



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

La personalidad y el autoconcepto en los trastornos de la conducta alimentaria

TESIS DOCTORAL

Antonio José Sánchez Guarnido

DIRECTORES

Dr. Javier Herruzo Cabrera

Dra. M^a José Pino Osuna

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

ÁREA DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y

TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS

TITULO: *LA PERSONALIDAD Y EL AUTOCONCEPTO EN LOS TRASTORNOS
DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA*

AUTOR: *ANTONIO JOSÉ SÁNCHEZ GUARNIDO*

© Edita: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba.
Campus de Rabanales
Ctra. Nacional IV, Km. 396 A
14071 Córdoba

www.uco.es/publicaciones
publicaciones@uco.es



TÍTULO DE LA TESIS: LA PERSONALIDAD Y EL AUTOCONCEPTO EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

DOCTORANDO/A: ANTONIO JOSÉ SÁNCHEZ GUARNIDO

INFORME RAZONADO DEL/DE LOS DIRECTOR/ES DE LA TESIS

(se hará mención a la evolución y desarrollo de la tesis, así como a trabajos y publicaciones derivados de la misma).

La presente tesis reúne las condiciones de calidad científica y de forma necesarias para su presentación y defensa. Se trata de un trabajo de muy buena calidad por diversas características entre las que se pueden destacar una buena revisión bibliográfica bien planteada y delimitada en la que aborda la importancia de los trastornos de la conducta alimentaria, el estado actual del conocimiento y su relación con las características de la personalidad y el autoconcepto. Se trata de una correcta delimitación teórica del tema que posteriormente se plantea en la parte empírica. En dicha parte se presentan tres estudios con metodología correlacional ex post facto. En el primero se realiza una búsqueda de los factores de personalidad de riesgo y protección de los trastornos de la conducta alimentaria comparando un grupo de pacientes con un grupo de sujetos sanos control (análisis de regresión logística). En el segundo se realiza un análisis de cluster encontrándose 3 subgrupos cuyos riesgo comparados de padecer trastornos de la conducta alimentaria es tremendamente significativa: 16 y 6 veces mayor el riesgo en el grupo sobre controlado y subcontrolado frente al resiliente. En el tercero se realiza un modelo teórico integrador a partir de la metodología de las ecuaciones estructurales. Los resultados, tras realizar diversas pruebas paramétricas y no paramétricas y, de una manera especial, al aplicar el análisis de regresión logística, permiten extraer conclusiones parsimoniosas y que suponen un avance en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria. Desde su inicio, la tesis se ha ido desarrollando buscando el rigor metodológico y ha dado lugar ya a una publicación internacional indexada en el JCR (Sánchez Guarnido, A.J.; Pino, M.J. y Herruzo, J.: (2012) Eatin disorder detection through personality traits and self-concept. *Eat and Weight Disorder*, 17, 313-319) con un factor de impacto de 0,628. Asimismo, se han presentado comunicaciones en congresos internacionales (V Congreso Internacional y XI Nacional de psicología clínica). Por tanto, se espera, asimismo, poder publicar el resto de los resultados en revistas indexadas en el JCR.

Por todo ello, se autoriza la presentación de la tesis doctoral.

Córdoba, 4 de junio de 2013

Firma del/de los director/es


Fdo. Javier Herruzo Cabrera


Fdo. María José Pino Osuna:

A mi padre

AGRADECIMIENTOS

A Javier y María José por todo lo enseñado en lo académico y en lo personal, así como por la disponibilidad, respeto, generosidad y amistad ofrecidas en todo momento.

A toda mi familia y en especial a mi esposa e hijas por el tiempo que la realización de la tesis les robó de mi presencia y por ser la energía que mueve todo lo que hago.

A Vicente Sánchez y a los demás compañeros del Servicio Andaluz de Salud y de la Universidad de Córdoba así como a los pacientes y alumnos que han colaborado en el proyecto.

A todos los que en los malos momentos me ayudaron a continuar.

“Nuestro cuerpo desnuda nuestra alma, la anuncia y la va gritando por el mundo. Nuestra carne es un medio transparente donde da sus refracciones la intimidad que la habita”.

J. Ortega y Gasset

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
PRIMERA PARTE. REVISIÓN TEÓRICA SOBRE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) Y LA PERSONALIDAD.....	8
1. LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	9
1.1 Definición.....	9
1.2 Clasificación y diagnóstico.....	9
1.2.1 Anorexia Nerviosa.....	9
1.2.2 Bulimia Nerviosa.....	10
1.2.3 Otros Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	11
1.2.4 Críticas a la clasificación actual.....	11
1.3 Epidemiología.....	14
1.4 Curso.....	15
1.5 Etiopatogenia.....	16
1.5.1 Factores genéticos.....	16
1.5.2 Factores biológicos.....	17
1.5.3 Factores ambientales.....	17
1.5.4 Procesos psicológicos.....	19
1.5.5 Otros factores etiopatológicos.....	22
1.6 Las complicaciones físicas.....	24
1.7 Comorbilidad psicopatológica.....	25
1.7.1 Efectos de la inanición sobre el comportamiento.....	25
1.7.2 Efectos psicológicos de la inanición.....	26
1.7.3 Efectos sociales de la inanición.....	26
1.8 Tratamiento.....	27
1.9 Prevención.....	28
2. VARIABLES DE PERSONALIDAD EN LOS TCA.....	31
2.1 El enfoque dimensional de la personalidad en los TCA.....	32
2.1.1 Investigaciones con instrumentos generales de personalidad.....	32
2.1.1.1 Multidimensional Personality Questionnaire (MPQ).....	32

2.1.1.2	Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI).....	32
2.1.1.3	Cuestionario de Personalidad Tridimensional (TPQ) y el Inventario del Temperamento y del Carácter (TCI).....	33
2.1.1.4	El Inventario de Personalidad NEO (NEO-PI) y el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ).....	35
2.1.2	Investigaciones que se han centrado en rasgos concretos.....	36
2.1.2.1	Emociones y TCA.....	36
2.1.2.2	Perfeccionismo, rasgos obsesivos y narcisismo.....	41
2.1.2.3	Funcionamiento interpersonal.....	45
2.1.2.4	El autoconcepto en los TCA.....	48
2.1.2.5	Búsqueda de sensaciones e impulsividad.....	50
2.1.2.6	Otras facetas estudiadas.....	51
2.2	Investigaciones con enfoque categorial. Trastornos de personalidad (TP) y TCA.....	52
2.3	Integración de la investigación con enfoque categorial y de rasgos.....	54
2.3.1	Prototipos de personalidad y TCA.....	55
2.3.1.1	Agrupaciones dentro de pacientes con Bulimia Nerviosa (BN).....	55
2.3.1.2	Agrupaciones dentro de TCA.....	57
3.	MODELOS DE RELACIÓN ENTRE TCA Y PERSONALIDAD Y ENFOQUES METODOLÓGICOS ASOCIADOS.....	63
3.1	Los modelos de relación entre la personalidad y los TCA.....	63
3.1.1	Modelo de predisposición.....	63
3.1.2	Modelo de complicación.....	64
3.1.3	Modelo de causa común.....	64
3.1.4	Modelo potoplástico.....	65
3.2	Enfoques metodológicos utilizados para probar los diferentes modelos.....	66
3.2.1	Diseño prospectivo.....	66
3.2.2	Estudios con pacientes recuperados.....	67
3.2.3	Diseño retrospectivo.....	68
3.2.4	Diseño transversal.....	69
3.2.5	Estudios de familias.....	69
3.2.6	Estudios con gemelos.....	71

3.3	Las pruebas empíricas de los modelos.....	71
3.3.1	Modelo de predisposición.....	71
3.3.1.1	Estudios prospectivos.....	71
3.3.1.2	Estudios con pacientes recuperados.....	74
3.3.1.3	Estudios retrospectivos.....	75
3.3.1.4	Estudios de familia.....	76
3.3.2	Modelo de complicación.....	76
3.3.2.1	Estudios con pacientes recuperados.....	76
3.3.3	Modelo de causa común.....	77
3.3.3.1	Estudios de familia.....	77
3.3.3.2	Estudios congemelos.....	79
3.3.4	Modelo de potoplastia.....	79
3.3.4.1	Los estudios prospectivos.....	79
3.3.4.2	Los estudios transversales.....	80
3.4	Conclusiones de la revisión metodológica.....	81
SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO.....		83
4.	JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	84
5.	PRIMER ESTUDIO. MODELO DE PREDICCIÓN DE TCA EN FUNCIÓN DE RASGOS DE PERSONALIDAD.....	87
5.1	Justificación.....	87
5.2	Método.....	87
5.2.1	Participantes.....	87
5.2.2	Instrumentos.....	89
5.2.2.1	Inventario de trastornos de la conducta alimentaria 2 (EDI-2).....	89
5.2.2.2	El Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R).....	92
5.2.2.3	Autoconcepto Forma 5 (AF-5).....	100
5.2.3	Procedimiento.....	103
5.2.3.1	Análisis estadístico.....	103
5.3	Resultados.....	103
5.3.1	Análisis descriptivo de las variables de personalidad y autoconcepto potencialmente predictoras de TCA.....	103
5.3.2	Comprobación de la normalidad.....	105

5.3.3	Comparación de medias de las variables de TCA y de personalidad entre casos y controles.....	106
5.3.4	Análisis de Regresión Logística Binaria de las variables de personalidad y autoconcepto potencialmente predictoras de TCA.....	108
5.3.4.1	Análisis bivalente.....	108
5.3.4.2	Análisis multivariante.....	121
5.4	Discusión.....	129
6.	SEGUNDO ESTUDIO. MODELO DE PREDICCIÓN DE TCA EN FUNCIÓN DE PROTOTIPOS DE PERSONALIDAD.....	133
6.1	Justificación.....	133
6.2	Método.....	133
6.2.1	Participantes.....	133
6.2.2	Instrumentos.....	134
6.2.3	Procedimiento.....	134
6.3	Resultados.....	135
6.3.1	Análisis de regresión logística con los tres conglomerados.....	136
6.4	Discusión.....	137
7.	TERCER ESTUDIO. MODELO EXPLICATIVO INTEGRADOR.....	139
7.1	Justificación.....	139
7.2	Método.....	141
7.2.1	Participantes.....	141
7.2.2	Instrumentos.....	141
7.2.3	Procedimiento.....	141
7.3	Resultados.....	142
7.4	Discusión.....	146
8.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	150
8.1	Discusión.....	150
8.2	Limitaciones del estudio e investigación futura.....	155
8.3	Conclusiones.....	156
	Bibliografía.....	158

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen uno de los problemas de salud mental más importantes de la sociedad occidental actual (Klump, Bulik, Kaye, Treasure, y Tyson, 2009). Las tasas de mortalidad entre las mujeres con TCA, y en particular con anorexia nerviosa (AN), son mayores que para cualquier otro trastorno psicológico. Así por ejemplo, la tasa de suicidios en mujeres con AN es doce veces mayor que la de las mujeres de la misma edad sin este diagnóstico (American Psychiatric Association, 2006). Además, están asociados con un deterioro significativo de la salud física y del funcionamiento psicosocial (Bohn et al., 2008). Aunque en los últimos 30 años se ha logrado una progresiva mejora tanto en su comprensión como en su prevención y tratamiento, su causa no está del todo clara (Striegel-Moore y Bulik, 2007) y los resultados de los tratamientos son desiguales, con algunos pacientes cuyos síntomas se resisten a los mismos (Instituto Nacional de Excelencia Clínica, 2004).

Aunque se asume la importancia de factores sociales en el origen del trastorno, con una incidencia muy superior del mismo en la sociedad occidental, especialmente en mujeres jóvenes y adolescentes, la realidad es que, obviamente, no todas las mujeres adolescentes de occidente desarrollan un TCA aún estando sometidas supuestamente a presiones sociales semejantes. Deben existir, por tanto, otros factores personales que predisponen al desarrollo de los mismos, y entre los más importantes se encontrarían los rasgos de personalidad y el autoconcepto.

La mejor metodología para identificar factores predisponentes es la de los estudios prospectivos. En dichos estudios, las variables que más aparecen como factores de riesgo incluyen el neuroticismo, una pobre conciencia interoceptiva, el perfeccionismo y los rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva, así como la ineficacia y un autoconcepto bajo. Sin embargo, aunque nos encontramos con investigación que relaciona los rasgos de personalidad y el autoconcepto con un mayor riesgo de padecer un TCA, no conocemos investigación que haya estudiado conjuntamente todas las variables que han demostrado ese valor predictivo. Además, la mayor parte de la investigación no se ha realizado con pacientes diagnosticados mediante entrevista sino simplemente mediante cuestionarios. Y no

conocemos ninguna investigación que haya confirmado los diagnósticos clínicos utilizando conjuntamente la entrevista clínica y los cuestionarios de autoinforme.

Por otra parte, existe otra línea de investigación que ha intentado agrupar las diferencias entre los diferentes individuos en prototipos de personalidad. En este sentido, existe una literatura científica relativamente extensa que apoya la existencia de 3 subtipos de personalidad (subcontrolado, sobrecontrolado y resiliente o de alto funcionamiento) replicables con diferentes instrumentos, en muestras con diferentes características (sexo, edad, etc.) y tanto en grupos de pacientes con TCA como en personas sanas (Asendorpf, Borkenau, Ostendorf, y Aken, 2001; Claes, Vandereycken, y Vertommen, 2005; Claes et al., 2012; Espelage, Mazzeo, Sherman, y Thompson, 2002; Hopwood, Ansell, Fehon, y Grilo, 2010; Robins, John, Caspi, Moffitt, y Stouthamer-Loeber, 1996; Strober, M., 1983; Heather Thompson-Brenner, Eddy, Franko, et al., 2008; Westen y Harnden-Fischer, 2001). Algunos estudios han relacionado los diferentes subtipos con la presencia de psicopatología, asociándose el grupo de alto funcionamiento con la ausencia de psicopatología, el grupo de sobrecontrol con trastornos internalizantes, y el grupo de subcontrol con trastornos internalizantes (Robins et al., 1996). Por otra parte un estudio prospectivo encontró que las características del subtipo subcontrolado aumentaban el riesgo de padecer un TCA (Ghaderi y Scott, 2000). Otros estudios con pacientes recuperados han estudiado como rasgos evocativos y obsesivos (que podrían relacionarse con el subtipo sobrecontrolado) predicen igualmente la posterior aparición de un TCA (Gillberg, Rastam, y Gillberg, 1995). Sin embargo, no conocemos ningún estudio que haya estudiado conjuntamente estos subtipos y haya probado su capacidad para predecir la presencia o no de un TCA, pues los estudios que conocemos sobre el tema se han centrado en muestras de pacientes con TCA, sin comparaciones con grupo control libre de síntomas.

Partiendo de estas limitaciones de la investigación previa, los objetivos que nos proponemos en este trabajo son, por una parte, crear un modelo de predicción del riesgo de padecer un TCA en función de rasgos de personalidad y del autoconcepto. Este modelo nos permitirá diferenciar a pacientes con TCA de los que no lo tienen, así como detectar a personas con alto riesgo de padecer en un futuro un TCA. Paralelamente queremos establecer el riesgo de padecer un TCA en función de la pertenencia a los diferentes prototipos de personalidad (subcontrolado, sobrecontrolado y resiliente).

El trabajo que se muestra a continuación queda dividido en dos partes. En la primera se realiza una revisión sobre el estado general de conocimiento de los TCA y de su relación

con variables de personalidad, mientras que la segunda parte la constituye nuestro estudio empírico.

Dentro de la revisión teórica, en el primer capítulo se revisa el estado actual de conocimiento sobre los TCA. En los capítulos siguientes se revisan las relaciones entre personalidad y TCA. Así, en el capítulo 2 se revisan las evidencias obtenidas para los diversos constructos, enfoques e instrumentos de medida. En un primer momento se revisan los estudios que se han centrado en un enfoque dimensional de la personalidad, analizando tanto las investigaciones que han utilizado instrumentos generales como aquellas que se han centrado en rasgos concretos. Posteriormente se revisan las evidencias encontradas en relación al enfoque categorial (trastornos de personalidad). Para finalizar se realiza un intento de integración de los dos enfoques y se describen los resultados de la investigación realizada sobre prototipos de personalidad.

En el capítulo 3 se revisan los posibles modelos de relación entre variables de personalidad y TCA (predisposición, complicación, topoplastia, etc.), la metodología adecuada para la comprobación de los mismos y las evidencias encontradas para cada uno.

La segunda parte del trabajo muestra el estudio empírico realizado. En el capítulo 4 aparece la justificación de nuestro trabajo con los objetivos e hipótesis. En el capítulo 5 se expone la construcción de un modelo de predicción de TCA en función de rasgos de personalidad y autoconcepto. En el capítulo 6 se muestra la realización de un estudio de conglomerados. El capítulo 7 intenta integrar los resultados obtenidos mediante los modelos predictivos de rasgos y prototipos en un modelo explicativo conjunto de los TCA. El capítulo 8 se reserva para la discusión general y conclusiones.

PRIMERA PARTE: REVISIÓN
TEÓRICA SOBRE LOS TCA Y LA
PERSONALIDAD

1. LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

1.1 Definición

No se ha logrado un consenso para definir a los TCA, pero sí se han propuesto 3 características principales como necesarias para su identificación (Fairburn y Harrison, 2003): 1) Una alteración persistente de los hábitos de alimentación o del comportamiento de control del peso, 2) alteraciones conductuales asociadas al trastorno (por ejemplo, una sobrevaloración de la forma o el peso), cuyo resultado es un deterioro clínicamente significativo de la salud física o el funcionamiento psicosocial y 3) el trastorno no debe ser secundario a ningún trastorno médico general o a cualquier otra condición psicopatológica.

1.2 Clasificación y diagnóstico

Existen dos clasificaciones de trastornos mentales usadas por los clínicos a nivel mundial, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000) y la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 1992). El DSM-IV-TR sigue siendo el más utilizado en investigación dada la mayor claridad y precisión a la hora de establecer los criterios diagnósticos, y es el que utilizaremos, por tanto, como referencia en este trabajo. El DSM-IV-TR reconoce tres categorías principales: la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN), y el TCA no especificado (TCANE). Además, se ha propuesto incluir otra categoría llamada trastorno por atracón (TA). Por otra parte, también reconoce algunos trastornos de la alimentación de inicio en la infancia (Nicholls y Bryant-Waugh, 2009), aunque en nuestra revisión no abordaremos este tipo de trastornos, pues se alejan de nuestro objeto de estudio. A continuación se muestra la clasificación de los trastornos de la alimentación y sus criterios diagnósticos principales (American Psychiatric Association, 2000).

