterio. Se ha procedido incluyendo en los análisis de regresión aquellas variables cuyas relaciones entre las tres dimensiones del EMBU, previamente en el análisis de correlaciones bivariadas, se mostraron estadísticamente significativas.

Con la finalidad de determinar el peso que los estilos parentales percibidos pudieran estar ejerciendo en el inicio o desarrollo del TCA, se ha procedido, en primer lugar, a incluir en los análisis llevados a cabo las puntuaciones obtenidas en el primer momento (Tiempo 1), o toma de contacto con el profesional. En segundo lugar, de cara a conocer la influencia de estos estilos de crianza percibidos como inadecuados durante la evolución una vez puesto en marcha el tratamiento, se incluyen en los análisis de regresión lineal las puntuaciones de las variables dependientes o criterio en el Tiempo 2, es decir, a los doce meses de la intervención profesional.

Así mismo, dado que el EMBU permite diferenciar la influencia de los estilos de ambos padres, se analizan por separado la percepción de las participantes tanto del estilo del padre como de la madre que guardan en su memoria.

Por otro lado, dado que en los análisis preliminares los resultados no arrojaban resultados interesantes, sustancialmente diferentes, se ha optado por considerar la muestra de modo global, sin considerar la condición purga/no purga.

#### 4.3.3.1. Percepción de rechazo y desaprobación

##### 4.3.3.1.1. Influencia del estilo de rechazo y desaprobación parental percibidos durante la crianza, en el inicio o desarrollo del TCA.

En los análisis de regresión lineal realizados con el estilo de rechazo materno y las distintas variables en el Tiempo 1 (línea base), en aquellas relacionadas con el TCA (insatisfacción corporal, conductas alimentarias de riesgo, obsesión por la delgadez y comportamientos bulímicos) y con las alteraciones emocionales (sintomatología de ansiedad y depresiva) no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos con ninguna de las variables ( $p \geq .05$ ). En cambio, con las variables relacionadas con el desarrollo personal se obtuvieron con el perfeccionismo ( $F=15.67$ ,  $p=.001$ ), la autoestima ( $F=8.28$ ,  $p=.03$ ) y la ineficacia ( $F=13.20$ ,  $p=.001$ ), explicando la percepción de este estilo materno el 9.4% de los comportamientos perfeccionistas, el 4.3% la disminución de la autoestima y el 7%, del aumento en la valoración de ineficacia de sí mismas. Excepto en perfeccionismo, a pesar de ser significativos estos resultados, el porcentaje explicado resulta muy bajo (Ver Tabla 11).

Tabla 11. Valor predictivo de la percepción de rechazo materno sobre las variables estudiadas en el desarrollo del TCA.

Variables				
<i>Inicio del TCA</i>	$R^2$	$\beta$	F	$p$
<b>Rechazo materno</b>				
<b><i>Relacionadas con el desarrollo personal</i></b>				
Perfeccionismo (EDI-P)	.094	-.29	15.67	.001**
Autoestima (RSES)	.043	.17	8.28	.03*
Ineficacia (EDI-I)	.070	-.22	13.20	.001**

\*\* $p \leq .01$  \* $p \leq .05$

En cuanto a la percepción del estilo de rechazo paterno, en el momento del inicio del tratamiento, se obtuvo que éste explicaba el 2.6% sobre la gravedad de los comportamientos bulímicos ( $F=5.20$ ,  $p=.05$ ), sin observarse significación estadística en ninguna otra variable relacionada con el TCA, así como tampoco en las relacionadas con las alteraciones emocionales (Ver Tabla 12).

Tabla 12. Valor predictivo de la percepción de rechazo paterno sobre las variables estudiadas en el desarrollo del TCA.

Variables <i>Inicio del TCA</i>	$R^2$	$\beta$	$F$	$p$
<b>Rechazo paterno</b>				
<b><i>Relacionadas con el TCA</i></b>				
Gravedad de la sintomatología bulímica (BITE-G)	.026	-.17	5.30	.05*
<b><i>Relacionadas con el desarrollo personal</i></b>				
Perfeccionismo (EDI-P)	.085	-.29	14.52	.001**
Ineficacia (EDI-I)	.058	-.20	10.85	.001**

\*\* $p \leq .01$  \* $p \leq .05$ 

En cambio, en aquellas relacionadas con el desarrollo personal se obtuvieron con el perfeccionismo ( $F=5.20$ ,  $p=.001$ ) y la ineficacia ( $F=10.85$ ,  $p=.001$ ), explicando la percepción de este estilo paterno el 8.5% de los comportamientos perfeccionistas y el 5.8% del aumento en la valoración de ineficacia de sí mismas. A pesar de ser significativos estos resultados, el porcentaje explicado resulta bajo.

Por tanto, la percepción de un estilo de desaprobación tanto de la madre como del padre no influyen o no ejerce un papel relevante a la hora de iniciarse en conductas compensatorias. Más bien, se explica esta influencia en otras más relacionadas con el desarrollo personal, tales como autoestima (disminuyéndola), la ineficacia (aumentándola) o el perfeccionismo (aumentándolo). El mayor efecto o explicación se ejerce sobre el nivel de perfeccionismo, tanto cuando se percibe el rechazo o la desaprobación del padre como de la madre.

Estos hallazgos llevan a pensar que, en el inicio de un TCA, más que la percepción de un estilo de desaprobación o rechazo, tienen más peso las variables personales que las familiares aunque las relaciones familiares o los estilos de crianza parentales pueden contribuir a equilibrar o desajustar las variables de desarrollo personal en las chicas.

#### 4.3.3.1.2. Influencia del estilo de desaprobación y rechazo parental percibidos durante la crianza, tras doce meses del inicio del tratamiento.

En los análisis de regresión lineal realizados con el estilo de rechazo materno y las distintas variables en el Tiempo 2 (12 meses), se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en las relacionadas con el TCA, en concreto, insatisfacción corporal ( $F=5.92$ ,  $p=.02$ ), conductas alimentarias de riesgo ( $F=12.27$ ,  $p=.001$ ), obsesión por la delgadez ( $F=4.09$ ,  $p=.04$ ) y gravedad de la sintomatología bulímica ( $F=6.01$ ,  $p=.01$ ). Además, con las variables relacionadas con el desarrollo personal, perfeccionismo ( $F=18.28$ ,  $p=.001$ ), autoestima ( $F=5.16$ ,  $p=.02$ ) e ineficacia ( $F=8.42$ ,  $p=.004$ ) y con las alteraciones emocionales, sintomatología de ansiedad ( $F=9.33$ ,  $p=.003$ ) y depresiva ( $F=14.44$ ,  $p=.001$ ) también se obtuvieron resultados estadísticamente significativos (Ver Tabla 13).

Tabla 13. Valor predictivo de la percepción de rechazo materno sobre las variables estudiadas tras doce meses del inicio del tratamiento.

Variables Evolución	R <sup>2</sup>	β	F	p
<b>Rechazo materno</b>				
<b>Relacionadas con el TCA</b>				
Insatisfacción corporal (BSQ)	.036	-.19	5.92	.02*
Conductas alimentarias de riesgo (EAT-40)	.072	-.27	12.27	.001**
Obsesión por la delgadez (EDI-OD)	.025	-.16	4.09	.04*
Gravedad de la sintomatología bulímica (BITE-G)	.036	-.19	6.01	.01**
<b>Relacionadas con el desarrollo personal</b>				
Perfeccionismo (EDI-P)	.103	-.32	18.28	.001**
Autoestima (RSES)	.031	.18	5.16	.02*
Ineficacia (EDI-I)	.050	-.22	8.42	.004**
<b>Relacionadas con las alteraciones emocionales</b>				
Sintomatología de ansiedad (STAI-R)	.055	-.23	9.33	.003**
Sintomatología depresiva (BDI)	.083	-.29	14.44	.001**

\*\* $p \leq .01$  \* $p \leq .05$

Por tanto, la percepción de este estilo materno explica el 3.6% del aumento de la insatisfacción corporal, así como del 7.2% de los comportamientos alimentarios de riesgo, del 2.5% de la obsesión por la delgadez y del 3.6% de la severidad de la sintomatología bulímica.

Además, explica el 10.3% de los comportamientos perfeccionistas, el 3.1% la disminución de la autoestima y el 5% del aumento en la valoración de ineficacia de sí mismas, así mismo el 5.5% y el 8.3% de la afectación en la sintomatología de ansiedad y depresiva. Excepto en perfeccionismo, seguido de sintomatología depresiva y comportamientos alimentarios de riesgo, a pesar de ser significativos estos resultados, el porcentaje explicado por el peso de la percepción de rechazo materno resulta muy bajo en el resto de las variables (insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez, sintomatología bulímica, autoestima, así como sintomatología ansiedad) (Ver Tabla 13).

En cuanto a la percepción del estilo de rechazo paterno y las distintas variables en el Tiempo 2 (12 meses), se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en las relacionadas con el TCA, en concreto, insatisfacción corporal ( $F=4.64$ ,  $p=.03$ ), sintomatología bulímica ( $F=6.66$ ,  $p=.01$ ) y gravedad de la sintomatología bulímica ( $F=6.76$ ,  $p=.01$ ). También con las variables relacionadas con el desarrollo personal, perfeccionismo ( $F=14.52$ ,  $p=.001$ ), autoestima ( $F=5.19$ ,  $p=.03$ ) e ineficacia ( $F=15.19$ ,  $p=.001$ ) así como con las alteraciones emocionales, sintomatología de ansiedad ( $F=11.02$ ,  $p=.001$ ) y depresiva ( $F=8.25$ ,  $p=.005$ ) los resultados fueron estadísticamente significativos (Ver Tabla 14).

Por tanto, la percepción de este estilo de rechazo paterno explica el 2.9% del aumento de la insatisfacción corporal, del 4.1% de la sintomatología bulímica y del 4.2% de la severidad en la sintomatología bulímica. Además, explica el 8.5% de los comportamientos perfeccionistas, el 3.2% la disminución de la autoestima y el 8.9% del aumento en la valoración de ineficacia de sí mismas, así mismo el 6.6% y el 5% del aumento en la sintomatología de ansiedad y depresiva, respectivamente. Excepto en las variables de desarrollo personal, perfeccionismo e ineficacia, seguido de sintomatología depresiva y de ansiedad, a pesar de ser significativos estos resultados, el porcentaje explicado por el peso de la percepción

de rechazo paterno resulta muy bajo en el resto de las variables, especialmente en aquellas relacionadas con el TCA (insatisfacción corporal, sintomatología y gravedad de la sintomatología bulímica) (Ver Tabla 14).

Tabla 14. Valor predictivo de la percepción de rechazo paterno sobre las variables estudiadas tras doce meses del inicio del tratamiento.

Variables <i>Evolución</i>	R <sup>2</sup>	β	F	p
<b>Rechazo paterno</b>				
<b><i>Relacionadas con los TCA</i></b>				
Insatisfacción corporal (BSQ)	.029	-.17	4.64	.03*
Sintomatología bulímica (BITE-S)	.041	-.20	6.66	.01**
Gravedad de la sintomatología bulímica (BITE-G)	.042	-.20	6.76	.01**
<b><i>Relacionadas con el desarrollo personal</i></b>				
Perfeccionismo (EDI-P)	.085	-.29	14.52	.001**
Autoestima (RSES)	.032	.18	5.19	.03*
Ineficacia (EDI-I)	.089	-.29	15.19	.001**
<b><i>Relacionadas con las alteraciones emocionales</i></b>				
Sintomatología de ansiedad (STAI-R)	.066	-.26	11.02	.001**
Sintomatología depresiva (BDI)	.050	-.23	8.25	.005**

\*\*p≤.01 \*p≤.05

En resumen, la percepción de un estilo de crianza de desaprobación tanto de la madre como del padre influye en el transcurso de la recuperación de la enfermedad. No obstante, ejerce un papel moderado en las variables directamente relacionadas con el TCA. Más bien, el papel que ejerce este estilo percibido como inadecuado se explica en otras más relacionadas con el desarrollo personal, tales como autoestima (disminuyéndola), la ineficacia (aumentándola) o el perfeccionismo (aumentándolo), así como en las alteraciones emocionales, afectando en los niveles de ansiedad y sintomatología depresiva. El mayor efecto o explicación se ejerce sobre el nivel de perfeccionismo, tanto cuando se percibe el rechazo o la desaprobación del padre como de la madre, seguido de la influencia del padre en la valoración de ineficacia de sí mismas y del estilo de la madre en la sintomatología depresiva.

Estos hallazgos, de nuevo, llevan a pensar que, en la recuperación del TCA, más allá de la percepción de un estilo de

desaprobación o rechazo parental, ejercen una influencia más relevante las variables de carácter personal que las familiares.

#### 4.3.3.2. Percepción de escasa calidez y apoyo emocional

##### 4.3.3.2.1. Influencia del estilo de calidez y apoyo emocional parental percibido durante la crianza, en el inicio o desarrollo del TCA.

En los análisis de regresión lineal realizados con el estilo de calidez emocional materno percibido y las distintas variables en el Tiempo 1 (línea base), en aquellas relacionadas con el TCA, excepto en sintomatología bulímica ( $F=4.19$ ,  $p=.04$ ), en el resto de las variables (insatisfacción corporal, conductas alimentarias de riesgo, obsesión por la delgadez y gravedad de la sintomatología bulímica) no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos ( $p \geq .05$ ). En cambio, con las relacionadas con el desarrollo personal se obtuvieron con la autoestima ( $F=12.05$ ,  $p=.001$ ) y la ineficacia ( $F=15.86$ ,  $p=.001$ ), explicando la percepción de este estilo materno el 2.6% de la sintomatología bulímica, el 7% la disminución de la autoestima y el 9%, en la valoración de escasa competencia y control de sí mismas, es decir, de ineficacia. Excepto en perfeccionismo, a pesar de ser significativos estos resultados, el porcentaje explicado resulta bajo (Ver Tabla 15).

Tabla 15. Valor predictivo de la percepción de calidez emocional materna sobre las variables estudiadas en el desarrollo del TCA.

Variables				
Inicio del TCA	$R^2$	$\beta$	$F$	$p$
<b>Calidez emocional materna</b>				
<b>Relacionadas con los TCA</b>				
Sintomatología bulímica (BITE-S)	.026	.16	4.19	.04*
<b>Relacionadas con el desarrollo personal</b>				
Autoestima (RSES)	.070	-.26	12.05	.001**
Ineficacia (EDI-I)	.090	.30	15.86	.001**

\*\* $p \leq .01$  \* $p \leq .05$

En cuanto a la percepción del estilo de calidez emocional paterno, de modo similar a los hallazgos encontrados en la influencia

materna, en aquellas variables relacionadas con el TCA, excepto en sintomatología bulímica ( $F=9.67$ ,  $p=.002$ ), en el resto de las variables (insatisfacción corporal, conductas alimentarias de riesgo, obsesión por la delgadez y gravedad de la sintomatología bulímica) no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos ( $p \geq .05$ ). En cambio, con las relacionadas con el desarrollo personal se obtuvieron con la autoestima ( $F=11.69$ ,  $p=.001$ ) así como con la ineficacia ( $F=20.32$ ,  $p=.001$ ), y en relacionadas con las alteraciones emocionales, la sintomatología de ansiedad ( $F=8.46$ ,  $p=.004$ ), explicando la percepción de este estilo paterno el 5.8% de la sintomatología bulímica, el 8% de la disminución de la autoestima, el 11.5% en la valoración de escasa competencia y control de sí mismas, es decir, de ineficacia y el 5.1% de la afectación en los síntomas de ansiedad. Excepto en ineficacia y autoestima, a pesar de ser significativos estos resultados, el porcentaje explicado resulta bajo (Ver Tabla 16).

Tabla 16. Valor predictivo de la percepción de calidez emocional paterna sobre las variables estudiadas en el desarrollo del TCA.

Variables Inicio del TCA	$R^2$	$\beta$	F	p
<b>Calidez emocional paterna</b>				
<b>Relacionadas con los TCA</b>				
Sintomatología bulímica (BITE-S)	.058	.23	9.67	.002**
<b>Relacionadas con el desarrollo personal</b>				
Autoestima (RSES)	.080	-.29	11.69	.001**
Ineficacia (EDI-I)	.115	.34	20.32	.001**
<b>Relacionadas con las alteraciones emocionales</b>				
Sintomatología de ansiedad (STAI-R)	.051	.23	8.46	.004**

\*\* $p \leq .01$  \* $p \leq .05$

Por tanto, la percepción de la calidez emocional ejerce un papel relevante a la hora de iniciarse en conductas compensatorias. Además, en otras más relacionadas con el desarrollo personal, tales como autoestima (disminuyéndola), la ineficacia (aumentándola). El mayor efecto o explicación se ejerce sobre la valoración de sí misma de escasa competencia y control, tanto cuando se percibe del padre como de la madre. No obstante, se ha de destacar que las puntuaciones medias obtenidas por las participantes con TCA son más

bajas, respecto al estudio de referencia, indicando que perciben un afecto, cariño y apoyo parental insuficiente.

#### 4.3.3.2.2. Influencia del estilo de calidez y apoyo emocional parental percibido durante la crianza, tras doce meses del inicio del tratamiento.

En los análisis de regresión lineal realizados con el estilo de calidez emocional materno y las distintas variables en el Tiempo 2 (12 meses), se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en las relacionadas con el TCA, en concreto, insatisfacción corporal ( $F=4.67$ ,  $p=.03$ ), conductas alimentarias de riesgo ( $F=4.87$ ,  $p=.03$ ), sintomatología bulímica ( $F=6.66$ ,  $p=.01$ ) y gravedad de la sintomatología bulímica ( $F=8.82$ ,  $p=.003$ ). Además, con las variables relacionadas con el desarrollo personal, autoestima ( $F=8.08$ ,  $p=.005$ ) e ineficacia ( $F=6.16$ ,  $p=.01$ ) y con las alteraciones emocionales, sintomatología de ansiedad ( $F=9.24$ ,  $p=.003$ ) y depresiva ( $F=11.24$ ,  $p=.001$ ) también fueron estadísticamente significativos (Ver Tabla 17).

Tabla 17. Valor predictivo de la percepción de calidez emocional materna sobre las variables estudiadas tras doce meses del inicio del tratamiento.

Variables Evolución				
	$R^2$	$\beta$	$F$	$p$
<b>Calidez emocional materna</b>				
<b>Relacionadas con los TCA</b>				
Insatisfacción corporal (BSQ)	.029	.17	4.67	.03*
Conductas alimentarias de riesgo (EAT-40)	.030	.17	4.87	.03*
Sintomatología bulímica (BITE-S)	.040	.20	6.66	.01**
Gravedad de la sintomatología bulímica (BITE-G)	.053	.22	8.82	.003**
<b>Relacionadas con el desarrollo personal</b>				
Autoestima (RSES)	.048	-	8.08	.005**
Ineficacia (EDI-I)	.037	.19	6.16	.01**
<b>Relacionadas con las alteraciones emocionales</b>				
Sintomatología de ansiedad (STAI-R)	.055	.23	9.24	.003**
Sintomatología depresiva (BDI)	.066	.26	11.24	.001**

\*\* $p \leq .01$  \* $p \leq .05$

Por tanto, la percepción de este estilo materno, de escaso apoyo y afecto, explica el 2.9% del aumento de la insatisfacción

corporal, del 3% de los comportamientos alimentarios de riesgo, así como del 4% y del 5.3% de la sintomatología y severidad de la sintomatología bulímica, respectivamente. Además, explica el 4.8% en la disminución de la autoestima y el 3.7% del aumento en la valoración de ineficacia de sí mismas, así mismo el 5.5% y el 6.6% de la afectación en la sintomatología de ansiedad y depresiva. No obstante, a pesar de ser significativos estos resultados, el porcentaje explicado por el peso de la percepción de calidez emocional materna resulta, en la mayoría de las variables, muy bajo (Ver Tabla 17).

En cuanto al estilo de calidez emocional percibida del padre y las distintas variables en el Tiempo 2 (12 meses), se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en las relacionadas con el TCA, en concreto, insatisfacción corporal ( $F=6.36$ ,  $p=.01$ ), sintomatología bulímica ( $F=9.69$ ,  $p=.002$ ) y gravedad de la sintomatología bulímica ( $F=7.62$ ,  $p=.006$ ). Así mismo, con las variables relacionadas con el desarrollo personal, autoestima ( $F=10.67$ ,  $p=.001$ ) e ineficacia ( $F=12.75$ ,  $p=.001$ ) y con las alteraciones emocionales, sintomatología de ansiedad ( $F=11.69$ ,  $p=.001$ ) y depresiva ( $F=8.12$ ,  $p=.005$ ) también fueron estadísticamente significativos (Ver Tabla 18).

Tabla 18. Valor predictivo de la percepción de calidez emocional paterna sobre las variables estudiadas tras doce meses del inicio del tratamiento.

Variables Evolución	$R^2$	$\beta$	$F$	$p$
<b>Calidez emocional paterna</b>				
<b>Relacionadas con el TCA</b>				
Insatisfacción corporal (BSQ)	.039	.20	6.36	.01*
Sintomatología bulímica (BITE-S)	.059	.24	9.69	.002**
Gravedad de la sintomatología bulímica (BITE-G)	.047	.22	7.62	.006**
<b>Relacionadas con el desarrollo personal</b>				
Autoestima (RSES)	.064	- .26	10.67	.001**
Ineficacia (EDI-I)	.076	.27	12.75	.001**
<b>Relacionadas con las alteraciones emocionales</b>				
Sintomatología de ansiedad (STAI-R)	.070	.26	11.69	.001**
Sintomatología depresiva (BDI)	.049	.22	8.12	.005**

\*\* $p \leq .01$  \* $p \leq .05$

Por tanto, la percepción de escaso apoyo y afecto durante la crianza, explica el 3.9% de la insatisfacción corporal, así como el 5.9% y el 4.7% en la sintomatología y severidad de la sintomatología bulímica, respectivamente. Además, explica el 6.4% en la disminución autoestima y el 7.6% del aumento en la valoración de ineficacia de sí mismas, así mismo el 7% y el 4.9% en la presencia de la sintomatología de ansiedad y depresiva, respectivamente. No obstante, a pesar de ser significativos estos resultados, el porcentaje explicado por el peso de la percepción de calidez emocional paterna resulta, en la mayoría de las variables, muy bajo (Ver Tabla 18).

En resumen, la percepción de un estilo de crianza de escaso afecto, cariño y apoyo, o bien inadecuado tanto de la madre como del padre influye en el transcurso de la recuperación de la enfermedad. Ejerce un peso muy bajo en las variables directamente relacionadas con el TCA. El mayor efecto o explicación es el que ejerce el estilo del padre en la valoración de sí mismas de escasa competencia y la autoestima, en cambio, el estilo del madre influye, en mayor medida, en la sintomatología depresiva.

Estos hallazgos, llevan a pensar que, en la recuperación del TCA, el calor emocional parental percibido, ejerce una influencia más relevante sobre las variables de desarrollo personal que sobre las propias del TCA.

#### 4.3.3.3. Percepción de sobreprotección

##### 4.3.3.3.1. Influencia del estilo de sobreprotección parental percibido durante la crianza, en el inicio o desarrollo del TCA.

En los análisis de regresión lineal realizados con el estilo de crianza de sobreprotección materna y las distintas variables en el Tiempo 1 (línea base), en aquellas relacionadas con el TCA (insatisfacción corporal, conductas alimentarias de riesgo, obsesión por la delgadez y comportamientos bulímicos) y con las alteraciones

emocionales (sintomatología de ansiedad y depresiva) no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos con ninguna de las variables ( $p \geq .05$ ). En cambio, con las variables relacionadas con el desarrollo personal se obtuvieron con el perfeccionismo ( $F=16.03$ ,  $p=.001$ ) y la ineficacia ( $F=4.56$ ,  $p=.03$ ), explicando la percepción de este estilo materno el 9.1% de los comportamientos perfeccionistas y el 2.8%, del aumento en la valoración de escasa competencia de sí mismas. Salvo en perfeccionismo, el porcentaje explicado resulta muy bajo (Ver Tabla 19).

Tabla 19. Valor predictivo de la percepción de sobreprotección materna sobre las variables estudiadas en el desarrollo del TCA.

Variables <i>Inicio del TCA</i>	$R^2$	$\beta$	$F$	$p$
<b>Sobreprotección materna</b>				
<b><i>Relacionadas con el desarrollo personal</i></b>				
Perfeccionismo (EDI-P)	.091	-.30	16.03	.001**
Ineficacia (EDI-I)	.028	-.17	4.56	.03*

\*\* $p \leq .01$  \* $p \leq .05$

En cuanto a la percepción de este estilo de sobreprotección paterna, en el momento del inicio del tratamiento, se obtuvo que éste explicaba el 11.7% sobre el perfeccionismo ( $F=20.90$ ,  $p=.001$ ), sin observarse significación estadística en ninguna otra variable relacionada con el TCA, así como tampoco en las relacionadas con las alteraciones emocionales (Ver Tabla 20).

Tabla 20. Valor predictivo de la percepción de sobreprotección paterna sobre las variables estudiadas en el desarrollo del TCA.

Variables <i>Inicio del TCA</i>	$R^2$	$\beta$	$F$	$p$
<b>Sobreprotección paterna</b>				
<b><i>Relacionadas con el desarrollo personal</i></b>				
Perfeccionismo (EDI-P)	.117	-.34	20.90	.001**

\*\* $p \leq .01$  \* $p \leq .05$

Por tanto, la percepción de un estilo de sobreprotección tanto de la madre como del padre no influye o no ejerce un papel relevante de cara a iniciar con conductas propias del TCA. Más bien, se explica esta influencia en otras más relacionadas con el desarrollo personal,

tales como la ineficacia (aumentándola) o el perfeccionismo (aumentándolo). El mayor efecto o explicación se ejerce sobre el nivel de perfeccionismo, percibido por la actuación paterna.

#### 4.3.3.3.2. Influencia del estilo de sobreprotección parental percibido durante la crianza, tras doce meses del inicio del tratamiento.

En los análisis de regresión lineal realizados con el estilo de sobreprotección materna y las distintas variables en el Tiempo 2 (12 meses), se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en la relacionada con el TCA, en concreto, conductas alimentarias de riesgo ( $F=7.81$ ,  $p=.006$ ), con las variables relacionadas con el desarrollo personal, perfeccionismo ( $F=18.18$ ,  $p=.001$ ) e ineficacia ( $F=4.46$ ,  $p=.04$ ) y con las alteraciones emocionales, sintomatología de ansiedad ( $F=6.13$ ,  $p=.02$ ) y depresiva ( $F=4.75$ ,  $p=.03$ ) (Ver Tabla 21).

Tabla 21. Valor predictivo de la percepción de sobreprotección materna sobre las variables estudiadas tras doce meses del inicio del tratamiento.

Variables Evolución	$R^2$	$\beta$	$F$	$p$
<b>Sobreprotección materna</b>				
<b>Relacionadas con los TCA</b>				
Conductas alimentarias de riesgo (EAT-40)	.047	-.21	7.81	.006**
<b>Relacionadas con el desarrollo personal</b>				
Perfeccionismo (EDI-P)	.103	-.32	18.18	.001**
Ineficacia (EDI-I)	.027	-.16	4.46	.04*
<b>Relacionadas con las alteraciones emocionales</b>				
Sintomatología de ansiedad (STAI-R)	.037	-.19	6.13	.02*
Sintomatología depresiva (BDI)	.029	-.17	4.75	.03*

\*\* $p \leq .01$  \* $p \leq .05$

Por tanto, la percepción de este estilo materno explica el 4.7% de los comportamientos alimentarios de riesgo. Además, el 10.3% de los comportamientos perfeccionistas y el 2.7% en la valoración de incompetencia de sí mismas, así mismo el 3.7% y el 2.9%, respectivamente, en la sintomatología de ansiedad y depresiva. Excepto en perfeccionismo, a pesar de ser significativos estos resultados, el porcentaje explicado por el peso de la percepción de sobreprotección materna resulta muy bajo (Ver Tabla 21).

En cuanto a la percepción del estilo de rechazo paterno y las distintas variables en el Tiempo 2 (12 meses), se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en las relacionadas con el TCA, en concreto, conductas alimentarias de riesgo ( $F=13.54$ ,  $p=.001$ ). También con las variables relacionadas con el desarrollo personal, perfeccionismo ( $F=37.81$ ,  $p=.001$ ) e ineficacia ( $F=4.22$ ,  $p=.04$ ) así como con las alteraciones emocionales, sintomatología depresiva ( $F=5.85$ ,  $p=.02$ ) los resultados fueron estadísticamente significativos (Ver Tabla 22).

Tabla 22. Valor predictivo de la percepción de sobreprotección paterna sobre las variables estudiadas tras doce meses del inicio del tratamiento.

Variables Evolución	$R^2$	$\beta$	$F$	$p$
<b>Sobreprotección paterna</b>				
<b>Relacionadas con los TCA</b>				
Conductas alimentarias de riesgo (EAT-40)	.080	-.28	13.54	.001**
<b>Relacionadas con el desarrollo personal</b>				
Perfeccionismo (EDI-P)	.195	-.44	37.81	.001**
Ineficacia (EDI-I)	.026	-.16	4.22	.04*
<b>Relacionadas con las alteraciones emocionales</b>				
Sintomatología depresiva (BDI)	.036	-.19	5.85	.02*

\*\* $p \leq .01$  \* $p \leq .05$

Por tanto, la percepción de este estilo de sobreprotección paterna explica el 8% de los comportamientos alimentarios de riesgo. Además, explica el 19.5% de los comportamientos perfeccionistas, y el 2.6% en la valoración de ineficacia de sí mismas, así como el 3.6% en la sintomatología depresiva. El porcentaje explicado por el peso de la percepción de sobreprotección paterna resulta relevante sobre los comportamientos perfeccionistas y, en menor medida, sobre los conductas alimentarias de riesgo, aumentando los niveles en estas variables (Ver Tabla 22).

Estos hallazgos, llevan a pensar que, en la recuperación del TCA, la percepción de sobreprotección parental durante la crianza, tanto del padre como de la madre, ejerce una influencia relevante sobre variables relacionadas con el desarrollo personal, en concreto el perfeccionismo, más que sobre las propias del TCA, siendo en este

caso de mayor peso el estilo del padre sobre las conductas alimentarias de riesgo.

#### **4.4. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES EN LOS SUBGRUPOS PRESENCIA DE CONDUCTAS PURGATIVAS VS AUSENCIA DE CONDUCTAS PURGATIVAS.**

##### **4.4.1. ANÁLISIS DE COMPARACIONES Y DE LA EVOLUCIÓN DE LOS SUBGRUPOS PRESENCIA VS AUSENCIA DE CONDUCTAS PURGATIVAS.**

En este apartado se pretende valorar las semejanzas y diferencias entre los subgrupos así como la evolución grupal una vez transcurridos 12 meses (Tiempo) y 30 meses (Tiempo 3) desde el momento de inicio del tratamiento (Tiempo 1), en las variables directamente relacionadas con el TCA, las de desarrollo personal y alteraciones emocionales.

En primer lugar, se presentan los resultados obtenidos en las comparaciones entre los subgrupos, en los distintos momentos de evaluación, en concreto, en el pre (Tiempo 1), a los 12 meses (Tiempo 2) y a los 30 meses (Tiempo 3) del inicio del tratamiento. En segundo lugar, se hace referencia a la evolución seguida las participantes con vs sin presencia de conductas purgativas y, finalmente, se ofrecen los resultados que permiten comprobar si el efecto del tratamiento ha producido diferencias entre ambos subgrupos, considerando en este caso las medidas de evaluación del pre (Tiempo 1) y los 30 meses (Tiempo 3).

Para analizar la existencia de diferencias entre las participantes con presencia o ausencia de conductas purgativas en las diferentes medidas relacionadas con el TCA, en las variables de desarrollo personal y en las alteraciones emocionales, se llevaron a cabo comparaciones de medias mediante la prueba *t* test, de acuerdo con las características de la muestra. Para valorar el tamaño del efecto se utilizó la *d* de Cohen, siguiendo los parámetros anteriormente mencionados (Cohen, 1992).

Con objeto de analizar la existencia de diferencias entre las participantes con y sin presencia de conductas purgativas así como la eficacia del tratamiento, se llevó a cabo un análisis de la varianza multivariado (MANOVA), considerando de forma combinada las variables relacionadas con el TCA, (BSQ, EAT-40, EDI-OD, BITE-S), con las características de desarrollo personal (EDI-P, EDI-I), así como con las alteraciones emocionales (STAI-R, BDI). El tamaño del efecto se valoró mediante el estadístico eta-cuadrado parcial ( $\eta^2_p$ ), cuyos valores son los siguientes (Cohen, 1992): .01-.06 (efecto pequeño); > .06-.14 (efecto medio); >.14 (gran efecto).

Por otra parte, para analizar las diferencias encontradas de una forma más exhaustiva se llevó a cabo un análisis de varianza mixto (ANOVA) 2 x 2 con las puntuaciones de la condición tiempo (Tiempo 1 ó pre vs Tiempo 3 ó 30 meses) como la variable intrasujetos y la condición conductas purgativas (presencia vs ausencia) como variable intersujetos. El tamaño del efecto también se valoró mediante la eta-cuadrado parcial ( $\eta^2_p$ ).

#### 4.4.1.1. Variables relacionadas con los TCA

##### 4.4.1.1.1. Insatisfacción corporal

Como puede observarse en la Tabla 23, respecto a las comparaciones entre los subgrupos en los tres momentos de evaluación, en cuanto a la insatisfacción corporal se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos purgativo y no purgativo, en el pre o Tiempo 1 ( $t=-3.19$ ,  $p=.002$ ), con un tamaño del efecto medio ( $\eta^2_p=.62$ ), así como en el segundo ( $t=-1.98$ ,  $p=.04$ ), con un tamaño del efecto bajo ( $\eta^2_p=.15$ ); en cambio, en el tercer momento no son estadísticamente significativas ( $t=1.84$ ,  $p=.24$ ), con un tamaño del efecto medio ( $\eta^2_p=.31$ ).