1.2.1 Anorexia Nerviosa.

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o 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 periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. Presencia de amenorrea en las mujeres postpuberales.

El manual distingue dos subtipos:

Tipo restrictivo: La pérdida de peso se consigue mediante dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Estos pacientes no realizan atracones ni purgas.

Tipo compulsivo/purgativo: La paciente recurre regularmente a atracones y/o purgas. La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. También se incluyen en esta categoría pacientes que presentan purgas aunque solo ingieran cantidades muy pequeñas de comida (sin atracones previos).

1.2.2 Bulimia Nerviosa.

A. Presencia de atracones recurrentes. Caracterizándose un atracón por:

(1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, 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 (por ejemplo 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 (por ejemplo provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno o ejercicio excesivo).

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Los subtipos recogidos son:

Tipo purgativo: El paciente se provoca el vómito o abusa de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

Tipo no purgativo: El paciente emplea otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se provoca el vómito, ni abusa de diuréticos o enemas durante el episodio.

1.2.3 Otros Trastornos de la conducta alimentaria.

Trastorno alimentario no especificado.

Trastornos de la alimentación de gravedad clínica que no cumplen todos los criterios de la anorexia o la bulimia nerviosa.

Trastorno por atracón.

Episodios recurrentes de atracones de comida en la ausencia del uso regular de conductas compensatorias inadecuadas características de la bulimia nerviosa.

1.2.4 Críticas a la clasificación actual.

La clasificación del DSM-IV de TCA ha sido criticada por tener dos defectos

fundamentales (Fairburn y Cooper, 2007). En primer lugar, la supuesta categoría "residual" de diagnóstico, TCANE, es la más utilizada en la práctica clínica (Grave y Calugi, 2007) y, sin embargo, ha sido ampliamente ignorada por los investigadores (Fairburn y Bohn, 2005). En segundo lugar, la distinción del diagnóstico en la actual DSM-IV es de escasa utilidad clínica, ya que es común observar una migración entre los diagnósticos de TCA. Además, la migración entre diagnósticos no refleja la recuperación de un trastorno y el desarrollo de los otros, como la clasificación del DSM-IV sugiere, sino más bien la evolución de un único TCA, así muchos pacientes que comienzan por un diagnóstico de ANR pueden terminar como ANP o BN (Fairburn y Cooper, 2007).

Se han propuesto dos soluciones para superar las limitaciones del DSM-IV. La primera propuesta, del grupo de trabajo sobre trastornos alimentarios del DSM-5 (<http://www.dsm5.org>), es la más conservadora y sugiere la relajación de los criterios diagnósticos de AN (por ejemplo, dejando caer el criterio de la amenorrea) y BN (por ejemplo, la reducción de la frecuencia mínima de atracones y conductas compensatorias inapropiadas de dos veces a una vez por semana), y crear una nueva categoría para el TA. La justificación de la eliminación de la amenorrea para el diagnóstico de la AN se deriva de la observación de que las personas que cumplen todos los criterios del DSM-IV para la AN excepto la amenorrea tienen similares resultados psicopatológicos y de tratamiento que aquellos que cumplen el criterio (Dalle & Grave, 2011). Además, el criterio de la amenorrea no se puede aplicar a mujeres pre-puberales, a las mujeres que toman anticonceptivos orales, a las mujeres post-menopáusicas, ni a los hombres. El fundamento de la reducción de la frecuencia mínima de los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deriva de la observación de que las características clínicas de las personas que reportan una frecuencia de una vez por semana de estos comportamientos son similares a los que las presentan dos veces (Wilson & Sismo, 2009). Por último, la razón para recomendar la inclusión de TA como una categoría aparte en el DSM-5 se basa en que la revisión de la literatura concluye que el TA se distingue de los otros TCA (Wonderlich, Gordon, Mitchell, Crosby y Engel, 2009).

La segunda solución, denominada "transdiagnóstica", es radical y propone la creación de una única categoría de TCA, que incluiría a la AN, BN y TCANE sin subdivisiones (Fairburn y Bohn, 2005). Esta solución "transdiagnóstica" cuenta como argumentos principales con que AN, BN y TCANE comparten la psicopatología específica

(por ejemplo, la sobrevaloración de la figura y el peso) y con el hecho, ya mencionado, de que los pacientes tienden a migrar entre los diagnósticos de TCA (Fairburn y Bohn, 2005).

Ambas propuestas tienen ventajas e inconvenientes. La relajación de los criterios de diagnóstico tiene la ventaja de reducir el número de individuos que reciben un diagnóstico de TCANE preservando al mismo tiempo un sistema de categorías parecida a la del DSM-IV. Sin embargo, un gran número de personas recibirán todavía un diagnóstico de TCANE (Grave y Calugi, 2007; Fairburn y Cooper, 2007), ya que muchos de los casos de TCANE no son formas “subliminales” de AN o BN, como las que se incluirían en la AN o BN en el próximo DSM-V, sino más bien desórdenes "mixtos" en el que las características clínicas de la AN y BN se combinan (Fairburn y Bohn, 2005). Asimismo, la solución no resuelve el problema de la migración entre diagnósticos. La adopción de la solución “transdiagnóstica” tiene la ventaja de eliminar tanto los problemas del TCANE, como de la migración de diagnóstico, pero homogeneiza la morbilidad y mortalidad, restando importancia a las complicaciones asociadas a la desnutrición.

La combinación de las dos soluciones puede ofrecer algunas ventajas. Esta solución consiste en el mantenimiento de los TCA según la propuesta del grupo de trabajo del DSM-5 y en la definición de unos criterios diagnósticos positivos para delimitar una frontera clara entre “casos” de TCA y "no casos". Esta solución permitiría, por un lado, una clara definición del diagnóstico TCANE, quedando como algo más que un cajón al que introducir lo que no podemos encuadrar en otro lugar, y al mismo tiempo, recoger información sobre la evolución y respuesta al tratamiento de los diferentes diagnósticos (Claes, Vandereycken, et al., 2006; D. Espelage et al., 2002; Goldner, Srikameswaran, Schroeder, Livesley, y Birmingham, 1999; Strober, M., 1983; Wonderlich et al., 2005).

Otra dificultad en el diagnóstico guarda relación con uno de los síntomas asociados más frecuentemente a estos trastornos y es la negación de la enfermedad, las mentiras, los engaños, y la manipulación (Samuel-Lajeunesse, 1994). Esta negación de síntomas puede ocurrir por una falta de conciencia de enfermedad (incluyendo distorsiones de la imagen corporal y otros síntomas propios de la enfermedad) o ser una negación deliberada y consciente (57-73% de los casos) (Javaras et al., 2012; Vandereycken y Humbeeck, 2008). Así los pacientes con TCA utilizan diferentes estrategias para ocultar sus síntomas, tanto por dar una buena imagen como por temor a las posibles consecuencias. Tales estrategias incluyen evitar comer con la gente, mentir con respecto a lo que comen, usar métodos para

dar la impresión de haber comido, decir no poder comer más por saciedad, evitar pesarse o intentar falsificar el peso por ejemplo bebiendo agua antes de pesarse o realizar purgas a escondidas (Vandereycken y Humbeeck, 2008). En cualquier caso esto dificulta el diagnóstico pues la información recogida de la paciente puede no ser veraz e impide que se inicie lo más precoz posible el tratamiento (Vandereycken y Humbeeck, 2008). Resultaría de gran interés contar con algún método de evaluación y detección que no incluyera referencias explícitas a la alimentación y al peso para evitar estas resistencias.

En resumen, el diagnóstico y clasificación de los TCA cuenta en la actualidad con diferentes problemas como son el alto número de pacientes diagnosticados en categorías residuales, la frecuente migración entre diagnósticos, y la habitual negación de síntomas de los pacientes sobre todo en los primeros momentos de la enfermedad. Para mejorar estas dificultades se han realizado diferentes propuestas: algunos autores proponen un modelo transdiagnóstico, otros relajar los criterios diagnósticos manteniendo las actuales categorías, otros plantean un híbrido de ambas posturas, relajando, por una parte, los criterios de cada categoría y estableciendo, por otra, unos criterios positivos que definan lo que es un TCA. Aunque existen pros y contras para las diferentes posturas, nosotros en este trabajo utilizaremos una postura transdiagnóstica, basándonos en las características comunes que comparten los pacientes de las distintas categorías y la frecuente migración entre categorías. Proponemos que las diferencias, por ejemplo, en síntomas purgativos sería más propio realizarlas a partir de criterios dimensionales y no simplemente categoriales, y que sería igualmente ventajoso contar con medidas de características asociadas a dichos trastornos (estados y rasgos psicológicos) que nos permitieran establecer el riesgo de padecer un TCA sin la necesidad de recurrir a preguntas directas sobre alimentación y el peso que pueden ser fácilmente falseadas por los sujetos en las primeras fases de la enfermedad. La evaluación del riesgo de padecer un TCA a través de cuestionarios que muestrean directamente síntomas diagnósticos de TCA puede influir en que muchos pacientes no se detecten por negación de los mismos alterando, por tanto, los datos de los estudios epidemiológicos.

1.3 Epidemiología

La prevalencia de los TCA en los adultos de los países occidentales es de aproximadamente 0,6% para la AN y del 1% para BN (Hudson, Hiripi, Pope, y Kessler, 2007; Jacobi et al., 2004). La prevalencia de trastornos de la alimentación es mayor en las zonas urbanas que en áreas suburbanas, y la edad de inicio de la AN y BN se ha reducido en

las últimas generaciones. En muchos estudios comunitarios (Hudson et al., 2007) realizados se observa que muchos pacientes con TCA tardan en buscar ayuda profesional y esto complica la investigación epidemiológica.

Sobre la distribución del TCANE en la comunidad se sabe poco (Fairburn y Harrison, 2003). La proporción de pacientes que buscan tratamiento para TCANE oscila entre el 40 y el 70% (Grave y Calugi, 2007; Fairburn y Bohn, 2005), y la enfermedad parece afectar principalmente a adolescentes y mujeres adultas jóvenes (Fairburn y Bohn, 2005).

Con respecto a la prevalencia a lo largo de la vida del TA en la comunidad es alrededor del 3%, y tiene una edad de inicio posterior tanto a la AN como a la BN (Hudson et al., 2007). Además, el TA está frecuentemente asociado con la obesidad y se observa que entre el 7-12% de las personas que buscan tratamiento para la obesidad lo padecen (Ramacciotti et al., 2000; Ricca et al., 2000). Típicamente, los pacientes tienden a buscar tratamiento alrededor de los 40 años, y casi una cuarta parte son hombres (Barry, Grilo, y Masheb, 2002).

Por último, la prevalencia de alteraciones de la alimentación subclínicas es mucho más frecuente, más del 50% de las estudiantes universitarias en Estados Unidos reconocen hacer dieta de forma crónica, y más de un 40% recurren a tomar bebidas o medicación para el control del peso (American Psychiatric Association., 2006).

El riesgo de no diagnóstico por negación de síntomas puede también afectar a los resultados de los estudios epidemiológicos, existiendo la posibilidad de que casos de TCA no se detecten en dichos estudios. Algunos estudios han mostrado como aproximadamente una cuarta parte de los sujetos estudiados con TCA negaron los síntomas de la enfermedad en los orígenes del trastorno (Vandereycken y Humbeeck, 2008).

De nuevo, algún método de detección o sospecha mediante ítem indirectos que no hagan referencia explícita a temas de alimentación o peso podría sortear esta dificultad.

1.4 Curso

La AN comienza típicamente en la adolescencia con una restricción en la dieta extrema y rígida que produce una pérdida de peso. En algunos adolescentes el trastorno es de corta duración y remite sin tratamiento o con una intervención breve pero en otros tiende

a persistir y requiere tratamientos especializados largos y complejos (Fairburn y Harrison, 2003). Es frecuente el desarrollo de atracones y aproximadamente la mitad de los casos terminan desarrollando BN. En general, la tasa de remisión es relativamente baja (alrededor del 20-30%) al poco tiempo de seguimiento, pero aumenta a casi un 70-80% después de 8 o más años de seguimiento (Keel y Brown, 2010). Por desgracia, el 10-20% de las personas no mejoran con los tratamientos disponibles y desarrollan una condición crónica que persiste durante toda su vida. En estos casos, el trastorno afecta al funcionamiento académico y laboral. La tasa de mortalidad total se estima en 0,56% por año, o en aproximadamente el 5,6% por década (Dalle y Grave, 2011). Las muertes suelen ser la consecuencia de complicaciones médicas o suicidio (Nielsen et al., 1998). Un factor pronóstico favorable es el inicio en edad joven, mientras que los factores de pronóstico desfavorable incluyen comorbilidad somática y psiquiátrica (Papadopoulos, Ekblom, Brandt y Ekselius, 2009).

La BN por lo general comienza con una restricción en la dieta extrema y rígida, y una cuarta parte de los casos tienen un período en el que satisfacen criterios diagnósticos para la AN (Sullivan, Bulik, Carter, Gendall y Joyce, 1996). Sin embargo, después de un cierto período de tiempo los atracones interrumpen la dieta restrictiva y como consecuencia el peso del cuerpo tiende a permanecer en el rango normal. Al igual que con la AN, la tasa de remisión para la BN es baja en seguimientos a corto plazo (27-28% al año de seguimiento) y mejora en seguimientos más largos (hasta un 70% o más a los 10 años de seguimiento), pero casi el 23% tienen un curso prolongado crónico. El paso a la AN es raro, pero a un TCANE y a un TA se ha descrito en casi un 20% de los casos. Las tasas brutas de mortalidad de BN han oscilado entre 0% y 2%. También en la BN está afectado el funcionamiento laboral y educativo (Hay y Mond, 2005). La obesidad infantil, la baja autoestima y los trastornos de la personalidad (TP) parecen asociados con un peor pronóstico (C. G. Fairburn y Harrison, 2003).

El curso del TCANE es menos conocido, algunos estudios sugieren que el TCANE se recupera más rápidamente que una AN o BN (Agras, Crow, Mitchell, Halmi y Bryson, 2009; Ben-Tovim et al., 2001). A los 5 y 20 años de seguimiento, las tasas de remisión no difieren significativamente entre los TCANE que se caracterizaban por síntomas bulímicos y los diagnosticados de BN, con una tasa de remisión de un 70-75% (Keel y Brown, 2010). Un estudio observacional encontró que el flujo de diagnósticos de TCANE a AN y BN es común, y que TCANE es un diagnóstico menos estable que el de BN y AN

(Milos, Spindler, Schnyder, y Fairburn, 2005). A veces, el TCANE es visto como una forma "menos grave" de TCA, pero en un estudio reciente se observó una tasa bruta de mortalidad del 5,2%, similar a la encontrada en la AN (Crow et al., 2009).

Existen pocos datos disponibles sobre el curso del TA. Los pacientes suelen informar de una larga historia de ingestas compulsivas, con un aumento de la frecuencia en momentos de estrés, pero muchos también reportan largos periodos de tiempo libres de atracones (C. G. Fairburn y Harrison, 2003). Los resultados de los estudios indican que el TA se caracteriza por altas tasas de remisión espontánea (C. G. Fairburn y Cooper, 2007). A los cuatro años las tasas de remisión que se han reportado son del 82% en TA en comparación con el 47% de BN y el 57% de la AN (Agras et al., 2009). En los pacientes sin remisión, la migración del TA a una BN o AN es poco frecuente (Keel y Brown, 2010).

1.5 Etiopatogenia

Los conocimientos sobre la etiopatogenia de los TCA no permiten la descripción de un modelo causal único. Se describen a continuación los datos empíricos principales sobre diferentes variables involucradas en la patogénesis de estos trastornos.

1.5.1 Factores genéticos.

La influencia de una contribución genética en la etiología de los TCA proviene de los estudios de familia y de gemelos. Los familiares de los pacientes con TCA tienen un riesgo 10 veces mayor de desarrollar estos desórdenes que los familiares de los controles no afectados (C. M. Bulik y Tozzi, 2004). Los estudios con gemelos estiman que entre el 50-83% de la varianza en la AN, BN, y el TA se explica por factores genéticos (Javaras et al., 2008).

Los estudios de asociación genética se han centrado principalmente en los sistemas de neurotransmisión serotoninérgicos y de otros neurotransmisores del sistema nervioso central, así como en los genes implicados en la regulación del peso corporal. Desafortunadamente, los resultados de estos estudios no han sido confirmados (Scherag, Hebebrand y Hinney, 2010). Los estudios de ligamiento han identificado las regiones iniciales de ligamiento en los cromosomas 1, 3 y 4 (AN) y 10p (BN), pero estos

resultados son limitados debido a la baja potencia (Dalle y Grave, 2011).

1.5.2 Factores biológicos.

Los estudios sobre la función cerebral han observado que los receptores 5HT2A están reducidos y los receptores 5HT1A incrementados tanto en el estado agudo como tras la recuperación (Frank et al., 2002). Los receptores de la dopamina (DA2) en el cuerpo estriado se incrementan después de la recuperación (Frank et al., 2005). Otros estudios han confirmado la presencia de alteraciones en circuitos cerebrales en los TCA (Uher et al., 2003) que con frecuencia persisten después de la recuperación (Wagner et al., 2010). La persistencia de estas alteraciones después de la recuperación ha llevado a especular con que estas perturbaciones sean anteriores a la aparición de la AN y puedan predisponer al desarrollo de la enfermedad (Dalle y Grave, 2011).

1.5.3 Factores ambientales.

Los factores ambientales parecen influir en el desarrollo de los TCA desde el mismo momento de la concepción. Así se ha sugerido que las madres de los individuos con TCA podrían haber estado más expuestas al estrés durante el embarazo (Shoebriidge y Gowers, 2000). También se ha observado un aumento del riesgo de AN en niñas con un cefalohematoma o un nacimiento muy prematuro (Cnattingius, Hultman, Dahl, y Sparen, 1999), mientras que las complicaciones obstétricas parecen aumentar el riesgo tanto de la AN como de BN (Favaro, Tenconi, y Santonastaso, 2006).