Tabla 23. Comparaciones entre participantes con vs sin presencia de conductas purgativas en las distintas variables (1)

	Total (N=162)		Presencia de conductas purgativas (n=87)		Ausencia de conductas purgativas (n=75)		t	p	$\eta^2_p$	
	M	DT	M	DT	M	DT				
<b>Relacionadas con los TCA</b>										
<b>Insatisfacción corporal (BSQ)</b>										
Pre	125.81	38.60	134.56	33.23	115.67	42.01	-3.19	.002**	.62	
12 meses	118.27	46.01	124.94	42.82	110.61	48.59	-1.98	.04*	.15	
30 meses	109.82	42.09	102.77	42.54	118.51	40.33	1.84	.06	.31	
<b>Conductas alimentarias de riesgo (EAT-40)</b>										
Pre	46.70	21.69	46.61	19.54	46.80	24.07	.06	.96	.00	
12 meses	37.31	22.83	38.45	20.50	35.99	25.30	.67	.49	.00	
30 meses	32.11	20.29	30.31	18.29	34.20	22.33	1.23	.22	.00	
<b>Obsesión por la delgadez (EDI-OD)</b>										
Pre	12.57	6.04	13.82	5.56	11.13	6.29	2.88	.005**	.45	
12 meses	11.20	6.63	12.06	6.20	10.21	3.00	1.77	.08	.16	
30 meses	9.92	6.07	9.36	5.82	10.57	6.32	1.27	.20	.20	
<b>Sintomatología bulímica (BITE-S)</b>										
Pre	16.75	8.20	20.84	6.77	12.08	7.60	7.99	.001**	1.26	
12 meses	14.27	8.19	17.18	7.61	10.89	7.55	5.26	.001**	.79	
30 meses	11.74	6.35	13.06	7.14	10.22	4.91	2.90	.001**	.46	
<b>Gravedad de la sintomatología bulímica (BITE-G)</b>										
Pre	6.93	5.94	9.90	5.24	3.48	4.74	8.13	.001**	1.28	
12 meses	5.52	5.04	7.59	4.78	3.20	4.23	6.25	.001**	.98	
30 meses	4,27	4,57	5,32	4,02	3.13	3,61	3,57	.001**	.56	

\*\*p&lt;.01 \*p&lt;.05

Tabla 23. Comparaciones entre participantes con vs sin presencia de conductas purgativas en las distintas variables (y 2)

	Total (N=162)		Presencia de conductas purgativas (n=87)		Ausencia de conductas purgativas (n=75)		t	p	$\eta^2_p$	
	M	DT	M	DT	M	DT				
<b>Relacionadas con el desarrollo personal</b>										
<b>Perfeccionismo (EDI-P)</b>										
Pre	6.83	4.70	7.23	4.88	6.37	4.48	1.16	.25	.18	
12 meses	6.06	4.61	5.96	4.80	6.17	4.42	.29	.41	.05	
30 meses	5.98	4.03	5.46	3.67	6.57	4.35	1.76	.08	.28	
<b>Autoestima (RSES)</b>										
Pre	22.09	5.83	21.56	5.46	22.69	6.22	1.23	.22	.19	
12 meses	23.32	6.33	23.54	5.66	23.07	7.09	0.47	.64	.07	
30 meses	25.71	6.71	27.03	6.67	23.97	6.90	2.96	.004**	.47	
<b>Ineficacia (EDI-I)</b>										
Pre	11.9	8.03	13.16	7.79	10.43	8.09	-2.19	.03*	.32	
12 meses	9.68	8.11	10.24	8.30	9.03	7.89	-0.95	.35	.15	
30 meses	7.91	6.86	6.50	6.32	9.55	7.14	2.89	.00**	.46	
<b>Relacionadas con las alteraciones emocionales</b>										
<b>Sintomatología de ansiedad (STAI-R)</b>										
Pre	37.31	11.54	39.92	9.55	34.29	12.91	3.11	.002**	.50	
12 meses	32.43	12.94	33.68	12.65	30.99	13.21	1.32	.19	.21	
30 meses	29.05	11.38	26.56	11.72	31.95	10.31	3.08	.002**	.49	
<b>Sintomatología depresiva (BDI)</b>										
Pre	22.34	9.01	23.46	8.23	21.04	9.74	1.71	.09	.27	
12 meses	17.54	10.68	18.53	10.81	16.40	10.49	1.27	.21	.20	
30 meses	13.58	9.31	11.97	6.27	15.45	9.32	2.44	.01**	.38	

\*\* $p \leq .01$  \* $p \leq .05$

Tanto en el inicio como a los doce meses, las participantes con conductas purgativas presentan puntuaciones significativamente más elevadas, mientras que a los treinta meses las puntuaciones son más elevadas en aquellas sin conductas purgativas, aunque no llegan a ser significativas.

Por otro lado, como se recoge en la Tabla 24, en los resultados acerca de la evolución de cada uno de los subgrupos, en el subgrupo sin conductas purgativas no se observan diferencias estadísticamente significativas ni entre el pre-12 meses ( $t=1.09$ ,  $p=.27$ ), ni entre los 12-30 meses ( $t=-.53$ ,  $p=.59$ ), así como tampoco entre el inicio del tratamiento y los 30 meses ( $t=.88$ ,  $p=.38$ ), con tamaños del efecto ( $d$ ) bajo (.24, .12 y .19, respectivamente). La disminución observada a los doce meses tiende a perderse a los treinta meses. En cambio, en el subgrupo con conductas purgativas se observa una disminución de las puntuaciones entre el inicio y los doce meses ( $t=2.34$ ,  $p=.02$ ), entre los doce y los treinta meses ( $t=4.27$ ,  $p=.001$ ), así como en la evolución global ( $t=7.31$ ,  $p=.000$ ), con tamaños de efecto alto (.54, .99 y 1.62, respectivamente).

Estos resultados revelan que el tratamiento se ha mostrado eficaz en las pacientes para aumentar la satisfacción corporal, tanto en aquellas con conductas purgativas como sin conductas purgativas. No obstante, a pesar de obtenerse cambios favorables en ambos subgrupos, las diferencias entre las pacientes con vs sin conductas purgativas no llegan a ser significativas.

Tabla 24. Evolución por subgrupos (1)

	Presencia de conductas purgativas (n=75)						Ausencia de conductas purgativa (n=87)					
	M	DT	95%IC	t	p	d	M	DT	95%IC	t	p	d
<b>Relacionados con los TCA</b>												
<b>Insatisfacción corporal (BSQ)</b>												
Pre-12 m	9.50	37.79	1.44-17.55	2.34	.02*	.54	5.05	39.98	-4.14-14.25	1.09	.27	.24
12 m-30 m	19.89	43.45	10.63-29.16	4.27	.001**	.99	-1.95	31.90	-9.29-5.39	-.53	.59	.12
Pre-30 m	29.40	37.53	-3.94-10.14	7.31	.000**	1.62	3.10	30.60	-3.94-10.14	.88	.38	.19
<b>Conductas alimentarias de riesgo (EAT-40)</b>												
Pre-12 m	8.16	16.04	4.74-11.58	4.75	.001**	1.1	10.81	20.94	5.99-15.63	4.47	.001**	.97
12 m-30 m	8.14	14.53	5.05-11.24	5.23	.001**	1.21	1.79	18.09	-2.37-5.95	.08	.39	.02
Pre-30 m	16.30	7.83	12.16-20.44	12.16	.001**	2.80	12.60	20.96	7.78-17.42	5.20	.001**	1.13
<b>Obsesión por la delgadez (EDI-OD)</b>												
Pre-12 m	1.76	5.34	.62-2.90	14.78	.001**	3.41	.92	6.30	-.53-2.37	9.90	.001**	2.15
12 m-30 m	2.64	5.64	1.49-3.90	4.45	.001**	1.03	-.36	5.52	-1.63-.91	-.57	.39	.12
Pre-30	4.45	5.62	3.26-5.65	14.92	.001**	3.45	.56	5.49	-.70-1.82	9.90	.001**	2.15
<b>Sintomatología bulímica (S-BITE)</b>												
Pre-12 m	3.66	6.44	2.87-5.03	5.29	.001**	1.22	1.19	6.29	-.26-2.63	1.63	.11	.35
12 m-30 m	4.12	7.17	2.59-5.65	5.36	.001**	1.24	.68	6.05	-.72-2.07	.97	.34	.21
Pre-30 m	7.48	7.99	6.08-9.08	9.08	.001**	2.10	1.86	6.50	1.39-3.56	2.48	.01*	.54
<b>Gravedad de la sintomatología bulímica (G-BITE)</b>												
Pre-12 m	1.23	2.81	.63-1.83	4.08	.001**	.94	.20	2.48	-.36-0.78	.72	.47	.16
12 m-30 m	2.18	2.39	2.30-3.32	10.97	.001**	2.53	.89	2.19	.38-1.39	3.51	.001**	.76
Pre-30 m	4.04	2.49	3.51-4.57	15.12	.009**	3.49	1.09	2.32	.56-1.63	4.07	.001**	.88

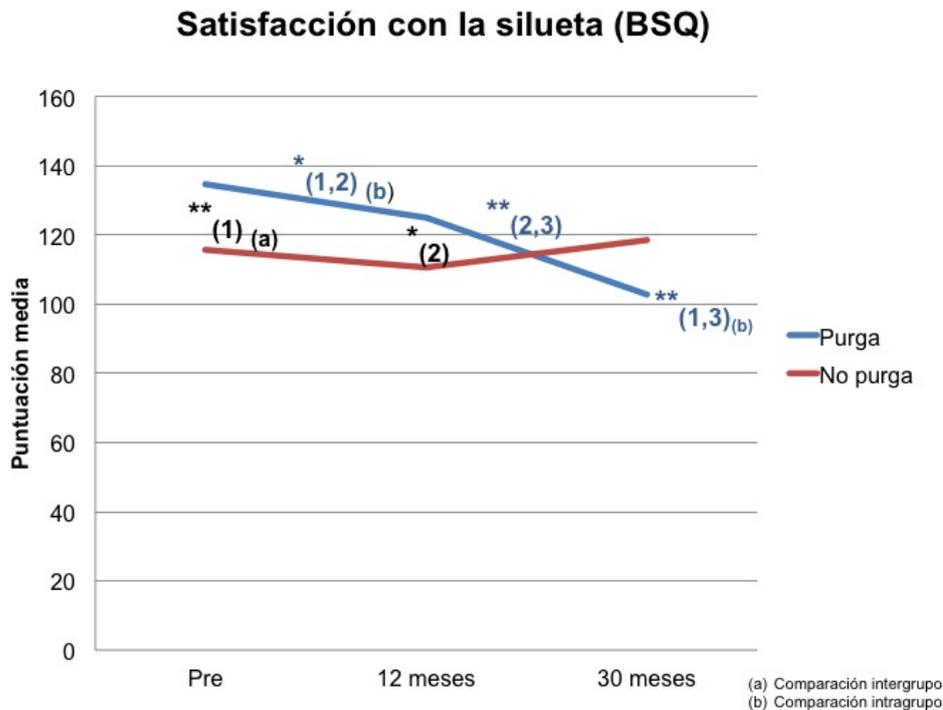
\*\*≤.01 \*≤.05

Tabla 24. Evolución por subgrupos (y 2)

	Presencia de conductas purgativas (n=75)						Ausencia de conductas purgativa (n=87)					
	M	DT	95%IC	t	p	d	M	DT	95%IC	t	p	d
<b>Relacionadas con el desarrollo personal</b>												
<b>Perfeccionismo (EDI-P)</b>												
Pre-12 m	5.10	4.25	4.19-6.01	11.20	.001**	2.59	-2.41	3.81	3.22-4.97	9.31	.001**	2.02
12 m-30 m	-.02	.89	-.21-1.7	-.20	.84	.05	-.13	.83	-.32-.06	-1.32	.19	.29
Pre-30 m	5.08	4.47	4.13-6.03	10.60	.001**	2.45	3.97	3.99	3.05-4.89	8.60	.001**	1.87
<b>Autoestima (RSES)</b>												
Pre-12 m	-1.97	5.55	-3.16-.79	-3.32	.001**	.77	-.37	4.92	-1.50-.76	-.66	.51	.14
12 m-30 m	-3.49	5.59	-4.68- -2.30	-5.83	.001**	1.35	-.90	4.72	-1.99-1.19	-1.65	.10	.36
Pre-30 m	-5.47	6.43	-6.84- -4.10	-7.93	.001**	1.83	-1.27	4.99	-2.42-.12	-2.20	.03*	.48
<b>Ineficacia (EDI-I)</b>												
Pre-12 m	2.93	7.99	1.22-4.63	3.42	.001**	.79	1.4	6.53	-.10-2.90	1.86	.07	.40
12 m-30 m	3.74	6.87	2.27-5.20	5.08	.001**	1.17	-.52	6.60	-2.04-.99	-.69	.50	.15
Pre-30 m	6.66	8.01	4.96-8.37	7.75	.001**	1.79	.88	7.34	-.81-2.57	1.04	.30	.23
<b>Relacionados con las alteraciones emocionales</b>												
<b>Sintomatología de ansiedad (STAI-R)</b>												
Pre-12 m	6.24	10.88	3.93-8.56	5.35	.001**	1.24	3.31	11.11	.75-5.86	2.58	.01**	.56
12 m-30 m	7.12	12.82	4.39-9.85	5.18	.001**	1.20	-.96	12.30	-3.79-1.87	-.68	.50	.15
Pre-30 m	13.36	11.97	10.81-15.91	10.42	.001**	2.41	2.35	11.74	-.35-5.05	1,73	.09	.38
<b>Sintomatología depresiva (BDI)</b>												
Pre-12 m	4.93	9.82	2.84-7.02	4.68	.001**	1.08	4.64	9.15	2.53-6.74	4.39	.001**	.95
12 m-30 m	6.56	10.69	4.28-8.84	5.73	.001**	1.32	.95	8.17	-.93-2.83	1.01	.32	.22
Pre-30 m	11.49	10.07	9.34-13.64	10.64	.001**	2.46	5.59	8.90	3.52-7.66	5.38	.001**	.17

\*\*≤.01 \*≤.05

Por tanto, mientras que las participantes del subgrupo sin conductas purgativas siguen manteniendo niveles similares de insatisfacción con la silueta corporal, aquellas con conductas purgativas mejoran los niveles de satisfacción corporal, situándose en la puntuación de corte clínicamente significativo (105 puntos) (Ver Figura 2).



Nota: (1,2)=Comparación pre-12 meses; (2,3)=Comparación 12-30 meses; (1,3)=Comparación pre-30 m.  
\*\* $p \leq .01$  \* $p \leq .05$

Figura 2. Comparaciones intergrupos y evolución intragrupos en insatisfacción corporal.

Se ha utilizado un modelo mixto de medidas repetidas, con una variable transversal (condición de “con conductas purgativas” vs “sin conductas purgativas”) y una variable longitudinal (momentos de medida: evaluación pre, 12 meses y 30 meses). Se comprobaron los supuestos de dicho modelo mediante la prueba de Box para contrastar la igualdad de las matrices de covarianzas, la prueba de esfericidad de Mauchly y la prueba de Levene sobre la igualdad de las varianzas de error.

Para las comparaciones entre los subgrupos, con conductas purgativas vs sin conductas purgativas, en los tres momentos de evaluación, al comienzo del tratamiento, tras doce meses y tras treinta meses del comienzo del tratamiento se procedió al análisis de comparaciones por pares, mediante la prueba F.

#### 4.4.1.1.2. Conductas alimentarias de riesgo

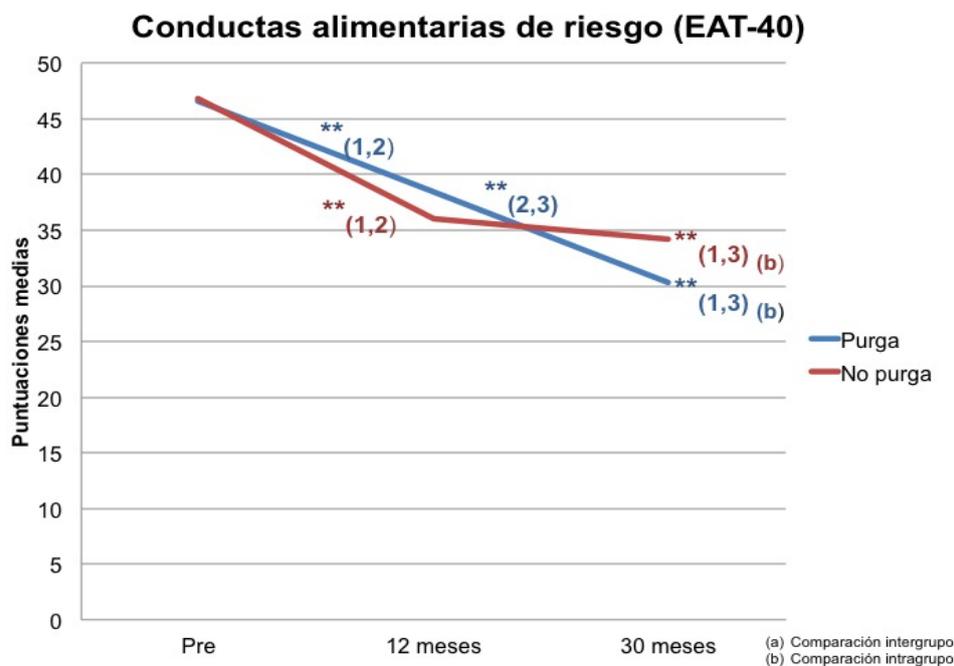
Respecto a las conductas alimentarias de riesgo, en las comparaciones entre los subgrupos en los tres momentos de evaluación, en la Tabla 23 no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos purgativo y no purgativo, ni en el Tiempo 1 (pre) ( $t=.06$ ,  $p=.96$ ), ni en el Tiempo 2 (12 meses) ( $t=.67$ ,  $p=.49$ ) ni Tiempo 3 ( $t=1.23$ ,  $p=.22$ ), con tamaños del efecto bajos en los tres momentos ( $d=.00$ ).

Tanto en el inicio ( $M=46.80$ ) como a los treinta meses ( $M=34.20$ ), las participantes sin conductas purgativas presentan puntuaciones más elevadas en presencia de conductas alimentarias de riesgo, mientras que a los doce meses las puntuaciones son más elevadas en aquellas con conductas purgativas ( $M=38.45$ ), sin llegar a ser significativas las diferencias.

Como se recoge en la Tabla 24, en los resultados acerca de la evolución de cada uno de los subgrupos, en el subgrupo sin conductas purgativas se observan diferencias estadísticamente significativas con una disminución de la puntuación entre el inicio del tratamiento y los doce meses ( $t=4.47$ ,  $p=.001$ ) y en la evolución total, aumentando las puntuaciones entre el inicio y los treinta meses ( $t=5.20$ ,  $p=.001$ ), no así entre los doce y los treinta meses ( $t=.08$ ,  $p=.39$ ), con tamaños del efecto alto ( $d=.98$ ), bajo ( $d=.02$ ) y alto ( $d=1.13$ ), respectivamente. En el subgrupo con conductas purgativas se observan diferencias estadísticamente significativas, con una disminución entre el inicio y los doce meses ( $t=4.75$ ,  $p=.001$ ), entre los doce y los treinta meses

( $t=5.23$ ,  $p=.001$ ), así como en la evolución global ( $t=12.16$ ,  $p=.001$ ), con tamaños del efecto ( $d$ ) alto (1.1, 1.21 y 2.8, respectivamente).

Por tanto, ambos grupos presentan una afectación prácticamente similar en la línea base o Tiempo 1 (pre), así como en el resto de los momentos de evaluación. Por otro lado, ambos mejoran en el sentido de disminuir las conductas alimentarias de riesgo. Ahora bien, mientras que el subgrupo sin conductas purgativas mejora de manera más moderada en conductas alimentarias de riesgo desde el inicio hasta el tercer momento de tratamiento a los treinta meses, en el subtipo con conductas purgativas, la mejoría es más llamativa en cada uno de los momentos de evaluación (Ver Figura 3).



Nota: (1,2)=Comparación pre-12 meses; (2,3)=Comparación 12-30 meses; (1,3)=Comparación pre-30 m.  
\*\* $p \leq .01$

Figura 3. Comparaciones intergrupos y evolución intragrupos en conductas alimentarias de riesgo.

#### 4.4.1.1.3. Obsesión por la delgadez

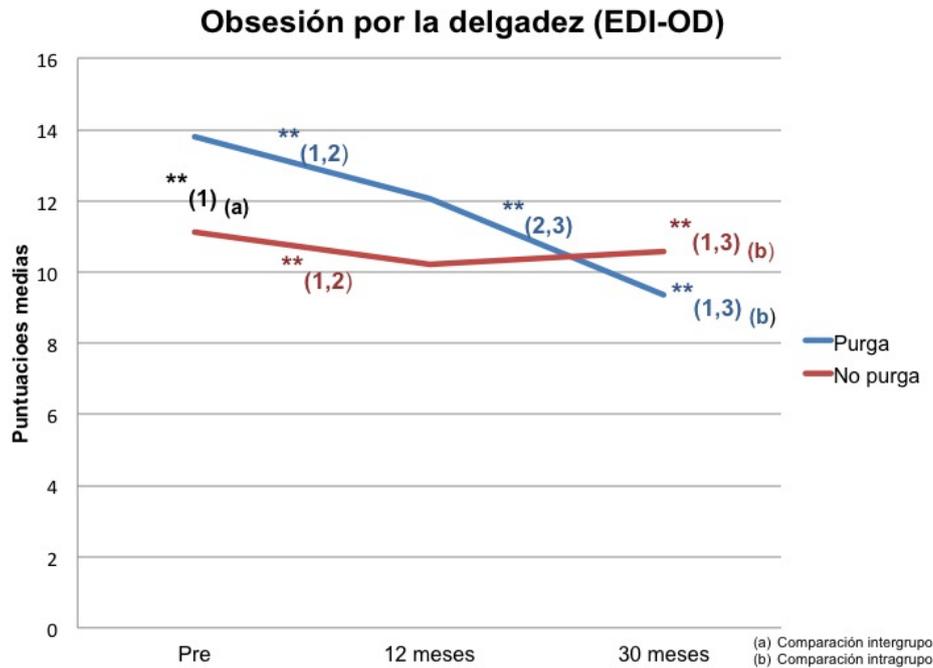
Respecto a la tercera medida relacionada con el TCA, la obsesión por la delgadez, en las comparaciones entre los subgrupos en los tres momentos de evaluación, se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos purgativo y no

purgativo, en el Tiempo 1 o pre ( $t=2.88$ ,  $p=.005$ ); en cambio, en el Tiempo 2 (12 meses) ( $t=1.77$ ,  $p=.08$ ) y en el tercer momento ( $t=1.27$ ,  $p=.20$ ), no son estadísticamente significativas (Ver Tabla 23).

Tanto en el inicio como a los doce meses, las participantes con conductas purgativas presentan puntuaciones más elevadas en obsesión por la delgadez, siendo únicamente significativas las diferencias en el inicio, mientras que a los treinta meses las puntuaciones son más elevadas en aquellas sin conductas purgativas, aunque tampoco llegan a ser significativas tales diferencias.

Por otro lado, como se recoge en la Tabla 24, en los resultados acerca de la evolución de cada uno de los subgrupos, en el subgrupo sin conductas purgativas se observan diferencias estadísticamente significativas con una disminución de las puntuación entre el inicio del tratamiento y los doce meses ( $t=9.90$ ,  $p=.001$ ) y en la evolución total ( $t=9.90$ ,  $p=.001$ ), aumentando las puntuaciones entre el inicio y los treinta meses, con tamaños del efecto ( $d$ ) altos (2.15 y 2.15, respectivamente), no así entre los doce y los treinta meses ( $t=-.57$ ,  $p=.39$ ), con tamaño del efecto bajo ( $d=.12$ ). En cambio, en el subgrupo con conductas purgativas se observa una disminución entre el inicio y los doce meses ( $t=14.78$ ,  $p=.001$ ) y entre los doce y los treinta meses ( $t=4.45$ ,  $p=.001$ ), así como en la evolución global ( $t=14.92$ ,  $p=.001$ ) en obsesión por la delgadez, con tamaños del efecto ( $d$ ) alto (3.41, 1.03 y 3.45, respectivamente).

Por tanto, ambos grupos mejoran en obsesión por la delgadez, especialmente al año de haber iniciado el tratamiento. Ahora bien, mientras que el subgrupo sin conductas purgativas mejora de manera más moderada desde el inicio hasta los treinta meses, en el subgrupo con conductas purgativas, la mejora en obsesión por la delgadez es más llamativa en cada uno de los momentos de evaluación (Ver Figura 4).



Nota: (1,2)=Comparación pre-12 meses; (2,3)=Comparación 12-30 meses; (1,3)=Comparación pre-30 m.  
\*\* $p \leq .01$

Figura 4. Comparaciones intergrupos y evolución intragrupos en obsesión por la delgadez.

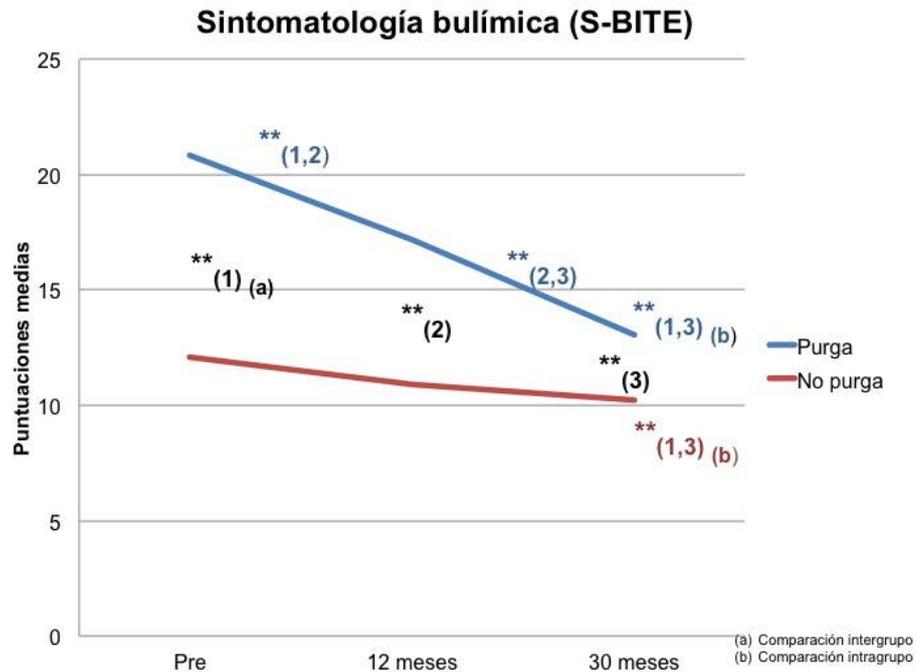
#### 4.4.1.1.4. Sintomatología bulímica

La última medida de las variables relacionadas con el TCA afecta a la sintomatología bulímica, valorada en la sintomatología en sí misma así como en la severidad de la misma. Respecto a la sintomatología bulímica, en las comparaciones entre los subgrupos en los tres momentos de evaluación, se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos purgativo y no purgativo, tanto al inicio del tratamiento ( $t=7.60$ ,  $p=.001$ ) con un tamaño del efecto grande ( $d=1.26$ ), como tras doce meses ( $t=5.26$ ,  $p=.001$ ) con un tamaño del efecto grande ( $d=.79$ ) y treinta meses del inicio del tratamiento ( $t=2.90$ ,  $p=.004$ ) con un tamaño del efecto medio ( $d=.46$ ) (Tabla 23).

Tanto en el inicio como a los doce meses y los treinta, las participantes con conductas purgativas presentan puntuaciones significativamente más elevadas.

Como se recoge en la Tabla 24, en los resultados acerca de la evolución de cada uno de los subgrupos, en el subgrupo sin conductas purgativas no se observan diferencias estadísticamente significativas entre el inicio del tratamiento y los doce meses ( $t=1.63$ ,  $p=.11$ ), con un tamaño del efecto medio ( $d=.35$ ), ni entre los doce y los treinta meses ( $t=.97$ ,  $p=.34$ ), con un tamaño el efecto bajo ( $d=.21$ ), aunque sí es estadísticamente significativo la evolución total, disminuyendo las puntuaciones entre el inicio y los treinta meses ( $t=2.48$ ,  $p=.01$ ), con un tamaño del efecto alto ( $d=.54$ ). En cambio, en el subgrupo con conductas purgativas se observa una disminución entre el inicio y los doce meses ( $t=5.29$ ,  $p=.001$ ) y entre los doce y los treinta meses ( $t=5.36$ ,  $p=.001$ ), así como en la evolución global en sintomatología bulímica ( $t=9.08$ ,  $p=.001$ ), con tamaños del efecto altos (1.22, 1.24 y 2.10, respectivamente).

Por tanto, ambos grupos mejoran en sintomatología bulímica. No obstante, y considerando que las puntuaciones iniciales en el subgrupo sin presencia de conductas purgativas indican una afectación global leve, el cambio observado es más significativo en aquellas con conductas purgativas, cuyas puntuaciones en este momento denotan un patrón alimentario anómalo moderado ( $\geq 10$  a 15 puntos) (Ver Figura 5).



Nota: (1,2)=Comparación pre-12 meses; (2,3)=Comparación 12-30 meses; (1,3)=Comparación pre-30 m.  
\*\* $p \leq .01$

Figura 5. Comparaciones intergrupos y evolución intragrupos en sintomatología bulímica.

#### 4.4.1.1.5. Gravedad de la sintomatología bulímica

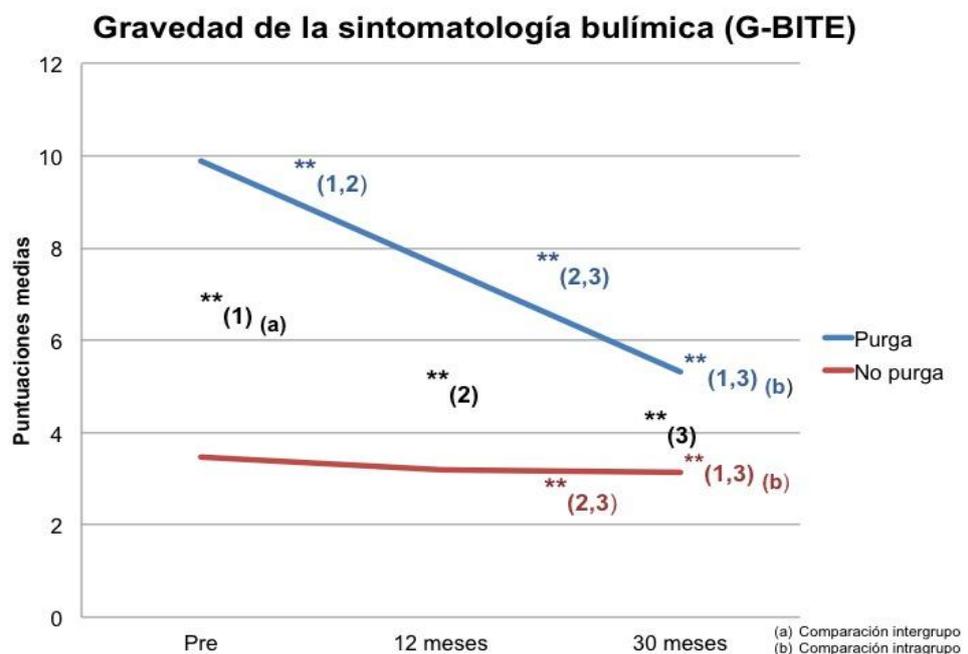
Por lo que se refiere a la gravedad de la sintomatología bulímica, en relación con las comparaciones entre grupos en los diferentes momentos, se observan diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos con conductas purgativas y sin conductas purgativas, tanto al inicio del tratamiento ( $t=8.13$ ,  $p=.001$ ), como tras doce meses ( $t=6.25$ ,  $p=.001$ ) y treinta meses del inicio del tratamiento ( $t=3.57$ ,  $p=.001$ ) (Ver Tabla 34).

Tanto en el inicio como a los doce y los treinta meses, las participantes con conductas purgativas presentan puntuaciones significativamente más elevadas en gravedad de la sintomatología bulímica.

Como se recoge en la Tabla 24, en los resultados acerca de la evolución de cada uno de los subgrupos, en el subgrupo sin conductas purgativas no se observan diferencias estadísticamente significativas

entre el inicio del tratamiento y los doce meses ( $t=-.72$ ,  $p=.47$ ), con un tamaño del efecto bajo ( $d=.16$ ), aunque sí son estadísticamente significativas entre los doce y los treinta meses ( $t=3.51$ ,  $p=.001$ ) y en la evolución total, disminuyendo las puntuaciones entre el inicio y los treinta meses ( $t=4.07$ ,  $p=.001$ ), con tamaños del efecto ( $d$ ) altos (.76 y .88, respectivamente). En cambio, en el subgrupo con conductas purgativas se observa una disminución entre el inicio y los doce meses ( $t=4.08$ ,  $p=.001$ ) y entre los doce y los treinta meses ( $t=10.97$ ,  $p=.001$ ), así como en la evolución global ( $t=15.12$ ,  $p=.001$ ), con tamaños del efecto ( $d$ ) altos (.94, 2.53 y 3.49, respectivamente).

Por tanto, ambos grupos mejoran en el sentido de disminuir la gravedad de la sintomatología bulímica. No obstante, el cambio observado es más significativo en aquellas con conductas purgativas, entre el pretratamiento y los 30 meses, situándose en ambos casos en gravedad moderada (Ver Figura 6).



Nota: (1,2)=Comparación pre-12 meses; (2,3)=Comparación 12-30 meses; (1,3)=Comparación pre-30 m.  
\*\* $p \leq .01$

Figura 6. Comparaciones intergrupos y evolución intragrupos en gravedad de la sintomatología bulímica.

#### 4.4.1.2. Variables relacionadas con el desarrollo personal

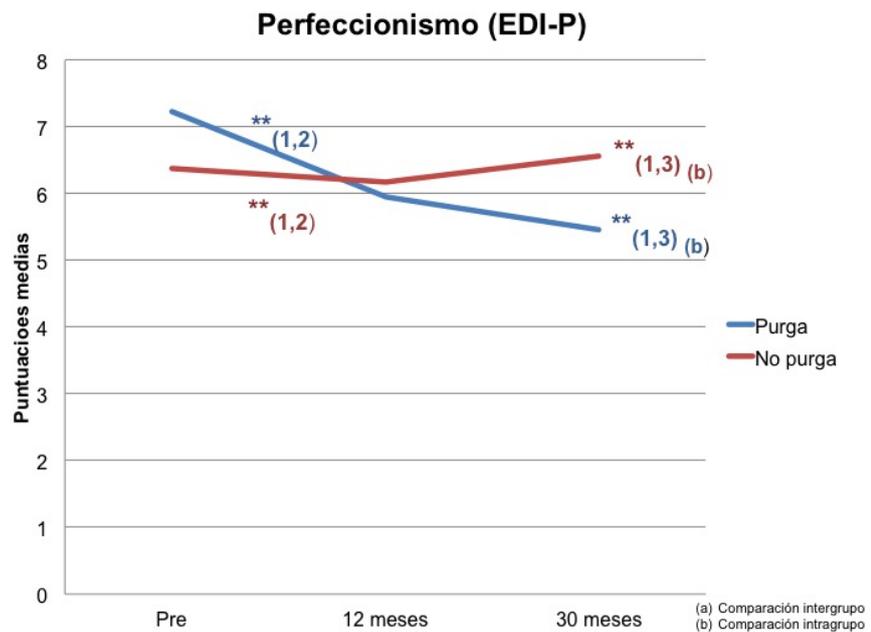
##### 4.4.1.2.1. Perfeccionismo

En cuanto al perfeccionismo, en las comparaciones entre los subgrupos, se observa que las diferencias entre el subgrupos con conductas purgativas y aquel sin conductas purgativas ni en Tiempo 1 (pre) ( $t=1.16$ ,  $p=.25$ ), ni en el Tiempo 2 (12 meses) ( $t=.29$ ,  $p=.41$ ) ni en el Tiempo 3 (30 meses) ( $t=1.76$ ,  $p=.08$ ) son estadísticamente significativas (Ver Tabla 23).

Mientras que al inicio del tratamiento las puntuaciones en perfeccionismo son más elevadas en las participantes del subgrupo con presencia de conductas purgativas ( $M=7.23$ ), tras doce y treinta meses son más elevadas en el subgrupo sin conductas purgativas ( $M=6.17$  y  $M=6.57$ , respectivamente).

Como se recoge en la Tabla 24, en los resultados acerca de la evolución de cada uno de los subgrupos, en el subgrupo sin conductas purgativas se observan diferencias estadísticamente significativas con una disminución de las puntuación entre el inicio del tratamiento y los doce meses ( $t=9.31$ ,  $p=.001$ ) y en la evolución total, aumentando las puntuaciones entre el inicio y los treinta meses ( $t=8.60$ ,  $p=.001$ ), con tamaños del efecto ( $d$ ) altos (2.02 y 1.87, respectivamente), en cambio, no así entre los doce y los treinta meses ( $t=-1.32$ ,  $p=.19$ ), con tamaño del efecto próximo a medio ( $d=.29$ ). Por el contrario, en el subgrupo con presencia de conductas purgativas se observan diferencias estadísticamente significativas, con una disminución global de las puntuaciones ( $t=11.20$ ,  $p=.001$ ), así como entre el inicio y los doce meses ( $t=10.60$ ,  $p=.001$ ), no así entre los doce y los treinta meses ( $t=-.20$ ,  $p=.84$ ), con tamaños del efecto ( $d$ ) altos (2.59, .05 y 2.45, respectivamente).

Por tanto, mientras se produce una mejoría global en el grupo con conductas purgativas, en el sentido de disminuir el perfeccionismo, en el subgrupo sin conductas purgativas se tiende a aumentar (Ver Figura 7).



Nota: (1,2)=Comparación pre-12 meses; (2,3)=Comparación 12-30 meses; (1,3)=Comparación pre-30 m.  
\*\* $p \leq .01$

Figura 7. Comparaciones intergrupos y evolución intragrupos en perfeccionismo.

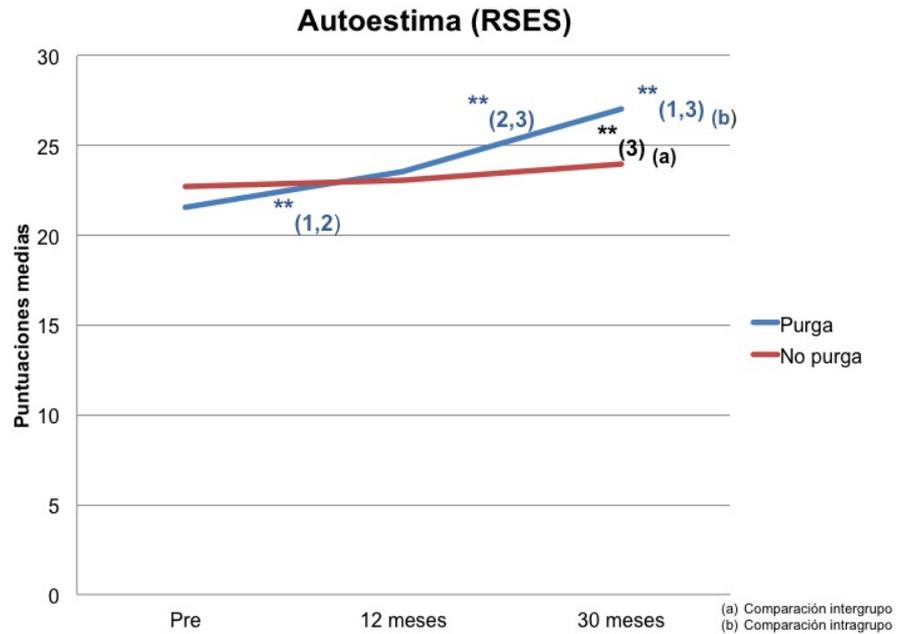
#### 4.4.1.2.2. Autoestima

En cuanto a la autoestima, en las comparaciones entre los subgrupos, se observan diferencias estadísticamente significativas en autoestima entre los subgrupos purgativo y no purgativo, tras treinta meses del inicio del tratamiento ( $t=2.96$ ,  $p=.004$ ); en cambio, en el Tiempo 1 (pre) ( $t=1.23$ ,  $p=.22$ ) y tras doce meses del inicio del tratamiento, Tiempo 2 ( $t=.47$ ,  $p=.64$ ), las diferencias no son estadísticamente significativas (Tabla 23).

En ambos subgrupos, las puntuaciones en autoestima son similares, ligeramente más elevadas en el subgrupo sin conductas purgativas en el momento del inicio del tratamiento ( $M=22.69$  vs  $M=21.56$ ), así como ligeramente más elevadas tras doce meses en el subgrupo con conductas purgativas ( $M=23.54$  vs  $M=23.07$ ), siendo éstas significativamente más elevadas tras treinta meses en las que presentan conductas purgativas ( $t=2.96$ ,  $p=.004$ ).

Como se recoge en la Tabla 24, en los resultados acerca de la evolución de cada uno de los subgrupos, en el subgrupo sin conductas purgativas se observan únicamente diferencias estadísticamente significativas con un aumento de la puntuación en la evolución total, es decir, entre el inicio del tratamiento y los treinta meses ( $t=-2.20$ ,  $p=.03$ ), con tamaño del efecto próximo a alto ( $d=.48$ ), en cambio, no lo son entre el inicio del tratamiento y los doce meses ( $t=-.66$ ,  $p=.51$ ) ni entre los doce y los treinta meses ( $t=-1.65$ ,  $p=.10$ ), con tamaños del efecto bajo ( $d=.14$ ) y próximo a alto ( $d=.48$ ), respectivamente. Por el contrario, en el subgrupo con conductas purgativas se observan diferencias estadísticamente significativas entre el inicio y los doce meses ( $t=-3.32$ ,  $p=.001$ ) y entre los doce y los treinta meses ( $t=-5.83$ ,  $p=.001$ ), con un aumento en autoestima en la evolución total ( $t=-7.93$ ,  $p=.001$ ), con tamaños del efecto ( $d$ ) altos (.77, 1.35 y 1.83, respectivamente).

Por tanto, ambos grupos mejoran en el sentido de aumentar la autoestima. Ahora bien, mientras que el subtipo sin conductas purgativas mejora de manera más moderada desde el inicio hasta el tercer momento de tratamiento a los treinta meses, en el subtipo con conductas purgativas, la mejora en autoestima es más llamativa en cada uno de los momentos de evaluación (Ver Figura 8).



Nota: (1,2)=Comparación pre-12 meses; (2,3)=Comparación 12-30 meses; (1,3)=Comparación pre-30 m.  
\*\* $p \leq .01$

Figura 8. Comparaciones intergrupos y evolución intragrupos en autoestima.

#### 4.4.1.2.3. Ineficacia

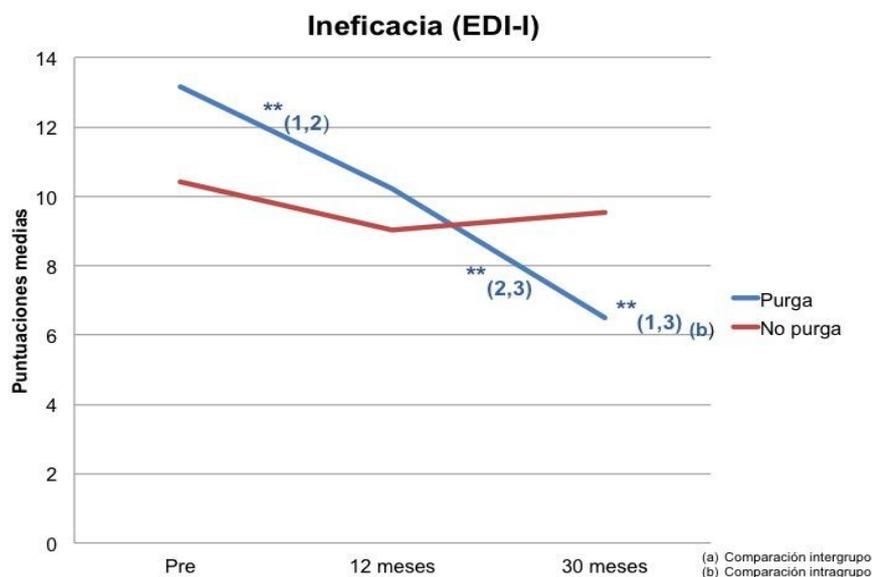
Respecto a la ineficacia, en las comparaciones entre los subgrupos, se observan diferencias estadísticamente significativas en autoestima entre los subgrupos purgativo y no purgativo, en el Tiempo 1 (pre) ( $t=-2.19$ ,  $p=.03$ ) con un tamaño del efecto medio ( $d=.32$ ) y tras treinta meses del inicio del tratamiento ( $t=2.89$ ,  $p=.01$ ) con un tamaño del efecto bajo ( $d=.15$ ); en cambio, y tras doce meses del inicio del tratamiento, Tiempo 2 ( $t=-.95$ ,  $p=.35$ ), las diferencias no son estadísticamente significativas, con un tamaño del efecto medio ( $d=.00$ ) (Ver Tabla 23).

Las puntuaciones en ineficacia son más elevadas en el subgrupo con conductas purgativas en el momento del inicio del tratamiento ( $M=13.16$  vs  $M=10.43$ ) y tras doce meses ( $M=10.24$  vs  $M=9.03$ ), siendo éstas significativamente más elevadas tras treinta meses en las que no presentan conductas purgativas ( $M=9.55$  vs  $M=6.55$ ).

Como se recoge en la Tabla 24, en los resultados acerca de la evolución de cada uno de los subgrupos, en el subgrupo sin conductas

purgativas no se observan diferencias estadísticamente significativas en la evolución total, es decir, entre el inicio del tratamiento y los treinta meses ( $t=1.04$ ,  $p=.30$ ), con un tamaño del efecto medio ( $d=.40$ ), ni entre el inicio del tratamiento y los doce meses ( $t=1.86$ ,  $p=.07$ ) ni entre los doce y los treinta meses ( $t=-.69$ ,  $p=.50$ ), con tamaños del efecto ( $d$ ) bajo (.15 y .23, respectivamente) . Por el contrario, en el subgrupo con conductas purgativas se observan diferencias estadísticamente significativas entre el inicio y los doce meses ( $t=3.42$ ,  $p=.001$ ), entre los doce y los treinta meses ( $t=5.08$ ,  $p=.001$ ), con una disminución en ineficacia en la evolución total ( $t=7.75$ ,  $p=.001$ ), con tamaños del efecto ( $d$ ) alto (.79, 1.17 y 1.79, respectivamente).

Por tanto, mientras que en las participantes sin conductas purgativas no se produce una mejora a considerar desde el inicio hasta el tercer momento de tratamiento a los treinta meses, en el subgrupo con conductas purgativas, la evolución favorable en ineficacia es notable en cada uno de los momentos de evaluación (Ver Figura 9).



Nota: (1,2)=Comparación pre-12 meses; (2,3)=Comparación 12-30 meses; (1,3)=Comparación pre-30 m.  
\*\* $p \leq .01$

Figura 9. Comparaciones intergrupos y evolución intragrupos en ineficacia.

#### 4.4.1.3. Variables relacionadas con las alteraciones emocionales

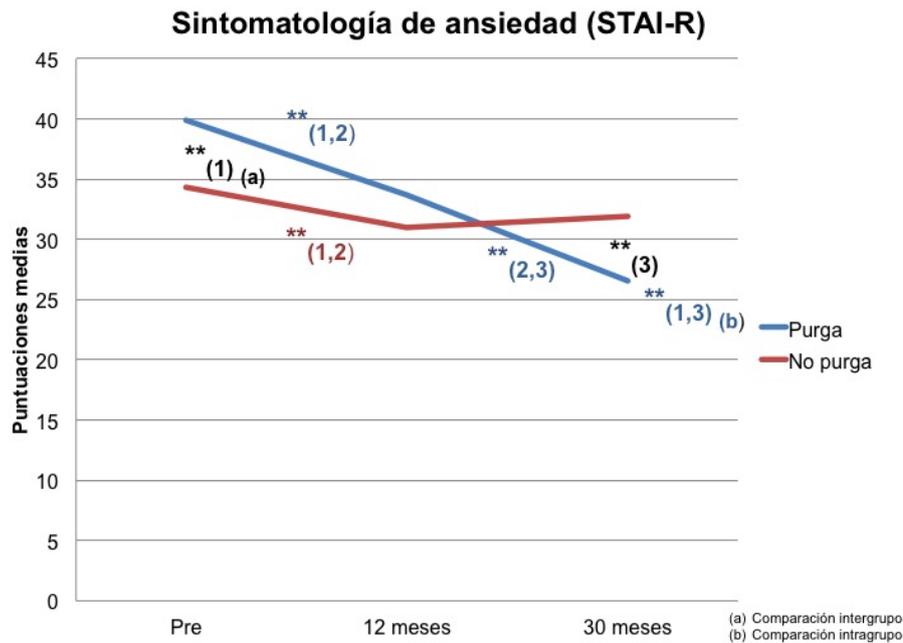
##### 4.4.1.3.1. Sintomatología de ansiedad

En cuanto a las variables relacionadas con las alteraciones emocionales, en las comparaciones entre los subgrupos en sintomatología de ansiedad, se observan diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos con conductas purgativas y sin conductas purgativas, tanto al inicio del tratamiento (pre) ( $t=3.11$ ,  $p=.002$ ) con un tamaño del efecto medio ( $d=.50$ ), como tras treinta meses ( $t=3.08$ ,  $p=.002$ ) con un tamaño del efecto medio ( $d=.49$ ); en cambio, no existen diferencias estadísticamente significativas tras doce meses del inicio del tratamiento ( $t=1.32$ ,  $p=.19$ ) con un tamaño del efecto bajo ( $d=.21$ ). (Ver Tabla 23).

Tanto en el inicio ( $M=39.92$  vs  $M=34.29$ ) como a los doce meses ( $M=33.68$  vs  $M=30.99$ ), las participantes con conductas purgativas presentan puntuaciones más elevadas en sintomatología de ansiedad, siendo únicamente significativas las diferencias en el inicio ( $p=.002$ ), mientras que a los treinta meses las puntuaciones son más elevadas en aquellas sin conductas purgativas ( $M=31.95$  vs  $M=26.56$ ), llegando a ser tales diferencias significativas ( $p=.002$ ).

Como se recoge en la Tabla 24, en los resultados acerca de la evolución de cada uno de los subgrupos, en el subgrupo sin conductas purgativas se observan diferencias estadísticamente significativas entre el inicio del tratamiento y los doce meses ( $t=2.58$ ,  $p=.01$ ), con un tamaño del efecto alto ( $d=.56$ ), mientras no lo son entre los doce y los treinta meses ( $t=-.68$ ,  $p=.50$ ) ni en la evolución total, aun disminuyendo las puntuaciones entre el inicio y los treinta meses ( $t=1.73$ ,  $p=.09$ ), con tamaños del efecto bajo ( $d=.15$ ) y medio ( $d=.38$ ), respectivamente. En cambio, en el subgrupo con conductas purgativas se observa una disminución global de las puntuaciones ( $t=10.42$ ,  $p=.001$ ), así como entre el inicio y los doce meses ( $t=5.35$ ,  $p=.001$ ) y entre los doce y los treinta meses ( $t=5.18$ ,  $p=.001$ ), con tamaños del efecto ( $d$ ) altos (1.24, 1.20 y 2.41, respectivamente).

Por tanto, mientras que las participantes del subgrupo sin conductas purgativas disminuyen en sintomatología de ansiedad únicamente de modo significativo durante el primer año de tratamiento e incluso empeoran ligeramente con el paso del tiempo, aquellas con conducta purgativas mejoran notablemente a largo plazo (Ver Figura 10).



Nota: (1,2)=Comparación pre-12 meses; (2,3)=Comparación 12-30 meses; (1,3)=Comparación pre-30 m.  
\*\*  $p \leq .01$

Figura 10. Comparaciones intergrupos y evolución intragrupos en sintomatología de ansiedad.

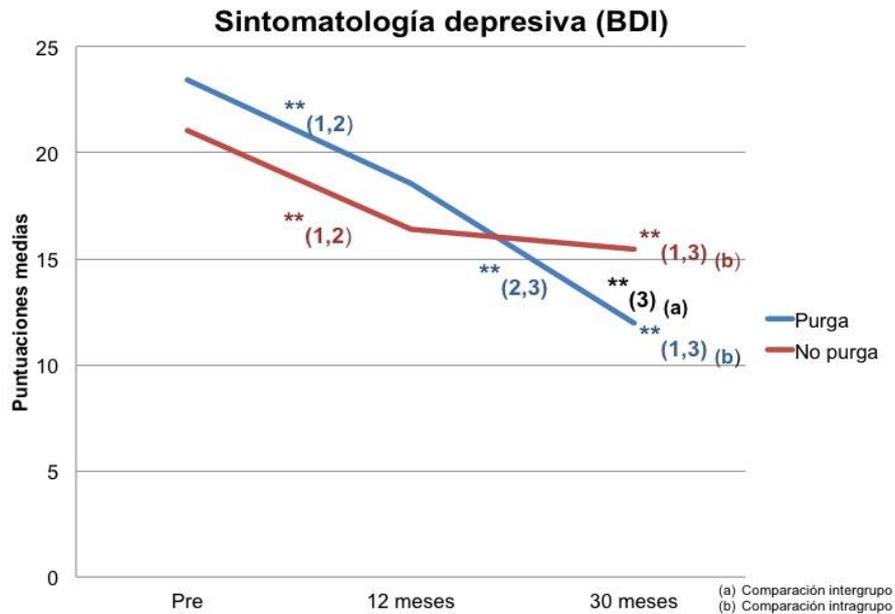
#### 4.4.1.3.2. Sintomatología depresiva

Finalmente, en sintomatología depresiva, las comparaciones entre los subgrupos muestran diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos purgativo y no purgativo, tras treinta meses del inicio del tratamiento ( $t=2.44$ ,  $p=.01$ ) con un tamaño del efecto medio ( $d=.38$ ); en cambio, en el Tiempo 1 (pre) ( $t=1.71$ ,  $p=.09$ ) con un tamaño del efecto bajo ( $d=.27$ ) y tras doce meses del inicio del tratamiento (Tiempo 2) ( $t=1.27$ ,  $p=.21$ ) también con un tamaño del efecto bajo ( $d=.27$ ), no son estadísticamente significativas (Ver Tabla 23).

Tanto en el inicio ( $M=23.46$  vs  $M=21.04$ ) como a los doce meses ( $M=18.53$  vs  $M=16.40$ ), las participantes con conductas purgativas presentan puntuaciones más elevadas en sintomatología depresiva, mientras que a los treinta meses las puntuaciones son más elevadas en aquellas sin conductas purgativas ( $M=15.45$  vs  $M=11.97$ ), llegando a ser tales diferencias significativas ( $p=.01$ ).

Como se recoge en la Tabla 24, en los resultados acerca de la evolución de cada uno de los subgrupos, en el subgrupo sin conductas purgativas se observan diferencias estadísticamente significativas entre el inicio del tratamiento y los doce meses ( $t=4.39$ ,  $p=.001$ ) y en la evolución total, disminuyendo las puntuaciones entre el inicio y los treinta meses ( $t=5.38$ ,  $p=.001$ ), con tamaños del efecto alto ( $d=.95$ ) y bajo ( $d=.22$ ), respectivamente, mientras no son estadísticamente significativa entre los doce y los treinta meses ( $t=1.01$ ,  $p=.32$ ), con tamaño del efecto bajo ( $d=.17$ ). En cambio, en el subgrupo con conductas purgativas se observa una disminución global de las puntuaciones ( $t=10.64$ ,  $p=.001$ ), así como entre el inicio y los doce meses ( $t=4.68$ ,  $p=.001$ ) y entre los doce y los treinta meses ( $t=5.73$ ,  $p=.001$ ), con tamaños del efecto ( $d$ ) alto (1.08, 1.32 y 2.46).

Por tanto, ambos grupos mejoran de forma significativa en el sentido de disminuir la sintomatología depresiva. Ahora bien, mientras que el subtipo sin conductas purgativas mejora de manera más moderada desde el inicio hasta el tercer momento de tratamiento a los treinta meses, alcanzando niveles normales de afectación del estado de ánimo, en el subtipo con conductas purgativas, la mejora en es más llamativa en cada uno de los momentos de evaluación, mostrando una sintomatología depresiva leve con el paso del tiempo (Ver Figura 11).



Nota: (1,2)=Comparación pre-12 meses; (2,3)=Comparación 12-30 meses; (1,3)=Comparación pre-30 m.  
\*\* $p \leq .01$

Figura 11. Comparaciones intergrupos y evolución intragrupos en sintomatología depresiva.

#### 4.4.2. COMPARACIONES ENTRE SUBGRUPOS EN LAS MEDIDAS GLOBALES Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO

En segundo lugar, con objeto de analizar la existencia de diferencias entre las participantes con y sin presencia de conductas purgativas así como la eficacia del tratamiento, se llevó a cabo un análisis de la varianza multivariado (MANOVA), considerando de forma conjunta, es decir, como un índice global las variables relacionadas con el TCA, (BSQ + EAT-40 + EDI-OD + BITE-S), con las características de desarrollo personal (EDI-P + EDI-I), así como con las alteraciones emocionales (STAI-R + BDI). El tamaño del efecto se valoró mediante el estadístico eta-cuadrado parcial ( $\eta^2_p$ ), cuyos valores son los siguientes (Cohen, 1992): .01-.06 (efecto pequeño); > .06-.14 (efecto medio); > .14 (gran efecto).

Por otra parte, para analizar las diferencias encontradas de una forma más exhaustiva se llevó a cabo un análisis de varianza mixto (ANOVA) 2 x 2 con las puntuaciones de la condición tiempo (Tiempo 1 o línea base vs Tiempo 3 ó 30 meses) como la variable intrasujetos y la condición conductas purgativas (presencia vs ausencia) como

variable intersujetos. El tamaño del efecto también se valoró mediante la eta-cuadrado parcial ( $\eta^2_p$ ).

En el Tiempo 1 (línea base) se observaron diferencias significativas en las medidas relacionadas con la conducta alimentaria ( $F_{(4,157)}=16.21$ ,  $p=.00$ ;  $Wilks'Lambda=.71$ ,  $\eta^2_p=.29$ ) y las alteraciones emocionales ( $F_{(2,159)}=5.21$ ,  $p=.01$ ;  $Wilks'Lambda=.94$ ,  $\eta^2_p=.06$ ) (Ver Tabla 25).

A los treinta meses del inicio del tratamiento se mantuvo la existencia de diferencias significativas en las medidas combinadas relacionadas con el TCA ( $F_{(4,157)}=6.70$ ,  $p=.00$ ;  $Wilks'Lambda=.85$ ,  $\eta^2_p=.15$ ) y las alteraciones emocionales ( $F_{(2,159)}=4.73$ ,  $p=.01$ ;  $Wilks'Lambda=.94$ ,  $\eta^2_p=.06$ ), con un menor tamaño del efecto respecto a la línea base (Time 1). Así mismo, se produjeron diferencias en las medidas combinadas relacionadas con las características de desarrollo personal ( $F_{(2,159)}=4.62$ ,  $p=.01$ ;  $Wilks'Lambda=.95$ ,  $\eta^2_p=.06$ ) (Ver Tabla 25).

Tabla 25. Análisis de varianza multivariado y tamaños de efectos en las variables relacionadas con el TCA, el desarrollo personal y las alteraciones emocionales.

	BSQ, EAT-40, EDI-OD, BITE-S <sup>a</sup>	EDI-P, EDI-I <sup>b</sup>	STAI-R, BDI <sup>b</sup>
Tiempo 1 (línea base)			
F-ratio	16.21**	2.43	5.21**
$\eta^2_p$	.29	.03	.06
Tiempo 3 (30 meses)			
F-ratio	6.70**	4.62*	4.73*
$\eta^2_p$	.15	.06	.06

Nota: BSQ = Insatisfacción corporal; EAT-40 = Conductas alimentarias de riesgo; EDI-OD = Obsesión por la delgadez; BITE-S = Sintomatología bulímica; EDI-P = Perfeccionismo; EDI-I = Ineficacia; STAI-R = Sintomatología de ansiedad; BDI = Sintomatología depresiva.

Nota: (1,2)=Comparación pre-12 meses; (2,3)=Comparación 12-30 meses; (1,3)=Comparación pre-30 m.

\*\* $p \leq .01$  \* $p \leq .05$

<sup>a</sup>Multivariate df = 4, 157. <sup>b</sup>Multivariate df = 2, 159. \* $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .  $\eta^2_p$  (estadístico eta-cuadrado parcial) = estima el tamaño del efecto. La regla de Cohen (1992) asigna = .01 - .06 (efecto pequeño); > .06 - .14 (efecto medio); > .14 (gran efecto)

Por otro lado, en los resultados para cada una de las medidas consideradas de modo independiente, se observaron diferencias en sintomatología bulímica ( $t_{(160)}=2.80$ ,  $p=.00$ ;  $d=.46$ ), ineficacia ( $t_{(160)}=2.89$ ,  $p=.00$ ;  $d=.46$ ) y en la sintomatología de ansiedad

( $t_{(160)}=3.08$ ,  $p=.00$ ;  $d=.49$ ) y depresiva ( $t_{(160)}=2.44$ ,  $p=.01$ ;  $d=.38$ ), tal y como se recoge en la Tabla 23.

Analizando estas diferencias detectadas de una forma más exhaustiva, a través de un análisis de varianza mixto 2 x 2, se observó efectividad del tratamiento en todas las variables, especialmente en las conductas alimentarias de riesgo ( $F_{(1,160)}=82,85$ ,  $p=.00$ ,  $\eta^2_p=.34$ ), en la sintomatología bulímica ( $F_{(1,160)}=69,56$ ,  $p=.00$ ,  $\eta^2_p=.30$ ), ansiedad ( $F_{(1,160)}=70,68$ ,  $p=.00$ ,  $\eta^2_p=.31$ ) y la sintomatología depresiva ( $F_{(1,160)}=127,75$ ,  $p=.00$ ,  $\eta^2_p=.44$ ), variables que mostraron unos mayores tamaños de efecto (ver Tabla 26).

Respecto a las participantes con vs sin presencia de conductas purgativas, se observaron diferencias entre ellas en la sintomatología bulímica ( $F_{(1,160)}=45.19$ ,  $p=.00$ ;  $\eta^2_p=.22$ ) y, especialmente, en la ineficacia ( $F_{(1,160)}=412.07$ ,  $p=.00$ ;  $\eta^2_p=.72$ ).

Finalmente, teniendo en cuenta el efecto de interacción entre la condición de presencia vs ausencia de conductas purgativas con el tiempo (evaluación Tiempo 1 - Tiempo 3), se observó que este efecto fue significativo en siete de las ocho variables analizadas. El efecto de interacción fue significativo en insatisfacción corporal ( $F_{(1,160)}=23.39$ ,  $p=.00$ ;  $\eta^2_p=.13$ ), obsesión por la delgadez ( $F_{(1,160)}=19.78$ ,  $p=.00$ ;  $\eta^2_p=.11$ ), sintomatología bulímica ( $F_{(1,160)}=26,19$ ,  $p=.00$ ;  $\eta^2_p=.14$ ), perfeccionismo ( $F_{(1,160)}=9.15$ ,  $p=.00$ ;  $\eta^2_p=.05$ ), ineficacia ( $F_{(1,160)}=22.00$ ,  $p=.00$ ;  $\eta^2_p=.12$ ), ansiedad ( $F_{(1,160)}=34.74$ ,  $p=.00$ ,  $\eta^2_p=.18$ ) y sintomatología depresiva ( $F_{(1,160)}=15.26$ ,  $p=.00$ ;  $\eta^2_p=.09$ ). Tras 30 meses del inicio del tratamiento (Tiempo 3), al comparar las medias de las participantes con presencia vs ausencia de conductas purgativas, el decremento de las medias en cada variable, consideradas como efecto de la intervención, es mayor en un grupo respecto al otro.

Tabla 26. Análisis de varianza mixto (ANOVA) 2 x 2. Variables, condición purga / no purga y tiempo (30 meses)

	Efecto principal: tiempo		Efecto principal: condición de purga		Interacción: tiempo x condición de purga	
	F-ratio	$\eta^2_p$	F-ratio	$\eta^2_p$	F-ratio	$\eta^2_p$
Insatisfacción corporal	35.74**	.18	1.12	.01	23.39**	.13
Conductas alimentarias de riesgo	82.85**	.34	.49	.00	1.36	.01
Obsesión por la delgadez	32.75**	.17	.78	.01	19.78**	.11
Sintomatología bulímica	69.56**	.30	45.19**	.22	26.19**	.14
Perfeccionismo	5.82*	.04	.04	.00	9.15**	.05
Ineficacia	37.38**	.19	412.07**	.72	22.00**	.12
Sintomatología de ansiedad	70.68**	.31	.01	.00	34.74**	.18
Sintomatología depresiva	127.75**	.44	.20	.00	15.26**	.09

\*\* $p \leq .01$  \* $p \leq .05$

$\eta^2_p$  (estadístico eta-cuadrado parcial) = estima el tamaño del efecto, La regla de Cohen (1992) asigna = .01 - .06 (efecto pequeño); > .06 - .14 (efecto medio); > .14 (gran efecto).

En concreto, el efecto del tratamiento es mayor en las pacientes con presencia de conductas purgativas. En las siguientes figuras se muestra el efecto para las variables con mayor tamaño de efecto, insatisfacción corporal (Figura 12), sintomatología bulímica (Figura 13) y ansiedad (Figura 14).

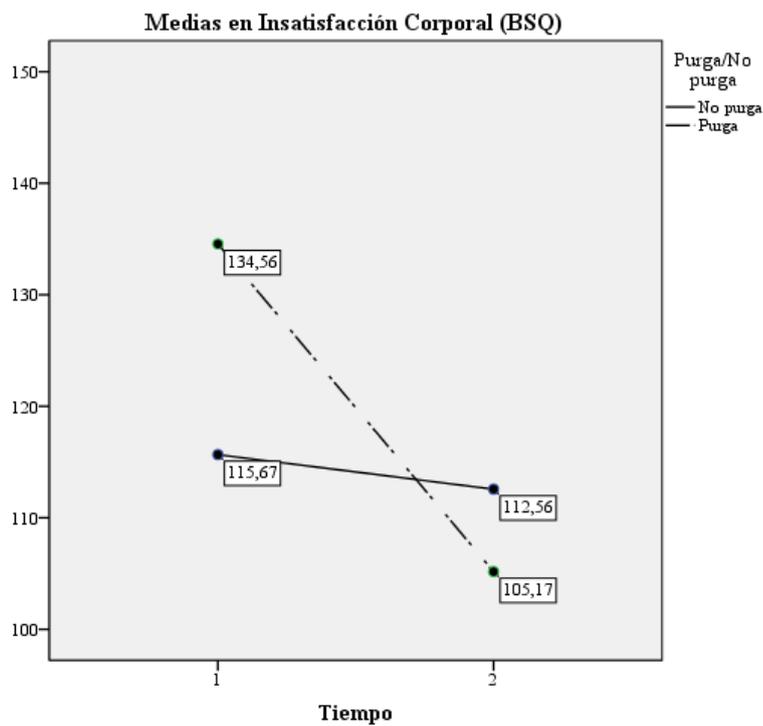


Figura 12. Evolución en insatisfacción corporal (BSQ) en los subgrupos con presencia vs ausencia de conductas purgativas.

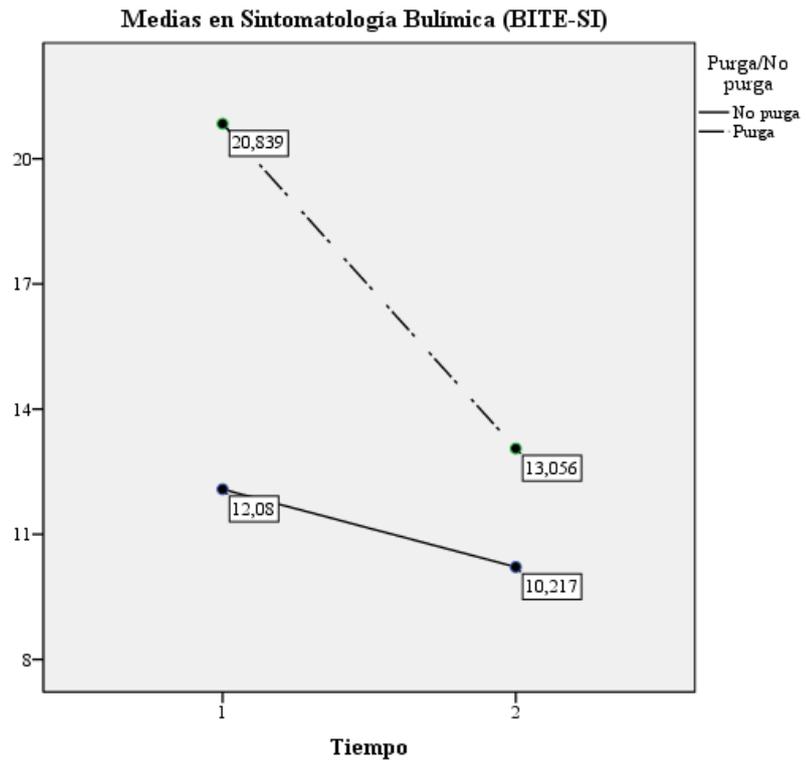


Figura 13. Evolución en sintomatología bulímica (BITE-S) en los subgrupos con presencia vs ausencia de conductas purgativas.