Se han encontrado varios factores ambientales de riesgo potencial para los TCA tanto en estudios prospectivos (Eric y Stice, 2002) , como de casos y controles (Fairburn, Cooper, Doll y Welch, 1999). Algunos son más generales, como experiencias dañinas en la infancia (por ejemplo, negligencia, abuso físico y sexual, o disfunciones en la paternidad) (Burns, Fischer, Jackson y Harding, 2012), mientras que otros son experiencias perjudiciales específicas en relación a los alimentos y al peso (por ejemplo, la dieta de la familia, la obesidad en los padres, comentarios críticos sobre la alimentación, presiones para estar delgada por parte de la familia, amigas, etc.). Las experiencias perjudiciales en relación a la comida y la figura operan principalmente en los países occidentales por la sensibilización de las personas a su figura corporal, fomentando la dieta, y afectando principalmente a las

mujeres debido a la presión social sobre ellas para ser delgadas (Fairburn y Harrison, 2003) .

Volviendo a los factores generales, un estudio reciente establece que la relación entre las experiencias dañinas en la infancia, como el maltrato, se relaciona con los TCA a través de los déficits en la regulación emocional (Burns et al., 2012). Diferentes estudios han observado incidencia alta de abuso sexual durante la infancia en pacientes con TCA, algún estudio ha observado que también el maltrato físico aumenta el riesgo de TCA, en el estudio citado se observa que también el maltrato emocional aumenta el riesgo. Diferentes estudios han relacionado el maltrato emocional con una predisposición psicopatológica más general a través de una regulación emocional. Con este déficit no sólo nos referimos a experimentar más emociones negativas, sino a la capacidad para etiquetarlas, tolerar la angustia, y ser capaz de dirigir la conducta de forma adaptativa a pesar de la angustia. Desde esta perspectiva, podemos entender los síntomas alimentarios como formas de evitar o controlar inadecuadamente las emociones negativas.

Los ambientes abusivos se caracterizan por criticar o castigar la expresión emocional y negar o minimizar las emociones. Esto lleva al niño a estrategias de evitación de emociones, de supresión de las mismas y a no buscar apoyo. Todas éstas son formas desadaptativas de afrontamiento emocional, que tienen su reflejo en la vida adulta, llevando a estrategias de evitación experiencial, de no aceptación de emociones y de afrontamiento basadas en la evitación e inhibición. Queda por verificar estas hipótesis en estudios longitudinales, pues también es posible que el abuso emocional pueda influir en el posterior desarrollo de TCA a través de otras vías, en concreto es posible que las críticas recibidas contribuyan a un bajo autoconcepto. Así existen investigaciones que relacionan el abuso emocional con la baja autoestima, y una baja autoestima puede generar preocupaciones por el peso y la figura, lo que llevaría a iniciar restricción dietética, y ésta, a su vez, aumenta el riesgo de atracones y posteriores purgas. Más investigación es necesaria para comprobar cuáles de estos caminos conduce a los TCA (Burns et al., 2012).

1.5.4 Procesos psicológicos.

Varias teorías psicológicas se han propuesto para explicar el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la alimentación, pero la teoría cognitivo-conductual ha sido la más influyente en la producción de tratamientos basados en la evidencia (Fairburn, Cooper y Shafran, 2003). Según esta teoría, en su último desarrollo transdiagnóstico

(Fairburn et al., 2003), la sobrevaloración de la forma y el peso, así como los métodos empleados para su control son fundamentales en el mantenimiento de todos los TCA. Las otras características clínicas se derivan de esta característica nuclear o bien directamente (por ejemplo, la dieta estricta, el uso indebido de compensación vómitos/laxante, el bajo peso) o indirectamente (por ejemplo, atracones) que además mantienen la patología.

Así, la teoría cognitiva da mucha importancia a las preocupaciones por la figura y el peso, las cuales hacen que las pacientes comiencen con dieta restrictiva. Por otra parte la dificultad para mantener una dieta restrictiva absoluta hace que, a veces, la norma se salte, comiendo fuera de la misma, en ese momento se activa un esquema de todo o nada, y la persona finaliza incurriendo en un atracón (Wilson, Grilo y Vitousek, 2007).

En relación a estas preocupaciones por la figura y el cuerpo, también se ha observado como variable de riesgo y de mantenimiento la interiorización del ideal de delgadez. El grado en el que cada individuo ha interiorizado las ideas de belleza socialmente establecidas actualmente en occidente, especialmente la delgadez, influye en el inicio y mantenimiento de los síntomas (Schnitzler, Von Ranson y Wallace, 2012). Un estudio reciente intenta establecer como el grado de interiorización de este ideal social de delgadez (que se interioriza por dos vías, los medios de comunicación y familia-iguales) influye en la insatisfacción corporal, al comparar sus cuerpos con ideales que suponen una discrepancia en muchas mujeres. Sin embargo, estos autores piensan que, otras variables como la autoestima, el IMC o rasgos de personalidad pueden estar mediando en esta relación (Mitchell, Petrie, Greenleaf y Martin, 2012).

La teoría cognitiva también propone en esta misma línea que en ciertos pacientes uno o más de los siguientes procesos adicionales interactúan en el mantenimiento de la psicopatología creando un obstáculo adicional para el cambio. Los cuatro mecanismos propuestos son (Fairburn et al., 2003): 1) el perfeccionismo, estas pacientes establecen objetivos muy altos para si mismas; 2) baja autoestima; 3) dificultad para manejar emociones negativas; y 4) las dificultades interpersonales, tales como un patrón patológico de relación familiar. Los datos de varios estudios experimentales apoyan la opinión de que es necesaria la corrección de estos procesos para la recuperación, al menos para BN (Fairburn y Harrison, 2003).

El perfeccionismo patológico y los problemas interpersonales pueden asociarse a la

idea de autoconcepto bajo al que el individuo responde intentado dar una imagen de perfección ante los demás. La intolerancia a las emociones negativas puede entenderse como consecuencia de estas dos variables (Patterson, Wang y Slaney, 2012).

Desde la perspectiva psicodinámica algunos autores han planteado que muchas de estas mujeres desarrollan un falso yo ante la imposibilidad de aceptar determinados aspectos de su yo verdadero. Se esfuerzan entonces en mostrar públicamente un yo perfecto y unas relaciones sociales ideales, que finalmente terminan siendo frustradas (Strober, 1991).

Ya hemos hablado anteriormente de los efectos de los ambientes abusivos durante la infancia. En los últimos años se ha hablado mucho de las consecuencias negativas que puede tener la crianza del niño en un ambiente invalidante. Linehan (2003) define los ambientes invalidantes como aquellos en los que las emociones de los niños no son aceptadas, y la expresión de las mismas es rechazada o negada. Se trataría de un ambiente en el que la persona no aprende la normalidad de las emociones, generando posteriormente en la vida adulta mecanismos de bloqueo ante las mismas, que en el caso de los TCA pueden ser por ejemplo atracones o una conducta alimentaria restrictiva (Haslam, Arcelus, Farrow y Meyer, 2012) . Así, se ha comprobado como la existencia de creencias disfuncionales sobre las emociones que posteriormente se asocian a la presencia y mantenimiento de diferentes síntomas alimentarios ocurre más en pacientes que han padecido un ambiente invalidante en la infancia (Ford, Waller y Mountford, 2011). La investigación se ha centrado sobre todo en como influye una familia que invalida las emociones en el procesamiento emocional del niño, y se ha comprobado como muchos de los niños responden a dicho ambiente entendiendo que esos estados emocionales son negativos y utilizan, por tanto, mecanismos de bloqueo para reducir la conciencia de los mismos. Estos mecanismos de bloqueo pueden incluir conductas tales como dieta restrictiva, atracones y purgas o ejercicio físico excesivo.

Otras investigaciones han relacionado esta actitud ante las emociones con casos de abuso infantil, negligencia paterna o malos cuidados paternos. En un estudio reciente se observa como la prevalencia de maltrato emocional en la infancia es mayor en pacientes con BN que en controles sanos y como esta relación está mediada por los efectos en ineficacia y en inestabilidad emocional. Es decir, el abuso emocional en la infancia genera baja autoestima y déficit en la regulación de emociones lo que a su vez aumenta el riesgo de síntomas de trastornos alimentarios (Groleau et al., 2012).

Una posible forma en la que esta invalidación en la infancia genera TCA posterior puede ser a través de la generación de actitudes negativas sobre la expresión de emociones. Muchas mujeres con TCA creen que otros pueden rechazarlas si expresan sus verdaderas emociones (Haslam et al., 2012).

Desde otro punto de vista, estudios recientes han observado algunas deficiencias en el funcionamiento neuropsicológico de las personas con TCA. Por ejemplo en AN Y BN se ha observado una dificultad de integración del contexto (en conseguir la esencia o el "patrón general") (López, Tchanturia, Stahl y Treasure, 2008) en la fase aguda de la enfermedad. En los individuos BN se aprecia un patrón desinhibido de respuesta, y una alteración de la capacidad de toma de decisiones (Cavedini et al., 2004) y de la cognición social (Zucker et al., 2007). Estos déficits interfieren en las relaciones interpersonales y podrían influir negativamente en el progreso de las terapias psicológicas (Cavedini et al., 2006). Este conjunto de déficit también parecen estar presentes tanto durante como después de la recuperación de la AN, así como en otros miembros de la familia que no tienen TCA (Holliday, Tchanturia, Landau, Collier y Treasure, 2005).

Para finalizar este apartado, uno de los últimos estudios que se ha realizado utilizando diferentes posibles factores etiológicos, tanto genéticos como ambientales, fue un estudio longitudinal prospectivo con un seguimiento de 7 años sobre un total de 580 gemelos homocigóticos y dicigóticos donde se estudió además de la mayor carga genética, la influencia de una personalidad con alto neuroticismo y la cantidad de exposición a televisión y a videojuegos. La ecuación de regresión resultante incluía una variable genética, el nivel de neuroticismo y el sexo femenino. Contrariamente a la teoría de los medios, la exposición a la televisión y a los videojuegos resultó protectora de TCA en el grupo de gemelos dicigóticos y no tuvo influencia en gemelos monocigóticos. Así, los autores concluyen que tanto los factores genéticos como los rasgos de personalidad son muy importantes en la generación de un TCA (Ferguson, Munoz, Winegard y Winegard, 2012).

1.5.5 Otros factores etiopatológicos.

El género femenino es un potente factor de riesgo para los TCA, aunque no se sabe con certeza qué parte de esta asociación puede atribuirse a factores biológicos y cuál a sociales.

La adolescencia es otro factor de riesgo para los TCA en los que la interacción de factores biológicos (por ejemplo hormonales) y ambientales (por ejemplo, nuevos desafíos y acontecimientos estresantes) pueden actuar desencadenando el trastorno.

También se han encontrado como factores de riesgo algunas características premórbidas (por ejemplo, baja autoestima, perfeccionismo, la interiorización del ideal de delgadez) antecedentes familiares de depresión y de alcoholismo (en BN) y la menarquía precoz (BN) (Jacobi, Hayward, Zwaan, Kraemer y Agras, 2004).

Un estudio longitudinal prospectivo relaciona como factor de riesgo el ejercicio físico compulsivo, prediciendo mayores tasas de obsesión por la delgadez y rasgos de personalidad perfeccionistas y obsesivo compulsivo (Goodwin, Haycraft, Willis y Meyer, 2011).

En resumen, no existe una variable única necesaria y suficiente que explique la aparición de los TCA, teniendo que recurrirse a la influencia de múltiples factores. Por una parte, algunas investigaciones apoyan la influencia de factores genéticos, pero la investigación mayoritaria se ha centrado en aspectos ambientales. Ya desde el mismo embarazo factores como el estrés materno o las dificultades en el parto aumentan el riesgo de desarrollo de un TCA. El sexo femenino y la adolescencia son dos factores de riesgo clave, junto a la presión social por la esbeltez propia de la sociedad occidental y que promueve la interiorización de un ideal de belleza centrado en la misma. Estos factores influyen en que la persona comience a realizar una dieta, y la ruptura ocasional de la misma, por el efecto de violación de la abstinencia, aumenta el riesgo de atracón, lo que a su vez aumenta el riesgo de conductas para compensar la sobreingesta del mismo.

Por otra parte, se asume que diferentes características personales, especialmente una baja autoestima, un mal manejo de emociones, el perfeccionismo y las dificultades interpersonales, son también muy importantes para el desarrollo y mantenimiento del trastorno. El desarrollo de estas características se ha asociado, a su vez, a la crianza en ambientes invalidantes, que rechazan, niegan o critican la expresión de las emociones infantiles, y que generan una reducción de la autoestima y un mal manejo de emociones. La baja autoestima lleva a un intento de perfeccionismo para sentirse bien y para conseguir la aprobación de los demás. La necesidad de aprobación de los demás, fomenta la evitación de la expresión emocional por temor al rechazo de los demás, lo que estaría en la base de los

conflictos interpersonales. Los síntomas en los TCA serían en parte una forma de evitar o escapar de las emociones, ante la dificultad para un manejo adecuado. La reducción de peso mediante la dieta también buscaría la aprobación de los demás, ante una mayor necesidad de confirmación externa secundaria a un bajo autoconcepto.

1.6 Las complicaciones físicas

Las complicaciones físicas encontradas en los TCA son secundarias a tres mecanismos propios de estos trastornos y que frecuentemente operan juntos: la restricción alimentaria, el bajo peso y las purgas. El examen físico de un paciente con AN muestra adelgazamiento, hipotensión, bradicardia e hipotermia (Becker, Grisón, Klibanski y Herzog, 1999). Otros signos comunes son piel seca, lanugo, caída del pelo, coloración de la piel de las manos naranja y atrofia de las mamas. En los pacientes que se autoinducen vómitos se puede observar el signo de Russell (un engrosamiento o cicatrización en la superficie dorsal de la mano causado por la presión de las manos contra los dientes mientras se induce el vómito), hinchazón de las glándulas salivales, y erosión del esmalte dental (Fairburn y Harrison, 2003). Las pruebas de laboratorio también pueden mostrar diferentes valores anormales.

Pueden aparecer síntomas gastrointestinales (por ejemplo, hinchazón, náuseas, malestar epigástrico, sensación de llenura y estreñimiento), que paralelamente pueden aumentar la sensación de saciedad, las preocupaciones sobre el control de la alimentación y la intensificación de la restricción dietética. Sigue siendo discutible si estos síntomas son determinados por la psicopatología del TCA o por un trastorno de la motilidad gástrica secundario a la desnutrición (Benini et al., 2004). La recuperación del peso completo tiende a mejorar, pero no a normalizar, el vaciado gástrico y los síntomas gastrointestinales (Benini et al., 2004). La pérdida de hueso es de especial preocupación entre los pacientes con un largo historial de TCA (Mehler y MacKenzie, 2009).

Existe una condición llamada “síndrome de realimentación” que puede ocurrir durante las primeras semanas de normalización de ingesta en los pacientes de peso muy bajo. El síndrome puede incluir complicaciones menores (por ejemplo, edema en miembros inferiores transitorios) o complicaciones graves que requieran atención inmediata, incluida

por ejemplo un colapso cardiovascular (Yager y Andersen, 2005).

En los pacientes con BN las complicaciones físicas son menores, pero en aquellos con una alta frecuencia de vómitos autoinducidos es común encontrar alteraciones electrolíticas, daño dental y el signo de Russell. En pacientes con TA no suelen presentarse complicaciones, más allá de la obesidad. (Dalle y Grave, 2011).

1.7 Comorbilidad psicopatológica

Junto a la AN se diagnostican frecuentemente depresión mayor, trastornos de ansiedad y rasgos obsesivo-compulsivo (Bulik, Sullivan, Fear y Joyce, 1997; K. A. Halmi et al., 2003). Los trastornos de ansiedad pueden ser anteriores a la aparición del TCA y tanto estos como la depresión pueden persistir después de la recuperación (Pollice, Kaye, Greeno y Weltzin, 1997). Aproximadamente el 20% de los pacientes con AN reportan la presencia durante la infancia de trastornos del desarrollo (por ejemplo, los del espectro autista y déficit de atención con hiperactividad) (Wentz et al., 2005). Con respecto a la BN y al TA coexisten frecuentemente trastornos afectivos (McElroy, Kotwal y Keck, 2006), abuso de alcohol (Gadalla y Piran, 2007) o de otras sustancias (Calero-Elvira et al., 2009), así como rasgos de personalidad límite (Lilenfeld, Wonderlich, Riso, Crosby y Mitchell, 2006).

En un estudio reciente se observan también tasas mayores de ideación autolítica pero mediadas por rasgos de personalidad, en concreto por alexitimia. Así en una muestra de pacientes con TA, los que obtienen una puntuación mayor en alexitimia muestran una mayor ideación autolítica (Jarano et al., 2012).

Un problema importante para evaluar con precisión la psicopatología asociada a los TCA es el hecho de que muchos de estos síntomas psicológicos y psiquiátricos pueden ser el resultado de la propia inanición (D. Garner, 1997). De hecho, se ha comprobado que, aún sin existir un TCA, los síntomas secundarios a la inanición abarcan todas las áreas de funcionamiento psicológico y social (Keys, 1950). Revisamos a continuación cuales son esos síntomas que pueden explicarse únicamente por la restricción alimentaria.

1.7.1 Efectos de la inanición sobre el comportamiento.

- Rituales de alimentación (comer muy lentamente, cortar la comida en trozos pequeños,

mezclar la comida de una manera extraña).

- Lectura de libros de cocina y coleccionar recetas.
- Aumentar el consumo de café y de té.
- Aumentar el uso de sal, especias, sopa caliente y agua.
- Comerse las uñas.
- Aumento del consumo de tabaco.
- Episodios bulímicos.
- Aumento en el ejercicio para evitar una reducción en el contenido calórico de la dieta.
- La automutilación.

1.7.2 Efectos psicológicos de la inanición.

- Deterioro de la capacidad de concentración.
- Pensamiento excesivo por la comida y el comer.
- Depresión.
- Labilidad afectiva.
- Irritación.
- Hambre.
- Ansiedad.
- Apatía.
- Episodios psicóticos.
- Cambios en la personalidad.

1.7.3 Efectos sociales de la inanición.

- Aislamiento social.
- Pérdida de apetito sexual.