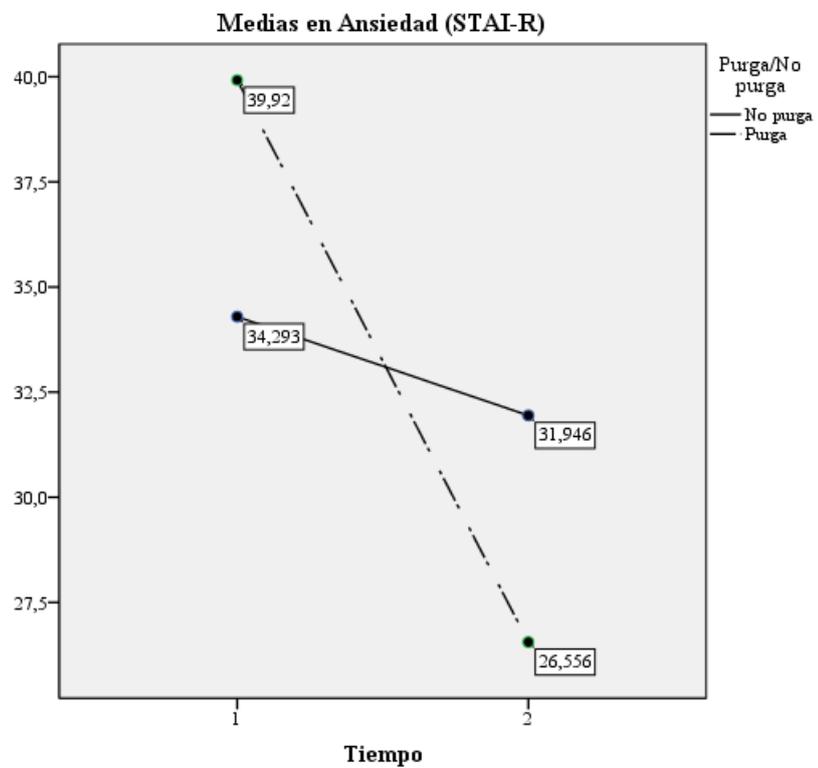


Figura 14. Evolución en sintomatología de ansiedad (STAI-R) en los subgrupos con presencia vs ausencia de conductas purgativas.

## **4.5. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES PREDICTORAS DE MEJORÍA TERAPÉUTICA**

### **4.5.1. MEJORÍA TERAPÉUTICA**

Para determinar las variables predictoras de mejoría terapéutica, en primer lugar se compararon las diferentes variables psicológicas y psicopatológicas en función de la variable criterio “mejoría / no mejoría” obtenida para cada una de las variables, valorada pasados treinta meses de haber iniciado el tratamiento. La duración del tratamiento era variable, en función de las características de cada paciente. No obstante, en la medida de los treinta meses (Tiempo 3), todas las participantes llevaban al menos doce meses de seguimiento.

Se ha considerado como criterio de mejoría terapéutica la reducción de, al menos, un 15% respecto a las puntuaciones iniciales, es decir en el primer momento de evaluación (Tiempo 1), en cada una de las medidas de evaluación, tras 30 meses del inicio del tratamiento (Tiempo 3).

Como puede observarse en la Tabla 27, respecto a la totalidad de la muestra, los porcentajes de mejoría en general oscilan entre el 50% y el 80%, aproximadamente. Un análisis más exhaustivo, en función de las variables, refleja que en aquellas relacionadas con el TCA, la mejoría oscila entre el 61.6% en gravedad de la sintomatología bulímica, el 63% obsesión por la delgadez, el 66% en sintomatología bulímica, el 69.1% en insatisfacción corporal y el 75.9% en conductas alimentarias de riesgo. En las variables relacionadas con el desarrollo personal, excepto en perfeccionismo, cuyo porcentaje se sitúa en el 50.5%, en el resto de las variables, superan el 60%, en concreto, la mejoría en ineficacia es 66% y más elevada en autoestima (69.1%), cifra prácticamente similar a la mejoría en sintomatología de ansiedad (69.8%). El porcentaje más elevado se obtiene en 81.5% en sintomatología depresiva, variables estas últimas relacionadas con las alteraciones emocionales.

Tabla 27. Porcentajes de mejoría en función de la presencia vs ausencia de conductas purgativas, tras treinta meses del inicio del tratamiento.

Total (N=162)		Subgrupos				$\chi^2$	p	$r^2\phi$						
		Con conductas purgativas (n=87)							Sin conductas purgativas (n=75)					
Mejoría	No mejoría	Mejoría	No mejoría	Mejoría	No mejoría									
Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%							
<i>Variables relacionadas con el TCA</i>														
Insatisfacción corporal (BSQ)														
112	69.1	50	30.9	68	42	19	11.7	44	27.2	31	19.1	7.17	.007**	.21
Conductas alimentarias de riesgo (EAT-40)														
123	75.9	39	24.1	67	41.4	20	12.3	56	34.6	19	11.7	.12	.73	.03
Obsesión por la delgadez (EDI-OD)														
102	63	60	37	67	41.4	20	12.3	35	21.6	40	24.7	15.90	.001**	.30
Síntomatología bulímica (BITE-S)														
107	66	55	34	69	42.6	18	11.1	38	23.3	37	22.8	14.74	.001**	.29
Gravedad de la sintomatología bulímica (BITE-G)														
99	61.1	63	38.9	68	42	19	11.7	31	19.1	44	27.2	22.99	.001**	.35
<i>Variables relacionadas con el desarrollo personal</i>														
Perfeccionismo (EDI-P)														
82	50.5	80	49.5	54	33.3	33	20.4	28	17.3	47	29	9.86	.002**	.24
Autoestima (RSES)														
112	69.1	50	30.9	71	43.8	16	9.9	41	25.3	34	21	13.70	.001**	.28
Ineficacia (EDI-I)														
107	66	55	34	70	43.2	17	10.5	37	22.8	38	23.5	17.40	.001**	.31
<i>Variables relacionadas con las alteraciones emocionales</i>														
Síntomatología de ansiedad (STAI-R)														
113	69.8	49	30.2	70	43.2	17	10.5	43	26.5	32	19.8	10.21	.001**	.24
Síntomatología depresiva (BDI)														
132	81.5	30	18.5	77	47.5	10	6.2	55	34	20	12.3	6.14	.013**	.19

\*\*p≤.01

En la prueba de contraste se observa que las diferencias de porcentajes entre los subgrupos con presencia y ausencia de conductas purgativas son estadísticamente significativas. Tan sólo en conductas alimentarias de riesgo, los resultados indican que los porcentajes no alcanzan diferencias significativas ( $\chi^2=.12$ ,  $p=.73$ ;  $r^2\varphi=.03$ ) (41.4% en subgrupo con vs 34.6% en subgrupo sin purgas). En el resto de las variables relacionadas con el TCA el porcentaje de mejoría es significativamente más elevado en el subgrupo con presencia de conductas purgativas respecto al subgrupo sin conductas purgativas, tanto en insatisfacción corporal ( $\chi^2=7.17$ ,  $p=.007$ ;  $r^2\varphi=.21$ ) (42% vs 27.2%), obsesión por la delgadez ( $\chi^2=15.90$ ,  $p=.001$ ;  $r^2\varphi=.30$ ) (41.4% vs 21.6%), sintomatología bulímica ( $\chi^2=14.74$ ,  $p=.001$ ;  $r^2\varphi=.29$ ) (42.6% vs 23.3%) así como en gravedad de la sintomatología bulímica ( $\chi^2=22.99$ ,  $p=.001$ ;  $r^2\varphi=.35$ ) (42% vs 19.1%) (Ver Figura 15).

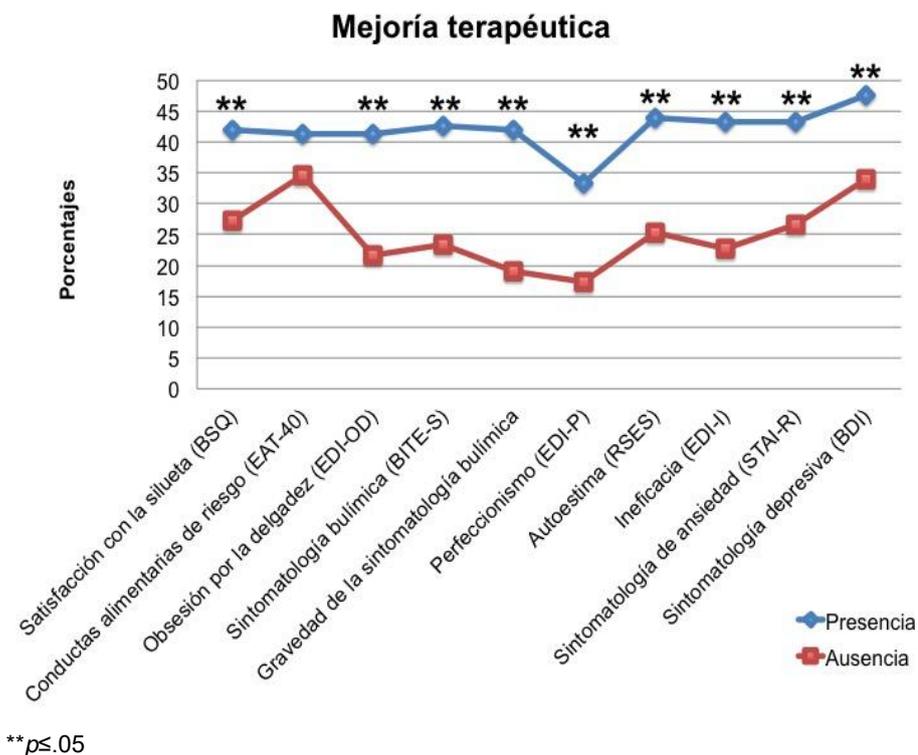


Figura 15. Mejoría terapéutica en función de la presencia vs ausencia de conductas purgativas.

Del mismo modo, en las variables relacionadas con el desarrollo personal, en las tres variables el porcentaje de mejoría es significativamente más elevado en las pacientes del subgrupo con conductas purgativas. Es decir, en perfeccionismo ( $\chi^2=9.86$ ,  $p=.002$ ;  $r^2\phi=.24$ ) (33.3% vs 17.3%), en autoestima ( $\chi^2=13.70$ ,  $p=.001$ ;  $r^2\phi=.28$ ) (43.8% vs 25.3%) y en ineficacia ( $\chi^2=17.40$ ,  $p=.001$ ;  $r^2\phi=.31$ ) (43.2% vs 22.8%). Finalmente, en aquellas variables relacionadas con las alteraciones emocionales, de nuevo en el subgrupo con presencia de conductas purgativas, el porcentaje de mejoría es más elevado en sintomatología de ansiedad ( $\chi^2=10.21$ ,  $p=.001$ ;  $r^2\phi=.24$ ) (43.2% vs 26.5%) y depresiva ( $\chi^2=6.14$ ,  $p=.013$ ;  $r^2\phi=.19$ ) (47.5% vs 34%).

#### 4.5.2. CAPACIDAD PREDICTIVA DE LAS VARIABLES ESTUDIADAS SOBRE LA MEJORÍA

En segundo lugar, se pretende determinar cuáles son las variables con capacidad predictiva sobre la mejoría en cada una de las variables estudiadas, tras treinta meses del inicio del tratamiento. Para ello, se consideran las puntuaciones de las variables predictoras al inicio del tratamiento, y la variable criterio a los treinta meses, periodo de tiempo esperable para una estabilización de los logros adquiridos. En algunas variables, no obstante, en lugar de utilizarse la puntuación correspondiente al inicio, se ha recurrido al criterio de mejoría, es decir, considerar la variable como mejoría (1) / no mejoría (0), dicotomizándola, dado que de este modo se favorecía la capacidad predictiva. Para el ajuste del modelo se ha utilizado el coeficiente  $R^2$  de Nagelkerke y para la bondad de ajuste, la prueba  $\chi^2$  de Hosmer y Lemeshow.

Con el objeto de comprobar qué variables predicen con mayor exactitud la mejoría del tratamiento, se han realizado análisis de regresión logística. En este análisis se han incluido como variables potencialmente predictoras aquellas que resultaron estadísticamente significativas en las pruebas de contraste previas ( $\chi^2$ ,  $t$  y ANOVA). No

obstante, tras esto, se ha optado por incluir en este apartado las variables o medidas cuyos modelos eran mejor explicados ( $R^2 \leq 50$ ). Estas variables son ineficacia y sintomatología de ansiedad.

#### 4.5.2.1. Mejoría en ineficacia

En el modelo para predecir la mejoría en la ineficacia, las variables que resultaron estadísticamente significativa son: la insatisfacción corporal, la sintomatología bulímica, el perfeccionismo, la sintomatología depresiva, así como la mejoría en conductas alimentarias de riesgo y en autoestima (Ver Tabla 28).

El modelo resultante para predecir la mejoría en la ineficacia, tras treinta meses del inicio del tratamiento, según el cual forman parte de la ecuación como variables predictoras la insatisfacción corporal, la sintomatología bulímica, el perfeccionismo, la sintomatología depresiva, así como la mejoría en conductas alimentarias de riesgo y en autoestima permite una estimación correcta del 83.3% de los casos ( $\chi^2=86.01$ ;  $p=.000$ ). Por otra parte, el estadístico  $R^2$  de Nagelkerke estima un valor de ajuste de .57 y la prueba de Hosmer y Lemeshow ( $\chi^2=11.89$ ;  $p=.16$ ) indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre las clasificaciones observadas y las predichas, lo que lleva a aceptar formalmente el buen ajuste del modelo.

Por otro lado, a partir de la odd ratio, del modelo se destaca que, mientras la sintomatología bulímica, el perfeccionismo y sintomatología depresiva actúan como factores de riesgo, la insatisfacción corporal, las conductas alimentarias de riesgo y la autoestima tenderían más a actuar como factor de protección.

Tabla 28. Capacidad predictiva de las variables sobre la mejoría en ineficacia.

<b>Ineficacia (EDI-I)</b>	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>Wald</i>	<i>p</i>	<i>Exp (B)</i>	IC 95%	
						<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Insatisfacción corporal	-.02	.01	7.01	.008	.96	.96	.99
Sintomatología bulímica	.12	.04	10.37	.001	1.13	1.05	1.21
Perfeccionismo	.20	.06	9.67	.002	1.22	1.08	1.39
Sintomatología depresiva	.12	.04	10.68	.001	1.12	1.05	1.20
Mejoría en Conductas alimentarias de riesgo	-.06	.51	4.29	.038	.34	.13	.94
Mejoría en autoestima	-1.85	.48	14.75	.001	.16	.06	.40
Constante	-.86	.83	1.06	.303	.42		

\*\* $p \leq .01$  \* $p \leq .05$

#### 4.5.2.2. Mejoría en sintomatología de ansiedad

En el modelo para predecir la mejoría en la sintomatología de ansiedad, las variables que resultaron estadísticamente significativa coinciden con aquellas del modelo que predecía la mejoría en la ineficacia: la insatisfacción corporal, la sintomatología bulímica, la sintomatología depresiva, así como la mejoría en conductas alimentarias de riesgo y en autoestima. En cuanto al perfeccionismo, en este modelo, a diferencia del anterior, se incluye la mejoría en perfeccionismo (Ver Tabla 29).

El modelo resultante para predecir la mejoría en la sintomatología de ansiedad, tras treinta meses del inicio del tratamiento, según el cual forman parte de la ecuación como variables predictoras la satisfacción con la imagen corporal, la sintomatología bulímica, la sintomatología depresiva, así como la mejoría en conductas alimentarias de riesgo, en perfeccionismo y en autoestima permite una estimación correcta del 83.3% de los casos ( $\chi^2=89.79$ ;  $p=.000$ ). Por otra parte, el estadístico  $R^2$  de Nagelkerke estima un valor de ajuste de .60.2 y la prueba de Hosmer y Lemeshow ( $\chi^2=6.63$ ;  $p=.58$ ) indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre las clasificaciones observadas y las predichas, lo que lleva a aceptar formalmente el buen ajuste del modelo.

Por otro lado, a partir de la odd ratio, se destaca que, mientras que la sintomatología bulímica, el perfeccionismo y sintomatología

depresiva actúan como factores de riesgo, la insatisfacción corporal, las conductas alimentarias de riesgo y la autoestima tenderían más a actuar como factor de protección.

Tabla 29. Capacidad predictiva de las variables sobre la mejoría en sintomatología de ansiedad.

<b>Sintomatología de ansiedad (STAI-R)</b>	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>Wald</i>	<i>p</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>IC 95%</i>	
						<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Insatisfacción corporal	-.02	.01	6.26	.012	.98	.96	.99
Sintomatología bulímica	.28	.07	16.23	.001	1.32	1.16	1.52
Sintomatología depresiva	.14	.04	13.22	.001	1.16	1.07	1.25
Mejoría en Conductas alimentarias de riesgo	- 2.44	.59	16.96	.001	.09	.03	.28
Mejoría en Perfeccionismo	1.05	.54	3.81	.051	2.85	.99	8.15
Mejoría en Autoestima	- 1.85	.48	14.75	.001	.16	.06	.40
Constante	-.28	.90	.10	.708	.75		

\*\* $p \leq .01$  \* $p \leq .05$

En conclusión, las variables con mayor capacidad predictiva sobre la mejoría en ineficacia y sintomatología de ansiedad, tras treinta meses del inicio del tratamiento, son idénticas: a) en cuanto a las relacionadas con el TCA, la satisfacción con la imagen corporal, las conductas alimentarias de riesgo y la sintomatología bulímica, b), en las relacionadas con el desarrollo personal, el perfeccionismo y la autoestima y c) en las relacionadas con las alteraciones emocionales, la sintomatología depresiva.

Ahora bien, cabe destacar que en ambos modelos se han considerado en las variables conductas alimentarias de riesgo y autoestima, en lugar de la puntuación inicial, el criterio de mejoría, es decir, que se haya superado o se haya producido un cambio favorable de al menos el 15% a partir del inicio de la intervención en estas variables. La mejoría en perfeccionismo durante el proceso de recuperación, asimismo, también ha mostrado capacidad predictiva en el modelo resultante sobre la mejoría de la ineficacia a largo plazo (transcurridos 30 meses).

## **5. DISCUSIÓN**

En este estudio empírico, como objetivo general, se pretendía analizar la influencia de una serie de variables, por un lado, personales y psicopatológicas y, por otro lado, relacionadas con los estilos parentales de crianza percibidos en el desarrollo y el mantenimiento de un TCA.

Para la selección de las variables a incluir en el estudio, se revisó exhaustivamente la bibliografía existente en las últimas cinco décadas, con un énfasis en investigaciones recientes. A partir de esta revisión y de los estudios previos de los directores del trabajo así como de los equipos de investigación correspondientes, se optó por incluir aquellas variables que, demostradas empíricamente, eran consideradas de mayor riesgo para el inicio y perpetuación del trastorno. En concreto, algunas relacionadas directamente con los TCA, como son la preocupación por la silueta o insatisfacción corporal, las hábitos inadecuados relaciones con el peso, la comida y la silueta o conductas alimentarias de riesgo, la obsesión por la delgadez y los comportamientos bulímicos. Asimismo, se consideraron variables psicológicas relacionadas con el desarrollo personal, como son el perfeccionismo, la autoestima, referida a sentimientos de valía personal, y también la ineficacia, para profundizar en la importancia de los sentimientos de incompetencia, de vacío. Se completó esta selección incorporando variables relacionadas con las alteraciones emocionales, como son la sintomatología depresiva y de ansiedad.

Junto a estas diez variables, personales, resultó interesante analizar una variable de carácter familiar. Esto es, el papel de los padres. En concreto, qué influencia podían estar ejerciendo los estilos de crianza de los padres, tanto de cara a desarrollar el trastorno como en el proceso de evolución de la enfermedad. No obstante, en este caso se valoró la influencia de la percepción que ellas guardaban en su memoria de estos estilos, considerados por ellas como adecuados o inadecuados, haciendo referencia a la percepción de rechazo y/o

desaprobación, de apoyo, ayuda y calidez emocional, así como de sobreprotección, preocupación y/o excesivo control.

Además, se aspiraba a profundizar en el conocimiento del papel que desempeñan las conductas purgativas (específicamente, los vómitos) en la enfermedad y el pronóstico, de ahí que la totalidad de las participantes de la muestra se dividieron en dos subgrupos, pacientes con presencia de conductas purgativas vs ausencia de conductas purgativas.

En este sentido, como primer objetivo específico, se planteó analizar la influencia de la condición conductas purgativas (presencia vs ausencia) sobre las variables relacionadas con el TCA (insatisfacción corporal, conductas alimentarias de riesgo, obsesión por la delgadez y comportamientos bulímicos), con las de desarrollo personal (perfeccionismo, autoestima e ineficacia) y con las alteraciones emocionales (sintomatología de ansiedad y depresiva).

Para dar respuesta a este primer objetivo, se elaboró la Hipótesis 1. en los siguientes términos: *Antes del tratamiento, las participantes con presencia de conductas purgativas mostrarán una mayor afectación en las variables relacionadas con el TCA (insatisfacción corporal, conductas alimentarias de riesgo, obsesión por la delgadez y comportamientos bulímicos), con las de desarrollo personal (perfeccionismo, autoestima e ineficacia) y con las alteraciones emocionales (sintomatología de ansiedad y depresiva), respecto a aquellas sin presencia de conducta purgativas.*

Tal y como se había formulado la Hipótesis 1, las pacientes con presencia de conductas purgativas muestran puntuaciones que reflejan una mayor afectación en nueve de las diez variables, alcanzado diferencias estadísticamente significativas, en las variables relacionadas con el TCA, insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez, sintomatología y gravedad de la sintomatología bulímica (incluida el IMC). También en la variable de desarrollo personal, ineficacia, así como en las relacionadas con las alteraciones

emocionales, sintomatología de ansiedad. Además, se cumple en las variables perfeccionismo, autoestima y sintomatología depresiva, aunque sin diferencias significativas, mostrando una mayor afectación en aquellas con presencia de conductas purgativas. Tan sólo en las conductas alimentarias de riesgo las puntuaciones medias son ligeramente más elevadas en aquellas sin presencia de estas conductas.

Estos resultados son consistentes con los hallazgos de Tasca et al. (2012), quienes hallaron que las pacientes con conductas purgativas presentan más ansia por delgadez e insatisfacción corporal. Así mismo también con los de Núñez-Navarro et al. (2011) quienes indicaron que las pacientes con conductas purgativas presentaban puntuaciones más elevadas en sintomatología psicopatológica, concluyendo que la severidad de los síntomas es mayor, por tanto, en pacientes con conductas purgativas.

Para algunos autores, darse un atracón y su posterior purga, se consideran actos impulsivos caracterizados por una falta de previsión y contemplación de los riesgos y sin valorar las consecuencias antes de actuar (Fahy y Eisler, 1993). Los estudios realizados en ANr sugieren que estas pacientes son menos impulsivas que los controles no-psiquiátricos (Claes, Vandereyken y Vertommen, 2002; Fahy y Eisler, 1993). Por el contrario, las pacientes con BN (Claes et al., 2002) son más impulsivos que los individuos con ANr. Sin embargo, más que reflejar un rasgo de la personalidad premórbida, la impulsividad podría también atribuirse a los patrones erráticos de dieta y a la inestabilidad emocional asociada con la BN. Así, la labilidad emocional y otros índices de desinhibición conductual disminuyen después de la reducción de atracones y purgas (Amesfrankela et al., 1992). Por otra parte, se ha visto que personas con BN y alta impulsividad suelen presentar cuadros más severos, peor funcionamiento global, mayor comorbilidad psicopatológica y peores resultados en los tratamientos, asumiéndose que podría estar implicada en el mantenimiento de la enfermedad (Schnitzler, Von Ranson y Wallace, 2012).

En la formulación de esta Hipótesis 1, se finalizó con .... *Serán los indicadores relacionados con el TCA y las alteraciones emocionales los que presenten un mayor tamaño del efecto sobre al condición presencia vs ausencia de conductas purgativas, confirmándose la hipótesis.*

En efecto, se obtuvieron tamaños del efecto altos en insatisfacción corporal, sintomatología y gravedad de la sintomatología bulímica, así como tamaño medio en obsesión por la delgadez (e IMC), variables relacionadas directamente con los TCA. Además, en sintomatología de ansiedad también es alto.

Para algunos autores, la frecuente presencia de síntomas de ansiedad, depresión o la falta de control puede explicarse, al menos en parte, por la insatisfacción y las dificultades en el plano interpersonal (Agras, 1991), que suelen persistir incluso después de remitir la sintomatología alimentaria (Fernández, Turón, Siegfried, Merman y Vallejo, 1995). En este sentido, la vivencia escasa de situaciones estimulantes y gratificantes, facilitan la preocupación focalizada en el problema con la comida, el cuerpo y el peso. Esta reducción progresiva de las fuentes habituales en etapas previstas de gratificaciones como es la adolescencia y juventud, empeoraría la inestabilidad emocional y provocaría el descenso de la autoestima, generando conductas compensatorias de autocontrol a través de la dieta (Cain, Bardone-Cone, Abramson, Vohs y Joiner, 2010; Gismero, 1996), que con el paso del tiempo conduciría a la adopción de conductas purgativas como modo de aliviar el malestar asociado.

Por tanto, se cumple casi en su totalidad la Hipótesis 1: las pacientes con presencia de conductas purgativas presentan una mayor afectación antes del inicio del tratamiento, siendo las características específicas relacionadas con el TCA las que ejercen un efecto más destacable.

Dado que el aspecto más relevante de este estudio es su enfoque clínico-asistencial, en el segundo objetivo se pretendía

analizar la evolución de las participantes tras haberse sometido a tratamiento hospitalario u hospitalario + ambulatorio, pasados doce y treinta meses, en las variables directamente relacionadas con los TCA (insatisfacción corporal, conductas alimentarias de riesgo, obsesión por la delgadez y comportamientos bulímicos) y en la psicopatología general asociada. Por una parte, en las variables de desarrollo personal (perfeccionismo, autoestima e ineficacia) y, por otra parte, en las alteraciones emocionales (sintomatología de ansiedad y depresiva).

Para profundizar en este segundo objetivo se plantearon dos hipótesis, la Hipótesis 2 y la Hipótesis 3. La formulación de la Hipótesis 2, centrada en la evolución por subgrupos, quedó redactada en los términos siguientes: *Es esperable que la efectividad del tratamiento (12 meses) en las participantes con presencia de conductas purgativas refleje una respuesta favorable similar en las variables relacionadas con el TCA y las alteraciones emocionales a aquellas sin conductas purgativas; en cambio, en las relacionadas con el desarrollo personal, si bien se producirán cambios favorables, estos serán más moderados.*

En contra de lo predicho, el tratamiento se mostró más efectivo en aquellas con presencia de conductas purgativas. A pesar de presentar una mayor afectación, en el momento de toma de contacto con los profesionales, en la sintomatología (TCA, desarrollo personal y alteraciones emocionales), transcurridos 12 meses desde el inicio del tratamiento multidisciplinar, los cambios reflejaron una respuesta favorables en las diez variables estudiadas en estas pacientes.

Tan solo en dos de las variables relacionadas con los TCA, en concreto las conductas alimentarias de riesgo y la obsesión por la delgadez, la respuesta al tratamiento mostró cambios favorables significativos en las participantes sin presencia de conductas purgativas, si bien en el resto de las variables se mostró eficaz reflejando una mejoría más moderada.

Estos hallazgos van en la línea de lo informado por autores como Mischoulon et al. (2011) respecto a la eficacia de los tratamientos psicológicos en la BN frente a la AN. Ahora bien, como se ha comentado, son escasos los estudios que analizan la evolución en el tratamiento de pacientes con presencia vs ausencia de conductas purgativas. Muñoz et al. (2011) analizaron la evolución de un grupo de 54 pacientes diagnosticadas de ANr, ANp, BNnp y BNp, al año del tratamiento, hallando una mejoría en la autoestima y en la psicopatología específica de los TCA (aumento del IMC y disminución de puntuaciones en el BSQ, así como una disminución de síntomas disociativos). De igual modo, Fassino, Abbate-Daga, Amianto, Leombruni, Boggio y Rovera (2002), quienes analizaron la evolución de pacientes con ANr que recibían tratamiento en un centro de TCA, obtuvieron que las pacientes que no mejoraron tras más de un año de tratamiento, se caracterizaban por niveles más altos de ascetismo y miedo a la madurez y más bajo de búsqueda de novedad. Aquellas que mejoraron habían pasado por un episodio de BN, concluyendo los episodios BN, asociado a una mayor búsqueda de novedad, podrían constituir un motor o estrategia para el cambio y, por tanto, tener efectos positivos de cara a la mejoría.

Estos hallazgos ponen de manifiesto cómo un abordaje multidisciplinar contribuye a mejorar tanto en aquellos aspectos que se relacionan con la problemática específica de los TCA que, o bien refleja preocupaciones o un malestar previo al desarrollo de la enfermedad en relación con la silueta, el peso y/o la imagen corporal o bien en una etapa posterior se inicia con comportamientos de riesgo dando lugar a un cuadro de anorexia o bulimia nerviosas, como del malestar que acompaña esta vivencia en forma de sintomatología ansioso-depresiva. Más aún, favorece que en variables relacionadas con el desarrollo personal, de carácter más estable, presentes de un sinnúmero de problemáticas y trastornos y que resultan vitales para la aceptación de sí mismo como son el perfeccionismo, la autoestima y la autoeficacia, también se produzcan cambios favorables notables.

Por tanto, se cumple parcialmente la Hipótesis 2: la efectividad del tratamiento (12 meses) en las participantes con presencia de conductas purgativas refleja una respuesta favorable en todas variables: las relacionadas con el TCA, las de desarrollo personal y las alteraciones emocionales, en comparación con aquellas sin presencia de conductas purgativas.

Con el afán de determinar cómo tendían a evolucionar las pacientes a medio y largo plazo, se formuló la Hipótesis 3: *Se espera que la mejoría alcanzada con el tratamiento en las variables estudiadas, tienda a producir un mantenimiento de los logros e incluso un aumento de la mejoría con el paso del tiempo (30 meses), especialmente en las relacionadas con el TCA y las alteraciones emocionales.*

En este sentido, en el intervalo entre los 12 y los 30 meses, se observa que la respuesta al tratamiento sigue siendo favorable en las pacientes con presencia de conductas. De hecho, los cambios revelan una evolución notable en estas participantes. Conviene señalar que en la valoración de los 30 meses, algunas de estas pacientes ya habían entrado en una fase de seguimiento, dependiendo de las características y gravedad del TCA. Este hecho lleva a pensar que la efectividad del tratamiento, que ha mostrado empíricamente su eficacia, en estas pacientes ha favorecido que, tras una primera etapa de intervención integral, la terapia con sus diferentes enfoques (nutricional, motivacional, familiar, etc.) y la adquisición de diversas estrategias de manejo de la enfermedad y de enriquecimiento personal, contribuya al mantenimiento de los logros adquiridos e incluso a un aumento de la mejoría con el paso del tiempo, no sólo en las variables relacionadas con los TCA, sino también en aquellas relacionadas con el desarrollo personal y con las alteraciones emocionales.

En cambio, la evolución entre los 12 y los 30 meses en las pacientes sin presencia de conductas purgativas indica un mantenimiento o cambios favorables de modo más limitado. En concreto, tiende a mejorar en la sintomatología del TCA, con una mayor normalización de los patrones alimentarios y la sintomatología depresiva, y a estabilizarse en los logros que afectan al desarrollo personal, presentando un ligero aumento de la ansiedad.

La mayoría de las investigaciones de los últimos años se han centrado en determinar la eficacia de la intervención cognitivo-conductual de forma controlada (Koch et al., 2013), siendo escasos los estudios realizados en ambientes no controlados como la asistencia ambulatoria u hospitalaria, proporcionada desde los servicios de atención sanitaria (Turner et al., 2014; Turner et al., 2015; Waller et al., 2014). En la misma línea de los resultados de esta investigación, los hallazgos muestran una mejoría significativa en la psicopatología del TCA, en el funcionamiento psicológico y en el ajuste psicosocial, similares a los resultados de la revisión sistemática realizada por Zöe y Kim (2014). Estos autores, además, destacan la efectividad del tratamiento en régimen ambulatorio para reducir las conductas de purga en los pacientes. Por otro lado, son escasos los estudios que comparan a pacientes con presencia vs ausencia de conductas de purga. En este sentido, los hallazgos obtenidos no son concluyentes. En algunos estudios no se encuentran diferencias en la evolución postratamiento para los trastornos de BNp y BNnp. En cuanto a la sintomatología, señalan una mayor distorsión de la imagen corporal, ansia por la delgadez y síntomas disociativos, entre otros, en pacientes con conductas purgativas. (Agüera et al., 2013, Fassino, et al., 2002; Muñoz et al., 2011; Tasca et al., 2012).

Por tanto, no se cumple la Hipótesis 3: la mejoría alcanzada con el tratamiento en las variables estudiadas, produce un mantenimiento de los logros e incluso un aumento de la mejoría con el paso del tiempo (30 meses) en todas las variables: las relacionadas con el TCA, las de desarrollo personas y las alteraciones emocionales, en las

pacientes con presencia de conductas purgativas. En cambio, en aquellas sin presencia de conductas purgativas la evolución favorable es considerablemente más limitada, con una tendencia en general a mantener los logros alcanzados o a empeorar ligeramente.

Finalmente, una cuestión de especial relevancia para la clínica asistencial, es dar respuesta a si realmente resultan efectivas este tipo de intervenciones en pacientes con TCA. Por ello, llegados a este punto, se planteó hacer un análisis de la efectividad global de la intervención multidisciplinar, es decir, valorar si se producían cambios relevantes durante el proceso de la relación terapéutica entre profesional y paciente (desde la toma de contacto), a largo plazo y si estos tendían a mantenerse tras el distanciamiento, con el alta terapéutica y seguimientos (30 meses) durante un tiempo prudencial, a determinar por los profesionales.

En la misma dirección de los hallazgos señalados, se pone de manifiesto la efectividad del tratamiento multidisciplinar en la intervención en este grupo de pacientes con TCA, reflejando unos cambios más favorables en las participantes con presencia de conductas purgativas.

Estos resultados concuerdan con los hallazgos de autores como Turner et al. (2015), quienes observaron, en las pacientes atendidas en un centro de salud nacional de UK especializado en TCA, una mejoría significativa en la psicopatología de TCA, alteraciones emocionales y ajuste psicosocial. Además, las actitudes y comportamientos alimentarios de riesgo cambiados en las primeras sesiones se mantenían al finalizar el tratamiento. Sin embargo, en este estudio no se evaluó la proporción de participantes que presentaban atracones o se inducían el vómito. De hecho, el tamaño del efecto en los cambios al finalizar el tratamiento fue alto para todas las variables evaluadas excepto para el uso de vómitos y laxantes, que mostró un tamaño medio. Los autores señalan como limitación este aspecto, de cara a contrastar sus resultados con los hallazgos de otros estudios.