Dado que muchos de los síntomas postulados de co-morbilidad psiquiátrica en realidad pueden ser consecuencia de la restricción calórica y el bajo peso, es aconsejable esperar a la normalización de la ingesta de comida y del peso con el fin de obtener una imagen clara del funcionamiento psicológico y de personalidad de estos pacientes (Garner, 1997).

1.8 Tratamiento

En el año 2004, el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica de Reino Unido (NICE) publicó unas directrices para los TCA (Instituto Nacional de Excelencia Clínica, 2004) que mejoran significativamente las limitaciones de las revisiones narrativas tradicionales o las directrices emitidas por las asociaciones profesionales (Wilson & Shafran, 2005). Las directrices NICE están basadas en la evidencia y las recomendaciones se clasifican desde A (fuerte apoyo empírico a partir de ensayos aleatorios bien realizados) a C (opinión de expertos sin sólidos datos empíricos). Las recomendaciones sobre el tratamiento de los TCA son más de cien, aunque la mayoría están en el nivel C.

NICE concluyó que hay evidencia insuficiente para hacer recomendaciones basadas en la evidencia sobre el tratamiento de adultos con AN. Sin embargo, sí establece tres recomendaciones prioritarias para su aplicación en este grupo. En primer lugar, a los niños y adolescentes se les debe ofrecer tratamiento familiar que aborde directamente el trastorno de la alimentación (B). En segundo lugar, la mayoría de los pacientes con AN deben ser manejados en forma ambulatoria (C). Tercero, los servicios de hospitalización deben combinar la realimentación y las intervenciones psicosociales (C).

Dentro de la BN, el mayor grado de evidencia (A) se le da a la Terapia Cognitivo-Conductual para la Bulimia Nerviosa, que, por lo tanto, se debe ofrecer a los adultos con BN; una conclusión confirmada por dos revisiones sistemáticas recientes (Shapiro et al., 2007; Wilson et al., 2007). La recomendación se basa en un apoyo empírico para esta terapia, que ha sido ampliamente probado en más de 20 ensayos controlados aleatorios que

muestran la mayor eficacia de este enfoque con respecto a otras intervenciones psicológicas. Esta psicoterapia consigue una mejora sustancial y persistente, obteniendo una recuperación completa y duradera para entre un tercio y la mitad de los pacientes.

Para el TCANE, la NICE señala que no es posible hacer recomendaciones basadas en la evidencia sobre el tratamiento pues no existe investigación al respecto. La recomendación es que se sigan las directrices sobre el TCA específico cuyas características más se asemejen al trastorno del paciente (C). Para el TA la NICE recomienda que a los adultos se les debe ofrecer una forma específicamente adaptada de la terapia cognitivo conductual (A), una recomendación confirmada también por una revisión sistemática reciente (Brownley, Berkman, Sedway, Lohr y Bulik, 2007).

En los últimos años la investigación viene recomendando que las intervenciones se hagan centrándose en la patología de personalidad asociada a los TCA que además es la que más determina su nivel de funcionamiento (De Bolle et al., 2011). Otro hecho que se ha estudiado es el abandono del tratamiento o el negarse a ser tratadas, lo cual algunos estudios han relacionado también, entre otras variables, con rasgos de personalidad (Arikian, s. f.). Diferentes investigadores han observado que determinados perfiles de personalidad empeoran los resultados del tratamiento, y que la intervención en esos aspectos (por ejemplo regulación de emociones) sería necesaria para una mejor resolución de estos casos (Eric Stice, Bohon, Marti y Fischer, 2008). Otro de los problemas en el tratamiento son las altas tasas de abandono, también en este aspecto, los trastornos y rasgos de personalidad han resultado predictivos (Pham-Scottez et al., 2012).

En esta línea diferentes investigaciones han adaptado por ejemplo la metodología de la terapia dialéctica conductual, creada en principio para los trastornos de personalidad, a pacientes con TCA, obteniendo buenos resultados (Coubasson, Nishikawa y Dixon, 2012).

A la inversa, un estudio reciente comprobó como la reducción de la sintomatología alimentaria a través de terapia cognitivo conductual consigue también cambiar algunos rasgos del temperamento (dependencia a la recompensa, evitación al daño) y del carácter (auto-dirección y auto-transcendencia) (Agüerea et al., 2012).

1.9 Prevención

Los TCA han sido objeto de programas tanto de prevención primaria, a través de la

minimización del riesgo y la mejora de los factores de protección, como de prevención secundaria, a través de la identificación temprana de individuos que muestran formas subclínicas de TCA. Los programas de prevención primaria que se han realizado con estudiantes se han hallado efectivos para cambiar las actitudes en aproximadamente la mitad de los mismos, y han conseguido cambiar el comportamiento de forma mantenida en alrededor de una quinta parte de los estudiantes (Piran, 2005). La prevención secundaria reveló que, en estudios de seguimiento de aproximadamente tres meses, se mantiene un cambio de actitud en las dos terceras partes de la muestra y un cambio de comportamiento en cerca de dos quintas partes de los participantes (Piran, 2005).

Otra revisión del tema revela que no todos los programas consiguen los mismos resultados, y se obtienen mayores efectos cuando se trabaja con grupos seleccionados por riesgo más que con programas de carácter universal. La misma revisión también establece que son más efectivos los programas que utilizan estrategias interactivas versus didácticas y multisesión versus una sola sesión, así como aquellos destinados a mujeres versus a ambos sexos y a personas de más de 15 años versus a menores, por último, también se ha comprobado que son más efectivos los llevados a cabo por profesionales clínicos (Eric Stice, Shaw y Marti, 2007).

Puesto que los programas que se centran en población de riesgo se han mostrado más eficaces que los que se emplean en población general, sería muy útil disponer de un modelo que permitiera seleccionar fácilmente a sujetos con riesgo que aún no han desarrollado el trastorno, o a los pacientes que comienzan con síntomas lo más precozmente posible. Un modelo de riesgo que pudiera utilizarse fácilmente podría estar basado en ciertos rasgos de personalidad. De hecho, en la actualidad, existen ya algunos estudios que han demostrado el efecto beneficioso de trabajar con rasgos de personalidad no sólo para detectar a población de riesgo, sino para incluso incidir directamente en ellos reduciendo así la probabilidad de padecer en el futuro un TCA. Así Wilksch et al (2008) realizan un intervención preventiva mediante un programa de intervención sobre perfeccionismo consiguiendo reducir con el mismo el riesgo de síntomas alimentarios más allá de lo conseguido con los programas convencionales.

A modo de cierre de este primer capítulo, decir que en el mismo se ha realizado una revisión general del estado de conocimiento sobre los TCA. Se comenzaron analizando las controversias sobre las categorías diagnósticas y las dificultades que se añaden ante la

negación de síntomas de los pacientes. En este sentido se sugería que un modelo basado en características psicológicas asociadas podría ayudar a la detección de personas con riesgo o de pacientes en las primeras etapas de la enfermedad, facilitando también, por tanto, la identificación en los estudios epidemiológicos. Se ha revisado también el estado de conocimiento sobre la etiología de estos trastornos, mostrándose la influencia de diferentes variables, desde la genética hasta factores ambientales como el ideal de belleza basado en la delgadez, destacando también aquí la influencia de personalidad como factor de riesgo. Con respecto a los resultados obtenidos por los tratamientos, hemos descrito como algunos pacientes responden favorablemente a los tratamientos convencionales centrados en los síntomas alimentarios mientras que otros pacientes con determinadas características de personalidad no responden a dichos tratamientos y sería conveniente atender a dichas características de personalidad para tratarlas en paralelo. Por último, se han revisado los resultados de los programas de prevención, apreciándose un mejor funcionamiento de aquellos que funcionan con población de riesgo. De nuevo en esta área resulta de interés utilizar modelos de riesgo basados en variables de personalidad, e incluso incluir en estas intervenciones las características que se hayan demostrado precursoras de dichos trastornos.

En conclusión, la revisión realizada en este primer apartado nos aporta que los rasgos de personalidad podrían estar relacionados con la detección, predisposición, prevención y tratamiento de los TCA, motivo por el cual analizaremos, en los siguientes apartados, los datos que la investigación ha reportado en esta área.

2. VARIABLES DE PERSONALIDAD EN LOS TCA

La importancia otorgada al estudio de la personalidad en los TCA se fundamenta en las relaciones existentes entre ambos grupos de variables, resumidas en la parte final del capítulo 1. Así la personalidad puede ser útil en relación a la detección de personas con TCA o elevado riesgo de padecerlo, lo que a su vez resulta muy útil para la selección del establecimiento de programas de prevención, igualmente se relaciona con la respuesta al tratamiento y existen autores que vinculan la necesidad de una adaptación de la intervención en función de las características de la misma.

Por todo esto, en los últimos años han proliferado las investigaciones sobre la personalidad en los TCA, pudiéndose dividir las mismas según varios criterios. Por una parte, podemos diferenciar entre los estudios que utilizan enfoque dimensional o categorial. Dentro del enfoque dimensional, unos se han centrado en dimensiones concretas y otros han utilizado instrumentos de evaluación más global de la personalidad. Por otra parte están los que utilizan un enfoque categorial de la personalidad, intentando relacionar trastornos de personalidad con TCA. Por último, algunos estudios se han centrado en la búsqueda de prototipos de personalidad. Desde otra perspectiva, también pueden realizarse distinciones metodológicas en función del diseño de los estudios y las diferentes implicaciones causales según el mismo.

Así, en este capítulo 2 realizaremos un análisis por los datos obtenidos en el estudio de las diferentes variables de personalidad. Analizaremos, en primer lugar, las investigaciones que han utilizado un enfoque dimensional, tanto sobre rasgos concretos como con instrumentos multidimensionales, posteriormente analizaremos los resultados obtenidos desde un enfoque categorial, y para finalizar intentaremos integrar el conocimiento derivado de ambos modelos y expondremos los estudios que utilizan el establecimiento de prototipos. El estudio sobre los diferentes modelos de relación y la metodología necesaria para su puesta a prueba se revisará posteriormente en el capítulo 3.

2.1 El enfoque dimensional de la personalidad en los TCA

2.1.1 Investigaciones con instrumentos generales de personalidad.

La relación entre los TCA y los rasgos de personalidad ha sido examinada usando instrumentos generales de evaluación de la personalidad. Debido a las dificultades inherentes a la comparación de los resultados de los estudios que utilizan diferentes construcciones teóricas e instrumentos, se ha decidido revisar los estudios organizándolos por las diferentes pruebas.

2.1.1.1 Multidimensional Personality Questionnaire” (MPQ) (Tellegen, 1982).

Los investigadores que han utilizado este instrumento han encontrado que los síntomas de TCA muestran una correlación inversa con la emocionalidad positiva (disposición a experimentar, por ejemplo, placer y felicidad) y una correlación positiva con la emocionalidad negativa (disposición a experimentar, por ejemplo, dolor, pena, depresión o ansiedad) (Casper, Hedeker y McClough, 1992). Los estudios que han examinado las diferencias entre subtipos purgativos y restrictivos de TCA con esta prueba, sugieren que ambos subtipos presentan una alta reactividad al estrés y un bajo bienestar psicológico, pero los individuos con la Anorexia Nerviosa Restrictiva (ANR) suelen ser más controlados y reservados en relación a los controles y a los pacientes con Bulimia Nerviosa; mientras que los individuos con Bulimia Nerviosa (BN) suelen ser más impulsivos que las personas con ANR (Casper et al., 1992).

2.1.1.2 Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) (Hathaway y McKinley, 1943).

El MMPI se ha utilizado ampliamente para evaluar los perfiles de personalidad de las personas con TCA. Algunos estudios de tamaño muestral pequeño han hallado diferentes perfiles según el subtipo de TCA, encontrando que los individuos con ANR mostraban un perfil depresivo, mientras que aquellos con BN y ANP tendían a tener un perfil expresivo/dramático (Casper et al., 1992; Lilienfeld et al., 2006; Stein y Corte, 2007). Sin embargo, dos estudios con muestras de tamaño mayor sugieren que los individuos con TCA en realidad pueden tener perfiles de MMPI más similares de lo que se pensaba (Cumella, Wall y Kerr-Almeida, 1999, 2000).

2.1.1.3 Cuestionario de Personalidad Tridimensional (TPQ) (Cloninger, 1987) y el Inventario del Temperamento y del Carácter (TCI) (Cloninger, Svrakic y Przybeck, 1993).

Cloninger distingue la evaluación del temperamento y del carácter. Con el "Temperamento" se refiere a las respuestas emocionales que son heredables y bastante estables durante toda la vida y que están mediadas por el funcionamiento de neurotransmisores (Cloninger et al., 1993). Con el "Carácter" se refiere a las diferencias individuales en objetivos y valores que se desarrollan a través de la experiencia (Cloninger et al., 1993). El TPQ se desarrolló para medir tres dimensiones temperamentales independientes: la búsqueda de novedad, la evitación del daño, y la dependencia de la recompensa (Cloninger, 1987). El TCI incluye una dimensión temperamental adicional de persistencia (refleja el mantenimiento del comportamiento) y tres rasgos de carácter: auto-trascendencia, auto-direccionalidad, y cooperación.

Dimensiones del temperamento.

Evitación del daño: Tendencia a responder de forma intensa a las señales y estímulos aversivos. Se trata de un sistema de inhibición de la conducta con el fin de evitar el castigo. El neurotransmisor relacionado es la serotonina. Dentro del modelo de los 5 grandes estaría relacionado directamente con el neuroticismo e inversamente con extraversión.

Búsqueda de novedad: Tendencia a responder a estímulos nuevos y a señales de recompensa que conduce a una actividad exploratoria en búsqueda de recompensas (refuerzo positivo o negativo). Se trata por tanto de un sistema de activación de la conducta y el neurotransmisor relacionado es la dopamina. Dentro del modelo de los 5 grandes se asocia positivamente con extraversión y en un grado menor con apertura a la experiencia y de forma inversa con responsabilidad. Igualmente, la búsqueda de novedad se relaciona positivamente con la impulsividad y la búsqueda de sensaciones de Zuckerman.

Dependencia de la recompensa: Esta dimensión se relaciona con el refuerzo social y la sensibilidad a las señales sociales, el malestar en relación con la separación social y la dependencia a la aprobación de otros. Se trata del sistema de apego y afiliación social. El neurotransmisor implicado principalmente es la noradrenalina.

Persistencia: Tendencia a mantener la conducta a pesar de que los refuerzos sean intermitentes.

Dimensiones del carácter.

Autodireccionalidad: Tendencia a mantener la conducta dirigida a los objetivos y valores elegidos libremente adaptándose a las circunstancias. Una baja autodireccionalidad está relacionada con todos los trastornos de personalidad en general. Conceptualmente está

muy relacionado con el locus de control, de tal forma que una baja autodireccionalidad estaría relacionada con un locus de control externo, mientras que una alta autodireccionalidad se relacionaría con un locus de control interno. Dentro del modelo de los 5 grandes, correlacionaría de forma inversa con el neuroticismo y de forma directa con la responsabilidad.

Cooperativismo: El grado en el que la persona tiende a ser amable en sus relaciones con otras personas, en lugar de agresivo, egoísta y hostil. Se relaciona con aceptación incondicional de los demás, empatía y voluntad de ayudar. Se asocia a todas las categorías de TP y está fuertemente relacionado con la dimensión de amabilidad del modelo de los 5 grandes.

Autotranscendencia: Rasgo asociado a experimentar ideas espirituales tales como la consideración de uno mismo como parte integral del universo. Unas puntuaciones altas en autotranscendencia junto a bajas en cooperativismo y autodireccionalidad se ha relacionado con psicosis. Dentro del modelo de los 5 grandes se relacionaría con la apertura a la experiencia.

El TCI ofrece una oportunidad de conciliar los enfoques categoriales y dimensionales de la personalidad, pues algunas dimensiones del temperamento y del carácter interactúan con otras generando una vulnerabilidad a los trastornos de personalidad (Cloninger et al., 1993).

La investigación en general muestra que niveles altos en evitación del daño y baja en autodirección y cooperativismo son comunes a todos los TCA (Fassino et al., 2002; Fassino, Daga, Piero, Leombruni y Rovera, 2001; K.L. Klump et al., 2000). Se trata de individuos que tienden a reaccionar a las situaciones estresantes con inhibición conductual, miedo, ansiedad y depresión. Por otra parte, los individuos con atracones y/o purgas tienden a puntuar más bajo en autodirección en comparación con los individuos con alimentación restrictiva (K.L. Klump et al., 2000). A su vez, una baja autodirección y un bajo cooperativismo parecen relacionados con el padecer un Trastorno de Personalidad (Svrakic, Whitehead, Przybeck y Cloninger, 1993). Esto podría ayudar a explicar por qué las personas con ANB y BN pueden tener un mayor riesgo para el desarrollo de un trastorno de personalidad.

En comparación con los controles y los TCA con conductas purgativas, las personas con ANR tienden a puntuar alto en persistencia (Fassino et al., 2002, 2001; Klump et al., 2000), y una alta persistencia se asocia con laboriosidad, perseverancia, perfeccionismo,

rigidez y la obsesión. Estas características pueden ayudar a perpetuar la conducta alimentaria restrictiva y a proteger contra el desarrollo de los atracones y las purgas.

Los individuos con la ANR también tienden a puntuar bajo en búsqueda de novedad (Fassino et al., 2002, 2001; Klump et al., 2000) sugiriendo que prefieren evitar el riesgo y se muestran reacios a participar en nuevas actividades (Fassino et al., 2001). En contraste a los individuos con la ANR, las personas con trastornos caracterizados por atracones y purgas obtienen puntuaciones más altas en búsqueda de novedad (Fassino et al., 2002, 2001; Klump et al., 2000). Ello significa que tienden a ser más impulsivos, excitables, dramáticos, e intolerantes a la rutina, características que pueden contribuir a la tendencia hacia los atracones, purgas, y otras conductas impulsivas (Brewerton, Hand y Bishop, 1993).

Aunque previamente se pensaba que la alta dependencia de la recompensa era una característica central de la ANR, proponiendo que estas personas son sensibles a la alabanza y recompensa y persisten en actividades que han sido recompensadas hasta el agotamiento, los estudios por lo general no apoyan esta hipótesis. Así, sobre las medidas de dependencia de la recompensa, las personas con AN tienden a puntuar de manera similar a las personas con BN (Fassino et al., 2001) y a los controles de la comunidad (C. M. Bulik, Sullivan, & Kendler, 2000).