En el tercer objetivo se quiso dar respuesta a otro indicador que se consideró de interés, como factor que pudiera influir en el desarrollo y/o mantenimiento del TCA y, que se ha mencionado en este apartado. Es el papel del estilo de crianza de los padres que las participantes perciben. Para conocer en qué medida los estilos de crianza parentales percibidos (estilo de rechazo, calidez emocional y sobreprotección) influyen en las variables estudiadas previas a la intervención multidisciplinar, así como en el pronóstico al año del proceso de recuperación del TCA, se planteó la Hipótesis 4. *Independientemente de la condición conducta purgativa, se considera previsible que la percepción de los estilos rechazo, desaprobación y de sobreprotección o excesivo control se asociará antes del tratamiento con: a) una mayor afectación en las escalas que evalúan TCA, b) alteraciones emocionales (síntomatología de ansiedad y depresiva) y c) de desarrollo personal (más bajas en autoestima y más altas e ineficacia y en perfeccionismo); en cambio, la percepción de un estilo de crianza de calor emocional, se relacionará con una menor afectación en estas variables.*

Respecto a la relación entre los estilos de crianza percibidos como disfuncionales y las distintas variables estudiadas, se observa que de cara al desarrollo del trastorno, influye negativamente tanto la percepción de desaprobación y rechazo, de escaso apoyo, ayuda o calidez emocional, como de sobreprotección y excesivo control, si bien conviene hacer un análisis más exhaustivo en este sentido.

Por una parte, la percepción de rechazo y/o desaprobación procedente de ambos padres no muestra una influencia sobre las alteraciones emocionales (síntomatología de ansiedad y depresiva), ni sobre las variables relacionadas con los TCA, excepto en la actuación del padre, ejerciendo influencia sobre la presencia de sintomatología bulímica. La mayor relación se establece con las variables de desarrollo personal, también por parte de ambos padres, en concreto, con manifestación de comportamientos perfeccionistas, más sentimientos de incapacidad, inseguridad, es decir, de ineficacia, así

como también con más tendencia a la baja autoestima ante la percepción de rechazo y/o desaprobación de los padres durante la crianza.

Estos resultados discrepan de los de Bruch (1993) y Turchi y Gago (2010). Estos autores destacan la asociación entre el rechazo y la frialdad materna con el desarrollo de los TCA. Del mismo modo, Palazzoli (1990) señala elevada presencia de rechazo y desaprobación como rasgo característico de las familias de chicas con TCA. Por el contrario, van en la línea de aquellos autores que señalan la importancia del calor emocional paterno en la actitud de las chicas hacia su imagen corporal y los hábitos alimentarios, así como en un buen ajuste emocional en la adolescencia (Espina, 2005; Musitu y Cava, 2003).

En otras palabras, la percepción de rechazo y/o desaprobación a lo largo de la vida de estas participantes no muestra una influencia directa (salvo el papel del padre en el adopción de conductas bulímicas) sobre la preocupación por la silueta o la obsesión por la delgadez o el inicio de conductas alimentarias de riesgo, si no más bien influye sobre variables relacionadas con el desarrollo personal, como es el perfeccionismo y la valoración de sí mismas y sus capacidades (autoestima e ineficacia). Estos hallazgos irían en la línea de los resultados obtenidos por Asuero et al., (2012) en los que se constata que las variables personales y emocionales desempeñan un importante papel en el desarrollo de los TCA, más allá de los estilos de crianza percibidos.

Por otra parte, en cuanto a la sensación de calidez emocional, de apoyo, ayuda y comprensión percibida de los padres, de las variables relacionadas con los TCA tan solo muestra una influencia inversa sobre los comportamientos bulímicos. Es decir, la escasa percepción de apoyo, ayuda, comprensión o calidez emocional de los padres se relaciona con la presencia de sintomatología bulímica. Además, este mismo estilo disfuncional, de ambos padres, influye en las características de desarrollo personal, agravamiento de

comportamientos perfeccionistas, menos sensación de competencia, y seguridad o eficacia personal, así como más baja autoestima. La actuación de escasa calidez emocional procedente del padre también ejerce una influencia en las alteraciones emocionales, agravando la sintomatología de ansiedad y depresiva. En este sentido, Linares (2002) destaca el papel del afecto paterno-filial, definido como valoración, cariño, ternura y socialización, necesario para el bienestar individual y su viabilidad social. Muchas pacientes con TCA dicen no haberse sentido comprendidas por su padre. Los padres influyen mucho en la actitud de la chica hacia su imagen corporal y los hábitos alimentarios.

En otras palabras, la percepción de escasa calidez emocional, apoyo, ayuda y comprensión de los padres a lo largo de la vida de estas participantes no muestra una influencia directa (en la adopción de conductas bulímicas) sobre la preocupación por la silueta o la obsesión por la delgadez o el inicio de conductas alimentarias de riesgo, si no más bien influye sobre variables relacionadas con el desarrollo personal, como es el perfeccionismo y la valoración de sí mismas y sus capacidades (autoestima e ineficacia), así como en las alteraciones emocionales (ansiedad y depresión), en el caso del padre.

Junto al estilo de rechazo o desaprobación, la percepción de sobreprotección, excesivo control y preocupación procedente de ambos padres no muestra una influencia directa sobre las variables relacionadas con los TCA ni sobre las alteraciones emocionales. Tan solo se observa influencia sobre algunas de las variables de desarrollo personal. En concreto, sobre los comportamientos perfeccionistas, procedente de ambos padres, y sobre sentimientos de incapacidad, inseguridad, es decir, sobre la ineficacia, derivado de la actuación de la madre. En otras palabras, la percepción de sobreprotección, excesivo control y preocupación de los padres a lo largo de la vida de estas participantes no muestra una influencia directa sobre la preocupación por la silueta o la obsesión por la delgadez o el inicio de conductas alimentarias de riesgo o la sintomatología bulímica así

como tampoco sobre las alteraciones emocionales, si no más bien influye sobre variables relacionadas con el desarrollo personal, como es el perfeccionismo y los sentimientos de competencia (ineficacia).

A la vista de lo expuesto, cabe destacar que los estilos parentales percibidos disfuncionales ejercen una influencia en el desarrollo del TCA. En general, los tres estilos afectan sobre las características personales, agravando en ellas el inicio o bien de los comportamientos perfeccionistas, o de la valoración negativa de sí mismas y/o su sensación de escasa competencia, control y eficacia, previos al trastorno. Por otro lado, la percepción de rechazo o desaprobación así como la escasa calidez emocional de ambos padres sí afecta al inicio de patrones alimentarios bulímicos. Más aún, percibir escaso apoyo y comprensión paterna influye aumentando los niveles de sintomatología depresiva y ansiosa.

Estos hallazgos van en la línea de los aportados por algunos autores. Pote, Waller, Stewart y Parkin-Feigenbaum (1988) plantean que los síntomas bulímicos podrían estar disfrazando un deficitario desarrollo del yo relacionado con la pobre empatía parental, más que un problema básico de autocontrol y Linares (2002) señala el amor paterno-filial, definido como valoración, cariño, ternura y socialización, necesario para el bienestar individual y su viabilidad social.

Por tanto, y en la contrastación de esta Hipótesis 4. se puede afirmar que se cumple parcialmente esta hipótesis, dado que si bien es cierto que se ha observado la influencia de estos estilos parentales disfuncionales, ésta se aprecia especialmente en las variables relacionadas con el desarrollo personal (perfeccionismo, autoestima e ineficacia), sobre la sintomatología bulímica (el rechazo y la escasa calidez emocional), y la actuación de escaso apoyo y comprensión del padre sobre las alteraciones emocionales (sintomatología de ansiedad y depresiva).

Más allá de la influencia que los padres pudieran haber ejercido a lo largo de la vida de las participantes, y teniendo en cuenta que casi

el setenta por cien de las pacientes es menor de 26 años, era esperable que a lo largo del proceso de abordaje y recuperación del TCA estuvieran, o bien presentes y participaran en este proceso o bien sin que se diera una implicación tan activa pero ellas percibieran una influencia en su vida y en su enfermedad.

Ante la posible percepción de cómo actuaban los padres, se cuestionó en qué medida podrían estar considerando las pacientes que los estilos de crianza de los padres a lo largo de su vida contribuían a favorecer o dificultar los cambios durante la intervención multidisciplinar y la evolución del trastorno. Para ello, se planteó la Hipótesis 5: *Se prevé que la percepción de un estilo de crianza de calor emocional influirá de forma positiva en las variables relacionadas con el desarrollo personal y las alteraciones emocionales en el pronóstico al año, mientras que la percepción de los estilos de crianza de rechazo y sobreprotección afectará, especialmente, sobre más variables relacionadas directamente con los TCA y en menos de las otras variables de desarrollo personal y alteraciones emocionales.*

A diferencia de la influencia sobre el inicio o desarrollo del TCA, la percepción de rechazo y/o desaprobación procedente de ambos padres muestra una influencia sobre las variables directamente relacionadas con los TCA tras el abordaje y seguimiento durante el periodo de los doce primeros meses del proceso de recuperación (insatisfacción corporal, conductas alimentarias de riesgo y gravedad de la sintomatología bulímica). También sobre las variables de desarrollo personal (comportamientos perfeccionistas, baja autoestima e ineficacia) y sobre las alteraciones emocionales (sintomatología de ansiedad y depresiva), Junto a esta influencia percibida de ambos padres, la actuación del padre, ejerce un efecto sobre la presencia de sintomatología bulímica y la de la madre sobre la obsesión por la delgadez.

En otras palabras, la percepción de rechazo y/o desaprobación a lo largo de la vida de estas participantes muestra una influencia directa negativa en el restablecimiento del TCA, viéndose afectadas

sobre la insatisfacción corporal, la obsesión por la delgadez (por parte de la madre), el mantenimiento de conductas alimentarias de riesgo, así como sobre la gravedad y sintomatología bulímica (por parte del padre). Además, influye sobre variables relacionadas con el desarrollo personal, como es el perfeccionismo y la valoración negativa de sí mismas y sus capacidades (autoestima e ineficacia) y también sobre las alteraciones emocionales (manteniendo los síntomas depresivos y de ansiedad).

Por otra parte, en cuanto a la sensación de calidez emocional, de apoyo, ayuda y comprensión percibida de los padres, de cara al proceso de recuperación muestra una influencia inversa sobre algunas de las variables relacionadas con los TCA, como son la preocupación por la silueta y comportamientos bulímicos así como en la gravedad de los mismos, además del mantenimiento de las conductas alimentarias de riesgo (en actuación percibida del padre). Más aún, este mismo estilo disfuncional, de ambos padres, influye en las características de desarrollo personal, con el agravamiento de comportamientos perfeccionistas, menos sensación de competencia, y seguridad o eficacia personal, así como más baja autoestima. La percepción de escasa calidez emocional procedente de los padres también ejerce una influencia en las alteraciones emocionales, afectando a la sintomatología de ansiedad y depresiva. En contraposición, la percepción de apoyo, ayuda y comprensión por parte de los padres se asocia con cambios favorables.

En otras palabras, la percepción de escasa calidez emocional, apoyo, ayuda y comprensión de los padres a lo largo de la vida de estas participantes no muestra una influencia directa (en la adopción de conductas bulímicas) sobre la preocupación por la silueta o la obsesión por la delgadez o la adopción de conductas alimentarias de riesgo, si no más bien influye sobre variables relacionadas con el desarrollo personal, como es el perfeccionismo y la valoración de sí mismas y sus capacidades (autoestima e ineficacia), así como en las alteraciones emocionales (ansiedad y depresión), en el caso del padre.

Finalmente, al igual que la percepción de rechazo y desaprobación percibida de los padres, de cara al proceso de recuperación la percepción de un estilo de sobreprotección, de preocupación y/o excesivo control muestra una influencia directa sobre una de las variables relacionadas con los TCA, como es el mantenimiento de las conductas alimentarias de riesgo. Más aún, este mismo estilo disfuncional, de ambos padres, influye en las características de desarrollo personal, con el agravamiento de comportamientos perfeccionistas y menos sensación de competencia, de seguridad o eficacia personal y ejerce, asimismo, una influencia en las alteraciones emocionales, afectando a la sintomatología depresiva y de ansiedad, ésta última procedente del estilo de la madre.

En otras palabras, la percepción sobreprotección, de preocupación y/o excesivo control a lo largo de la vida de estas participantes muestra una influencia directa negativa en el restablecimiento del TCA, viéndose su efecto sobre el mantenimiento de conductas alimentarias de riesgo, así como sobre variables relacionadas con el desarrollo personal, como es el perfeccionismo y la valoración negativa de sus competencias y eficacia y también sobre las alteraciones emocionales, manteniendo los síntomas depresivos y de ansiedad.

En este sentido, al considerar los estilos de ambos padres por separado, en el estudio previo de Borda et al. (2012) cuyo objetivo fue poner a prueba un modelo estructural, con el fin de determinar cómo pueden estar afectando los estilos de crianza percibido en el TCA al desarrollo personal y emocional así como a la aparición de conductas directamente relacionadas con los TCA, los hallazgos mostraron que la calidez emocional percibida del padre desempeña un importante papel frente a la percepción de rechazo de la madre, especialmente en aquellas variables relacionadas con el desarrollo personal.

En la contrastación de esta Hipótesis 5. se puede afirmar que se cumple parcialmente esta hipótesis, dado que si bien es cierto que se ha observado la influencia de estos estilos parentales disfuncionales,

ésta se aprecia tanto en las variables relacionadas con los TCA (rechazo y calidez emocional en preocupación por la silueta; rechazo, sobreprotección y calidez emocional en conductas alimentarias de riesgo –excepto en la actuación de este último estilo del padre–; calidez emocional y rechazo en gravedad y sintomatología bulímica –excepto en la actuación de este último estilo del padre–) como en las de desarrollo personal (rechazo y sobreprotección en perfeccionismo; rechazo y calor emocional en autoestima; y los tres estilos en ineficacia) y también influyen los tres estilos disfuncionales en las dos variables relacionadas con las alteraciones emocionales (sintomatología de ansiedad –excepto en la actuación de sobreprotección del padre– y depresiva). Por tanto, *la percepción de un estilo de crianza de calor emocional influye de forma positiva en las variables relacionadas con el desarrollo personal y las alteraciones emocionales en el pronóstico al año*, pero también en las relacionadas con los TCA, *mientras que la percepción de los estilos de crianza de rechazo y sobreprotección no afecta, especialmente, más sobre variables relacionadas directamente con los TCA y menos sobre las de desarrollo personal y alteraciones emocionales*, sino que de un modo prácticamente similar al conjunto de las variables estudiadas.

En la bibliografía sobre esta cuestión se señala que las familias con pacientes bulimia nerviosa, en comparación con una muestra control, se muestran más conflictivas, desorganizadas, críticas, menos cohesionadas y con menor capacidad para establecer relaciones de confianza y de ayuda entre sus miembros (Strober y Humphrey, 1987). Pero también hay estudios que demuestran que son ciertas características psicológicas las que predisponen a los TCA, como son el perfeccionismo, la rigidez, la escasa empatía, la baja autoestima, los niveles elevados de ansiedad y el retraimiento social (Gardner et al., 2000). De hecho, el riesgo de padecer un TCA es ocho veces mayor en jóvenes que tienen una autoestima baja (Button et al., 1996) y tal y como señala Slade (1995) entre los factores de vulnerabilidad de los TCA se encuentra el ser muy perfeccionista.

Dado que en el planteamiento de este estudio, así como, a partir de la bibliografía revisada, surgió un interés por profundizar en el efecto diferencial de los estilos disfuncionales percibidos en las actuaciones de los padres y de las madres. Se propuso la Hipótesis 6. *El valor predictivo de estos estilos diferenciará entre las actuaciones del padre y de la madre, en concreto, el papel de rechazo de la madre influirá en las variables relacionadas con los TCA, en cambio, el del padre ejercerá mayor influencia sobre las de desarrollo personal durante el proceso de recuperación a través de la expresión de calidez emocional y baja sobreprotección.*

De las actuaciones percibidas como rechazo y desaprobación de la madre, se observa que el peso de este estilo disfuncional es bajo durante el proceso de recuperación, si bien explica, en mayor medida, los comportamientos alimentarios de riesgo, seguido de la preocupación por la silueta y la gravedad de la sintomatología bulímica y, en menor medida, la obsesión por la delgadez. El valor predictivo de este estilo de rechazo materno, es relativamente bajo también en el resto de las variables (autoestima, ineficacia y sintomatología de ansiedad). Tan solo explica de modo destacable sobre el mantenimiento de los comportamientos perfeccionistas y la sintomatología depresiva.

Hallazgos similares se han obtenido en cuanto al valor predictivo de los estilos de calidez emocional y sobreprotección percibidos en las actuaciones del padre. Se observa una influencia baja, parecida al estilo de rechazo de la madre en las variables relacionadas con los TCA. En cambio, el mayor efecto del padre es sobre las de desarrollo personal (ineficacia y autoestima) y ansiedad, a través de la calidez emocional, y de los comportamientos perfeccionistas, influenciado por la percepción de sobreprotección.

Los resultados de este estudio minimizan el impacto de investigaciones previas que indican que existe una influencia entre determinadas características familiares y el origen de los TCA. Tal como señala Castro (2005), determinados patrones educativos actúan

como factores de riesgo para el desarrollo de ciertos trastornos psicopatológicos, influyendo en el origen y mantenimiento (Castro, 2005), tales como comentarios y actitudes de la familia, especialmente la madre, repercuten de forma negativa. En la misma línea van los hallazgos de Leung, Schwartzman y Steiger (1996) quienes demostraron la existencia de un modelo familiar que asociaba las relaciones familiares disfuncionales, preocupaciones personales por el peso y la apariencia física, así como problemas personales por la silueta y la autoestima, pudiendo provocar el desarrollo de un TCA. Si bien estos estilos desempeñan un cierto efecto, se ha de considerar un mayor peso a otra serie factores más allá de los estilos parentales percibidos.

Por tanto, y en la contrastación de esta Hipótesis 6. se puede afirmar que se cumple parcialmente esta hipótesis. El bajo valor predictivo de estos estilos percibidos en la crianza, durante el proceso de recuperación diferencia entre las actuaciones del padre y de la madre, en concreto, el papel de rechazo de la madre influye en las variables relacionadas con la sintomatología depresiva, en cambio, el del padre ejerce mayor influencia sobre las de desarrollo personal través de la expresión de calidez emocional y en las relacionadas con los TCA, a través de la baja sobreprotección. En este sentido, el percibir un grado de control y exigencia por parte de la madre afecta sobre la insatisfacción hacia la imagen corporal (Rodríguez y Beato, 2002).

Esto lleva a concluir, si bien desempeñan cierta influencia, más allá del peso que pudieran estar ejerciendo los estilos parentales percibidos como disfuncionales, son las variables de carácter personal las que facilitan una mayor explicación y respuesta al por qué tienden a mantenerse los TCA con el paso del tiempo, llegando en algunos casos a la cronicidad.

Aún y con todo, en los últimos años se ha hecho alusión a la idea de que los padres podrían estar contribuyendo a un TCA en sus hijas, a través de aspectos concretos (Dancyger, Fornari, Scionti,

Wisotsky y Sunday, 2005) que llegarían a convertirse en factores de riesgo, predisponentes, precipitantes o bien mantenedores, tal y como se evidencia en distintas investigaciones. En nuestro país, Fernández-Aranda et al. (2007) hallaron que las participantes con algún tipo de TCA tuvieron unos patrones de alimentación más desfavorables a edades tempranas, respecto a aquellas del grupo control. Estos patrones desfavorables, junto a la excesiva importancia por la comida, podría desembocar en un TCA.

Para completar este estudio empírico, más allá de determinar la evolución de las participantes y contrastar la misma en función de la presencia o ausencia de conductas purgativas, en el cuarto y último objetivo se pretendía determinar la mejoría terapéutica en las distintas variables así como analizar cuáles eran aquellas con capacidad predictiva sobre la mejoría terapéutica, tras un intervalo de treinta meses desde el inicio del tratamiento.

Para dar respuesta a este objetivo, y en consonancia con la literatura científica, se formuló la Hipótesis 7. *Independientemente de la condición conducta purgativa, se prevé que las variables que influirán en el pronóstico, en mayor medida, serán aquellas que en la literatura son consideradas factores de riesgo en los TCA. Éstas son: la insatisfacción corporal, los niveles de ansiedad y depresión, así como la baja autoestima.*

A partir del porcentaje establecido en este estudio, indicativo de mejoría terapéutica (reducción del 15%), los hallazgos obtenidos muestran un porcentaje destacable de mejoría en todas las variables, oscilando entre el 50% y el 81.5%. Se corresponden los porcentajes más elevados de cambio favorable en los niveles de recuperación de los síntomas depresivos (81.5%), en primer lugar, seguido de un establecimiento de hábitos alimentarios menos anómalos (75.9%), así como menos insatisfacción corporal, menos sintomatología de ansiedad (69.8%, respectivamente) y en mejora de la autoestima (69.1%).

Los hallazgos obtenidos muestran que el porcentaje de mejoría es notablemente superior en las pacientes con presencia de conductas purgativas en todas variables, respecto a aquellas sin conductas purgativas. En este sentido, mientras que en las participantes no purgativas las cifras oscilan entre el 17.3% (en perfeccionismo) al 34.6% (en conductas alimentarias de riesgo), en aquellas con conductas purgativas superan el 30%, en concreto, oscilan entre el 33.3% (perfeccionismo) al 47.5% (sintomatología depresiva).

De modo contrario a los resultados obtenidos, la evidencia científica hallada hasta el momento con tratamiento cognitivo-conductual proporcionado en régimen asistencial ambulatorio u hospitalario, apunta a que no existirían diferencias significativas, respecto a la evolución, en pacientes con conductas purgativas. No obstante, son escasos los estudios en los que se comparan estas pacientes con aquellas sin conductas purgativas, hallándose resultados no concluyentes. En algunos casos no se encuentran diferencias significativas, en cambio, en otros existen indicios de un mejor pronóstico en aquellas pacientes con conductas purgativas.

Por otro lado, junto a determinar en qué medida se mejora, se ha comprobado que las variables mejor explicadas, es decir, aquellas en las que se pueden alcanzar los resultados más favorables pasados treinta meses del inicio del tratamiento son la ineficacia y la ansiedad. La insatisfacción corporal, la sintomatología bulímica y las conductas alimentarias de riesgo, los niveles de depresión así como el perfeccionismo y la autoestima son las variables con mayor capacidad predictiva tanto en el modelo de la ineficacia como de la ansiedad. En otras palabras, los beneficios que se van produciendo a lo largo del tratamiento en las variables ineficacia y autoestima quedan explicados por el peso de estas otras variables consideradas conjuntamente, reflejando la necesidad de tomar en consideración e intervenir en todas ellas específicamente durante el proceso de intervención psicológica.

Por tanto, y en la contrastación de esta Hipótesis 7. se puede afirmar que se cumple la hipótesis de que independientemente de la condición conducta purgativa, las variables que influyen en el pronóstico, en mayor medida, son aquellas que en la literatura son consideradas factores de riesgo en los TCA: la insatisfacción corporal, los niveles de ansiedad y depresión, así como la baja autoestima.

En cuanto a los cambios tras la intervención, en la misma línea de este estudio, hallazgos previos indican que el TCC mejora los síntomas de ansiedad y los síntomas depresivos, la obsesión por la delgadez, la insatisfacción corporal, así como la sintomatología bulímica en los TCA. Sin embargo, en cuanto a medidas de desarrollo personal, tales como perfeccionismo e ineficacia, se evidencia resultados más moderados (Turner et al. 2014; Turner et al., 2015; Waller et al., 2014; Zöe y Kim, 2014). Una cuestión importante que es común en ellas es que se observará mayor o menor ansiedad, y malestar, según el grado de discrepancia que exista entre la imagen corporal y el modelo ideal que hayan conformado en su mente a lo largo del tiempo. De ahí que la intervención en este sentido, es fundamental.

Es relativamente frecuente observar una asociación entre unos niveles elevados de distorsiones cognitivas o creencias irracionales con la presencia de síntomas depresivos y ansiosos (Fairburn y Cooper, 1982; Phillips et al., 1997; Pyle et al., 1981; Waltzin et al., 1993). Por ello, resulta conveniente profundizar en el estilo cognitivo global y específico característicos en los TCA (Walsh, 1996), para conseguir un cambio terapéutico eficaz (Matto, 1997).

En un estudio previo llevado a cabo por Borda et al. (2003) se quiso determinar el tipo de creencias irracionales que presentaban una muestra de pacientes con TCA y comprobar si existía un patrón cognitivo que diferencia a aquellas pacientes que presentan conductas purgativas, especialmente vómitos, de aquellas sin conductas purgativas. Los resultados mostraron que no existían diferencias significativas entre los subgrupos purgativos y no purgativos. En otras

palabras, las pacientes que vomitan, no tienden a presentar unas creencias irracionales notablemente distintas que aquellas otras que no realizan este tipo de patrón alimentario anómalo. Por ejemplo, un estilo cognitivo basado en la creencia básica de demanda de aprobación o necesidad de ser aprobado por los demás supondría, por un lado, la necesidad de recurrir de un modo continuo a procedimientos que condujeran al logro de aquellas pautas sociales que garantizaran el ajuste a ese canon de éxito. Por otro lado, a la búsqueda de una permanente reafirmación de la propia creencia irracional: *“el cuerpo delgado proporciona la felicidad”*. Desde ese punto de vista, este tipo de pensamientos contribuye a afianzar el TCA y en última instancia, el desequilibrio emocional. Del mismo modo, cuando la tendencia a ser competente, al orden o la superación de sí mismo, más que un deseo alcanza unos niveles de necesidad de ser perfecto, compromete a la persona en la realización de comportamientos, desadaptados en gran medida. Así, ciertas conductas como el vómito, el ejercicio excesivo, o la restricción alimentaria son utilizadas como un medio para alcanzar el ideal propuesto: *“Estar delgada”*. Pero evidentemente, esta necesidad se traduce en un aumento del desajuste emocional, ya que cada vez la persona afectada dedica más tiempo a la realización de la conducta, con tal obsesión que gradualmente se encierra en su propia trampa: *“perfeccionarse para ser perfecta”*. En este sentido, una aportación de este trabajo, al margen de los trabajos existentes en relación con la anorexia nerviosa y el perfeccionismo, es la confirmación de que el tipo de trastorno, AN o BN, purgativas y no purgativas no establece diferencias en estas creencias irracionales, que unas y otras pueden beneficiarse y lograr cambios tras una intervención profesional adecuada.

## 5.1. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

A modo de resumen, en la Tabla 30 se presenta la información referente a la contrastación de hipótesis de partida.

Tabla 30. Contrastación de hipótesis de partida (1)

Objetivos específicos y formulación de hipótesis	Se confirma/Se rechaza la $H_0$
<p><i>Objetivo específico 1. Estudiar la influencia de la condición conductas purgativas (presencia vs ausencia) sobre las variables relacionadas con el TCA (insatisfacción corporal, conductas alimentarias de riesgo, obsesión por la delgadez y comportamientos bulímicos), con las de desarrollo personal (perfeccionismo, autoestima e ineficacia) y con las alteraciones emocionales (sintomatología de ansiedad y depresiva).</i></p>	
<p>Hipótesis 1. Antes del tratamiento, las participantes con presencia de conductas purgativas mostrarán una mayor afectación antes del inicio del tratamiento en las variables relacionadas con el TCA (insatisfacción corporal, conductas alimentarias de riesgo, obsesión por la delgadez y comportamientos bulímicos), con las de desarrollo personal (perfeccionismo, autoestima e ineficacia) y con las alteraciones emocionales (sintomatología de ansiedad y depresiva), respecto a aquellas sin presencia de conducta purgativas.</p> <p>Serán los indicadores relacionados con el TCA y las alteraciones emocionales los que presenten un mayor tamaño del efecto sobre al condición presencia vs ausencia de conductas purgativas.</p>	<p>Se cumple parcialmente.</p> <p>Las pacientes con presencia de conductas purgativas presentan una mayor afectación antes del inicio del tratamiento, siendo las características específicas relacionadas con el TCA las que ejercen un efecto más destacable.</p>

Tabla 30. Contrastación de hipótesis de partida (2)

Objetivos específicos y formulación de hipótesis	Se confirma/Se rechaza la H <sub>0</sub>
<i>Objetivo específico 2. Analizar la evolución de las participantes tras haberse sometido a tratamiento ambulatorio u hospitalario + ambulatorio, pasados doce y treinta meses, en las variables directamente relacionadas con los TCA y en la psicopatología general asociada.</i>	
Hipótesis 2. Es esperable que la efectividad del tratamiento (12 meses) en las participantes con presencia de conductas purgativas refleje una respuesta favorable similar en las variables relacionadas con el TCA y las alteraciones emocionales a aquellas sin conductas purgativas; en cambio, en las relacionadas con el desarrollo personal, si bien se producirán cambios favorables, estos serán más moderados, de modo similar en ambos subgrupos.	Se confirma parcialmente. La efectividad del tratamiento (12 meses) en las participantes con presencia de conductas purgativas refleja una respuesta favorable en todas variables: las relacionadas con el TCA, las de desarrollo personal y las alteraciones emocionales, en comparación con aquellas sin presencia de conductas purgativas.
Hipótesis 3. Se espera que la mejoría alcanzada con el tratamiento tienda a producir una mejoría en las variables estudiadas, con un mantenimiento de los logros e incluso un aumento de la mejoría con el paso del tiempo (30 meses), especialmente en las relacionadas con el TCA y las alteraciones emocionales.	Se rechaza. la mejoría alcanzada con el tratamiento en las variables estudiadas, produce un mantenimiento de los logros e incluso un aumento de la mejoría con el paso del tiempo (30 meses) en todas las variables: las relacionadas con el TCA, las de desarrollo personal y las alteraciones emocionales, en las pacientes con presencia de conductas purgativas. En cambio, en aquellas sin presencia de conductas purgativas la evolución favorable es considerablemente más limitada, con una tendencia en general a mantener los logros alcanzados o a empeorar ligeramente.

Tabla 30. Contrastación de hipótesis de partida (3)

Objetivos específicos y formulación de hipótesis	Se confirma/Se rechaza la H <sub>0</sub>
<i>Objetivo específico 3. Conocer en qué medida los estilos de crianza parentales percibidos (estilo de rechazo, calidez emocional y sobreprotección) influyen en las variables estudiadas previas a la intervención multidisciplinar, así como en el pronóstico al año del proceso de recuperación del TCA.</i>	
Hipótesis 4. Independientemente de la condición conducta purgativa, se considera previsible que la percepción de los estilos rechazo, desaprobación y de sobreprotección o excesivo control se asociará antes del tratamiento con: a) una mayor afectación en las escalas que evalúan TCA, b) alteraciones emocionales (sintomatología de ansiedad y depresiva) y c) de desarrollo personal (más bajas en autoestima y más altas en ineficacia y perfeccionismo); en cambio, la percepción de un estilo de crianza de calor emocional, se relacionará con una menor afectación en estas variables.	Se confirma parcialmente. Si bien es cierto que se ha observado la influencia de estos estilos parentales disfuncionales, ésta se aprecia especialmente en las variables relacionadas con el desarrollo personal (perfeccionismo, autoestima e ineficacia), sobre la sintomatología bulímica (rechazo y escasa calidez emocional), y la actuación de escaso apoyo y comprensión del padre sobre las alteraciones emocionales (ansiedad y depresión).
Hipótesis 5. Se prevé que la percepción de un estilo de crianza de calor emocional influirá de forma positiva en las variables relacionadas con el desarrollo personal y las alteraciones emocionales en el pronóstico al año, mientras que la percepción de estilos de crianza de rechazo y sobreprotección afectará, especialmente, sobre más variables relacionadas directamente con los TCA y en menos de las otras variables, de desarrollo personal y alteraciones emocionales.	Se confirma parcialmente. La percepción de un estilo de crianza de calor emocional influye de forma positiva en las variables relacionadas con el desarrollo personal y las alteraciones emocionales en el pronóstico al año, pero también en las relacionadas con los TCA, mientras que la percepción de los estilos de crianza de rechazo y sobreprotección no afecta, especialmente, más sobre variables relacionadas directamente con los TCA y menos sobre las de desarrollo personal y alteraciones emocionales, sino que de un modo prácticamente similar al conjunto de las variables estudiadas.
Hipótesis 6. El valor predictivo de estos estilos diferenciará entre las actuaciones del padre y de la madre, en concreto, el papel de rechazo de la madre influirá en las variables relacionadas con los TCA, en cambio, el del padre ejercerá mayor influencia sobre las de desarrollo personal durante el proceso de recuperación a través de la expresión de calidez emocional y baja sobreprotección.	Se confirma parcialmente. El papel de rechazo de la madre influye en la sintomatología depresiva, en cambio, el del padre ejerce mayor influencia sobre las de desarrollo personal a través de la expresión de calidez emocional y en los hábitos alimentarios, a través de la baja sobreprotección.

Tabla 30. Contrastación de hipótesis de partida (y 4)

Objetivos específicos y formulación de hipótesis	Se confirma/Se rechaza la $H_0$
<i>Objetivo específico 4. Determinar las variables predictoras de mejoría terapéutica y analizar cuáles son las variables con capacidad predictiva sobre la mejoría en las variables estudiadas, tras una evolución de treinta meses desde el inicio del tratamiento.</i>	
Hipótesis 7. Independientemente de la condición conducta purgativa, se prevé que las variables que influirán en el pronóstico, en mayor medida, serán aquellas que en la literatura son consideradas factores de riesgo en los TCA. Éstas son: la insatisfacción corporal, los niveles de ansiedad y depresión, así como la baja autoestima.	Se confirma. Independientemente de la condición conducta purgativa, las variables que influyen en el pronóstico, en mayor medida, son aquellas que en la literatura son consideradas factores de riesgo en los TCA: la insatisfacción corporal, los niveles de ansiedad y depresión, así como la baja autoestima.

## 5.2. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE TRABAJO

El presente estudio contribuye al enriquecimiento en la literatura científica respecto a los TCA, la influencia de los factores de riesgo psicológicos y de los estilos de crianza percibidos en la adquisición, el mantenimiento y el restablecimiento de la enfermedad. No obstante, junto a las aportaciones, es importante tener en cuenta algunas de las limitaciones de este trabajo.

Tal vez la principal limitación es el tamaño heterogéneo de la muestra, en concreto, en cuanto al número de pacientes en los distintos subgrupos, en función de las categorías diagnósticas y subtipos. Cabe recordar que tan sólo se disponía de diez participantes con BNnp o dieciséis con ANp, con una mayor representatividad de aquellas con BNp. De todos modos, al reagruparse en función de la presencia vs ausencia de conductas purgativas (vómitos), ambos subgrupos resultaban homogéneos en cuanto al número.

Otra limitación a tener en cuenta, que no se ciñe únicamente a este trabajo, es la emigración de los diagnósticos. En otras palabras, el hecho de categorizar a la paciente, en el momento de contacto, en uno u otro diagnóstico no siempre es algo estático si no que, más bien,

puede oscilar entre anorexia y bulimia nerviosas, así como también entre no purgativa o restrictiva y purgativa o bulímica. Por ello, los resultados, al menos en parte, pueden verse afectados por esta categorización previa. De igual modo, podría señalarse como posible limitación el no haber considerado, como grupo independiente, a las participantes que además de vómitos utilizaba otro tipo de conductas purgativas, de cara a valorar el efecto que este otro tipo de conductas pudieran tener en el pronóstico y restablecimiento de la enfermedad.