2.1.1.4 El Inventario de Personalidad NEO (NEO-PI) (Costa y McCrae, 1985) y el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ) (Eysenck, H.J., 1975).

Ambos coinciden en evaluar neuroticismo y extraversión, sin embargo, el NEO-PI mide también otras dimensiones como la conciencia/responsabilidad, la amabilidad y la apertura a la experiencia, mientras que el EPQ cuenta con una escala de psicoticismo. El NEO-PI, además, evalúa los rasgos de personalidad más específicos que componen estas dimensiones.

La subescala de psicoticismo EPQ evalúa características como la no conformidad, la impulsividad, la paranoia y la falta de empatía. Las asociaciones entre psicoticismo y síntomas de TCA son débiles o inexistentes (Diaz-Marsa, Carrasco y Saiz, 2000; Finlayson, Kelly, y Saklofske, 2002; Geissler y Kelly, 1994; Janzen, Saklofske y Kelly, 1993).

Las personas con TCA puntúan más alto en neuroticismo en comparación con los controles (Diaz-Marsa et al., 2000; Ghaderi y Scott, 2000; Podar, Hannus y Allik, 1999; Tomaz y Zanini, 2009). Además, diferentes estudios han extrapolado a población no clínica estas conclusiones, observando una correlación entre síntomas de TCA y neuroticismo tanto

en muestras universitarias (Brookings y Wilson, 1994; Geissler y Kelly, 1994; Janzen et al., 1993) como en comunitarias (Gual et al., 2002; T.D. Wade, Bulik, Neale, y Kendler, 2000).

Las asociaciones halladas entre extraversión y TCA han sido, en general, más débiles tanto en muestras clínicas (Diaz-Marsa et al., 2000; Podar et al., 1999) como en no clínicas (Brookings y Wilson, 1994; Finlayson et al., 2002; Geissler y Kelly, 1994; Gual et al., 2002; Janzen et al., 1993).

Aunque las dimensiones restantes han sido poco estudiadas, los datos que existen, sugieren que las personas con TCA tienden a ser menos responsables (Ghaderi y Scott, 2000; Podar et al., 1999), menos agradables/simpáticos y más abiertos a la experiencia que los controles (Ghaderi y Scott, 2000). Esta última dimensión, la apertura a la experiencia, parece funcionar como factor de riesgo de TCA pero sólo cuando se combina con alto neuroticismo y baja amabilidad. Estos rasgos se han encontrado al comparar pacientes diagnosticados de TCA y controles libres de síntomas. Pero además, en estudios prospectivos, también diferencian, dentro de un grupo de personas sin síntomas, a los que posteriormente desarrollan el trastorno, funcionando, por tanto, como verdaderos factores de riesgo (Ghaderi y Scott, 2000). Una limitación de estos estudios es que los diagnósticos no suelen ser realizados con entrevistas de profesionales, sino por cuestionarios.

En resumen, los estudios con instrumentos generales muestran que los pacientes con TCA poseen una mayor tendencia a experimentar emociones negativas y menor a la experimentación de positivas. En general, la evitación al daño es alta y la autodirección y el cooperativismo bajo en todos los TCA, aunque en los subtipos restrictivos destaca una alta persistencia y en los purgativos una alta búsqueda de novedad. El neuroticismo es alto en todos los TCA y se ha encontrado un perfil que une a dicho neuroticismo alto, baja amabilidad y alta apertura a la experiencia. Aparte de toda esta investigación, existe un número importante de autores que han optado por estudiar constructos más concretos.

2.1.2 Investigaciones que se han centrado en rasgos concretos.

2.1.2.1 Emociones y TCA.

Las primeras menciones en la literatura sobre las relaciones entre emociones y TCA hacían referencia a las dificultades de estas pacientes para nombrar emociones (alexitimia) o para reconocer y responder a estados y sensaciones internas (conciencia interoceptiva) (Abbate-Daga et al., 2012). Más recientemente, se ha observado como los controles sanos y las personas ya recuperadas de un TCA tienen un mejor procesamiento emocional (creencias

sobre la normalidad de las emociones y su expresión, menor evitación y mayor tolerancia) que las que todavía están enfermas (Oldershaw et al., 2012). Aparte del concepto clásico de alexitimia, las personas con TCA pueden mostrar un abanico grande de deficiencias en el procesamiento emocional como, por ejemplo, un sesgo hacia estímulos emocionales, mal reconocimiento de emociones, mala inferencia de los estados emocionales de los demás, o una mala regulación emocional. Estos pacientes tienen la creencia de que las emociones son aversivas y no controlables. Estos déficits se han relacionado con la crianza en un ambiente que ha invalidado las emociones, generando como resultado una pobre conciencia de las mismas y un pobre autoconcepto. Con esta experiencia en la infancia, la persona espera que, sobre todo en las relaciones íntimas, su expresión sea criticada o rechazada, y por lo tanto tiende a no expresarla. Ante estas dificultades en la expresión y manejo normal de la emoción, la conducta anoréxica sería una forma de evitar las emociones, mientras que las conductas purgativas funcionarían suprimiendo la emoción una vez activada. Estos patrones de evitación y de manejo patológicos de la emoción, una vez desarrollados, también dificultan que el paciente pueda comprobar sus creencias erróneas sobre las emociones, pues no se permite su experimentación, expresión y puesta a prueba (Oldershaw et al., 2012).

Como acabamos de referir en el párrafo anterior, algunos estudios han encontrado que la relación entre emociones como la ansiedad y depresión con los TCA está mediada por la evitación de emociones, de tal forma que se usan las estrategias alimentarias para evitar sentir las mismas (Wildes, Ringham y Marcus, 2010). Fulton encuentra cómo algunas de estas variables emocionales, por ejemplo la sensibilidad a la ansiedad, son explicadas por un patrón de evitación más generalizado, conocido como patrón de evitación experiencial (Fulton et al., 2012).

Déficit en la regulación emocional.

Dentro de las asociaciones entre los TCA y las emociones, uno de los aspectos más investigados en los últimos años se centra en los déficit de habilidades para la regulación de las mismas. Desde esta perspectiva se asume que los atracones y purgas o el ejercicio físico son formas de distracción o de retomar el bienestar tras la experimentación de una emoción negativa. Sigue siendo discutido si estos déficits en la regulación de emociones se dan en todos los pacientes con TCA, así como si se trata de un factor de predisposición psicopatológica en general o específico de los TCA. Para comprobar esto, en un estudio reciente se usaron pacientes con distintos subtipos de TCA, controles sanos y controles con otra psicopatología como Trastornos Límite de la Personalidad (TLP) y Episodios

Depresivos. La conclusión de los autores es que estos déficits en la regulación de emociones se dan en todos los TCA, indistintamente al subtipo concreto, y que de hecho parece una variable relacionada con psicopatología más general (Svaldi, Griepentstroh, Tuschen-Caffier y Ehring, 2012).

Ante estas dificultades para regular emociones los pacientes con TCA utilizan estrategias alimentarias para su manejo o evitación. Aunque la falta de conciencia de emociones se ha encontrado más en AN que en BN, cuando se ha controlado por nivel de ansiedad y depresión, estas diferencias han desaparecido. Svaldi encuentra que el perfil de manejo de emociones es muy parecido de unos trastornos TCA a otros, sólo el TA muestra una mayor utilización de estrategias funcionales de afrontamiento de emociones. También resultó muy parecido en TLP y Episodio Depresivo, por lo que las dificultades de regulación de emociones parecen funcionar como un factor transdiagnóstico de psicopatología más general. A partir de aquí, los distintos trastornos difieren en la estrategia concreta con la que regulan la emoción: en el episodio depresivo sería mediante la rumiación, los TLP pueden recurrir a las autolesiones, en la AN mediante el ejercicio físico y la dieta, y en la bulimia y TA mediante los atracones y purgas (Svaldi et al., 2012).

Por otra parte, algunos estudios han relacionado también estas dificultades en la regulación de emociones con otras variables de personalidad, así una investigación reciente establece como la alexitimia estaría relacionada con el perfeccionismo (Marsero, Ruggiero, Scarone, Bertelli y Sassaroli, 2011). Algunos autores defienden que todo esto es consecuencia de un yo débil (baja autoestima), que se defiende bajo un falso yo que buscara la perfección hacia sí mismo y hacia los demás (perfeccionismo orientado hacia sí mismo y socialmente prescrito). En este afán de parecer perfecto ante los demás y de intentar tener garantizada su evaluación positiva, se aprende a evitar diferentes emociones y creencias propias, especialmente la ira, por temor a la desaprobación de los otros (Norwood et al., 2011).

Ira.

El manejo de la ira y sobre todo de su expresión ha sido relacionada en varios estudios con los TCA (Amianto et al., 2012; Krug et al., 2008). Así, el mal manejo de la rabia puede estar en el origen y mantenimiento de estos trastornos y además dificultar la intervención. Se han encontrado tasas altas de represión de la ira en los pacientes con TCA en comparación con los controles, y se ha llegado a la conclusión de que sería de gran utilidad incluir intervenciones específicas sobre la misma en los tratamientos para estos

pacientes. En esta línea, en un estudio reciente se ha mostrado como una intervención con una terapia enfocada en las emociones y su expresión conseguía reducir el control de la ira en pacientes con TCA y esto correlacionaba con una mejora tanto del IMC como de otros síntomas como los depresivos (Abbate-Daga et al., 2012).

Depresión.

Aunque la asociación entre síntomas depresivos y TCA es clásica, el interés sobre el tema se mantiene en la actualidad. Así, por ejemplo, Giovanni et al (2011) encontraron en una muestra extensa de 838 pacientes de TCA que un 19,5% presentaba comorbilidad con depresión mayor y que hasta un 48,7% presentaba síntomas depresivos significativos. Otro estudio observaba como la relación entre la insatisfacción corporal y los TCA estaba moderada por la depresión y la ansiedad (Juarascio, Perone y Timko, 2011). Debajo de esta asociación nos encontramos, de nuevo, las teorías que relacionan los síntomas de TCA como formas de evitar o interrumpir las emociones.

El papel de la tristeza se ha estudiado especialmente en relación a la bulimia, relacionándola tanto con el origen del TCA como con el aumento de síntomas bulímicos ante la emoción. En esta misma línea, recientemente se ha llegado a comprobar de forma experimental como la inducción de síntomas de tristeza empeora los síntomas alimentarios en pacientes con TCA (Wildes, Marcus, Bright, Dapelo y Psychol, 2012).

También se ha observado como la relación entre los síntomas afectivos y los TCA depende del grado o gravedad de estos últimos. Así los síntomas afectivos son mayores en un grupo clínico de TCA que en un grupo con síntomas de TCA a nivel subclínico, pero a su vez son mayores a los encontrados en un grupo sin síntomas de TCA (Patterson et al., 2012).

Giovanni et al (2011) han investigado como estas relaciones están mediadas por rasgos de personalidad. Así, independientemente del diagnóstico concreto de TCA, los pacientes que presentaban una mayor evitación al daño y una menor auto-dirección tenían mayores puntuaciones en síntomas depresivos. Otro estudio reciente observa que la relación entre ánimo depresivo y TCA está mediada por el perfeccionismo (Garcia-Villamizar, Dattilo y del Pozo, 2012).

Ansiedad.

La ansiedad es otro factor importante en los TCA (Solano-Pinto y Cano-Vindel, 2012). Si comenzamos el análisis por las relaciones entre los Trastornos de Ansiedad y los TCA, ambos grupos diagnósticos comparten características de personalidad tales como el perfeccionismo, la rigidez, la evitación del daño y la ansiedad rasgo, que podrían estar funcionando como factores de riesgo potenciales para ambos trastornos. De hecho, estos rasgos también suelen estar elevados en familiares, lo que sugiere algún posible factor de heredabilidad (apoyado por investigaciones genéticas). El temperamento ansioso/perfeccionista puede manifestarse en AN a través de objetivos no realistas en cuanto a delgadez, intolerancia a algún defecto y a una visión catastrófica de su conducta, del feedback interpersonal, etc. Existe comorbilidad con ansiedad general, ansiedad social, trastorno obsesivo-compulsivo y fobia específica. Así, estudios genéticos plantean un factor hereditario común que implicaría a mecanismos neuronales específicos para la regulación de emociones (Hildebrandt, Bacow, Markella y Loeb, 2012).

Por otra parte, la ansiedad y su componente conductual “la evitación” es en sí un síntoma frecuentemente asociado a los TCA. Dentro de los TCA la ansiedad es desencadenada por diferentes estímulos: la comida, el comer, el aumento del peso, y la evaluación de los demás. Estos dos últimos estímulos funcionarían de forma más distal, como preocupaciones sobre un posible hecho a ocurrir en el futuro. Es decir, da “miedo” la comida y el comer, y “preocupa” el aumento de peso y la evaluación de los demás. Asociada a la ansiedad aparece siempre la evitación, que en el caso de los TCA puede ocurrir de múltiples formas (la restricción por miedo a engordar, rituales ante el miedo a comer o purgas para reducir su preocupación por engordar). Si el precipitante es cierto y cercano, por ejemplo comer algo graso, se experimentara miedo y las estrategias de evitación irán destinadas a evitar la angustia asociada, si el precipitante es incierto o distal, posibilidad de engordar o de cambiar la silueta, se experimentará preocupación y se establecerán estrategias para evitar que ocurra el hecho en sí (engordar) (Fulton et al., 2012).

Reconocimiento de emociones en los otros.

Un estudio reciente encontró que las personas con puntuaciones altas en síntomas alimentarios tenían más dificultad para reconocer expresiones faciales típicas de emociones en otros, lo que también puede influir negativamente en las relaciones sociales (Ridout, Wallis, Autwal y Sellis, 2012).

En resumen, diferentes emociones negativas como la ansiedad, la tristeza y la ira se han relacionado con los TCA. En general se asume que estos pacientes mostrarían un peor manejo de emociones y que los síntomas de TCA son formas concretas de evitar o escapar de ellas. Se hace también referencia en la literatura a cómo los ambientes invalidantes pueden favorecer esta ausencia de estrategias adecuadas para el afrontamiento de emociones. También se ha relacionado la evitación de la expresión de emociones, sobre todo la ira, con un intento de garantizar la aprobación de los demás lo que les lleva por otra parte al perfeccionismo.

2.1.2.2 Perfeccionismo y rasgos obsesivos.

Perfeccionismo.

Podemos definir el perfeccionismo como la búsqueda y el mantenimiento de unos objetivos excesivamente elevados a pesar de la ocurrencia de consecuencias adversas (Shafran, Cooper y Fairburn, 2002). Hasta la década de los 90 se aceptaba una visión unidimensional del perfeccionismo, desde entonces ha ido ganando peso la idea de una coexistencia de varias dimensiones dentro del mismo. En concreto, la división más aceptada es aquella que establece dos componentes básicos, un perfeccionismo de estándares personales, es decir, la existencia de unos criterios exigentes para definir el éxito personal, y en segundo término el perfeccionismo socialmente prescrito, o de preocupación por la evaluación social, donde la preocupación está más en la valoración que los demás puedan realizar de nuestra conducta, y donde lo que se busca es no fallar a las expectativas de los otros.

Algunos investigadores han asociado el perfeccionismo de estándares personales a resultados y emociones positivas, y el segundo a resultados y emociones negativas (Boone, Soenens, Vansteenkiste y Braet, 2012). Con respecto a los TCA, algunos estudios encuentran relación con ambos subtipos (Bastiani, Rao, Weltzin y Kaye, 1995; Lethbridge, Watson, Egan, Street y Nathan, 2011), mientras que en otros la relación es sólo con el perfeccionismo centrado en la preocupación por la evaluación de los demás. Así, mientras todos los estudios que se han centrado en el perfeccionismo de preocupación por la evaluación social han encontrado asociaciones positivas con los TCA, la relación entre el perfeccionismo de estándares personales es menos directa y discutida por algunos autores. Así, Dice et al (2012) mediante un diseño longitudinal prospectivo observaron como era el

perfeccionismo vinculado a la preocupación por la evaluación el que predecía una mayor obsesión por la delgadez. Sin embargo, otros estudios recientes han comprobado como el perfeccionismo de estándares personales está también vinculado a los TCA (Lampard, Byrne, McLean, y Fursland, 2012). De hecho, Lampard et al (2012) hayan que el perfeccionismo de estándares personales se observa tanto en AN como en BN, mientras que el socialmente preescrito se da sobre todo en AN y no en BN.

Otras investigaciones se han centrado en otros aspectos más concretos del perfeccionismo como la preocupación por los errores, las dudas acerca de las acciones, las normas personales, las expectativas de los padres, y la crítica de los padres. De entre éstas, algunas como la preocupación por los errores y las dudas sobre las acciones son subescalas que se solapan con rasgos obsesivo-compulsivos (Anderluh, Tchanturia, Rabe-Hesketh y Treasure, 2003). Varias investigaciones que han utilizado esta evaluación más específica sugieren que las personas con TCA tienden a dudar de la calidad de su desempeño y reaccionan de manera especialmente negativa a sus errores, interpretándolos como equivalentes a fracaso (K. Halmi et al., 2000; Lilenfeld et al., 2000).

En conjunto, los hallazgos sobre perfeccionismo sugieren que él mismo puede predecir la aparición de síntomas de TCA (Tyrka, Waldron, Graber y Brooks-Gunn, 2002), correlacionando de forma más destacada con AN (K. Halmi et al., 2000), pero también con BN (Lilenfeld et al., 2000; Pratt, Telch, Labouvie, Wilson y Agras, 2001) y TA (Pratt et al., 2001). Estas asociaciones se dan tanto en las mujeres que aun están gravemente enfermas, como en aquellas ya recuperadas (Bastiani et al., 1995; K. Halmi et al., 2000; Lilenfeld et al., 2000; Srinivasagam et al., 1995), aunque el perfeccionismo socialmente preescrito sí suele disminuir cuando remite el TCA (Bastiani et al., 1995).

Con respecto a la direccionalidad, y completando la revisión hecha en el capítulo 2, algunos estudios retrospectivos recientes han observado como algunos rasgos de perfeccionismo predicen la aparición de AN, así en uno de los últimos publicados era la rigidez el factor que más predecía estos trastornos, seguido del perfeccionismo en el trabajo escolar, el perfeccionismo general y la necesidad de orden y simetría (Halmi et al., 2012).

Hasta aquí hemos conceptualizado el perfeccionismo como un rasgo, existe también la alternativa de conceptualizar el perfeccionismo como un estado, plantear intervenciones para reducirlo o aumentarlo y observar su influencia en los TCA. En esta línea, últimamente han surgido algunos estudios de corte experimental en los que se inducen condiciones para fomentar el perfeccionismo, observando cómo aumentan tanto las conductas alimentarias restrictivas como los atracones. También se ha comprobado como la intervención sobre el

perfeccionismo basado en estándares personales produce directamente cambios sobre la preocupación por la evaluación, por lo que ambos fenómenos funcionan paralelamente aumentando los síntomas de TCA (Boone et al., 2012).

Con respecto a cómo el perfeccionismo puede aumentar el riesgo de los TCA se ha planteado que puede ser a través de las estrategias de evitación de la emoción. El perfeccionismo lleva a una mayor cantidad de frustración al ser menos probable alcanzar los estándares personales o mediante una mayor sensibilidad a la evaluación negativa. En este contexto las conductas alimentarias funcionarían evitando o controlando las emociones negativas producidas (Verstuyf, Patrick, Vansteenkiste y Teixeira, 2012). Es decir, para reconstituir su bienestar pueden recurrir al control sobre la comida, apareciendo por tanto mecanismos de restricción alimentaria, bloqueando las emociones negativas, pero estos esfuerzos en la restricción también son difíciles de mantener, y ante futuros estresores puede llegar un momento en el que ocurra un atracón (Boone et al., 2012).

Como se ha comentado en un apartado anterior, algunos autores defienden que todo esto es consecuencia de un yo débil (baja autoestima), que se defiende bajo un falso yo que buscara la perfección hacia sí mismo y hacia los demás (perfeccionismo orientado hacia sí mismo y socialmente prescrito) (Norwood et al., 2011). En relación a esta búsqueda de aceptación de los demás, el perfeccionismo puede estar mediando en la influencia que tiene la internalización del ideal de belleza, la comparación social, y la presión a la delgadez (Boone et al., 2012).

Por otra parte, hay autores que plantean dudas sobre si el perfeccionismo se asocia específicamente con los trastornos alimentarios, o con una inadaptación más general (Cassin y Ranson, 2005).

En cualquier caso, asumido el papel del perfeccionismo en los síntomas alimentarios sería interesante añadirlo a las intervenciones en prevención tanto para selección de sujetos como para objetivo de la intervención. Igualmente interesante sería su utilización en el tratamiento de los pacientes que mostraran ratios altos en esta variable (Boone et al., 2012). De hecho, ya existen algunos estudios que han realizado programas de prevención actuando sobre el perfeccionismo (Wilksch et al., 2008).

Rasgos obsesivo-compulsivos.

Los investigadores han examinado la relación entre los TCA y un número de rasgos obsesivo-compulsivos, como la duda, la necesidad de control, y la necesidad de simetría y exactitud (Anderluh et al., 2003). Se ha comprobado que son más comunes entre las

personas con TCA que en grupos de control, incluyendo también grupos con otras psicopatologías (Cassidy, Allsopp y Williams, 1999). De acuerdo con informes retrospectivos, los rasgos obsesivo-compulsivo en la infancia tienden a predecir el desarrollo de TCA, reportado una significativa relación dosis-respuesta, de forma que, cada rasgo obsesivo-compulsivo adicional aumenta las probabilidades estimadas de desarrollar un TCA en cerca de siete veces (Anderluh et al., 2003).

Históricamente se ha conceptualizado a las personas diagnosticadas de ANR como obsesivas y a las personas con BN como impulsivas (Vitousek & Manke, 1994), asumiendo que estos atributos son los polos de un único continuo. Sin embargo, recientes estudios sugieren que hay más personas con la ANR y BN que no difieren de forma sistemática en los rasgos obsesivo-compulsivo (Anderluh et al., 2003; Roncero, Perpina y Garcia-Soriano, 2011), y que los rasgos obsesivos persisten después de la recuperación tanto de AN (Srinivasagam et al., 1995) como de BN (Von Ranson, Kaye, Weltzin, Rao, & Matsunaga, 1999).

En un estudio reciente se observa como el perfeccionismo y la necesidad de orden funcionan como factores de riesgo y que probablemente, en parte, existe una participación genética (Wade et al., 2008).

Otro estudio longitudinal prospectivo observó como un 12.7 % de las pacientes diagnosticadas en la infancia de TOC padecen un TCA en el seguimiento a los 9 años. (Micali et al., 2011).

Narcisismo.

El narcisismo patológico refleja la preocupación por la apariencia física y la presentación, la necesidad de validación externa del entorno social, una sensibilidad interpersonal intensa, y la propensión a la deflación de la autoestima (Steiger, Jabalpurwala, Champagne y Stotland, 1997). El narcisismo es más característico de las personas con AN o BN que de aquellos con otros trastornos psiquiátricos lo que sugiere que puede ser un factor de riesgo específico para los TCA (Steiger et al., 1997). Además, el narcisismo persiste después de la remisión de la BN (Lehoux, Steiger y Jabalpurwala, 2000). Sin embargo, la confianza en estas conclusiones se incrementaría con más investigación, pues hay pocos estudios que hayan estudiado esta variable en los TCA. La necesidad de validación externa quizás podría guardar cierta semejanza con otros rasgos asociados al TCA como el perfeccionismo basado en la evaluación social (ya revisado en este mismo apartado) o la dependencia a la recompensa (que revisaremos posteriormente).

En resumen, el perfeccionismo, los rasgos obsesivo-compulsivos y el narcisismo se han relacionado positivamente con los TCA. Algunos estudios consideran que es el perfeccionismo de preocupación por la valoración de los demás el más predictivo, otros estudios consideran que el perfeccionismo de estándares personales altos también tiene ese mismo efecto. El perfeccionismo, a la vez, se ha relacionado con un autoconcepto bajo, que aumentaría la necesidad de validación externa, lo que llevaría a esa preocupación por la valoración de los demás. Esta preocupación por la valoración de los demás está a la base de las dificultades interpersonales que se dan en estos pacientes, y que analizamos en el siguiente apartado.

2.1.2.3 Funcionamiento interpersonal.

Numerosos estudios han demostrado una asociación entre problemas en las relaciones interpersonales y síntomas alimentarios (Goldner et al., 1999; Hartmann, Zeeck y Barrett, 2010). Aunque algunos autores han establecido otros tipos de relación entre ambas variables, los estudios más recientes sugieren una posible relación potoplástica, es decir, que ambos grupos de variables se influyen mutuamente sin que exista una relación causal entre ellas. La existencia de problemas interpersonales aumentaría las alteraciones alimentarias en pacientes con TCA y simultáneamente los síntomas de TCA empeoran las relaciones interpersonales. En esta línea, se han relacionado también con los resultados del tratamiento ya que los problemas en las relaciones interpersonales podrían afectar a la relación terapéutica y aumentar el riesgo de abandono (Ambwani y Hopwood, 2009; Hopwood, Clarke y Perez, 2007). Replicando estos datos, en otro estudio más reciente se observa que cuanto mayores son estas dificultades interpersonales más probable es que no se finalice el tratamiento. También han observado que los pacientes que no abandonan y llegan al final del tratamiento mejoran en estas variables interpersonales (Carter, Kelly y Norwood, 2012).

Aunque la investigación ha demostrado una relación entre problemas interpersonales y alteraciones alimentarias (Arcelus, Haslam, Farrow y Meyer, 2013) vamos a examinar los hallazgos encontrados en diferentes variables relacionadas con dicho funcionamiento interpersonal.

Asertividad.

Los síntomas de TCA se han asociado con niveles bajos de asertividad. Hartmann et al (2010) compararon una muestra de pacientes con TCA con una muestra de pacientes con otras psicopatologías, observando menor asertividad en el grupo de TCA, con una tendencia a la inhibición social (Hartmann et al., 2010).

Habilidades sociales.

Esta baja asertividad podría estar relacionada con bajos niveles de habilidades sociales, y efectivamente diferentes estudios han hallado un déficit en habilidades sociales en comparación con grupos de control (Aracelis et al., 2013).

Ansiedad social.

Diferentes investigaciones han relacionado también los TCA con una elevada ansiedad social, sin embargo la falta de estudios longitudinales impide establecer la direccionalidad de esa relación (Arcelus et al., 2013).

Apoyo social.

Los estudios que han estudiado la red de apoyo social y familiar en pacientes con TCA concluyen que estos tienen menos apoyo que los controles. Aún así, también se plantea si aparte de un menor apoyo, es posible que usen menos las redes de que disponen (Arcelus et al., 2013).

Miedo a la intimidad y desconfianza interpersonal.

El miedo a la intimidad tiene que ver con una dificultad para compartir con personas cercanas sus opiniones, emociones, etc. Varios estudios han observado que las personas con TCA tienen dificultades para esta comunicación íntima. Esta dificultad para intimar se ha relacionado con varias otras psicopatologías y con un estilo de apego alterado. Un rasgo similar sería la desconfianza interpersonal que también se ha asociado con TCA (Arcelus et al., 2013).

Dificultades interpersonales y expresión de emociones en los TCA.

Algunos estudios han encontrado que los pacientes con TCA son menos efectivos a la hora de resolver problemas interpersonales, aún después de controlar las diferencias por síntomas afectivos (D. L. Espelage, Quittner, Sherman y Thompson, 2000). Estas

dificultades para resolver problemas pueden estar asociadas a una evitación a la expresión de emociones. Se ha comprobado que los pacientes con TCA, sobre todo con AN, tienden a evitar la expresión de sus emociones (especialmente la rabia) cuando se encuentran con un conflicto. Detrás de esta evitación podría encontrarse el miedo a ser evaluado negativamente por otros (Geller, Cockell y Goldner, 2000). Así, se ha encontrado correlación entre el miedo a la evaluación negativa y síntomas de TCA (Levinson y Rodebaugh, 2012). Esto puede significar que la gente con un TCA prime el mantenimiento de una buena relación con los otros, evitando la expresión de ciertas emociones ante conflictos, mostrándose cómo se ha visto en otros estudios poco asertiva y sumisa (Hartmann et al., 2010).

Comparación social negativa, expresión de emociones y ambiente invalidante.

Para explicar por qué unas personas son más influenciadas a la presión social sobre la esbeltez se ha propuesto la teoría de la comparación social (Hay personas que necesitan compararse con modelos externos ideales). Distintas investigaciones han comprobado que las personas con TCA tienen más tendencia a esta comparación, lo que a su vez se ha relacionado con baja autoestima y con un apego ansioso (Arcelus et al., 2013).

A partir de esta evidencia, Arcelus propone un posible modelo explicativo, en el que se asume que las personas con TCA tienen tendencia a no expresar ciertas emociones y opiniones, prefiriendo la aceptación de los demás y evitando cualquier expresión que pueda poner en peligro la misma, esto también dificultaría el recibir apoyo de la red social, puesto que no se expresa la necesidad ni se solicita ayuda. El origen de esta evitación de la expresión de emociones por miedo al rechazo puede relacionarse, como ya se ha comentado anteriormente, con la crianza en un ambiente invalidante (Haslam et al., 2012). Este ambiente invalidante durante la infancia se caracterizaría, como ya se ha comentado en texto previamente, por una actitud negativa a la expresión de emociones, lo que genera miedo a su expresión por posible rechazo, baja autoestima y necesidad de una mayor comparación social. El resultado final es un cuadro de sensibilidad y desconfianza interpersonal, miedo a intimar, ansiedad social, baja autoestima y un pobre apoyo social pues se aprende a no buscarlo (Arcelus et al., 2013).

En resumen, las dificultades interpersonales en los pacientes con TCA están relacionadas sobre todo con el miedo a la evaluación negativa y una consiguiente evitación que lleva incluso a la no búsqueda de apoyo social. Como ya se ha comentado anteriormente el temor a la evaluación negativa de los demás es mayor cuando existe un autoconcepto bajo.

2.1.2.4 El autoconcepto en los TCA.

La autoestima, la ineficacia y el autoconcepto se han relacionado en un gran número de estudios con los TCA. En primer lugar, es preciso señalar que aunque conceptualmente los tres términos se encuentran muy solapados pueden establecerse algunas diferencias entre los mismos. El autoconcepto hace referencia a todo lo que la persona piensa y siente de uno mismo, y puede considerarse de forma única o dimensional. La autoestima hace referencia a la valoración de la persona de sí misma, y se entiende de forma global (García y Musitu, 1999). Por su parte, la ineficacia hace referencia a sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control (Costa y McCrae, 1992).

La mayor parte de la investigación se ha centrado en comparar pacientes con AN y BN con grupos de control sanos, apreciándose que los grupos clínicos presentan una autoestima o un auto-concepto negativo más bajo que los controles. Sólo un pequeño grupo de estudios ha incluido a grupos de control psiquiátricos obteniéndose resultados inconsistentes (Jacobi, 2000). Los estudios que han incluido a otros TCA como los pacientes con TA (Telch y Agras, 1994) han encontrado resultados similares a los obtenidos con pacientes con AN y BN.

Los primeros estudios que se realizaron sobre el tema no controlaban la sintomatología depresiva. La depresión y la baja autoestima están altamente correlacionadas y los TCA y los trastornos depresivos son altamente comórbidos (Laessle, Kittl, Fichter, Wittchen y Pirke, 1987). Por lo tanto, en estos primeros estudios no está claro si el auto-concepto negativo puede estar confundiéndose con una posible sintomatología depresiva. Sin embargo, con posterioridad, sí han aparecido estudios que han tratado de superar estas limitaciones (C. Fairburn, Welch, Doll, Davies y OConnor, 1997). Así, Jacobi (2004) controló en un estudio la posible sintomatología depresiva comórbida, además de incluir a pacientes con TA, AN y BN y comparó el autoconcepto tanto con un grupo control sin psicopatología como con otro psiquiátrico. Los resultados corroboraban que el autoconcepto sigue siendo más bajo en los tres grupos de TCA que en ambos grupos de control.

La investigación ha demostrado que un autoconcepto bajo es un factor clave en la aparición y el mantenimiento de los TCA (Hsu, 1990). Los TCA tienen una baja autoestima, están insatisfechos con sus cuerpos y su autoestima depende mucho de la evaluación de los demás (Connors y Johnson, 1987). La autoestima basada en el peso y la forma ha sido

reconocida como un "sustrato cognitivo central" de los TCA y puede ser un factor importante en la vulnerabilidad para el desarrollo de la patología alimentaria (Cooper, Watkins, Bryant-Waugh y Lask, 2002). Un análisis más detallado indica que una autoestima baja y muy dependiente de la valoración de los demás, aumenta la vulnerabilidad de las mujeres a las presiones sociales, en busca de alcanzar la aceptación social (Stice, Schupakneuberg, Shaw, y Stein, 1994). Así, la autoestima modera el efecto de las presiones sociales para adelgazar.

Las mujeres con baja autoestima tienen a menudo problemas con su imagen corporal y trastornos alimentarios, mientras que las personas con alta autoestima y las mismas condiciones se muestran menos predispuestas a desarrollar síntomas alimentarios (Ross y Wade, 2004). Así, en los últimos años, diferentes investigaciones han seguido confirmando la relación entre los TCA y el autoconcepto (Perry, Silvera, Neilands, Rosenvinge y Hanssen, 2008), 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 et al., 2012).

Algunos autores han investigado conjuntamente el autoconcepto y los rasgos de personalidad. Entre los mismos destacamos un estudio prospectivo (Cervera et al., 2003) donde se utilizó el cuestionario de personalidad de Eysenck (Eysenck, H.J., 1975) junto al Autoconcepto Forma 5, AF5 (García y Musitu, 1999). Los resultados muestran que la combinación de autoconcepto bajo y neuroticismo alto aumentan la probabilidad de desarrollar posteriormente un TCA.

En los últimos años se han sugerido diferentes relaciones entre personalidad, autoconcepto y TCA. Así, Borda Mas et al (2011) han otorgado a la autoestima un papel de mediación entre los rasgos de personalidad y los TCA. Flamen et al (2012) observan como el autoconcepto físico media en la relación entre la internalización del ideal de delgadez y el establecimiento de alteraciones de la conducta alimentaria (Flamen et al., 2012). Otro

estudio establece como el apego inseguro influye en la generación de un autoconcepto bajo y esto a su vez dificulta la diferenciación en la identidad de las personas con un TCA (Demidenko, Tasca, Kennedy y Bissada, 2010).

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. También se ha vinculado con otros rasgos de personalidad como por ejemplo el neuroticismo, la presencia conjunta de ambos sería muy predictiva de TCA. Uno de los componentes del neuroticismo es la impulsividad que también se ha relacionado con los TCA, tal y como vamos a repasar en el próximo apartado.

2.1.2.5 La búsqueda de sensaciones y la impulsividad.

Búsqueda de sensaciones.

La búsqueda de sensaciones se define 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. Las personas con TCA que presentan atracones, purgas, o ambas (es decir, ANP, BN, TA) tienden a puntuar más alto en las medidas de búsqueda de sensaciones que los individuos con la ANR y los controles (Rossier, Bolognini, Plancherel y Halfon, 2000; Steiger et al., 1997). Por otra parte, los individuos con ANR obtienen puntuaciones menores que los controles de la comunidad (Rossier et al., 2000) pero similares a los controles psiquiátricos (Steiger et al., 1997). Así pues, los datos de la investigación sugieren que la búsqueda de sensaciones es más saliente entre personas con ANB, BN, y TA. Este rasgo guarda semejanza con otro rasgo revisado en este mismo tema como es la búsqueda de novedad.

Impulsividad.

La impulsividad se caracteriza por una falta de previsión y contemplación de los riesgos y las consecuencias antes de actuar (por ejemplo, darse un atracón y posterior purga, sin tener en cuenta la disforia asociada y los riesgos físicos) (Fahy & Eisler, 1993). Los estudios realizados en ANR sugieren que estos pacientes son menos impulsivos que los controles no-psiquiátricos (Claes, Vandereyken, & Vertommen, 2002; Fahy & Eisler, 1993). Por el contrario, los pacientes con BN (Claes et al., 2002) y ambulatorios (Diaz-Marsa et al., 2000) son más impulsivos que los individuos con la ANR y los controles no psiquiátricos. Sin embargo, en lugar de 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 los individuos con BN y alta impulsividad suelen tener 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 et al., 2012).