Una cuestión que conviene tomar con consideración es la trayectoria que han seguido las pacientes con TCA de este estudio, previo al inicio del tratamiento en este programa de intervención multicomponente. Aspectos como la motivación (Rodríguez, Beato y Segura, 2006), las expectativas y los resultados de tratamientos previos, entre otros factores, son cuestiones a valorar, tanto positiva como negativamente.

Siguiendo con las limitaciones cabe señalar que, si bien el tratamiento empleado es homogéneo en cuanto al diseño, éste se aplicó en un número de sesiones variable, en función de la severidad del TCA, dificultando con ello ligeramente la replicabilidad del estudio. Ahora bien, las características del tratamiento multicomponente adaptado a las características de cada paciente maximiza la validez externa del procedimiento terapéutico, teniendo en cuenta que es una intervención clínica basada en tratamientos que han mostrado eficacia en los TCA, pero diseñada para implementarse en la práctica clínica cotidiana, en la línea de lo argumentado por autores como Turner et al. (2015).

Por último, para analizar la influencia de los estilos crianza percibidos se solicitó que recordaran lo que sentían respecto a la actitud que sus padres tomaban con ellas, teniendo que recurrir, para ello, a la memoria o percepción retrospectiva, con el consiguiente riesgo que esta indicación podía suponer en las participantes al tener que echar mano del recuerdo.

En definitiva, los resultados obtenidos constatan la evidencia científica, pero plantean la necesidad de superar las limitaciones descritas y seguir ahondando en la investigación sobre la influencia que los estilos de crianza percibidos pudieran tener tanto en el inicio como en la evolución de los TCA (Beato, Ramírez, O'Ferral y Rodríguez, 2016), frente a otro tipo de variables contempladas en los distintos modelos multifactoriales. Además, atendiendo al papel que la calidez emocional parece estar desempeñando, se considera de interés ampliar el estudio con la inclusión de variables recientemente descritas en la bibliografía como la percepción de la emoción expresada por los progenitores y el estrés producido por ésta (Medina-Pradas, Blas, López, Grau y Obiols, 2011). De hecho, estudios recientes sobre las emociones y el control del pensamiento, estudiado en personas con trastorno de la imagen corporal, apuntan a un mayor deterioro psicosocial, empleo de estrategias más desadaptativas como la preocupación y el enfrentamiento ante pensamientos no deseados, y un control emocional de las situaciones visiblemente más alterado (Kollei, Schieber, de Zwaan, Svitak y Martin (2012).

Por otro lado, dado que existen evidencias que permiten hablar de una asociación entre la distorsión de la imagen corporal y la función cognitiva, habría resultado interesante incorporar la valoración de posibles déficits en los distintos dominios cognitivos, como son el procesamiento de la información, la atención, la capacidad visoespacial y visual, así como funciones ejecutivas como la abstracción, la flexibilidad y la toma de decisiones, línea de investigación iniciada en el equipo de investigación del que surge este trabajo.

En resumen, como futuros trabajos se plantea ampliar el número de variables analizadas, de tal modo que queden reflejados los factores personales, psicopatológicos, familiares y/o sociales, así como biológicos. Por otro lado, sería de interés realizar análisis de ecuaciones estructurales que permitan determinar en qué medida estas variables afectarían directamente al inicio y evolución del los TCA o están actuando como variables mediadoras.

A nuestro entender, los hallazgos obtenidos en el presente trabajo respecto al papel de las conductas purgativas, no puede obviarse de cara a futuros trabajos. Ahora bien, debería considerarse, como se ha comentado, si tendría sentido clasificar a las participantes atendiendo sólo al uso del vómito, o tener en cuenta la existencia de otro tipo de conductas purgativas. Sería interesante hacer un análisis comparativo entre las participantes atendiendo al tipo de conducta purgativa que manifiestan y ver si existen o no diferencias entre las mismas en las distintas variables analizadas.

Además de las aportaciones de nuestros hallazgos de cara a investigaciones futuras, son muchas las implicaciones que estos hallazgos y los trabajos planteados tienen para la práctica clínica. En concreto, en cuanto al diseño de programas de prevención e intervención a desarrollar en el contexto sociosanitario, atendiendo a una perspectiva transdiagnóstica, dado que, además de las características específicas de los TCA, comparten una serie de factores comunes, como son ansiedad, depresión, autoestima, perfeccionismo, regulación emocional y posibles alteraciones en las funciones ejecutivas, entre otras, factores que podrían ejercer bien un papel de riesgo o bien de protección, dependiendo de cada persona. De ahí la responsabilidad de los profesionales en diseñar y poner en marcha programas de prevención e intervención, tarea realmente importante en favor de la atención a las personas con TCA y a la población de riesgo como son los jóvenes y adolescentes, así como en beneficio de la familia, del contexto educativo, del sistema sanitario y de la sociedad en general. Sírvese a modo de ejemplo el desarrollo de las nuevas tecnologías -telepsicología- que ha significado un avance en los tratamientos psicológicos en el ámbito de la salud, como es, la realidad virtual de gran utilidad en los TCA (Botella, Quero, Serrano, Baños y García-Palacios, 2009). Actualmente, existe evidencia que apoya la eficacia y la efectividad de los tratamientos psicológicos basados en internet, tanto autoadministrada como guiada por terapeutas.

## **6. CONCLUSIONES**

Dado que el objetivo general consistía en analizar la influencia de variables, por un lado, relacionadas con los estilos de crianza percibidos por los padres y, por otro lado, personales y psicopatológicas en el desarrollo y el mantenimiento de TCA, profundizando, además, en el papel que desempeñan las conductas purgativas (específicamente, los vómitos) en la enfermedad y el pronóstico, de los resultados expuestos, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. En general, con respecto a los subgrupos en función de la presencia vs ausencia de conductas purgativas, antes de la intervención:

- En este estudio, son las participantes con TCA que emplean conductas de vómito quienes manifiestan una mayor afectación en sintomatología específica de los TCA (insatisfacción corporal, conductas alimentarias anómalas, obsesión por la delgadez y sintomatología bulímica), en las características de desarrollo personal (perfeccionismo, baja autoestima e ineficacia) así como en la severidad en las alteraciones emocionales (sintomatología depresiva y de ansiedad).
- La utilización de conductas purgativas es llevada a cabo, en general, por las participantes con más edad y un IMC más elevado, si bien en ambos subgrupos éste se encuentra en el rango de normopeso.
- Respecto al recuerdo que guardan de los estilos de crianza, en general, las actuaciones de ambos padres son percibidos de un modo similar, excepto en la calidez emocional, más disfuncionales en el estilo del padre.
- Las participantes con presencia de conductas purgativas son quienes perciben estilos de crianza más disfuncionales.

2. En general, con respecto a los cambios producidos al final del estudio:

- Se observa una evolución favorable importante tanto en las participantes con presencia así como sin presencia de conductas purgativas.
- La efectividad del tratamiento (12 meses) en las participantes con presencia de conductas purgativas refleja una respuesta más favorable en todas variables: las relacionadas con el TCA, las de desarrollo personal y las alteraciones emocionales, en comparación con aquellas sin presencia de conductas purgativas.
- En las pacientes con presencia de conductas purgativas, se produce un mantenimiento de los logros e incluso un aumento de los beneficios alcanzados con el paso del tiempo (30 meses) en todas las variables: las relacionadas con el TCA, las de desarrollo personal y las alteraciones emocionales. En cambio, en aquellas sin presencia de conductas purgativas la evolución favorable es considerablemente más limitada, con una tendencia en general a mantener los logros alcanzados o a empeorar ligeramente.
- Con el paso del tiempo, el efecto de la intervención es mayor en las pacientes con presencia de conductas purgativas. El efecto más relevante se produce en los cambios obtenidos en la insatisfacción corporal, la sintomatología bulímica así como la ansiedad.

3. Respecto a la mejoría terapéutica:

- Los porcentajes de mejoría terapéutica (reducción al menos del 15% respecto a las puntuaciones iniciales) en la totalidad de las participantes con TCA oscilan entre el 50% y el 80%. En concreto, 67,1% en las variables específicas de TCA, 61,9% en las de desarrollo personal y 75,6% en las alteraciones emocionales.
- El porcentaje de mejoría es más elevado en el subgrupo con presencia de conductas purgativas respecto al subgrupo sin conductas purgativas.

- Independientemente de la condición conducta purgativa, las variables con mayor capacidad predictiva para explicar la mejoría en ineficacia y sintomatología de ansiedad, tras treinta meses del inicio del tratamiento, son idénticas: la insatisfacción corporal, las conductas alimentarias de riesgo, la sintomatología bulímica, el perfeccionismo, la autoestima y la sintomatología depresiva.
4. Respecto a la influencia de los estilos de crianza percibidos:
- En general, los estilos de crianza percibidos ejercen una influencia baja, tanto en el inicio de los TCA como en el proceso de recuperación de la enfermedad.
  - El recuerdo de un estilo de crianza basado en el calor emocional influye de forma positiva durante el proceso de recuperación en las variables de desarrollo personal, en las alteraciones emocionales, y también en las relacionadas con los TCA.
  - Del modo similar, la percepción de los estilos de crianza de rechazo y sobreprotección afecta negativamente, de un modo prácticamente idéntico, al conjunto de las variables estudiadas.

En resumen, puede decirse que los hallazgos obtenidos en este estudio son consistentes con las aportaciones realizadas en investigaciones previas, en las que se pone de manifiesto la eficacia de las intervenciones compuestas por técnicas contrastadas empíricamente, realizadas en ambientes no controlados. El tratamiento se ha mostrado eficaz, logrando beneficios, en función de las características de cada subgrupo. Dichos hallazgos permiten dar un paso más, en el intento de dilucidar qué características de las pacientes han de tenerse en cuenta de cara a la planificación y el diseño de intervenciones eficaces. En concreto, el papel que desempeñan las conductas purgativas, especialmente los vómitos, en la evolución y el pronóstico ante este tipo de intervenciones, ya que los hallazgos obtenidos hasta el momento, apuntarían a que dichas conductas, entendidas como estrategias de afrontamiento inadecuadas, pueden constituir en sí mismas un factor protector para el cambio terapéutico.

## 7. RESUMEN

El objetivo general de este trabajo fue analizar la influencia de los estilos de crianza parentales percibidos y de variables personales y psicopatológicas en el desarrollo y el mantenimiento de TCA. Además, se planteó conocer el papel que desempeñaban las conductas purgativas (específicamente, los vómitos) en la enfermedad y el pronóstico. Todo ello, con el fin de averiguar qué características de las pacientes han de tenerse en cuenta a la hora de la planificación y el diseño de intervenciones eficaces. En concreto, el papel que desempeñan las conductas purgativas, en la evolución y el pronóstico ante las intervenciones multidisciplinares.

Por otro lado, los objetivos específicos fueron: 1) Estudiar la influencia de la condición conductas purgativas (presencia vs ausencia) sobre las variables relacionadas con el TCA (satisfacción con la silueta, conductas alimentarias de riesgo, obsesión por la delgadez y comportamientos bulímicos), con las de desarrollo personal (perfeccionismo, autoestima e ineficacia) y con las alteraciones emocionales (sintomatología de ansiedad y depresiva). 2) Analizar la evolución de las participantes tras haberse sometido a tratamiento ambulatorio o hospitalario + ambulatorio, pasados doce y treinta meses, en las variables directamente relacionadas con los TCA y en la psicopatología general asociada. 3) Conocer en qué medida los estilos de crianza parentales percibidos (estilo de rechazo, calidez emocional y sobreprotección) influían en las variables estudiadas previas a la intervención multidisciplinar, así como en el pronóstico al año del proceso de recuperación del TCA y 4) Determinar las variables predictoras de mejoría terapéutica y analizar cuáles eran las variables con capacidad predictiva sobre la mejoría en las variables estudiadas, tras una evolución de treinta meses desde el inicio del tratamiento.

Se estudiaron un total de 162 mujeres que acudieron al Hospital General Universitario de Ciudad Real, entre 16 a 44 años, que cumplían los criterios diagnósticos del DSM-IV y DSM-IV-TR para alguno de los diagnósticos de TCA (para los tipos anorexia nerviosa,

bulimia nerviosa y trastorno de la alimentación no especificado) y que cumplimentaran la totalidad de la batería de pruebas en los diferentes momentos de evaluación, línea base (Tiempo 1), tras doce meses (Tiempo 2) y treinta meses del inicio del tratamiento (Tiempo 3).

Sólo se incluyeron mujeres debido a la naturaleza exploratoria del presente estudio. Todas dieron su consentimiento según el Protocolo de Consentimiento Informado, siguiendo las recomendaciones de Del Río (2005).

En primer lugar, se llevó a cabo la Entrevista Diagnóstica para los Trastornos de la alimentación. Entrevista elaborada *ad hoc* por los profesionales del Hospital General Universitario de Ciudad Real. También se obtuvo información sobre datos clínicos. A todas las pacientes se sometió a examen físico rutinario (analítica y exploración física) y determinación de constantes vitales básicas. Fueron entrevistadas por un profesional psiquiatra experimentado. Se recurrió a la medida antropométrica del Índice de Masa Corporal (IMC). Se obtuvo el peso, la talla y el IMC como indicador global del estado nutricional.

A continuación, se emplearon varias medidas de evaluación, en las versiones adaptadas a la población española: a) Cuestionario de satisfacción corporal (BSQ) de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987), b) Test de actitudes alimentarias (EAT-40) de Garner y Garfinkel (1979), c) Inventario de trastornos alimentarios (EDI-2) de Garner, Olmsted y Polivy (1983), d) Test de Bulimia (BITE) de Henderson y Freeman (1987), e) Escala de autoestima (RSES) de Rosenberg (1965), f) Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1983), g) Inventario de Depresión (BDI) de Beck, Ward, Mendelson, Monk y Erbaugh (1961) y h) Cuestionario sobre la memoria de crianza percibida [My Memories of Upbringing] (EMBU) de Perris, Jacobsson, Lindstrom, Von Knorring y Perris (1980).

Con respecto a los análisis estadísticos, se seleccionaron las pruebas estadísticas en función de los objetivos planteados, considerando la naturaleza y distribución de las variables. Se calcularon estadísticos descriptivos (frecuencias y porcentajes) de las variables sociodemográficas cualitativas relacionadas con las características descriptivas (edad, estado civil, nivel de estudios, número de hermanos y lugar que ocupa entre los hermanos). Asimismo, descriptivos (medias y desviaciones tipo) para las variables cuantitativas psicológicas y psicopatológicas, relacionadas con los TCA (IMC, insatisfacción corporal, conductas alimentarias de riesgo, obsesión por la delgadez y conductas compensatorias: sintomatología bulímica y gravedad de la sintomatología bulímica), con el desarrollo personal (perfeccionismo, autoestima e ineficacia) y con las alteraciones emocionales (sintomatología de ansiedad y depresiva), así como también en las variables referidas a la percepción de estilos de crianza parentales (rechazo, calidez emocional y sobreprotección). Estos análisis descriptivos se llevaron a cabo para la condición diagnóstica (AN, BN y TCANE) y subtipos (restrictivo o purgativo), así como para condición conductas purgativas (presencia o ausencia).

La relación entre las variables cualitativas se valoró mediante el estadístico Chi cuadrado ( $\chi^2$ ). Se aplicó el coeficiente de correlación  $r$  de Pearson (bilateral) para conocer las relaciones de interés entre las diferentes variables cuantitativas (de los TCA, de desarrollo personal y alteraciones emocionales) y las dimensiones de los estilos de crianza percibidos. Además, con la finalidad de conocer la influencia de los estilos parentales se realizaron análisis de regresión lineal. Para conocer la evolución de los subgrupos se recurrió a la comparación de medias mediante la prueba  $t$  de medidas repetidas y para determinar la existencia de diferencias, en los tres tiempos, en función de la condición conductas purgativas en las diferentes medidas relacionadas con el TCA, en las variables de desarrollo personal y en las alteraciones emocionales, se llevaron a cabo comparaciones de medias mediante la prueba  $t$  test de medidas independientes. Se

emplearon análisis de la varianza multivariado (MANOVA), considerando de forma combinada las variables relacionadas con el TCA, (BSQ, EAT-40, EDI-OD, BITE-S), con las características de desarrollo personal (EDI-P, EDI-I), así como con las alteraciones emocionales (STAI-R, BDI). Por otra parte, para analizar las diferencias encontradas de una forma más exhaustiva se emplearon análisis de varianza mixto (ANOVA) 2 x 2 con las puntuaciones de la condición tiempo (Tiempo 1 o línea base vs Tiempo 3 ó 30 meses) como la variable intrasujetos y la condición conductas purgativas (presencia vs ausencia) como variable intersujetos. Finalmente, con el objetivo de determinar cuáles eran las variables con mayor capacidad predictiva sobre la mejoría, tras treinta meses del inicio del tratamiento, se llevó a cabo análisis de regresión logística.

Los resultados mostraron que las pacientes con presencia de conductas purgativas presentaban una mayor afectación antes del inicio del tratamiento, siendo las características específicas relacionadas con el TCA las que ejercen un efecto más destacable.

Al analizar la evolución de las participantes tras haberse sometido a tratamiento ambulatorio o hospitalario + ambulatorio, pasados doce meses se comprobó la efectividad del tratamiento en las participantes del estudio, especialmente en la que presentaban conductas purgativas y se reflejó una respuesta favorable en todas variables: las relacionadas con el TCA, las de desarrollo personal y las alteraciones emocionales. Además, la mejoría alcanzada con el tratamiento en las variables estudiadas, produjo un mantenimiento de los logros e incluso un aumento de la mejoría con el paso del tiempo (30 meses) en todas las variables: las relacionadas con el TCA, las de desarrollo personal y las alteraciones emocionales, en las pacientes con presencia de conductas purgativas. En cambio, en aquellas sin presencia de conductas purgativas la evolución favorable fue considerablemente más limitada, con una tendencia en general a mantener los logros alcanzados o a empeorar ligeramente.

Al estudiar en qué medida los estilos de crianza parentales percibidos (estilo de rechazo, calidez emocional y sobreprotección) influían en las variables estudiadas, se observó que previo a la intervención multidisciplinar, la influencia de estos estilos parentales disfuncionales se aprecia especialmente en las variables relacionadas con el desarrollo personal (perfeccionismo, autoestima e ineficacia). Además, el estilo de rechazo y escasa calidez emocional influyó sobre la sintomatología bulímica, y la actuación de escaso apoyo y comprensión del padre sobre las alteraciones emocionales (ansiedad y depresión). Por otro lado, en el pronóstico al año del proceso de recuperación del TCA la percepción de un estilo de crianza de calor emocional influyó de forma positiva en el conjunto de las variables estudiadas, del mismo modo que la percepción de los estilos de crianza de rechazo y sobreprotección no afectaba más sobre unas variables que otras, si no que afectó a todas de forma similar.

En cuanto a la diferencia de actuación entre el padre y la madre, el papel de rechazo de la madre reflejó influencia en la sintomatología depresiva, en cambio, el del padre ejercía mayor influencia sobre las de desarrollo personal a través de la expresión de calidez emocional y en los hábitos alimentarios, a través de la baja sobreprotección.

Por otro lado, se constató que independientemente de la condición conducta purgativa, las variables que influyeron en el pronóstico, en mayor medida, fueron aquellas que en la literatura son consideradas factores de riesgo en los TCA: la insatisfacción corporal, los niveles de ansiedad y depresión, así como la baja autoestima.

# REFERENCIAS



## 8. REFERENCIAS

### A

- Acosta, M. V. y Gómez, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 9-21.
- Agras, W.S. (1991). Nonpharmacologic treatment of bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 29-33.
- Agüera, Z., Riesco, N., Jiménez, S., Islam, M.A., Granero, R., Vicente, E., Peñas-Lledó, E., Arcelus, J., Sánchez, I., Menchon, J.M. y Fernández-Aranda, F. (2013). Cognitive behaviour therapy response and dropout rate across purging and nonpurging bulimia nervosa and binge eating disorder: DSM-5 implications. *BMC Psychiatry*, 13, 285.
- Ahrén-Moonga, J., Holmgren, S. y Klinteberg, B. (2008). Personality traits and self-injurious behaviour in patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16, 268-275.
- Allaz, A., Bernstein, M., Rouget, P., Achinard, M. y Morabia, A. (1998). Body weight preoccupation in middle-age and aging women: A general population survey. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 287-294.
- Amesfrankela, J., Devlin, M., Walsh, B., Strassers, T., Sadik, C., Oldham, J. y Roose, S. (1992). Personality-disorder diagnoses in patients with bulimia-nervosa - clinical correlates and changes with treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 90-96.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-III]*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and y Statistical Manual of Mental Disorders (3th ed. Tex Reviewed [DSM-III-TR]*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and y Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. [DSM-IV]*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and y Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. Tex Reviewed [DSM-IV-TR]*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Amigo, I. (2003). *La delgadez imposible*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Anderson, P. y Perris, C. (2000). Attachment styles and dysfunctional assumptions in adults. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7, 47-53.
- Andrés, P., Graell, M., Sepúlveda, A.R., Villaseñor, A., Faya, M., Martínez, C. y Morandé, G. (2010). Estilos de crianza medidos con el EMBU-A en adolescentes con trastornos de la alimentación que inician tratamiento. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 2, 191.
- Arrindell, W.A., Perris, H., Denia, H., Van der Ende, J. y Perris, C., Anasagasti, J.I. y Eisemann, M. (1988). The constancy of structure of perceived parental rearing style in Greek and Spanish subjects as compared with de Dutch. *International Journal of Psychology*, 23, 3-23.
- Asuero, R., Borda, M., Avargues, M.L. y Martín, B. (2012). Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria con autoestima baja. *Escritos de Psicología*, 5, 39-45.

Attia, E. y Roberto, C.A. (2009). Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 42, 581-589.

Avargues, M.L., Borda, M., López, A.M., Asuero, R. y Pérez San Gregorio, M.A. (2012). Validación de un modelo estructural sobre el papel de los estilos de crianza en el desarrollo personal, TCA y alteraciones emocionales. Comunicación en simposio invitado: Familia, desarrollo personal y trastornos de la conducta alimentaria (TCA): Factores de riesgo, pronóstico y consideraciones éticas. *V Congreso Internacional y X Congreso Nacional de Psicología Clínica*. Santander, España.

Avargues, M.L., Borda, M., Asuero, R., Pérez San Gregorio, M.A., Martín, A., Beato, L., Bardone-Cone, A.M. y Sánchez, M. (2017, en prensa). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2.

## B

Baile, J.I., Guillén, F. y Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): Efecto del anonimato, el sexo y la edad. *Psicothema*, 2, 439-450.

Baños, R.M. y Guillén, V. (2000). Psychometric characteristics in normal and social phobics samples for a Spanish version of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychological Reports*, 87, 269-274.

Bardone, A.M. Vohs, K.D. Abramson, L.Y., Heatherton, T.F. y Joiner, Th.E. (2000). The confluence of perfectionism, body dissatisfaction, and low self-esteem predicts bulimic symptoms: Clinical implications. *Behavior Therapy*, 31, 265-280.

Bastiani, A.M., Rao, R., Weltzin, Th. Y Kayser, W.H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 147-152.

Baumrind, D. (1967). Child rearing practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.

Beato, L. y Rodríguez, T. (2003). ¿Cómo influye la familia en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria? Un estudio en la Comunidad de Madrid. *Revista Mosaico*, 27, 34-37.

Beato, L., Rodríguez, T., Belmonte, A. y Martínez, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents. A Spanish community-based longitudinal study. *European Child Adolescent Psychiatry*, 13, 287-294.

Beato, L. y Rodríguez, T. (2005). Gender differences regarding psychopathology, family and social characteristics in adolescents with abnormal eating behavior. *Eating Disorders*, 6, 337-344.

Beato, L., Ramírez, C., O'Ferral, C. y Rodríguez, T. (2016). Influence of prenatal rearing styles on attitude towards change in eating disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7, 56-63.

Beck, A.T., Steer, R.A. y Carbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Monk, J. y Erbaugh, J. (1961). An Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Behar, R., Manzo, R. y Casanova, D. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. *Revista Médica de Chile*, 134, 312-319.

Bemporad, J.R. (1996). Self-starvation through the ages: Reflections on the pre-history of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 217-237.

- Benedito, M., Perpiñá, C., Botella, C. y Baños, R. (2003). Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescentes. *Anales de Pediatría*, 58, 268-272.
- Bermúdez, M.P. (2001). *Déficit de autoestima. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Bizeul, C., Brun, J.M. y Rigaud, D. (2003). Depression influences the EDI scores in anorexia nervosa patients. *European Psychiatry*, 18, 119-123.
- Bliss, E. y Branch, C.H. (1960). *Anorexia nervosa: Its history, psychology and biology*. Nueva York: Hoeber.
- Blodgett, E.H., Gondoli, D.M., Corning, A.F., McEnery, A.M. y Grundy, A.M. (2007). Psychological distress as a mediator of the relation between perceived maternal parenting and normative maladaptive eating among adolescent girls. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 434-446.
- Boone, L., Braet, C., Vandereycken, W. y Claes, L. (2012). Are maladaptive schema domains and perfectionism related to body image concerns in eating disorder patients? *Eating Disorder*, 21, 45-51.
- Borda, M., Asuero, R., Avargues, M.L. y Beato, L. (2012). El papel de la percepción de los estilos de crianza como factor de riesgo relacionado con el desarrollo y el pronóstico en los TCA. Comunicación presentada en el V Congreso Internacional y X Congreso Nacional de Psicología Clínica. Santander, España.
- Borda, M., Asuero, R., Avargues, M.L., Sánchez, M., Del Río, C. y Beato, L. (2017, en prensa). Perceived parental rearing styles in eating disorders. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*.
- Borda, M., Avargues, M.L., López, A., Torres, I., Del Río, C. y Pérez San Gregorio, M.A. (2011). Personality traits and eating disorders: Mediating effects of self-esteem and perfectionism. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 205-227.
- Borda, M., Del Río, C. y Torres, I. (2003). Creencias irracionales en mujeres con anorexia y bulimia nerviosa. *Medicina psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 65, 16-28.
- Borda, M., Del Río, C., Torres, I., Avargues, M.L. y Pérez San Gregorio, M.A. (2009). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en chicas preadolescentes: Eficacia de un programa multisesión e interactivo en el seguimiento a un año. *Behavioral Psychology*, 17, 499-521.
- Borda, M., Torres, I. y Del Río, C. (2008). Dysthymia in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 65-75.
- Borra, C. (2008). *El atracón y sus trastornos: Características psicopatológicas e implicaciones diagnósticas*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., Baños, R.M. y García-Palacios, A. (2009). Avances en los tratamientos psicológicos: La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Anuario de Psicología*, 40, 155-170.
- Branden, N. (2001). *The Psychology of Self-Esteem*, 32<sup>nd</sup> anniversary edn. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Braun, D.L., Sunday, S.R. y Halmi, K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 859-867.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, Mass: Harvard University Press. (Ed. Cast. 1987): La ecología del desarrollo humano. Barcelona: Paidós).

- Brown, G.W., Bifulco, A. y Andrews B. (1990) Self-Esteem and Depression: 3. Aetiological Issues. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 235-243.
- Brown, T.A., Haedt-Matt, A.A. y Keel, P.K. (2011). Personality pathology in purging disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 735-740.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders. Obesity, anorexia and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1978). *La jaula dorada*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Button, E.J., Sonuga, S., Davies J. y Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: Questionnaire findings. *British Journal of Clinical Psychology* 35, 193-203.
- Butzlaff, A.M. y Hooley, J.M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.
- Byely, L., Archibald, A. B., Graber, J. A. y Brooks-Gunn, J. (2000). A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 155-164.

## C

- Cain, A.S., Bardone-Cone, A.M., Abramson, L.Y., Vohs, K.D. y Joiner, T.E. (2010). Prospectively predicting dietary restraint: The role of interpersonal self-efficacy, weight/shape self-efficacy, and interpersonal stress. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 505-512.
- Calzo, J.P., Masyn, K.E., Corliss, H.L., Scherer, E.A., Field, A.E. y Austin, S.B. (2015). Patterns of body image concerns and disordered weight- and shape-related behaviors in heterosexual and sexual minority adolescent males. *Developmental Psychology*, 51, 1216-1225.
- Carlat, D.J. y Camargo, C.A. (1991). Review of bulimia nervosa in males. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 831-843.
- Carretero, A., Sánchez-Planell, L., Rusiñol, J., Raich, R.M. y Sánchez-Carracedo, D. (2009). Relevancia de factores de riesgo, psicopatología alimentaria, insatisfacción corporal y funcionamiento psicológico en pacientes con TCA. *Clínica y Salud: Revista de Psicología Clínica y Salud*, 20, 145-157.
- Casper R.C., Eckert E.D., Halmi K.A., Goldberg S.C. y Davis J.M. (1980). Bulimia. Its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa. *Archive General of Psychiatry*, 37, 1030-1035.
- Cash, T.F. (1991). *Body image therapy: A program for self-directed change*. New York: Ed. Guilford.
- Cash, T.F. (2002). Cognitive-behavioral perspectives on body image. En Cash, T.F. and Pruzinsky, T. (Eds.). *Body images: A handbook of theory, research and clinical practice*. New York: The Guilford Press.
- Cash, T.F. y Henry, P.E. (1995). Women's body images. The results of a national survey in the U.S.A. *Sex roles*, 33, 19-28.
- Castro, J. (2005). Disciplina y estilo educativo familiar. En L. Ezpeleta (Ed.): *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*, (pp: 319-336). Barcelona: Ed. Masson.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The eating attitudes test: Validation of the spanish version. *Psychological Assessment*, 2, 175-190.
- Cava, G., Rojo, L. y Livianos, L. (2003). Influencia de la percepción de la crianza en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria.

- En L. Rojo y G. Cava (Eds.): *Anorexia Nerviosa* (pp:147-163). Barcelona: Ed. Ariel. Ciencias Médicas.
- Cervera, S., Lahortiga, F., Martínez-González, M.A., Gual, P., de Irala-Estevez, J. y Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 271-280.
- Chinchilla, A. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia, bulimia nerviosas, obesidad y atracones. España: Ed. Masson.
- CIE-10 (2008) (8ª Edición, 2009). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (España).
- Claes, L., Vandereyken, W. y Vertommen, H. (2002). Impulsive and compulsive traits in eating disordered patients compared with controls. *Personality and Individual Differences*, 32, 707-714.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Cohen, P. y Brook, J.S. (1995). The reciprocal influence of punishment and child behaviours disorders. En J. McCord (Ed.): *Coercion and punishment in long-term perspectives* (pp: 154-164). New York: Cambridge University Press.
- Cooper, F.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Corral. S., González, M., Pereña, J. y Seisdedos, N. (1998). Adaptación española del inventario de trastornos de la conducta alimentaria. En D.M. Garner (Ed.): *EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Manual* (pp: 69-80). Madrid: Ed.TEA.
- Crichton, P. (1996). Were the Roman emperors Claudius and Vitellius bulimic? *International Journal of Eating Disorders*, 19, 203-207.

## D

- Dancyger, I., Fornari, V., Scionti, L., Wisotsky, W. y Sunday, S. (2005). Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning? *Comprehensive Psychiatry*, 46, 135-139.
- Davison, K.K., Markey, C.N. y Birch, L. L. (2003). A longitudinal examination of patterns in girls' weight concerns and body dissatisfaction from ages 5 to 9 years. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 320-332.
- Del Río, C. (2005). *Guía ética profesional en Psicología Clínica*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Del Río, C., Borda, M., Torres, I. y Lozano, J.F. (2002). Conductas de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes y adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 1, 1-10. [www.paidosiquiatría.com/rev](http://www.paidosiquiatría.com/rev)
- Del Río, C., Torres, I. y Borda, M. (2002). Comorbilidad entre bulimia nerviosa purgativa y trastornos de personalidad según el inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI-II). *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 425-438.
- Deter, H.C., Schellberg, D., Köpp, W., Friederich, H.C. y Herzog, W. (2005). Predictability of a favorable outcome in anorexia nervosa. *The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 20, 165-172.
- Díaz-Marsa, M., Carrasco, J.L. y Saiz, J. (2000). A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 14, 352-359.

## E

- Emanuelli, F., Ostuzzi, R., Cuzzolaro, M., Watkins, B., Lask, B., Waller, G. (2003). Family functioning in anorexia nervosa: British and Italian mothers' perceptions. *Eating-Behaviors*, 4, 27-39.
- Enns, M.W. y Cox, B.J. (2002). The nature and assessment of perfectionism: A critical analysis. En G.L. Flett y P.L. Hewitt (Eds.): *Análisis y Modificación de Conducta* (2010, vol. 36, nº 153).
- Enns, M.W. Cox, B.J. y Larsen, D.K. (2000). Perceptions of parental bonding and symptom severity in adults with depression. Mediation by personality dimensions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 263-268
- Epel, E.S., Spanakos, A., Kasl-Godley, J. y Brownell, K.D. (1996). Body shape ideals across gender, sexual orientation, socioeconomic status, race, and age in personal advertisements. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 265-273.
- Espina A. (2005). La figura del padre en los trastornos de la conducta alimentaria. *Familia*, 31, 35-48.
- Espina, A., Ortego, M.A., Ochoa de Alda, I., Yenes, F. y Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, 13, 533-538.
- F
- Fahy, T. y Eisler, I. (1993). Impulsivity and eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 162, 193-197.
- Fairburn, C.G. (1997). Eating disorders. En D.M. Clark y C. G. Fairburn (Eds.): *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp: 204-241). Oxford: Oxford university Press.
- Fairburn, C.G. y Cooper, Z. (1982). Self-induced vomiting and bulimia nervosa: An undetected problema. *British Medical Journal*, 284, 1153-1155.
- Fairburn, C.G. y Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *British Journal of Psychiatry*, 198, 8-10.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Bohn, K., O'Connor, M.E., Doll, H.A. y Palmer, R.L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1705-15.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., O'Connor, M.E., Palmer, R.L. y Dalle Grave, R. (2013). Enhanced cognitive behavior therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. *Behaviour Research and Therapy*, 51, R2-R8
- Fairburn, P.E. y Garner, D.M. (1982). Self-induced vomiting and bulimia nervosa: An undetected problem. *British Medicine Journal*, 284, 1153-1155.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A. y Welch, (1999a). Risk factors for anorexia nervosa. *Archive General of Psychiatry*, 56, 468-476.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn, C.G., Shafran, R. y Cooper, Z. (1999b). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1-13.
- Fairburn, C.G., Welch, S.L., Doll, H.A., Davies, B.A. y O'Connor, M.E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. A community based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-517.

- Fairburn, C.G., Welch, S.L. y Hay, P.J. (1993). The classification of recurrent overeating: The "binge eating disorder" proposal. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 155-159.
- Fassino, S., Abbate-Daga, G., Amianto, F., Leombruni, P., Boggio, S. y Rovera G.G. (2002). Temperament and character profile of eating disorders: A controlled study with the temperament and character inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 412-425.
- Favaro, A. y Santonastaso, P. (1996). Purging behaviors, suicide attempts and psychiatric symptoms in 398 eating disordered subjects. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 99-103.
- Favaro, A. y Santonastaso, P. (2008). The value of anorexia nervosa subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 165, 772-773.
- Fernández, S. y Pritchard, M. (2012). Relationships between self-esteem, media influence and drive for thinness. *Eating Behaviors*, 13, 321-325.
- Fernández-Aranda, F., Krug, I., Granero, R., Ramon, J.M., Badía, A. Giménez, L., Solano, R., Collier, D., Karwautz, A. y Trasurre, J. (2007). Individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: An analysis of associated eating disorder factors. *Appetite*, 49, 476-485.
- Fernández-Aranda, F. y Turón, V., (1998). *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Ed. Masson.
- Fernández-Aranda, F., Turón, J., Siegfried, J., Meerman, R. y Vallejo, J. (1995). Does additional body therapy improve the treatment of anorexia nervosa?: A comparison of two approaches. *Eating Disorders*, 3, 158-164.
- Franco, K., Mancilla, J.M., Peck, L.D. y Lightsey, O.R. (2005). The eating disorders continuum, self-esteem, and perfectionism. *Journal of Counseling and Development*, 86, 184-192.
- G**
- Gabriel, C. y Waller, G. (2014). Personality disorder cognitions in the eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202, 172-176.
- García, F. y Musitu, G. (1999). *AF5: Autoconcepto Forma 5*. Madrid: Ed. TEA.
- García-Villamizar, D., Dattilo, J. y del Pozo, A. (2012). Depressive mood, eating disorder symptoms, and perfectionism in female college students: A mediation analysis. *Eating Disorders*, 20, 60-72.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2: Professional Manual*. Odessa FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Garner, D. y Garfinkel, P. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 11, 263-284.
- Gardner, R.M., Stark, K, Friedman, B.N. y Jackson, N.A. (2000). Predictors of eating disorder scores in children ages 6 through 14. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 199-205.
- Garfinkel, P.E. y Garner, D. (1982). *Anorexia Nerviosa. A Multidimensional Perspective*. New York: Ed. Brunner/ Mazel.
- Garner, D.M., Garner, M.V. y Rosen, L.W. (1993). Anorexia nervosa "restricters" who purge: Implications for subtyping anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 171-185.
- Gartner, A., Marcus, R., Halmi, K. y Lorange, A. (1989). DSM-III Personality disorders in patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 12, 1585-1591.

- Garner, D.M., Olmstead, M. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Gasco, M., Briñol, P. y Horcajo, J. (2010). Cambio de actitudes hacia la imagen corporal: El efecto de la elaboración sobre la fuerza de las actitudes. *Psicothema*, 22, 71-76.
- Gershoff, E.T. (2002). Corporal punishment by parents and associate child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 128, 539-579.
- Gilbert, N. y Meyer, C. (2005). Fear of negative evaluation and the development of eating psychopathology: A longitudinal study among nonclinical women. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 307-312.
- Gismero, E. (1996). Habilidades sociales y anorexia nerviosa. Madrid: Ed. Universidad Pontificia Comillas.
- Gracia, E., Lila, M. y Musitu, G. (2005). Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. *Salud mental*, 28, 73-81.
- Gray, M.R. y Steinberg, L. (1999). Unpacking authoritative parenting: Reassessing a multidimensional construct. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 574-587.
- Goñi, A., Rodríguez, A. y Ruiz de Azúa, S. (2004). Bienestar psicológico y autoconcepto físico en la adolescencia y juventud. *Psiquis*, 25, 141-151.
- Guía de Práctica Clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria (2009). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Grippo, K.P y Hill, M.S. (2008). Self-objectification, habitual body monitoring, and body dissatisfaction in older European American women: Exploring age and feminism as moderators. *Body Image*, 5, 173-182.
- Guimón, J. (1999). *Los lugares del cuerpo*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Guttman, H.A. y Laporte, L. (2002). Family members' retrospective perceptions of intrafamilial relationships. *Contemporary Family Therapy*, 24, 505-521.

## H

- Hahn-Smith, A.M. y Smith, J.E. (2001). The positive influence of maternal identification on body image, eating attitudes, and self-esteem of hispanic and anglo girls. *International Journal of Eating Disorder*, 29, 429-440.
- Halmi, K.A., Sunday, S.R., Stroer, M., Kaplan, A., Woodside, B., Fichter, M., Trasure, J., Berrettini, W.H. y Kaye, W.H. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1799-1805.
- Haudek, C., Rorty, M. y Henker, B. (1999). The role of ethnicity and parental bonding in the eating and weight concerns of Asian-American and Caucasian college women. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 425-433.
- Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. In R.F. Baumeister (Ed.). *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (pp: 87-116). New York: Ed. Plenum Press.
- Hay, P., Girosi, F. y Mond, J. (2015). Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *Journal of Eating Disorders*, 3, 1-7.

- Heider, D., Matschinger, H., Bernet, S., Alonso, J. y Angermeyer, M. (2006). Relationship between parental bonding and mood disorder in six European countries. *Psychiatry Research*, 143, 89-98.
- Henderson, M. y Freeman, A. (1987). Self-raing scale for bulimia. The BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.
- Herzog, D.B. Keller, M.B., Sacks, N.R., Yeh, C.J. y Lavori, P.W. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment-sseeking anorexics and bulimics. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 810-818.
- Hetherington, M.M. y Burnett, L. (1994). Ageing and the pursuit of slimness: Dietary restraint and weight satisfaction in erderly women. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 391-400.
- Hsu, L.K. (1983). The aetiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 13, 231-238.
- Hoek, H.W. (1993). Review of Epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 5, 61-74.

## I

- Ibáñez, M.N., Muñoz, C.D., Ortega, G. y Soriano, J. (2006). Construcción del vincula parental en patología alimentaria y trastorno límite de la personalidad asociado. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 4, 386-422.

## J

- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H.C. y Agras, W. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130, 19-65.
- Jacobson, S., Fasman, J. y Dimascio, A. (1975). Deprivation in the childhood of depressed women. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 160, 5-14.
- Jaeger, B., Ruggiero, G.M., Edlund, B., Gomez-Perretta, C., Lang, F., Mohammadkhani, P., Sahleen-Veasey, C., Schomer, H. y Lamprecht, F. (2001). Body dissatisfaction and its interrelations with other risk factors for bulimia nervosa in 12 countries. *Psychotherapy Psychosomatic*, 71, 54-61.
- Jarry, J.L., Polivy, J., Herman, C.P., Arrowood, A.J. y Pliner, P. (2006). Restrained and unrestrained eaters' attributions of suces and failure to body weight and perception of social consensus: Th especial case of romantic suces. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 885-905.
- Jáuregui, J.I. (2004). Cronicidad en trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 10, 1086-1100.
- Johnson, C. y Flach, A. (1985). Family characteristics of 105 patiens with bulimia. *American Psychiatry*, 11, 1321-1324.
- Johnston, L. (1996). Flexing Femininity: Female body-builders refiguring the body. *Gender, place and culture*, 3, 327-340.

## K

- Kaplan, H. B. y Pokorny, A. D. (1969). Self-derogation and psychosocial adjustment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 149, 421-434.
- Karpowicz, E., Skärsäter, I. y Nevenon, L. (2009). Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 318-325.

- Kasser, J.A., Gwirtsman, H.E., Kaye, W.H., Brandt, H.A. y Jimerson, D.C. (1988). Pattern of onset of bulimic symptoms in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1287-1288.
- Kaye, W., Bulik, C., Thornton, L., Barbarich, N., Masters, K. et al. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2215-2221.
- Kernis, M.H., Granneman, B.D. y Mathis, L.C. (1991). Stability of self-esteem as a moderator of the relation between level of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 80-84.
- Kell, P.K., Mitchell, J.E., K.B., Davis, T.L. y Crow, S.J. (1999). Long term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56, 63-69.
- Keel, P.K. y Striegel-More, R.H. (2009). The validity and clinical utility of purging disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 192-200.
- Kiriike, N., Nagata, T., Matsunaga, H., y Tobitan, W. (1998). Single and married patients with eating disorders. *Psychiatry Clinical Neurosciences*, 52 (suppl), S306-308.
- Klump, K.L., Holly, A., Iacono, W., McGue, M. y Wilsson, L.E. (2000). Physical similarity and twin resemblance for eating attitudes and behaviors: A test of the equal environment assumption. *Behavior Genetics*, 30, 51-58.
- Klump, K.L., Wonderlich, S., Lehoux, P., Lilienfeld, L. y Bulik, C. (2002). Does environment matter? A review of nonshared environment and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 118-35.
- Köch, S., Quadflieg, N. y Fichter, M. (2013). Purging disorder: A comparison to established eating disorders with purging behavior. *European Eating Disorders Review*, 21, 265-275.
- Kollej, I., Schieber, K., de Zwaan, M., Svitak, M. y Martin, A. (2012). Body dysmorphic disorder and nonweight-related body image concerns in individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 52-59.
- L
- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y. y Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 23-33.
- Lee, S., Chiu, H.F.K. y Chen, C. (1989). Anorexia nervosa in Hong Kong: Why not more in Chinese? *British Journal of Psychiatry*, 154, 683-688.
- Leung, F., Schwartzman, A. y Steiger, H. (1996). Testing a dual-process family model in understanding the development of eating pathology: A structural equation modeling analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 367-375.
- Leung, N., Waller, G. y Thomas, G. (2000). Outcome of group cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa: The role of core beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 145-156.
- Lilienfeld, L.R.R., Wonderlich, S., Riso, L.P., Crosby, R. y Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26, 299-320.
- Linares, J. L. (2002). *Del abuso y otros desmanes*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- López-Guimerá, G. y Sánchez-Carracedo, D. (2010). *Prevención de las alteraciones alimentarias*. Madrid: Ed. Pirámide.

- Loth, K.A., MacLehose, R., Bucchianeri, M., Crow, S. y Neumark-Sztainer, D. (2014). Predictors of dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood. *Journal of Adolescent Health, 55*, 705-712.
- Lundhal , A., Wahlstrom, L.C., Christa, C.C. y Stoltenberg, S.F. (2015). Gender differences in the relationship between impulsivity and disordered eating behaviors and attitudes. *Eating Behaviors, 18*, 120-124.
- M
- Mac Coby, E.E. y Martin, J.A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En *Handbook of Child Psychology*. New York: Wiley (4): Hetherington EM.
- Mancilla, J.M., Franco, K., Álvarez, G., López, X., Vázquez, R., y Ocampo, M.T. (2004). Restricción alimentaria y preocupación por la figura: Exploración en una muestra comunitaria. *Revista Psicología y Ciencia Social, 6*, 56-65.
- Maganto, C. y Cruz, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: Una cuestión de género. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente, 30*, 45-48.
- Marañón, I. (2004). *Trastornos de la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria: Un estudio empírico en Centros de Salud Mental*. Tesis Doctoral. Universidad del País Vasco.
- Marco, J., Perpiñá, C. y Botella, C. (2013). Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios: Diferencias en la respuesta al tratamiento según el diagnóstico. *Behavioral Psychology, 21*, 491-509.
- Martín, F.M., Cangas, A.J., Pozo, E.M., Martínez, M. y López, M. (2009). Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Psicothema, 21*, 33-38.
- Martyn-Nemeth, P., Penckofer, S., Gulanick, M., Velsor-Friedrich, B. y Bryant, F.B. (2009). The relationships among self-esteem, stresss, coping, eating behaviour, and depressive mood in adolescents. *Reseach in Nursing & Health, 32*, 96-109.
- Masheb, R.M. y Grilo, C.M. (2000). Binge eating disorder: A need for additional diagnostic criteria. *Cromprehensive Psychiatry, 41*, 159-162.
- Massa, J.L.P.(1998). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescencia ¿una enfermedad? ¿una epidemia?. *Anuario Español de Pediatría, 49*, 434.
- Matto, H.C. (1997). An integrative approach to the treatment of women with eating disorders. *Arts in Psychotherapy, 4*, 346-354.
- McLaren, L. y Kuh, D. (2004). Women´s body dissatisfaction, social class, and social mobility. *Social Science & Medicine, 58*, 1575-1584.
- McLean, S.A., Paxton, S.J. y Wertheim, E.H. (2010). Factors associated with body dissatisfaction and disordered eating in women in midlife. *International Journal of Eating Disorders, 43*, 527-536.
- Medina-Pradas, C.,Blas, J., López, S.R., Grau, A. y Obios, J.E. (2011). Further development of a scale of perceived expressed emotion and its evaluation in a sample of patients with eating disorders. *Psychiatry Research, 190*, 291-296.
- Meijboom, A., Jansen, A., Kampman, M. y Schouten, E. (1999). An experimental test of the relationship between self-esteem and concern about body shape and weight in restrained eaters. *International Journal of Eating Disorders, 25*, 327-334.

- Menéndez, E. (2003). Care illness models: Theoretical exclusions and practice articulations. *Ciencia e Saúde Coletiva*, 8, 185-207
- Meyer, C., Leung, N., Barry, L. y De Feo, D. (2010). Emotion and eating psychopathology: Links with attitudes toward emotional expression among young women. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 187-189.
- Mischoulon, D., Eddy, K.T., Keshaviah, A., Dinescu, D., Ross, S.L., Kass, A.E., Franko D.L. y Herzog, D.B. (2011). Depression and eating disorders: Treatment and course. *Journal of Affective Disorders*, 130, 470-477.
- Mitchell, N.G., Moore, J.B., Bibeau, W.S. y Rudasill, K.M. (2012). Cardiovascular fitness moderates the relations between estimates of obesity and physical self-perceptions in rural elementary school students. *The Official Journal of the International Society for Physical Activity and Health*, 9, 288-294.
- Montero, I. y León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Motherby, G. (1775). *A new medical dictionary, or, general repository of physic. Containing an explanation of the terms, and a description of the various particulars relating to anatomy, physiology, physic, surgery, materia medica, pharmacy.* &c London: J. Johnson.
- Motherby, G. (1985). *A new medical dictionary, or, general repository of physic. Containing an explanation of the terms, and a description of the various particulars relating to anatomy, physiology, physic, surgery, materia medica, chemistry.* &c (2ª. Ed). London: J. Johnson, G.G.J. and J. Robinson; A. Hamilton, Jun and J. Murray.
- Muñoz, V., Beato, L. y Rodríguez, T. (2011). Disociación y pronóstico en los trastornos de la conducta alimentaria. *Apuntes de Ciencia*, 1, 43-50.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M.S. y Cava, M. J. (2001). *Familia y adolescencia: Un modelo de análisis e intervención psicosocial.* Madrid: Ed. Síntesis.
- Musitu, G. y Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención psicosocial*, 12, 179-192.
- Musitu, G. y García, F. (2004). Las consecuencias de la socialización parental en hijos adolescentes. *Psicotema*, 16, 297-302.

## N

- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Guo, J., Story, M., Haines, J. y Eisenberg, M. (2006). Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: How do dieters fare 5 years later? *Journal of the American Dietetic Association*, 106, 559-568.
- Nevonen, L. y Broberg, A.G. (2000). The emergence of eating disorders: An exploratory study. *European Eating Disorders Review*, 8, 279-292.
- Núñez-Navarro, A., Jiménez-Murcia, S., Álvarez-Moya, E., Villarejo, C., Díaz, I.S., Augmantell, C.M., Granero, R., Penelo, E., Krug, I., Tinahones, F.J., Bulik, C.M. y Fernández-Aranda, F. (2011). Differentiating purging and nonpurging bulimia nervosa and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 488-496.

## O

- Organización Mundial de la Salud (1995). El estado físico: Uso e interpretación de la antropometría. Informe de un comité de expertos de la OMS. Serie de Informes técnicos, nº 854. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. Recuperado de 23-1-2012.  
<http://www.who.int/es/>

P

- Parra, A. (2005). *Familia y desarrollo adolescente: un estudio longitudinal sobre trayectorias evolutivas*. Tesis Doctoral, Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Parra, A. y Oliva, A. (2002). Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 18, 215-231.
- Parris-Jones, W. (1985). Archival exploration of anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 95-100.
- Peck, L.D. y Lightsey, O.R. (2008). The eating disorders continuum, self-esteem, and perfectionism. *Journal of Counseling & Development*, 86, 184-192.
- Penna, M. y Sánchez, M. (2010). *A, B, C... Anorexia, bulimia y comedor compulsivo. Manual para docentes*. Madrid: Instituto de nutrición y trastornos alimentarios de la comunidad de Madrid. INUTCAM. Infocop
- Pérez-Gaspar, M., Gual, P., Irala-Estévez, J., Martínez-González, M.A., Lahortiga, F. y Cervera, S. (2000). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Medicina Clínica*, 14, 481-486.
- Perrin, E.M., Boone-Heinonen, J., Coyne-Beasley, T. y Gordon-Larsen, P. (2010). Perception of overweight and self-esteem during adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 447-454.
- Perris, C. (1988). A theoretical framework for linking the experience of dysfunctional parental rearing attitudes with manifest psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 93-109.
- Perris, C., Jacobson, L., Lindström, H., Von Knorring, L. y Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61, 265-274.
- Perpiñá, C. (1995). Trastornos alimentarios. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología (vol 1)*, (pp: 531-558), Madrid: MacGraw-Hill. Edición Revisada 2008 (pp. 403-422).
- Perpiñá, C., Botella, C. y Baños, R. (2000). *Imagen corporal en los trastornos alimentarios*. Valencia. Ed. Promolibro.
- Phillips L, Tiggemann M, Wade T. (1997): Comparison of cognitive style in bulimia nervosa and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 10, 939-948.
- Pincus, H.A., Frances, A., Davis, W.W., First, M.B. y Widlger, T.A. (1992). DSM-IV and new diagnostic categories: Holding the line of proliferation. *The American Journal of Psychiatry*, 149,112-117.
- Polivi, J. y Herman, C. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Pollert, G., Engel, S., Schreiber-Gregory, D., Crosby, R., Cao, L. y Wonderlich, S.A. (2013). The role of eating and emotion in binge eating disorders and loss of control eating. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 233-238.
- Pote, Waller, Stewart y Parkin-Feigenbaum (1988)
- Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S.L.F., Folke, S., Mathiesen, B.B., Katznelson, H. y Fairburn, C.G. (2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy versus cognitive behaviour therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 171, 109-116.

- Poyato, J., Sánchez, M., Cañete, R., Poyato, M. (2002). Conductas anoréxicas en adolescentes de la ciudad de Córdoba. *Revista Española Pediatría*, 58, 241- 246.
- Pyle, R.L., Mitchell, J.E. y Eckert, E.D. (1981). Bulimia: A report of 34 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2, 60-64.

## R

- Raich, R.M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Raich, R. M. (2001). ¿Qué es la imagen corporal?; Trastornos de la imagen corporal. En R.M. Raich (Ed.). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo* (pp.: 24-25; 48-51; 57; 61). Madrid: Ed. Pirámide.
- Raich, R.M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7, 51-66.
- Raich, R.M., Torras, J. y Mora, M. (1997). Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual*, 5, 55-70.
- Ramos, P., Rivera, F. y Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22, 77-83.
- Reas, D.L., Rø, O., Karterud, S., Hummelen, B. y Pedersen, G. (2013). Eating disorders in a large clinical sample of men and women with personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 801-809.
- Reas, D.L., Williamson, D.A., Martin, C.K. y Zucker, N.L. (2000). Duration of illness predicts outcome for bulimia nervosa: A long-term follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 428-434.
- Richardson, S.M. y Paxton, S.J. (2010). An evaluation of a body image intervention based on risk factors for body dissatisfaction: A controlled study with adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 112-122.
- Rodes, B. y Kroger, J. (1992). Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women. *Child Psychiatry and Human Development*, 22, 249-263.
- Rodríguez, T., Beato, L. (2002). Factores relacionados con la imagen corporal. Un estudio longitudinal. *Psiquiatría.com/Interpsiquis*, 1, 1-2.
- Rodríguez, T., Beato, L. y Segura, E. (2006). Influencia de la motivación en la evolución clínica de los trastornos del comportamiento alimentarios. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34, 245-250.
- Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., & Cava, G. (2006). Dysfunctional rearing in community and clinic based populations with eating problems: Prevalence and mediating role of psychiatry morbidity. *European Eating Disorders Review*, 14, 32-42.
- Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., Sanjuán, L. y Vila, M. (2003). Epidemiology and risk factor of Eating Disorders: A two-estage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 281-291.
- Rorty, M., Yager, J., Rossotto, E. y Buckwalter, G. (2000). Parental intrusiveness in adolescence recalled by women with a history of bulimia nervosa and comparison women. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 202-208.

- Ross, M. y Wade, T. (2004). Shape and weight concern and self-esteem as mediators of externalized self-perception, dietary restraint and uncontrolled eating. *European Eating Disorders Review*, 12, 129-136.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image* (Revised edition). Middletown, C. T.: Wesleyan University Press.
- Rossier, V., Bolognini, M., Plancherel, B. y Halfon, O. (2000). Sensation seeking: A personality trait characteristic of adolescent girls and young women with eating disorders? *European Eating Disorders Review*, 8, 245-252.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.

## S

- Salaberría, K., Rodríguez, S. y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8, 171-183.
- Sánchez-Sosa, J.C. (2007). *Insatisfacción de la imagen corporal e índice de masa corporal en relación con conducta alimentaria de riesgo*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13, 381-392.
- Scoffier, S., Maïano, Ch. y D'Árripe-Longueville, F. (2009). The effects of social relationships and acceptance on disturbed eating attitudes in elite adolescent female athletes: The mediating role of physical self-perceptions. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 65-71.
- Schnitzler, C.E., Von Ranson, K.M., y Wallace, L.M. (2012). Adding thin-ideal internalization and impulsiveness to the cognitive-behavioral model of bulimic symptoms. *Eating Behaviors*, 13, 219-225.
- Sears, R.R., Maccoby, E.E. y Levin, H. (1957). *Patterns of child rearing*. Evanston, IL; Row, Peterson.
- Seisdedos, N. (1982). *STAI. Cuestionario de ansiedad estado/rasgo*. Madrid: Ed. TEA.
- Sehm, M. y Warschburger, P. (2015). The specificity of psychological factors associated with binge eating in adolescent boys and girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43, 1563-1571.
- Sepúlveda, A.R., Botella, J. y León, J.A. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: Un meta análisis. *Psicothema*, 13, 1-16.
- Sepúlveda, A.R., Carrobes, J.A., Gandarillas, A., Poveda, J. y Pastor, V. (2007). Prevention program for disturbed eating and body dissatisfaction in a Spanish university population: A pilot study. *Body Image*, 4, 317-328.
- Serra, M. (2011). *Riesgo de trastornos alimentarios en la población adolescente de Villanova I la Geltrú. Relación con estilos de vida. Bases para la planificación de un programa comunitarios*. Tesis Doctoral. Las Palmas de Gran Canarias.
- Serrato, A.G. (2000). *Anorexia y bulimia, Trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Ed. Libro Hobby Club, S.A.
- Shafran, R. y Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21, 879-906.
- Shapiro, S.A. (2006). Importancia del abordaje diagnóstico en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Colombiana de Psicología*, 25, 47-54.

- Silverstone, P.H y Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I. The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Psychiatry*, 2, 1-9.
- Schmidt, U.H. (2001). Risk factors for eating disorders. In: C.G. Fairburn y K.D. Brownell (Eds). *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. (pp: 247-250). New York: The Guilford Press.
- Schnitzler, C.E., Von Ranson, K.M., y Wallace, L.M. (2012). Adding thin-ideal internalization and impulsiveness to the cognitive-behavioral model of bulimic symptoms. *Eating Behaviors*, 13, 219-225.
- Skodol, A.E., Oldham, J.M., Hyler, S.E., Kellman, H.D., Doidge, N. y Davies, M. (1993). Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 403-416.
- Slade, P.D. (1982). *Perfectionism. Theory, research and treatment* (pp: 33-62). Washington, DC: American Psychological Association.
- Slade, P.D. (1995). Prospects for prevention. En G. Szemekler, C. Dare y J. Treasure (Eds.). *Handbook of eating disorders. Theory, treatment and research*. Chichester: John Weley & Sons.
- Smink, F.R., Van Hoeken, D., Oldehinkel, A.J. y Hoek, H. W. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 610-419.
- Southall, D. y Roberts, J.E. (2002). Attributional style and self-esteem in vulnerability to adolescent depressive symptoms following life stress: A week prospective study. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 563-579.
- Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press (Adaptación española en Editorial TEA).
- Steiger, H., Leung, F. y Thibaudeau, J. (1993). Prognostic value of pre-treatment social adaptation in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 269-276.
- Stein, D.M. y Laakso, W. (1988). Bulimia: A historical perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 201-210.
- Stein, D., Meged, S., Bar-Hanin, T., Blank, S., Elizur, A. y Weizman, A. (1997). Partial eating disorders in a community sample of female adolescents. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1116-1123.
- Stein, K. F. y Corte, C. (2007). Identity impairment and the eating disorders: content and organization of the self-concept in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 15, 58-69.
- Steinberg, L., Lamborn, S.D., Darling, N., Mounts, N.S. y Dornbusch, S.M. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 65, 754-770.
- Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 124-135.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
- Stice, E. y Bearman, S.K. (2001). Body image and eating disturbances prospectively predict growth in depressive symptoms in adolescent

- girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology*, 37, 595-607.
- Stice, E., Telch, C.F. y Rizvi, S.L. (2000). Development and validation of the eating disorder diagnostic Scale: A brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. *Psychological Assessment*, 12, 123-131.
- Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.R. y Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41, 246-263.
- Strober, M. y Humphrey, L. (1987): Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 654- 659.
- Stunkard, A. (1990). A description of eating disorders in 1932. *American Journal of Psychiatry*, 147, 263-268.
- Symonds, P. (1939). The psychology of parent-child relationships. New York: Appleton-Centry-Crofts.
- Szabo, Ch. y Terre Blanche, M. (1997). Perfectionism in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1.

## T

- Tasca, G. y Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 710-717.
- Tasca, G. A., Maxwell, H., Bone, M., Trinneer, A., Balfour, L. y Bissada, H. (2012). Purging disorder: Psychopatology and treatment outcomes. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 36-42.
- Thompson, J.K. (1990). Body image disturbance: Assessment and treatment. New York. Pergamon Press.
- Tiggemann, M. y Stevens, C. (1999). Body image across the lifespan: The meaning of weight different ages. In *The Body Culture Conference Proceeding*. Melbourne: Body Image & Health Inc.
- Toro, J. (2003). Las comidas, el comer y los trastornos del comportamiento alimentario; Cuerpo, peso, alimentación y angustia: el momento actual. En J. Toro (Ed.), *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. (pp: 7-13; 152-155). Barcelona: Ed. Ariel, S.A. (Versión original 1996).
- Toro, J. (2004). Imagen corporal e insatisfacción corporal. En Toro, J. (Ed.): *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa* (pp:181-208). Barcelona: Ed. Ariel.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Torres, I, Del Río, C. y Borda, M. (2008). MCMI-II Borderline personality disorder in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Clinical traits or possible disorder? *Psicothema*, 20, 138-14.
- Turchi, F. y Gago, M. (2010) *Estudio observacional sobre el vínculo parental y la emoción expresada en familias con hijos con patologías alimentarias*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Turner, H., Marshall, E., Stopa, L. y Waller, G. (2015). Cognitive-behavioural therapy for outpatients with eating disorders: Effectiveness for a transdiagnostic group in a routine clinical setting. *Behaviour Research and Therapy*, 68, 70-75.
- Turner, H., Tatham, M., Lant, M., Mountford, V.A. y Waller, G. (2014). Clinicians' concerns about delivering cognitive-behavioural therapy for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 38-42.

- Turón, V. (1997). Clínica de la anorexia nerviosa; Trastornos afectivos y bulimia nerviosa. En V. Turón (Ed.). *Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad* (pp: 62-65; 164-173). Barcelona: Ed. Masson.
- Tylka, T.L. (2004). The relation between body dissatisfaction and eating disorder symptomatology: An analysis of moderating variables. *Journal Counseling Psychology*, 51, 178-191.
- Tyrka, A.R., Waldrom, I., Graber, J.A. y Brooks-Gunn, J. (2002). Prospective predictors of the onset of anorexic and bulímica síndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 282-290.
- Tzonihaki, J., Kleftaras, G. y Malikioti-Loizos, M. (1998). Differences in loneliness among low, moderate and high self-esteem and older adults. *Occupational Therapists*, 37, 30-37.

## V

- Vandereycken, W. y Meermann, R. (1984). *Anorexia Nervosa*. Berlin-NY: Walter de Gruyter.
- Vandereycken, W. y Noordenbos, G. (2000). La etiología de los trastornos alimentarios. En W. Vandereycken y G. Noordenbos (Eds). *La prevención de los trastornos alimentarios* (pp: 25-28). Barcelona: Ed. Granica, S.A.
- Vaz, F.J., García-Herráiz, M.A., López-Vinuesa, B., Monge, M., Fernández-Gil, M.A. y Guisado, J.A. (2003). Conductas purgativas y estado nutricional en anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Nutrición Hospitalaria*, 5, 253-258.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10, 59-81.
- Vázquez, A.J., Jiménez, E. y Vázquez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: Fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22, 247-255.
- Vitousek, K. y Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa y bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137-147.
- Vohs, K.D., Bardone, A.M., Joiner, T.E. Abramson, L.Y. (1999). Perfectionism, perceived weight status, and self-esteem interact to predict bulimic symptoms: A model of bulimic symptom development. *Journal of Anormal Psychology*, 108, 695-700.

## W

- Waller, G., Gray, E., Hinrichsen, H., Mountford, V., Lawson, R. y Patient, E. (2014). Cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa and atypical bulimic nervosa: Effectiveness in clinical settings. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 13-17.
- Walsh L.K. (1996). Explanatory style and self-efficacy in bulimia nervosa and binge-eating disorder. Dissertation Abstracts International: Section B. *The Sciences and Engineering*, 3-B, 2169.
- Waltzin Th.E, Starrynsky, J., Santelli, R. y Kaye, W.H. (1993): Anorexia y bulimia nervosa. En R.T. Ammerman, C.G. Last et al. (Eds.). *Handbook of prescriptive treatments for children and adolescents* (pp: 214-239). Boston, MA, USA: Allyn & Bacon.
- Watson, H.J. y Bulik, C.M. (2013). Update on the treatment of anorexia nervosa: Review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychological Medicine*, 43, 2477-2500.

- Welch, E., Miller, J.L., Ghaderi, A. y Vaillancourt, T. (2009). Does perfectionism mediate or moderate the relation between body dissatisfaction and disordered eating attitudes and behaviors? *Eating Behavior*, 10, 168-175.
- Wertheim, E.H., Koerner, J. y Paxton, S.J. (2001). Longitudinal predictors of restrictive eating and bulimic tendencies in three different age groups of adolescent girls. *Journal Youth and Adolescence*, 30, 69-81.
- White, W.C. y Boskind-White, M. (1984). *An experiential behavioral treatment program for bulimarexic women. The binge-purge síndrome*. New York: Ed. Springer.
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T. y Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect?. *Eating Behaviour*, 8, 162-169.
- Wildes, J., Marcus, M., Cheng, Y., McCabe, E. y Gaskill, J. (2014). Emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 870-873.
- Wilcox, K. y Laird, J.D. (2000). The impact of media images of super-slender women on women's self-esteem: Identification, social comparison, and self-perception. *Journal of Research in Personality*, 34, 278-286.
- Wittchen, H., Hofler, M., Gloster, A.T., Craske, M.G. y Beesdo, K. (2012). Opciones y medidas dimensionales para el DSM-5. En D.A., Regier, W.E. Narrow, E.A. Kuhl y D.J. Kupfer (Eds.). *DSM-5: Evolución conceptual* (pp:111-134) Madrid: Ed Médica Panamericana.
- Wonderlich, S.A., Swift, W.J., Slotnick, H.B. y Goodmn, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating disorder subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 607-616.

## Z

- Zimmerman, M., Francione-Witt, C., Chelminski, I., Young, D. y Tortolani, C. (2008). Problems applying the DSM-IV eating disorder diagnostic criteria in a general psychiatric outpatient practice. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 381-384.
- Zipel, S., Wild, B., Grob, G., Friederich, H.C. Teufek, M., Schellberg, D., Giel, K.E., de Zwaan, M., Dinkel, A., Herpertz, S., Burgmer, M., Löwe, B., Tagay, S., von Wietersheim, J., Zeeck, A., Schade-Brittinger, C., Schauenburg, H. y Herzog, W. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behavior therapy, and optimized treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomised controlled trial. *The Lancet*, 383, 127-137.
- Zöe, H. y Kim, W. (2014). Effectiveness of adult day treatment for eating disorders. *Mental Health Review Journal*, 19, 131-144.



**ANEXOS**



## **9. ANEXOS**

ANEXO 1. Entrevista diagnóstica para los trastornos de la alimentación.

ANEXO 2. Cuestionario de satisfacción con la silueta (BSQ). (Cooper et al., 1987) (Adaptación española de Raich et al., 1996).

ANEXO 3. Test de actitudes alimentarias (EAT-40). (Garner y Garfinkel, 1979) (Adaptación española de Castro et al., 1991).

ANEXO 4. Inventario de los trastornos alimentarios (EDI-2). (Garner et al., 1983) (Adaptación española de Corral et al., 1998).

ANEXO 5. Test de bulimia (BITE) (Henderson y Freeman, 1987).

ANEXO 6. Escala de autoestima (RSES) (Rosenberg, 1965) (Adaptación española de Vázquez et al., 2004).

ANEXO 7. Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI) (Spielberger et al., 1983) (Adaptación española de Seisdedos, 1988).

ANEXO 8. Inventario de depresión (BDI) (Beck et al., 1961) (Adaptación española Sanz y Vázquez, 1998).

ANEXO 9. Cuestionario sobre la memoria de crianza percibida (EMBU) (Perris et al., 1980).