L. Claes et al (2005), siguiendo el modelo de 4 factores de la impulsividad, observan que los pacientes con BN obtienen, en comparación con ANR, puntuaciones mayores en urgencia y en búsqueda de sensaciones, y menores en perseverancia y premeditación, mientras que los diagnosticados de ANP obtendrían puntuaciones intermedias.

En resumen, la búsqueda de emociones y la impulsividad se han relacionado con los TCA de perfil purgativo, observándose por una parte como el TCA puede afectar a la inestabilidad emocional y a la impulsividad, y por otra parte también se sabe que los TCA con puntuaciones altas en impulsividad tienen peor pronóstico.

2.1.2.6 Otras facetas estudiadas.

Miedo a la madurez.

Crips (1980) argumentaba que la psicopatología principal de los pacientes con TCA es el temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el paso a la adultez. Según esta teoría el ayuno se convierte en un mecanismo para evitar la madurez psicobiológica pues desemboca en una vuelta a la apariencia y estado hormonal prepuberal. El paciente entiende que esta regresión le puede suponer alivio frente a la confusión de la adolescencia y a los conflictos familiares. Sin embargo, esta asociación es discutible, así en la última investigación realizada sobre el tema se concluyó que no existe tal relación (Grasso, Nazzaro, Vona, Capacchione y Loriedo, 2012).

Diferencias por género.

En cuanto a si existen diferencias entre los rasgos de personalidad en hombres y mujeres con TCA, un estudio reciente encuentra que los hombres obtienen puntuaciones inferiores en evitación al daño, dependencia a la recompensa y cooperativismo (Núñez-Navarro et al., 2012).

En síntesis, la investigación desde el enfoque dimensional relaciona a los TCA con experiencias de invalidación durante la infancia, lo que parece favorecer el desarrollo de una baja autoestima, así como de unas pobres habilidades en la regulación de las emociones, incluyendo una tendencia a evitar su expresión por temor al rechazo. Esta evitación en la expresión de emociones (rabia, tristeza, etc.) sería la esencia de las dificultades interpersonales que suelen también presentar estos pacientes. La baja autoestima lleva por otra parte a buscar en exceso la aprobación de los demás, mediante la búsqueda de la perfección, evitando la expresión de emociones que puedan ser rechazadas por los demás, y aumentado también la comparación social y la influencia del ideal de delgadez. Todo esto predispone al desarrollo de los TCA. Por otra parte la impulsividad y la búsqueda de sensaciones son más típicas de trastornos caracterizados por atracones (BN y TA), aunque no está claro si su relación es causa, consecuencia o potoplástica en relación a los TCA. Pero, como comentábamos al principio del capítulo, no toda la investigación ha utilizado un enfoque dimensional. Repasamos a continuación los datos más relevantes de los estudios que han utilizado un enfoque categorial.

2.2 Investigaciones con enfoque categorial. Trastornos de personalidad (TP) y TCA

Existe una importante cantidad de investigación que sugiere que los TP son frecuentes entre los TCA (Bornstein, 2001; De Bolle et al., 2011). Los estudios que examinan la comorbilidad entre los TCA y los TP otorgan una horquilla muy amplia a la misma, con estimaciones que van del 27% al 93% (Vitousek y Manke, 1994). Estas variaciones entre estudios pueden estar causadas por las diferencias tanto en la selección de las muestras como en los métodos de evaluación. Así, por ejemplo, se ha documentado que los estudios con pacientes ambulatorios suelen presentar unas tasas más elevadas de comorbilidad. También es conocido el hecho de que las personas con diagnósticos múltiples son más propensas a buscar tratamiento que los individuos con un único diagnóstico. Por tanto, las muestras de pacientes que demandan atención no son representativas de las personas con el trastorno en la población general debido a que estas muestras de pacientes tienden a sobreestimar la patología comórbida (Cassin y Von Ranson, 2005).

Por grupos, el clúster C (obsesivo-compulsivo, por evitación y dependiente) aparece como el más común entre las personas con TCA, seguido del clúster B (límite, histriónico, narcisista, antisocial) (Johnson & Wonderlich, 1992). Por diagnósticos concretos, en una

revisión realizada en el año 2001 se establecía que los TP más comúnmente asociados con la ANR son el de evitación (53%), el dependiente (37%), el trastorno obsesivo-compulsivo (33%) y el límite (29%) (Bornstein, 2001). Con respecto a la BN, los TP asociados más frecuentemente fueron el límite (31%), el dependiente (31%), y el de evitación (30%). El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad fue asociado menos frecuentemente con la BN (14%). Más recientemente en otro estudio (Jauregui Lobera, Santiago Fernandez, & Estebanez Humanes, 2009) se establece el trastorno obsesivo como el más común en la anorexia (39,77%) y el trastorno histriónico el más frecuente en la bulimia (46,66%).

Los datos encontrados en estos estudios están influidos por la inclusión de diagnósticos de TP a través de instrumentos de autoinforme. Dado que los instrumentos de autoinforme tienden a sobreestimar la prevalencia de los TP (Modestin, Erni y Oberson, 1998), esta práctica da lugar a una estimación inflada de la prevalencia de la TP entre los individuos con TCA (Ramklint, Jeansson, Holmgren y Ghaderi, 2010). Si analizamos los estudios realizados con diagnóstico por entrevista, éstos indican que los TP más comúnmente asociados con la ANR son el obsesivo-compulsivo, el de evitación y el dependiente, mientras que el límite, el de evitación, el dependiente y el paranoide son los más comunes entre los individuos con BN. Aunque sólo cuatro estudios han examinado las tasas de prevalencia de TP en TA, colectivamente sugieren que los TP por evitación, obsesivo-compulsivo y límite son los más comunes (Becker, Masheb, White y Grilo, 2010; Cassin y Ranson, 2005).

En los estudios más recientes se establece el trastorno límite y el trastorno evitativo de la personalidad como los más frecuentes en los TCA (Chen, McCloskey, Michelson, Gordon y Coccaro, 2011). En un estudio realizado con una gran muestra de TCA y con diagnósticos con entrevista (Godt, 2008) se concluye que el 29,5% de los pacientes con TCA tienen uno o más trastornos de la personalidad según criterios del DSM III-R o del DSM IV. El trastorno límite de la personalidad es el más común en los pacientes con BN. En el último estudio encontrado sobre el tema se establece una prevalencia del 22% de Trastorno Obsesivo Compulsivo de la personalidad en pacientes con ANR, frente al 8 % de la población general. Por otra parte, se encuentra una frecuencia de un 24% de trastorno límite de la personalidad en AN y TA y de un 28% en BN, frente al 6% de la población general (Sansone y Sansone, 2011).

Otra cuestión es si los TP son más comunes en los TCA que en otras psicopatologías. Para ello en un estudio reciente (Maranon, Echeburua y Grijalvo, 2007) se compararon los resultados del grupo de casos con dos grupos control, uno formado con pacientes con otras

psicopatologías y otro con sujetos sanos, obteniéndose que el 54,8% de la muestra de TCA cumplió los criterios de al menos un TP en comparación con el 21,7% de los pacientes con otra psicopatología y al 8,7% del grupo control.

A modo de resumen, aunque los datos de la investigación son bastante heterogéneos, podemos observar que la comorbilidad de los TCA con los TP es elevada, de hecho, es bastante mayor en comparación a la encontrada entre otras patologías y dichos TP. Aunque las diferentes investigaciones han encontrado relación con diferentes TP, los que observamos que más se repiten últimamente en los estudios de mayor calidad son los trastornos de la personalidad obsesivo-compulsivo, de evitación, dependiente y límite.

2.3 Integración de los enfoques dimensional y categorial

El uso de diversos enfoques, dimensiones e instrumentos en la evaluación de la personalidad hace que la identificación de tendencias y la integración de los resultados sea difícil, sin embargo, podemos intentar agrupar diferentes características.

Por ejemplo, la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, y la búsqueda de novedad y el trastorno límite de la personalidad se caracterizan por la excitabilidad, la asunción de riesgos y la intolerancia a la rutina.

El interés narcisista patológico por la apariencia, la sensibilidad interpersonal intensa, la necesidad de validación externa del entorno social, la dependencia a la recompensa, el perfeccionismo y el trastorno dependiente de la personalidad comparten igualmente una búsqueda de la aprobación de los otros.

El neuroticismo y la emocionalidad negativa comparten una tendencia a experimentar emociones tales como ansiedad, preocupación, mal humor y depresión. Además, el neuroticismo parece interactuar con otros rasgos de personalidad, generando una desadaptación. Por ejemplo, el perfeccionismo normal se asocia con estándares personales realistas y alta autoestima, sin embargo, la interacción de perfeccionismo y neuroticismo puede estar asociada con el establecimiento de estándares personales demasiado altos e imposibles, la insatisfacción corporal y la preocupación por el peso (Cassin y Ranson, 2005).

El perfeccionismo, los rasgos obsesivo-compulsivo y el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad comparten muchas características (por ejemplo, la rigidez, las

dudas acerca de las acciones, la preocupación por los errores) y parecen estar fuertemente asociados entre sí (Cassidy et al., 1999).

La investigación que se ha centrado en comparar los diferentes rasgos asociados a los subtipos de TCA arroja que parecen darse pocas diferencias. Y entre las que existen, se incluyen una alta persistencia y baja búsqueda de la novedad en la ANR y alta impulsividad, búsqueda de sensaciones, y búsqueda de novedad en la BN (Cassin y Ranson, 2005). Los estudios que examinan las variables de personalidad en la ANB y TA sugieren que ambos grupos son más similares a BN que a ANR (Kirley, Kolotkin, Hernandez y Gallagher, 1992). Este enfoque de asignar determinados rasgos de personalidad a los distintos subtipos de TCA resulta muy atractivo, sin embargo, presenta ciertas limitaciones como las dificultades para contabilizar a las personas que tienen un historial con distintos subtipos de TCA así como el ocultar la heterogeneidad de rasgos de personalidad que existe dentro de cada subtipo de TCA (Cassin y Ranson, 2005). Un estudio reciente que comparaba si existían diferencias entre los pacientes con purgas y sin purgas diagnosticados de BN y TA no apreció que existieran diferencias significativas en rasgos de personalidad (Nunez-Navarro et al., 2011).

Otra forma de intentar integrar toda esta información sería mediante el establecimiento de diferentes prototipos de personalidad.

2.3.1 Prototipos de personalidad y TCA.

2.3.1.1 Agrupaciones dentro de pacientes con BN.

Algunas investigaciones han establecido subtipos dentro de pacientes diagnosticados con BN. La distinción más encontrada en la literatura hace referencia a dos subgrupos, uno en el que los síntomas bulímicos se explican únicamente a partir de la restricción dietética y otro subgrupo donde los síntomas son consecuencia, además de por la restricción, por síntomas afectivos (grupo dietético-depresivo) (Chen y Grange, 2007; Stice, Nemeroff y Shaw, 1996).

El modelo de restricción plantea que realizar dieta aumenta el riesgo de presentar una alimentación compulsiva. La dieta, tras el esfuerzo para contrarrestar los efectos de la deprivación calórica, incrementa las posibilidades de que un individuo presente una alimentación compulsiva. Así, las transgresiones de las reglas de una dieta estricta pueden desembocar en una alimentación desinhibida debido a los efectos de la violación de la

abstinencia (Heartherton y Polivy, 1992). Esta circunstancia estaría debajo de las conductas bulímicas de ambos grupos.

Por otra parte, en el grupo de afecto negativo las alteraciones emocionales incrementarían la probabilidad de que una persona realice una alimentación compulsiva (Leon, Fulkerson, Perry y Earlyzald, 1995). Los individuos con un afecto negativo elevado comen compulsivamente debido a que esto los distrae de sus emociones negativas. Así, el individuo puede iniciar la alimentación compulsiva debido tanto a la dieta (efecto de violación de la abstinencia) como a las distorsiones afectivas o a la combinación de ambos factores.

La investigación ha mostrado que los afectos negativos que pueden precipitar la alimentación compulsiva pueden ser diversos, incluyendo el estrés, la ansiedad y el estado de ánimo negativo general (Stice y Agras, 1999).

Se ha comprobado, que el subtipo afectivo presenta una mayor patología alimentaria, comorbilidad psiquiátrica y deterioro funcional, así como un curso clínico más prolongado, y una peor respuesta al tratamiento. Una implicación importante de este modelo es el hecho de que la terapia cognitivo conductual (TCC) para la bulimia nerviosa se centra en reducir la frecuencia de la alimentación compulsiva y la purga, pero no aborda las distorsiones afectivas. Así, la TCC puede ser menos efectiva para individuos con el trastorno bulímico dietético-depresivo, debido a que ellos tienen atracones para regular sus problemas emocionales y estas distorsiones afectivas no son tratadas directamente en esta psicoterapia. Así, la existencia de estos dos subtipos puede explicar por qué todos los individuos no responden con la misma eficacia a la TCC. Estos hallazgos sugieren, por tanto, que en el grupo de pacientes con síntomas afectivos es importante que la intervención incluya también estos aspectos y no sólo los puramente alimentarios, tratándolos directamente con terapia cognoscitiva o antidepresivos, o enseñando habilidades de regulación del afecto más adaptativas que puedan reemplazar funcionalmente a los atracones como respuesta de afrontamiento. (Stice et al., 2008).

En los últimos años han aparecido agrupaciones dentro de la BN que incorporan el estudio de otras variables de personalidad y encuentran agrupaciones parecidas a las de los estudios realizados sobre TCA en general, y que básicamente consisten en incluir un tercer subgrupo. Así, Wonderlich et al (2005) utilizaron el análisis de perfil latente para identificar grupos de sujetos bulímicos sobre la base de la comorbilidad psiquiátrica y la personalidad. Para ello un total de 178 mujeres con bulimia nerviosa (o una variante sub-clínica de la misma) rellenó una serie de inventarios de autoinforme de psicopatología

comórbida y personalidad. Se identificaron tres grupos de mujeres con bulimia: un grupo afectivo-perfeccionista (29,2% de la muestra), un grupo impulsivo (20,2%), y un grupo de baja psicopatología comórbida (50,6%).

2.3.1.2 Agrupaciones dentro de TCA.

Estos 3 prototipos de personalidad se han replicado en diversos estudios tanto de población con TCA como de población en general. El primero que estableció esta clasificación para describir a la población normal fue Block en el 1971 y posteriormente se ha replicado en distintas muestras y con diferentes instrumentos de medida (Robins et al., 1996). Así, la división en 3 subtipos es la que ha conseguido replicarse más en diferentes muestras, edades e instrumentos. Cuando se intentan introducir más subtipos se dificulta esta replicabilidad. Los 3 subtipos estarían en relación con dos variables como son el control del yo y la resiliencia del yo. El control del yo corresponde al grado en el que el individuo puede controlar sus impulsos y emociones, los extremos un excesivo control o una ausencia de control serían patológicos. La resiliencia del yo hace referencia a la flexibilidad del yo para adaptarse al ambiente y modular el control de los impulsos según las exigencias del entorno (Schultz y Schultz, 2002). El grupo de alto funcionamiento tendría puntuaciones altas en resiliencia del yo y media en control del yo. Los otros dos grupos tendrían puntuaciones bajas en resiliencia del yo, el grupo sobrecontrolado con exceso de control y el grupo subcontrolado con poco control. El grupo de alto funcionamiento se ha asociado a ausencia de psicopatología, el grupo sobrecontrolado se ha asociado a trastornos internalizantes y el grupo subcontrolado se asocia a trastornos externalizantes (Robins et al., 1996).

Esta agrupación se ha replicado también utilizando el modelo de los 5 grandes. Este modelo es distinto al modelo de Block: en lugar de recoger los procesos de regulación dentro del individuo, el modelo de los 5 grandes pretende reflejar como esos procesos se manifiestan en patrones comportamentales diferentes (Robins et al., 1996). Obteniéndose un grupo resiliente/alto funcionamiento con puntuaciones medias en los diferentes factores, un grupo subcontrolado caracterizado por baja amabilidad y responsabilidad, y un grupo sobrecontrolado con puntuaciones altas en neuroticismo y amabilidad y bajas en extraversión (Robins et al., 1996).

Estos resultados son semejantes a los de otros estudios realizados sobre los 5 grandes. Así, Asendorph (2001) establece como grupo de alto funcionamiento a las personas que puntúan por debajo de la media en neuroticismo y por encima en las demás dimensiones. Define como subcontrolados a los que obtienen puntuaciones altas en

neuroticismo y bajas en amabilidad y responsabilidad. Por último, los sobrecontrolados puntúan alto en neuroticismo y bajo en extraversión y apertura. Asendorph comprobó que estos 3 subtipos eran los únicos replicables en diferentes muestras, fiables en el tiempo, en diferentes edades y con diferentes instrumentos de medida.

Strober (1983) aplicó el análisis de conglomerados para los perfiles (MMPI) a pacientes con AN hallando tres subtipos: un grupo de alto funcionamiento con un alto nivel de necesidad de control, pero sin patología grave del carácter; un grupo ansioso, dubitativo y socialmente evitativo; y un grupo impulsivo, histórico con un mal pronóstico.

Goldner et al (1999) aplicaron el método de análisis de conglomerados a una muestra de 136 pacientes de TCA y posteriormente compararon los subgrupos resultantes con un grupo control. Encontraron tres grupos según rasgos de personalidad: un grupo (32,4% de la muestra) con muy poca patología de la personalidad que se asemejaba al grupo control, un grupo rígido (49,3%) con las puntuaciones más altas en síntomas obsesivo-compulsivos y dificultades interpersonales, y un grupo esencialmente límite (18,2%) con las puntuaciones más altas en las medidas de neuroticismo, psicopatía y trastornos del comportamiento. La pertenencia al clúster se asoció con diagnóstico DSM-IV, apreciándose que una gran proporción de pacientes con AN eran miembros de la agrupación rígida.