## ANEXO 1. Entrevista diagnóstica para trastornos de la conducta alimentaria

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		
Primer apellido:	Segundo apellidos:	Nombre:
Número de caso:	Número de historia clínica:	Fecha de la primera consulta:
Año de nacimiento:	Edad:	Sexo: <input type="radio"/> Varón <input type="radio"/> Mujer
Estado civil: <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Viudo/a	En caso de estar soltero/a, actualmente se encuentra: <input type="radio"/> Con novio/a <input type="radio"/> Sin novio/a	
Estudios: <input type="radio"/> Primarios <input type="radio"/> Graduado escolar <input type="radio"/> Bachillerato no terminado <input type="radio"/> Bachillerato terminado <input type="radio"/> COU <input type="radio"/> Formación profesional no terminada <input type="radio"/> Formación profesional terminada <input type="radio"/> Estudios universitarios no terminados <input type="radio"/> Estudios universitarios terminados <input type="radio"/> Otros		Situación laboral: <input type="radio"/> Trabaja <input type="radio"/> En desempleo <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> En formación laboral <input type="radio"/> Ama de casa
Grupo laboral: <input type="radio"/> Trabajador/a no cualificado/a <input type="radio"/> Trabajador/a cualificado/a <input type="radio"/> Funcionario/a <input type="radio"/> Administrativo/a <input type="radio"/> Otros		Situación de la vivienda: <input type="radio"/> Vivo sola/a <input type="radio"/> Con padre y/o madre <input type="radio"/> Con novio/a o cónyuge <input type="radio"/> Con hijos <input type="radio"/> Con familiares (no padres) <input type="radio"/> Con otros
¿Quién le ha informado sobre nuestro tratamiento? <input type="radio"/> Media (TV / Radio / periódicos) <input type="radio"/> Familiares <input type="radio"/> Amigos <input type="radio"/> Otros pacientes <input type="radio"/> Grupos de autoayuda <input type="radio"/> Seguridad Social <input type="radio"/> Médico/a de cabecera y/o médico especialista <input type="radio"/> Psiquiatra y/o neurólogo <input type="radio"/> Psicólogo/a <input type="radio"/> Otros		
¿Por qué razón se ha dirigido en este momento a nuestro Servicio? <input type="radio"/> Por mí mismo/a <input type="radio"/> Por presión familiar <input type="radio"/> Por presión del novio/a o cónyuge <input type="radio"/> Por presión de amigos <input type="radio"/> Por recomendación de especialista <input type="radio"/> Por orden judicial		
Profesión		
Del padre: <input type="radio"/> Tareas domésticas <input type="radio"/> Profesión liberal cualificada <input type="radio"/> Empresario <input type="radio"/> Funcionario <input type="radio"/> Administrativo <input type="radio"/> Trabajador especialista <input type="radio"/> Trabajador no cualificado <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Otros		De la madre: <input type="radio"/> Tareas domésticas <input type="radio"/> Profesión liberal cualificada <input type="radio"/> Empresaria <input type="radio"/> Funcionaria <input type="radio"/> Administrativa <input type="radio"/> Trabajadora especialista <input type="radio"/> Trabajadora no cualificado <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Otros

2. EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA	
Robo: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Inicio <input type="radio"/> Ausencia <input type="radio"/> Simultáneamente <input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Posterior
Juego patológico: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Inicio <input type="radio"/> Ausencia <input type="radio"/> Simultáneamente <input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Posterior
Abuso de drogas: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Inicio <input type="radio"/> Ausencia <input type="radio"/> Simultáneamente <input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Posterior
Conductas auto y/o heteroagresivas: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Inicio <input type="radio"/> Ausencia <input type="radio"/> Simultáneamente <input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Posterior
Intentos y/o ideación suicida: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Inicio <input type="radio"/> Ausencia <input type="radio"/> Simultáneamente <input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Posterior
Cleptomanía: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Inicio <input type="radio"/> Ausencia <input type="radio"/> Simultáneamente <input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Posterior
Tricotilomanía: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Inicio <input type="radio"/> Ausencia <input type="radio"/> Simultáneamente <input type="radio"/> Previo Posterior
Trastorno de ansiedad: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Inicio <input type="radio"/> Ausencia <input type="radio"/> Simultáneamente <input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Posterior
Trastorno afectivo: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Inicio <input type="radio"/> Ausencia <input type="radio"/> Simultáneamente <input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Posterior
Trastorno obsesivo compulsivo: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Inicio <input type="radio"/> Ausencia <input type="radio"/> Simultáneamente <input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Posterior

3. ENFERMEDAD ACTUAL	
Pauta alimentaria diaria: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Alimentación equilibrada</li> <li><input type="radio"/> Dietas hipocalóricas</li> <li><input type="radio"/> Omite comidas</li> </ul>	
Episodios bulímicos: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No</li> <li><input type="radio"/> Con vómitos voluntarios postingesta</li> <li><input type="radio"/> Sin vómitos voluntarios postingesta</li> </ul>	Frecuencia semana
Vómitos inducidos: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Sí</li> <li><input type="radio"/> No</li> </ul>	Frecuencia semanal
Uso de laxantes: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Sí</li> <li><input type="radio"/> No</li> </ul>	Frecuencia semana
Uso de diuréticos: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Sí</li> <li><input type="radio"/> No</li> </ul>	Frecuencia semanal
Hiperactividad: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Alta (&gt; de 1 hora al día)</li> <li><input type="radio"/> Media (1 hora al día y &gt; de 4 horas a la semana)</li> <li><input type="radio"/> Baja (&lt; de 4 horas a la semana)</li> </ul>	
Trastorno obsesivo compulsivo: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Sí</li> <li><input type="radio"/> No</li> </ul>	Inicio <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ausencia</li> <li><input type="radio"/> Simultáneamente</li> <li><input type="radio"/> Previo</li> <li><input type="radio"/> Posterior</li> </ul>

4. HISTORIA DEL TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y PESO		
Peso actual (kg):	Talla (m):	IMC (peso/talla <sup>2</sup> ):
Peso máximo conseguido (kg):		IMC máximo:
Peso mínimo conseguido (kg):		IMC mínimo:
Peso ideal del/de la paciente (kg):		IMC ideal:
Peso normativo (kg):	Pérdida de peso ponderal – 100:	
Número de regímenes dietéticos realizados:		
Año del inicio del trastorno:	Años de evolución de la enfermedad:	
Forma de inicio: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Brusca (&lt; de seis meses) con desencadenante</li> <li><input type="radio"/> Brusca (&lt; de seis meses) sin desencadenante</li> <li><input type="radio"/> Insidiosa (&gt; de seis meses) con desencadenantes</li> <li><input type="radio"/> Insidiosa (&gt; de seis meses) sin desencadenantes</li> </ul>		
Evolución: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Crónica con remisiones parciales</li> <li><input type="radio"/> Crónica con remisiones completas</li> <li><input type="radio"/> Crónica sin remisiones</li> <li><input type="radio"/> Aguda</li> </ul>		
Número de tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos realizados hasta ahora a causa del TCA:		

5. ANTECEDENTES PERSONALES	
Edad de menarquía:	Obesidad infantil: <input type="radio"/> Presente <input type="radio"/> Ausente
Obesidad premórbida (IMC > 30): <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	IMC premórbido:

6. ANTECEDENTES FAMILIARES	
Anorexia restrictiva: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Anorexia purgativa: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Bulimia: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Obesidad: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Alcoholismo: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Trastorno afectivo: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

7. ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA (DSM-IV) (A)	
<b>Anorexia nerviosa</b>	
1. Rechazo a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal para su edad y talla; por ejemplo, pérdida de peso o mantenimiento de éste 15% por debajo del peso teórico esperado.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
2. Intenso miedo a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando emaciado.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
3. Alteración en la forma en que se percibe el propio peso corporal, talla o silueta. Influencia exagerada de la silueta o el peso en la autoevaluación, o negación de la seriedad de su bajo peso corporal actual.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
4. En mujeres, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos cuando por otra parte es esperado que ocurran.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Subtipo restrictivo: durante el periodo de anorexia nerviosa, la persona no presenta episodios recurrentes de sobreingesta y/o conductas de purga.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Subtipo bulímico-purgativo: durante el periodo de anorexia nerviosa, la persona presenta episodios recurrentes de sobreingesta y/o conductas de purga.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

<b>Bulimia nerviosa</b>	
1. Episodios recurrentes de ingesta voraz o atracones. Un episodio de ingesta voraz o atracón se caracteriza por: a) comer en un periodo discreto de tiempo (por ejemplo, durante dos horas) una cantidad de comida superior a la que la mayoría de la gente comería durante un periodo de tiempo similar y en circunstancias parecidas. b) sentimiento de falta de control sobre la ingesta durante este episodio.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
2. Conductas recurrentes inadecuadas para compensar y prevenir el aumento de peso, como vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos u otras medicaciones, ayuno o ejercicio excesivo.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
3. Los episodios de sobreingesta y las conductas compensatorias inadecuadas ocurren, como media, dos veces por semana, como mínimo durante los tres últimos meses.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

4. El grado de autoestima del paciente se ve influido por la figura y peso corporales.	
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
5. El trastorno no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.	
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Subtipo purgativo: durante el periodo de bulimia nerviosa, la persona se autoinduce el vómito o abusa de laxantes y/o diuréticos regularmente.	
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Subtipo no purgativo: durante el periodo de bulimia nerviosa, la persona utiliza como conductas compensatorias inapropiadas excesivo ejercicio físico o dieta estricta, pero no abusa de laxante y/o diuréticos ni se autoinduce al vómito.	
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
EJE I:	EJE II:
<b>8. VARIABLES FISIOLÓGICAS Y PROBLEMAS MÉDICOS DERIVADOS</b>	
Estado de la piel:	Vello corporal:
<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterada	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado
Tensión arterial máxima:	Tensión arterial mínima:
Frecuencia cardíaca:	Temperatura axilar:
Bioquímica:	Triglicéridos:
<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal	
Hormonas tiroideas:	Hemograma:
<input type="radio"/> T3 <input type="radio"/> T4 <input type="radio"/> T4 libre <input type="radio"/> TSH	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado
Afonía:	Debilidad, fatiga:
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dolor de estómago:	Mareo:
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Frío:	Ojos enrojecidos:
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Arritmias cardíacas:	Retención de líquidos:
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Problemas dentales:	Caída del cabello:
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Hipersensibilidad a ruido, luz o tacto:	Espasmos musculares:
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Irregularidades menstruales:	Uñas quebradizas:
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Piel seca:	Lanugo:
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Estreñimiento:	Otros:
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

ANEXO 2. Cuestionario de satisfacción con la silueta (BSQ) (Adaptación española de Raich et al., 1996).

A continuación, responde a cada una de las cuestiones *según cómo te has sentido respecto a tu figura* en las cuatro última semanas. Utiliza la escala siguiente y escribe en la hoja de respuestas la opción elegida.

- 1 = Nunca
- 2 = Casi nunca
- 3 = Algunas veces
- 4 = Bastantes veces
- 5 = Casi siempre
- 6 = Siempre

1. Cuando te has aburrido, ¿te has preocupado por tu figura?.
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?.
3. ¿Has pensado que tenías los muslos, las caderas o las nalgas demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?.
4. ¿Has tenido miedo de engordar?.
5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?.
6. Sentirte lleno/a (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentir 'gorda'?.
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?.
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara?.
9. Estar con chico/as delgado/as, ¿te ha hecho fijar en tu figura?.
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?.
11. El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir 'gorda'?.
12. Al fijarte en la figura de otras chicas, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?.
13. Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees o mantienes una conversación)?.
14. Estar desnuda (por ejemplo, cuando te duchas), ¿te ha sentir 'gorda'?.
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?.
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?.
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir 'gorda'?.
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?.
19. ¿Te has sentido excesivamente 'gorda' o 'redondeada'?.
20. ¿Te has sentido acomplejada por tu cuerpo?.
21. Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?.
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?.
23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?.
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea 'michelines' alrededor de tu cintura o estómago?.
25. ¿Has pensado que no es justo que otro/as chico/as sean más delgado/as que tú?.
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgada?.
27. Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, sentándote en un sofá o en el autobús)?.
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja ('celulitis')?.
29. Verte reflejada en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentir mal por tu figura?.
30. ¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuánta grasa tenías?.
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?.
32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada?.
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?.
34. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?.

ANEXO 3. Test de actitudes alimentarias (EAT-40) (Adaptación española de Castro et al., 1991).

A continuación, contesta a las preguntas descritas. Utiliza para ello la escala siguiente y escribe en la hoja de respuestas la opción elegida.

- 1 = Nunca
- 2 = Casi nunca
- 3 = Algunas veces
- 4 = Bastantes veces
- 5 = Casi siempre
- 6 = Siempre

1. Me gusta comer con otras personas.
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas.
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.
5. Procuro no comer aunque tenga hambre.
6. Me preocupo mucho por la comida.
7. A veces me he 'atracado' de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.).
11. Me siento lleno/a después de las comidas.
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.
13. Vomito después de haber comido.
14. Me siento muy culpable después de comer.
15. Me preocupa el deseo de estar más delgada.
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.
17. Me peso varias veces al día.
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.
19. Disfruto comiendo carne.
20. Me levanto pronto por las mañanas.
21. Cada día como los mismos alimentos.
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.
23. Tengo la menstruación regular.
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgada.
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.
26. Tardo en comer más que las otras personas.
27. Disfruto comiendo en restaurantes.
28. Tomo laxantes (purgantes).
29. Procuro no comer alimentos con azúcar.
30. Como alimentos de régimen.
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.
32. Me controlo en las comidas.
33. Noto que los demás me presionan para que coma.
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.
35. Tengo estreñimiento.
36. Me siento incómodo/a después de comer dulces.
37. Me comprometo a hacer régimen.
38. Me gusta sentir el estómago vacío.
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.

ANEXO 4. Inventario de los trastornos alimentarios (EDI-2). (Adaptación española de Corral et al, 1998).

Señala en las frases siguientes con qué frecuencia te ocurre o te viene a la cabeza cada uno de los enunciados expresados. Algunas frases hacen referencia a la comida y otras a los sentimientos o actitudes que experimentas. Utiliza, para ello, la siguiente escala y anota tu opción en la hoja de respuesta:

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces
- 2 = A veces
- 3 = A menudo
- 4 = Casi siempre
- 5 = Siempre

1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.
2. Creo que mi estómago es demasiado grande.
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.
4. Suelo comer cuando estoy disgustado.
5. Suelo hartarme de comida.
6. Me gustaría ser más joven.
7. Pienso en ponerme a dieta.
8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.
9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.
10. Me considero una persona poco eficaz.
11. Me siento muy culpable cuando como en exceso.
12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado.
13. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.
14. La infancia es la época más feliz de la vida.
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos.
16. Me aterroriza la idea de engordar.
17. Confío en los demás.
18. Me siento solo en el mundo.
19. Me siento satisfecho con mi figura.
20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.
21. Suelo estar confuso sobre mis emociones.
22. Preferiría ser adulto a ser niño.
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás.
24. Me gustaría ser otra persona.
25. Exagero o doy demasiada importancia al peso.
26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento.
27. Me siento incapaz.
28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer.
29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.
30. Tengo amigos íntimos.
31. Me gusta la forma de mi trasero.
32. Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada.
33. No sé qué es lo que ocurre en mi interior.
34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás.
35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas.
36. Me fastidia no ser el mejor en todo.
37. Me siento seguro de mí mismo.
38. Sueño pensar en darme un atracón.
39. Me alegra haber dejado de ser un niño.
40. No sé muy bien cuándo tengo hambre o no.
41. Tengo mala opinión de mí.
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos.
43. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.

44. Temo no poder controlar mis sentimientos.
45. Creo que mis caderas son demasiado anchas.
46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.
47. Me siento hinchado después de una comida normal.
48. Creo que las personas son más felices cuando son niños.
49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.
50. Me considero una persona valiosa.
51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.
53. Pienso en vomitar para perder peso.
54. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.
55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.
56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior.
57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.
59. Creo que mi trasero es demasiado grande.
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.
61. Como o bebo a escondidas.
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.
63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.
64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.
65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.
66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas.
67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.
68. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales.
69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo.
70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.
71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.
72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.
73. Soy comunicativo con la mayoría de la gente.
74. Las relaciones con los demás hace que me sienta atrapado.
75. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente.
76. La gente comprende mis verdaderos problemas.
77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.
78. Comer por placer es signo de debilidad moral.
79. Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira.
80. Creo que la gente confía en mí tanto como merezco.
81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.
82. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.
83. Los demás dicen que me irrito con facilidad.
84. Tengo la sensación de que todo me sale mal.
85. Tengo cambios de humor bruscos.
86. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.
87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.
88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor.
89. Sé que la gente me aprecia.
90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo.
91. Creo que realmente sé quien soy.

## ANEXO 5. Test de bulimia (BITE) (Henderson y Freeman, 1987).

A continuación, responde 'Sí' o 'No' a cada una de las cuestiones que se formulan:

1. ¿Sigues diariamente las mismas costumbres en tu alimentación?
2. ¿Realizas dietas rigurosas?
3. ¿Tienes sentimientos de haber fracasado si rompes una dieta, aunque sólo sea una vez?
4. ¿Cuentas las calorías de todo lo que comes, aunque no estés a régimen?
5. ¿Alguna vez has ayunado durante un día entero?
6. (Si has respondido afirmativamente a la pregunta 5...) ¿Con qué frecuencia lo haces?
  - a) Un día sí y otro no
  - b) 2 - 3 veces a la semana
  - c) Una vez por semana
  - d) De vez en cuando
  - e) Una sola vez
7. ¿Te vales de algunos de los siguientes medios para perder peso? (Señala en cada caso según la frecuencia, de acuerdo con la tabla de abajo)
  - a) Píldoras adelgazantes
  - b) Tomar diuréticos
  - c) Tomar laxantes
  - d) Provocarse el vómito
    - i. Nunca
    - ii. Ocasionalmente
    - iii. Una vez a la semana
    - iv. 2 ó 3 veces a la semana
    - v. Diariamente
    - vi. 2 ó 3 veces al día
    - vii. 5 ó más veces al día
8. ¿Sientes perturbada severamente tu vida por los hábitos alimentarios?
9. ¿Consideras que la comida domina tu vida?
10. ¿Te das atracones hasta tener que parar porque te sientes mal?
11. ¿Hay veces en que lo único que puedes hacer es pensar en la comida?
12. ¿Comes cantidades razonables delante de los demás y luego te atiborras en secreto?
13. ¿Puedes parar de comer cuando deseas hacerlo?
14. ¿Experimentas alguna un deseo 'arrollador' de comer y comer?
15. Cuando te sientes ansiosa ¿tiendes a comer mucho?
16. ¿Te 'aterroriza' la idea de llegar a convertirte en obesa?
17. ¿Alguna vez consumes grandes cantidades de alimentos (no sólo durante las comidas)?
18. ¿Sientes vergüenza de tus hábitos alimentarios?
19. ¿Te preocupa no tener control sobre las cantidades que comes?
20. ¿Te refugias en la comida para sentirte bien?
21. ¿Eres capaz de dejar comida en el plato al terminar de comer?
22. ¿Engañas a los demás respecto a la cantidad que comes?
23. La cantidad que comes ¿depende directamente del hambre que tengas?
24. ¿Te das siempre grandes atracones de comer?
25. (Si has respondido Sí a la preg. 24.) ¿Te desprecias a ti misma si te excedes comiendo?
26. Si te excedes comiendo ¿lo haces únicamente cuando estás sola?
27. Si te excedes comiendo ¿Con qué frecuencia lo haces?
  - a) 2 ó 3 veces al día
  - b) Diariamente
  - c) 2 ó veces a la semana
  - d) Una vez por semana
  - e) Una vez al mes
  - f) Casi nunca
28. ¿Harías cualquier cosa por satisfacer el ansia de darte un atracón?
29. Si comes en exceso ¿te sientes culpable?

30. ¿Comes alguna vez en secreto?
31. ¿Consideras normales tus hábitos alimentarios?
32. ¿Te consideras a ti misma una 'glotona compulsiva'?
33. ¿Varías tu peso en más de 2,5 kg a la semana?

ANEXO 6. Escala de autoestima (RSES) (Rosenberg, 1965) (Adaptación española de Vázquez et al., 2004).

Por favor, responde a los enunciados siguientes *según cómo te evalúas a ti mismo/a*. Utiliza la siguiente escala y escribe en la hoja de respuestas.

- 1 = Muy de acuerdo
- 2 = De acuerdo
- 3 = En desacuerdo
- 4 = Muy en desacuerdo

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.
2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado.
3. Creo que tengo varias cualidades buenas.
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.
5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí.
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.
7. En general, Estoy satisfecho conmigo mismo.
8. Desearía valorarme más a mí mismo.
9. A veces me siento verdaderamente inútil.
10. A veces pienso que no sirvo para nada.

ANEXO 7. Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI) (Spielberger et al., 1983)  
(Adaptación española de Seisdedos, 1988).

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se **SENTÍA Ud. EN GENERAL** en la mayoría de ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la que mejor describa cómo se siente Ud. generalmente.

- 0 = Casi nunca
- 1 = A veces
- 2 = A menudo
- 3 = Casi siempre

1. Me siento bien.
2. Me canso rápidamente
3. Siento ganas de llorar.
4. Me gustaría ser tan feliz como otros.
5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.
6. Me siento cansado.
7. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.
8. Veo que las dificultades
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.
10. Soy feliz.
11. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.
12. Me falta confianza en mí mismo.
13. Me siento seguro.
14. No suelo afrontar las crisis o dificultades.
15. Me siento triste (melancólico).
16. Estoy satisfecho.
17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.
18. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos.
19. Soy una persona estable.
20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.

ANEXO 8. Inventario de depresión (BDI) (Beck et al., 1961) (Adaptación española Sanz y Vázquez, 1998).

A continuación, se presentan agrupadas una serie de frases que hacen referencia al estado de ánimo. Al leer cada afirmación, valora y responde de forma espontánea tachando con un aspa (X) la afirmación en cada grupo que describe mejor cómo te sientes, en general, en los últimos ocho días.

1.

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

2.

- 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- 1 Me siento desanimado respecto al futuro.
- 2 Siento que no tengo que esperar nada.
- 3 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejoraran.

3.

- 0 No me siento fracasado.
- 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2 Cuando miro hacia atrás, solo veo fracaso tras fracaso.
- 3 Me siento una persona totalmente fracasada.

4.

- 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Ya no obtengo satisfacción auténtica de las cosas.
- 3 Estoy insatisfecho o aburrido del todo.

5.

- 0 No me siento especialmente culpable.
- 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3 Me siento culpable constantemente.

6.

- 0 No creo que esté siendo castigado.
- 1 Siento que quizás pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7.

- 0 No estoy decepcionado de mí mismo.
- 1 Estoy decepcionado de mí mismo.
- 2 Me avergüenzo de mí mismo.
- 3 Me detesto.

8.

- 0 No me considero peor que cualquier otro.
- 1 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- 2 Continualmente me culpo por mis faltas.
- 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

9.

- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- 2 Desearía suicidarme.

3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10.

0 No lloro más de lo que solía.

1 A veces lloro más que antes.

2 Lloro continuamente.

3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quiera.

11.

0 No estoy más irritado de lo normal en mí.

1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

2 Me siento irritado continuamente.

3 No me irrito en absoluto por las cosas que antes solían irritarme.

12.

0 No he perdido el interés por los demás.

1 Estoy menos interesado en los demás que antes.

2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

3 He perdido todo interés por los demás.

13.

0 Tomo decisiones mas o menos como siempre he hecho.

1 Evito tomar decisiones más que antes.

2 Tomas decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

3 Ya me es imposible tomar decisiones.

14.

0 No creo tener peor aspecto que antes.

1 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

2 Siento que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

3 Creo que tengo un aspecto horrible.

15.

0 Trabajo igual que antes.

1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

2 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

3 No puedo hacer nada en absoluto.

16.

0 Duermo tan bien como antes.

1 No duermo tan bien como antes.

2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17.

0 No me siento más cansado de lo normal.

1 Me canso más que antes.

2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18.

0 Mi apetito no ha disminuido.

1 No tengo tan buen apetito como antes.

2 Ahora tengo mucho menos apetito.

3 He perdido completamente el apetito.

19a

- 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- 1 He perdido más de 2kg.
- 2 He perdido más de 4kg.
- 3 He perdido más de 7kg.

19b. Estoy bajo dieta para adelgazar:

- Sí  No

20.

- 0 No estoy más preocupado por mi salud de lo normal.
- 1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- 2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
- 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa.

21.

- 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- 3 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

ANEXO 9. Cuestionario sobre la memoria de crianza percibida (EMBU) (Perris et al., 1980)

Antes de rellenar este cuestionario lee cuidadosamente las siguientes instrucciones. Aunque te resulte difícil recordar con exactitud el trato que recibiste de tus padres cuando eras pequeña, la verdad es que cada uno de nosotros tiene una idea más o menos precisa de las normas básicas o de los principios por los que se regían en su forma de educarnos.

Para rellenar este cuestionario, es muy importante que intentes recordar lo que sentías respecto a la actitud que tus padres tomaban contigo. Como verás, cada pregunta tiene varias contestaciones de las que tendrás que escoger la que mejor refleje el comportamiento que, tanto tu padre como tu madre, mostraban hacia tí cuando eras niña.

Una vez que hayas elegido la respuesta más apropiada a tu caso deberás marcar la casilla correspondiente con una cruz. Al realizar esta encuesta, partimos de la base de que la forma en que te educaron tus padres tienen una influencia importante sobre las distintas actitudes y reacciones que mostrarás en diferentes momentos de tu vida.

Como ya hemos dicho, antes de seleccionar la respuesta que más se ajusta a tu situación lee cada una de ellas detenidamente, sin olvidar que deberás elegir por separado, la que mejor revela el comportamiento de tu padre y el de tu madre. Si la respuesta coincide, es decir, si el comportamiento de ambos en determinada situación era similar señala la misma contestación para ambos. Recuerda que sólo puedes escoger una respuesta por pregunta y por padre. No dejes ninguna respuesta sin contestar.

Como podrás comprobar, determinadas preguntas no pueden contestarse si eres hija única; en tal caso deja la respuesta en blanco.

Tal vez en alguna pregunta te resulte difícil recordar en qué aspectos coincidían y en cuáles se diferencian tus padres entre sí. Para resolver esta dificultad lo mejor posible, intenta recordar primero cuál era la actitud que tomaba tu padre ante esa situación, y después cuál era la actitud de tu madre. A continuación, ponemos un ejemplo del modo en que debes contestar a las preguntas del cuestionario.

Por ejemplo:

¿Solían pegarte sus padres?

1 = No, nunca

2 = Sí, a veces

3 = Sí, a menudo

4 = Sí, siempre

Padre

Madre

Previamente, responde a las siguientes cuestiones:

¿Ha fallecido alguno de tus padres:

Sí

No

Si has respondido afirmativamente, ¿Qué edad tenías cuando falleció?

Mi madre, cuando yo tenía \_\_\_\_\_ años

Mi padre, cuando yo tenía \_\_\_\_\_ años.

¿Están separados tus padres?

- Sí  
 No

Si la respuesta es afirmativa ¿cuántos años tenías al producirse la separación?  
\_\_\_\_\_ años.

¿Con quién has vivido?

- Con mi padre  
 Con mi madre

¿Cuántos hermanos o hermanas tienes? \_\_\_\_\_.

¿Cuántos hermanos o hermanas son mayores que tú? \_\_\_\_\_.

Si has tenido alguna situación familiar especial, explícala aquí:

1. ¿Tenías la impresión de que tus padres ponían impedimentos a todo lo que hacías?
2. ¿Te demostraban con palabras y gestos que te querían?
3. ¿Fuiste mimada por tus padres en comparación con tu/s hermanos/as?
4. ¿Te sentías querida por tus padres?
5. ¿Dejaban de dirigirte la palabra tus padres durante mucho tiempo si hacías algo que les molestaba?
6. ¿Ocurría que te castigaron tus padres incluso por cometer faltas pequeñas?
7. ¿Trataron de influirte tus padres para que fueras una persona bien situada en la vida?
8. ¿Te sentiste decepcionada en alguna ocasión porque tus padres no te concedían algo que deseabas conseguir?
9. ¿Crees que tu padre o tu madre deseaban que hubieras sido diferente en algún aspecto?
10. ¿Te permitían tener cosas que no podían tu/s hermanos/as?
11. ¿Pensabas que tus padres te castigaban merecidamente?
12. ¿Crees que tu padre o tu madre eran demasiados severos contigo?
13. Si habías hecho una trastada ¿podías remediar la situación pidiendo perdón a tus padres?
14. ¿Querían siempre tus padres decidir cómo debías vestirte o qué debías tener?
15. ¿Solían mimarte tus padres?
16. ¿Tenías la sensación de que tus padres te querían menos que a tu/s hermanos/as?
17. ¿Te trataban tus padres injustamente (mal) en comparación a cómo trataban a tu/s otros/as hermanos/as?
18. ¿Ocurría que tus padres te prohibieran hacer cosas que otros/as niños/as de tu edad podían hacer, por miedo a que te sucediera algo?
19. ¿Te reñían o te pegaban tus padres en presencia de otras personas?
20. ¿Se preocupaban tus padres de saber que hacías por las noches?
21. Si las cosas te iban mal ¿tenías la sensación de que tus padres trataban de comprenderte y animarte?
22. ¿Se preocupaban a menudo tus padres, innecesariamente, por la salud que tenías?
23. ¿Te impusieron más castigos corporales de los que merecías?
24. ¿Se enfadaban tus padres si no ayudabas en las labores de la casa tanto como ellos deseaban?

25. Si a tus padres les parecía mal lo que hacías ¿se entristecían hasta el punto de que tuvieras sentimientos de culpa?
26. ¿Te permitían tus hacer cosas que ya tenían tus amigos, en la medida que pudieran pagarlas?
27. ¿Tenías la sensación de que era difícil acercarse a tus padres?
28. ¿Ocurría que tus padres contaran algo que habías dicho o hecho, delante de otras personas, de forma que te sentías avergonzada?
29. ¿Sentías que tus padres te querían más que al resto de tus hermanos?
30. ¿Ocurría que tus padres rehusaran concederte cosas que realmente necesitabas?
31. ¿Solían tus padres demostrar interés en que sacaras buenas notas?
32. ¿Sentías que tus padres te ayudaban cuando te enfrentabas a una tarea difícil?
33. ¿Eras tratada como la “oveja negra” o el “chico expiatorio” de la familia?
34. ¿Deseaban tus padres que te parecieses a alguna otra persona?
35. ¿Podía ocurrir que tus padres te dijeran: *“Tú que eres tan grande, ó, tú que eres una chica no deberías comportarte de esa forma”*?
36. ¿Solían criticar tus padres a tus amigos más íntimos?
37. Cuando tus padres estaban tristes ¿tenías la impresión de que tú eras la causante de su estado?
38. ¿Intentaban tus padres estimularte para que fueras la mejor?
39. ¿Te demostraron tus padres que estaban satisfechos contigo?
40. ¿Tenías la sensación de que tus padres confiaban en ti de tal forma que te permitían actuar bajo tu propia responsabilidad?
41. ¿Crees que tus padres respetaban tus opiniones?
42. Si tenías pequeños secretos ¿querían tu padre o tu madre que hablaras de estos secretos con ellos?
43. ¿Tenías la sensación de que tus padres querían estar a tu lado?
44. ¿Crees que tus padres eran algo “tacaños” o “cascarrabias” contigo?
45. ¿Utilizaban expresiones como: *“Si haces eso voy a ponerme muy triste”*?
46. Al volver a casa ¿tenías que darle siempre a tus padres explicaciones de lo que habías estado haciendo?.
47. ¿Crees que tus padres intentaban que tu adolescencia fuese estimulante, interesante y atractiva (por ejemplo, dándote a leer buenos libros, animándote a salir de excursión, etc.)?.
48. ¿Solían tus padres alabar tu comportamiento?.
49. ¿Empleaban tus padres expresiones como ésta: *“Así nos agradeces todo lo que nos hemos esforzado por ti y todos los sacrificios que hemos hecho tu bien”*?
50. ¿Ocurría que tus padres no te dejaban tener cosas que necesitabas, basándose en que podías hacerte una niña mimada?.
51. ¿Podías llegar a tener cargo de conciencia por haberte comportado de un modo que fuera del agrado de tus padres?.
52. ¿Cuando entraste en el colegio ¿crees que tus padres tenían grandes esperanzas de que sacaras buenas notas, destacaras como buena deportista, etc.?.
53. ¿Solían tus padres ignorar si eras descuidada o si tenías un comportamiento similar?.
54. Si te encontrabas triste ¿podías buscar ayuda y comprensión en tus padres?.
55. ¿Se daba el caso de que fueras castigada por tus padres sin haber hecho nada?.
56. ¿Te dejaban tus pares hacer las mismas cosas que podían hacer tus amigos?.
57. ¿Solían decirte tus padres que no estaban de acuerdo con tu forma de comportarte en casa?.
58. ¿Sucedía que tus padres te obligaban a comer más de lo que podías?
59. ¿Te criticaban tus padres con frecuencia o te decían que eras vaga e inútil, delante de otras persona?.
60. ¿Solían tus padres interesarse por el tipo de amigos con el que ibas más a menudo?.
61. De tus hermano, ¿eras tú a quién tus padres echaban las culpas cuando pasaba algo?.
62. ¿Te aceptaban tus padres tal y como eras?.

63. ¿Solían tus padres ser bruscos contigo?
64. ¿Te castigaban tus padres con dureza, incluso por cosas que no tenían importancia?
65. ¿Ocurría que tus padres te pegaban sin motivo?
66. ¿Deseabas que tus padres se preocuparan menos de las cosas que tú hacías?
67. ¿Solían tus padres participar activamente en tus diversiones y tus "hobbies"?
68. ¿Te pegaban tus padres con frecuencia?
69. ¿Podías ir a donde quisieras sin que tus padres se preocupasen demasiado por ello?
70. ¿Ponían tus padres limitaciones estrictas a lo que podías y no podías hacer, y te obligaban a respetarlas rigurosamente?
71. ¿Te trataban tus padres de una manera que te sentías avergonzada?
72. ¿Permitían tus padres a tu/s hermanos/as tener cosas que a ti no te dejaban tener?
73. ¿Crees que era exagerado el miedo que tenían tus padres a que te pasara algo?
74. ¿Tenías la sensación de que había cariño y ternura entre tú y tus padres?
75. ¿Respetaban tus padres el hecho de que tuvieras opciones diferentes a las suyas?
76. ¿Recuerdas si tus padres estaban a veces enfadados o amargados contigo sin que te dijeran el por qué?
77. ¿Te mandaban tus padres a la cama sin cenar?
78. ¿Tenías la impresión de que tus padres estaban orgullosos de ti cuando conseguías algo que te habías propuesto?
79. ¿Mostraban tus padres predilección por tí, en comparación con tu/s hermanos/as?
80. ¿Echaban tus padres las culpas a tu/s hermanos/as aunque fueras tú la responsable de algo que había ocurrido?
81. ¿Solían manifestarte tus padres que estaban satisfechos contigo mediante expresiones físicas cariñosas, como darte palmadas en la espalda?

Elija una opción de las siguientes:

Creo que mis padres, en relación con mi educación, han sido:

- Muy rígidos en la aplicación de las normas y principios educativos.
- Coherentes, a lo largo del tiempo, en la aplicación de las normas y principios educativos.
- Bastante incoherentes.
- Muy incoherentes, modificaban estos principios de día en día.

Creo que mis padres, en relación con mi educación, han sido:

- Muy duros, a veces llegué a sentirme aterrorizado.
- En conjunto, severos.
- No especialmente severos.
- En absoluto severos, me permitían hacer lo que me apetecía.