Espelage et al. (2002) seleccionaron una muestra de 183 mujeres con TCA en tratamiento ambulatorio. A través del análisis de conglomerados de las escalas de personalidad del MCMI-II hallaron tres perfiles de personalidad diferentes que fueron consistentes con los estudios previos: Un grupo de alto funcionamiento (19,9% de la muestra), sin elevaciones clínicas en el MCMI-II y que mostró puntuaciones significativamente más bajas en las escalas de TCA; un grupo subcontrolado/desregulación emocional (49,1%) que mostraba elevaciones en cinco de las escalas de personalidad: pasivo-agresivo, autodestructivo, histriónico, límite y por evitación, y un grupo sobrecontrolado/ evitativo (34%) con elevaciones en las escalas de personalidad dependiente, por evitación y esquizoide. Este tercer grupo se diferenciaba de los demás en que sus miembros parecían estar más aislados socialmente. Los miembros de cada conglomerado no se asociaron específicamente con ningún subtipo TCA, lo que sugiere una variación considerable en la patología de la personalidad dentro de las categorías de diagnóstico de TCA.

Westen y Harnden-Fischer (2001) realizaron un análisis de clúster en personas con AN y BN y encontraron también evidencia de una clasificación tripartita, con un grupo de pacientes de alto funcionamiento/perfeccionismo (personas con carácter perfeccionista pero

sin patología de personalidad grave y con un buen funcionamiento social), un grupo restringido/sobrecontrolado (manifiestan una constricción y restricción de placer, necesidades, emociones, relaciones, conocimiento de sí mismo, auto-reflexión, sexualidad y personalidad evitativa o esquizoide) y un tercer grupo con alta desregulación emocional (impulsivos). Los individuos con ANR pueden pertenecer a los dos primeros grupos, mientras que aquellos con ANB y BN pueden pertenecer a cualquiera de los tres grupos. Estos hallazgos desafían la generalización de que todos los pacientes restrictivos son rígidos e inhibidos y todos los que realizan atracones son impulsivos y con alta búsqueda de novedad. Esta heterogeneidad dentro de cada subtipo puede posiblemente explicarse por la existencia de diferentes caminos etiológicos. Por ejemplo, los clasificados como desregulados y con bajo control pueden atracarse debido a la falta de regulación de los impulsos, mientras que los clasificados como perfeccionistas o sobrecontrolados pueden atracarse después de un período de dieta restrictiva (efecto de violación de la abstinencia) (Heartherton y Polivy, 1992) .

Con posterioridad, otras investigaciones han hallado agrupaciones distintas, así Krug et al. (2011) encuentran que el modelo que mejor se ajusta, utilizando como instrumento de evaluación el TCI-R, consiste en una solución de seis perfiles ("auto-centrado", "inhibido", "medio", "impulsivo", "adaptado" y "mal adaptado").

Algunos autores han propuesto que los resultados obtenidos en la investigación en relación a los rasgos de personalidad pueden estar sesgados al no haber considerado que ciertas alteraciones del estado de los pacientes pueden afectar a las respuestas que dan en los cuestionarios (Peterson et al., 2010). Así, las alteraciones del ánimo, muy frecuentes en estos pacientes, pueden distorsionar los resultados. Por este motivo, en uno de los últimos estudios publicados sobre el tema se incluyó la variable afectiva, dividiéndose a los pacientes en 4 grupos, los 3 mencionados anteriormente más otro caracterizado principalmente por afecto negativo y dieta restrictiva (Lunn, Poulsen y Daniel, 2012). Estos autores describen, igualmente, otras características asociadas a cada uno de estos subtipos e hipotetizan sobre las adecuaciones en el abordaje psicoterapéutico que convendría realizar. El grupo de alto afecto negativo y dieta restrictiva es caracterizado por una sintomatología en general más grave y con un posible peor pronóstico. En el grupo sobrecontrolado se observan unas mayores dificultades en lo interpersonal, con una tendencia a un estilo sumiso, a no expresar sus emociones, y a no tener una respuesta asertiva ante los demás. En estos pacientes la psicoterapia debería abordar estas dificultades. El grupo subcontrolado muestra poca restricción alimentaria y pocos síntomas afectivos, no pareciendo los síntomas causa de la

sobrecomparación y de una dieta restrictiva por una sobrevaloración de su peso; más bien parece que los atracones y vómitos funcionan como un método de regulación de emociones. Los pacientes de este subgrupo necesitarían una psicoterapia que abordara un aprendizaje de métodos alternativos de regulación de emociones. Por último, el grupo de alto funcionamiento, posee un número menor de atracones y vómitos, así como un patrón de apego seguro. Suelen ser casos con un comienzo a edad temprana y con una historia previa de sobrepeso, siendo probablemente esta característica la que inicia el trastorno y las psicoterapias específicas para síntomas pueden dar un buen resultado (Luna et al., 2012). Los resultados de este estudio son limitados al introducir únicamente a pacientes con bulimia y no incluir otros rasgos como impulsividad, afecto negativo y síntomas obsesivos.

Sin embargo, la mayoría de los estudios sigue defendiendo un modelo basado en 3 agrupaciones. Así en otros estudios recientes, llevados a cabo en poblaciones distintas se sigue apoyando el modelo de los 3 prototipos de personalidad. Por ejemplo, en dos estudios realizados con adolescentes (Hopwood et al., 2010; Thompson-Brenner, Eddy, Franko, et al., 2008) se identificaron los mismos tres grupos de TCA (alto funcionamiento, internalización/sobrecontrolado y externalización/subcontrolado). El grupo de internalización/sobrecontrolado se caracterizaba por disfunción del estado de ánimo, el grupo de externalización por impulsividad, incluyendo consumo elevado de sustancias y agresividad, y el grupo de alto funcionamiento por menor psicopatología, autoestima más alta y mejor respuesta al tratamiento. Otra reciente investigación estudió mediante un análisis de clúster la división de diferentes perfiles en un grupo de hombres con TCA, aceptando también una división en 3 grupos: uno bien adaptado con poca psicopatología y menos síntomas alimentarios, otro con problemas en las relaciones sociales y un tercero con inestabilidad emocional (Claes et al., 2012).

Al igual que en población general, el modelo de los 5 grandes también ha sido utilizado en TCA obteniéndose unas agrupaciones semejantes a las anteriores. Así, Laurence Claes et al (2006) obtuvieron tres perfiles tras un análisis de conglomerados mediante el NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992). El primer prototipo (alto funcionamiento) no muestra elevaciones significativas en las distintas escalas. El segundo prototipo (subcontrolado/desregulación emocional) se caracteriza por puntuaciones altas en neuroticismo y bajas en Amabilidad y Responsabilidad. El tercer prototipo (sobrecontrolado) se caracteriza por mostrar un resultado alto en neuroticismo y responsabilidad y una puntuación baja en apertura a la experiencia. Analizaron posteriormente las diferencias entre estos 3 grupos con respecto a rasgos más específicos.

Los pacientes pertenecientes al grupo subcontrolado mostraban en comparación con el grupo de alto funcionamiento puntuaciones más altas en todas las facetas de neuroticismo así como en apertura a la acción (apertura), y menores puntuaciones en todas las de extraversión (excepto para la búsqueda de la emoción) y de responsabilidad. En comparación con los sobrecontrolados, los subcontrolados reportaron más ira e impulsividad (neuroticismo), búsqueda de emoción, apertura a la experiencia, y menos responsabilidad. Por último, los sobrecontrolados en comparación con los resilientes mostraron puntajes más altos en la mayoría de las facetas del neuroticismo como la ansiedad, depresión, timidez y vulnerabilidad (pero no en ira e impulsividad), modestia (amabilidad) y orden (responsabilidad), y menores puntuaciones en todas las facetas de extraversión, apertura a la experiencia, la confianza y el altruismo (amabilidad), y competencia (responsabilidad).

Claes et al (2006) también observaron las relaciones entre estos 3 subtipos y los trastornos de personalidad. El grupo de alto funcionamiento tenía tasas más bajas de trastornos de personalidad, en el grupo sobrecontrolado se daban sobre todo TP evitativos, obsesivo-compulsivos y esquizoides, por último en el grupo subcontrolado destacaban, sobre todo, los TLP. Una de las críticas que los autores reconocen al estudio es el uso único de cuestionarios para la evaluación, sin entrevistas que validen los diagnósticos.

Thompson-Brenner y Westen (2005) investigaron si los tres subtipos de personalidad encontrados en los TCA permiten distinguir entre diferentes patrones de funcionamiento adaptativo y respuesta a los tratamientos. Los resultados mostraron que los tres grupos difieren sistemáticamente en la función adaptativa, encontrándose puntuaciones más altas en los pacientes de alto funcionamiento, seguidos por el grupo restringido y el grupo desregulado. Además, el grupo subcontrolado mostraba tasas más altas de hospitalizaciones psiquiátricas, seguido de los pacientes con perfil sobrecontrolado y por último los de alto funcionamiento. El subtipo de personalidad también predijo diferencias en la duración y resultado del tratamiento. Tanto el subtipo subcontrolado como el sobrecontrolado se asociaron positivamente con la duración del tratamiento (tratamientos más largos) y negativamente con el resultado (peores resultados).

En resumen, el estudio mediante conglomerados nos permite establecer prototipos de personalidad útiles para ordenar las diferentes características de personalidad encontradas en la investigación. El modelo más replicable es el que plantea una división en 3, dos grupos con poca capacidad de adaptación a los cambios ambientales, un grupo subcontrolado con mal control y modulación de los impulsos, un grupo sobrecontrolado con excesivo control, y

un tercer grupo con una postura más equilibrada y con mayor capacidad de adaptación a los cambios del ambiente.

Hasta aquí hemos revisado las diferentes variables de personalidad relacionadas con los TCA, tanto desde un enfoque dimensional como categorial, terminando por el estudio de prototipos. En el apartado siguiente analizaremos los posibles modelos de relación entre las mismas.

3. MODELOS DE RELACIÓN ENTRE TCA Y PERSONALIDAD. ENFOQUES METODOLÓGICOS ASOCIADOS

3.1 Los modelos de relación entre la personalidad y los TCA

El estudio de las relaciones entre rasgos/trastornos de la personalidad y los TCA es necesariamente complicado por numerosas cuestiones metodológicas relacionadas con las variables de personalidad. Estas cuestiones metodológicas incluyen aspectos tales como la estabilidad o cambio de los rasgos de la personalidad (Pedersen y Reynolds, 1998), los efectos del estado actual en la medición de los rasgos de personalidad (Vitousek y Manke, 1994), los altos niveles de comorbilidad entre los diferentes TP así como la significativa heterogeneidad que existe dentro de cada uno (Livesley, 2001), la dudosa validez de la evaluación de los trastornos de personalidad en los adolescentes (Shiner, 1998), y el debate sobre si es mejor una concepción categórica de los trastornos de personalidad o dimensional (Widiger, 1993). A pesar de todos estos desafíos, es importante revisar los modelos conceptuales más relevantes sobre la relación entre los TCA y la personalidad, para conocer las distintas formas en que la personalidad podría estar relacionada con los TCA. A continuación, se revisan dichos modelos.

3.1.1 Modelo de predisposición.

Este modelo propone una relación en la que determinados rasgos de personalidad preceden y aumentan el riesgo de desarrollar un TCA. Además, este modelo supone que la alteración de la personalidad y el TCA son condiciones independientes, en las que la etiología y fisiopatología de los trastornos son distintas (Lyons, Tyrer, Gunderson y Tohen, 1997). El supuesto de independencia ayuda a separar el modelo de predisposición al modelo del espectro, que describiremos posteriormente. El modelo de predisposición fue utilizado por Strober (1991) para dar cuenta de la relevancia causal de factores temperamentales en la AN. Strober afirmaba que los rasgos de personalidad pueden mediar con los eventos ambientales relacionados con la adolescencia aumentando el riesgo de desarrollar AN. Sin

embargo, no está claro si la teoría de Strober refleja un verdadero modelo de predisposición o un modelo de espectro. Si su modelo implica que el temperamento es una entidad independiente que simplemente aumenta el riesgo de trastornos de la alimentación se trataría de un modelo de predisposición. Por otra parte, si lo que se sugiere es que determinados rasgos de personalidad y la AN representan variantes de una misma psicopatología subyacente, entonces hablaríamos de un modelo de espectro. Esto pone de relieve la necesidad de determinar si los rasgos de personalidad y los TCA son entidades independientes, lo cual, como comentábamos anteriormente, es un requisito previo para el modelo de predisposición (Lilenfeld et al., 2006).

3.1.2 Modelo de Complicación.

Este modelo propone que es el TCA el que produce cambios en la personalidad del paciente. Un ejemplo específico dentro de esta clase general de relación es el modelo “state-effect”. Este modelo considera que el TCA produce cambios a corto plazo en la personalidad. Keys (1950) comprobó como los sujetos en estado de semi-inanición tienden a exhibir muchos de los síntomas asociados a los TCA, incluyendo rasgos obsesivos de la personalidad. Otra variante dentro de modelos de complicación sería el “scar-effect”. Este segundo modelo defiende que el TCA genera cambios en la personalidad a largo plazo, que se mantienen incluso después de la recuperación de la enfermedad. Así, mientras que el primer modelo se refiere al impacto del TCA en la personalidad durante el episodio de TCA, el segundo se refiere al efecto duradero en la personalidad, aún después de la resolución del trastorno alimentario (Lilenfeld et al., 2006).

3.1.3 Modelo de causa común.

Este modelo defiende que determinados rasgos de personalidad y los TCA son condiciones diferentes pero causadas por uno o varios factores comunes subyacentes. Una analogía genética es aquella en la que un genotipo en particular da lugar a dos o más expresiones fenotípicas distintas.

El primer tipo de modelo de causa común puede ser denominado como el *modelo de la tercera variable*. En este modelo, los dos trastornos se consideran independientes y surgen de la misma causa subyacente. Por ejemplo, puede ser postulado que algún factor genético subyacente aumenta el riesgo tanto de la anorexia nerviosa como del trastorno de personalidad obsesivo compulsivo. Alternativamente, podría ser un factor de riesgo psicosocial (por ejemplo, la crianza en un ambiente invalidante) el que aumentara el riesgo

tanto de una alteración de la personalidad (por ejemplo, el trastorno límite de personalidad) como de un trastorno de la alimentación (por ejemplo, la bulimia nerviosa) (Lyons et al., 1997).

El segundo tipo de modelo de causa común se conoce como el *modelo del espectro*. El supuesto básico de este modelo consiste en que la alteración en la personalidad y el TCA se consideran como variaciones cuantitativas, no cualitativas, con una misma base etiológica y fisiopatológica, y por lo tanto no son trastornos independientes. Los modelos del espectro plantean que determinadas variables particulares de la personalidad y los trastornos alimentarios suelen coexistir porque representan diferentes variaciones cuantitativas del mismo trastorno fundamental. Si bien este modelo se emplea comúnmente para dar cuenta de la relación entre el trastorno esquizotípico de la personalidad y la esquizofrenia, la misma lógica se puede aplicar a los TCA. Por ejemplo, es posible pensar en un rasgo de la personalidad en particular (por ejemplo, el perfeccionismo) o un trastorno (por ejemplo, trastorno de personalidad obsesivo compulsivo) como una variante de la misma psicopatología asociada con ciertos TCA. El supuesto, en este caso, sería que la anorexia nerviosa y el trastorno temperamental son, en realidad, variaciones de la misma psicopatología y no representan a entidades independientes. Esta sutil diferencia sobre la independencia de los trastornos es la clave que distingue entre los modelos de la tercera variable y los modelos del espectro (Lilenfeld et al., 2006).

3.1.4 Modelo patoplástico.

El modelo patoplástico no es propiamente un modelo causal, ya que no establece una relación causal entre las variables. Lo que establece este modelo es que una vez que los rasgos de personalidad y los TCA se han desarrollado pueden interactuar de forma que modifiquen la presentación y el curso de cada condición. Por ejemplo, los rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos pueden tener un impacto significativamente diferente en las características clínicas y evolución de la bulimia nerviosa que los rasgos de personalidad impulsiva. La diferenciación del modelo de patoplastia y del modelo de predisposición es difícil. Por ejemplo, si un rasgo de la personalidad particular, sirvió como un factor de riesgo en la predisposición a los TCA, es probable que siga operando como un factor patoplástico a lo largo del tiempo (Lilenfeld et al., 2006).

En resumen, podemos establecer diferentes modelos hipotéticos de relación entre los TCA y la personalidad. El modelo de predisposición establece que es el trastorno o rasgo de personalidad el que provoca o aumenta el riesgo de padecer un TCA. Los modelos de complicación realizan la sugerencia contraria, entendiendo que es el TCA el que fomenta ciertos rasgos de personalidad. Dentro de este modelo podemos distinguir según dos posibles efectos, uno inmediato, el que ocurriría durante la enfermedad, y un segundo efecto más a largo plazo, como una secuela, que se mantendría aún después de la recuperación de la misma. Otra posible forma de relación sería la planteada por los modelos de causa común, y aquí también podemos diferenciar dos submodelos. El modelo de la tercera variable considera que ambos trastornos son independientes pero que estarían causados por una misma causa, por ejemplo, un gen común. Por su parte el modelo del espectro considera que los TCA y los TP serían en realidad parte de un mismo trastorno con intensidades diferentes. Por último, el modelo de topoplastia considera que no existe una relación causal entre ambos grupos de variables pero que una vez desarrolladas ambas se influyen mutuamente.

3.2 Enfoques metodológicos utilizados para probar los diferentes modelos

3.2.1 Diseño prospectivo.

La prueba ideal del *modelo de predisposición* es un diseño prospectivo. Las características necesarias para este tipo de estudio incluyen la evaluación por lo menos en dos puntos diferentes en el tiempo del cambio de estado en dichos sujetos sobre las variables de interés (Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer y Offord, 1997). Un diseño prospectivo supera algunas de las limitaciones inherentes de los estudios transversales o correlacionales. Un verdadero "factor de riesgo" (por ejemplo, variables de personalidad) debe preceder a la variable resultado de interés (por ejemplo, TCA); tal ordenamiento temporal sólo es posible de estudiar con un diseño prospectivo (Jacobi et al., 2004; Kazdin et al., 1997). Sin embargo, debido a las tasas base relativamente bajas de los TCA los estudios prospectivos son muy difíciles de ejecutar con esta población.

Los diseños longitudinales con pacientes que ya tienen la variable resultado no se consideran verdaderamente prospectivos, pero pueden proporcionar una prueba del *modelo patoplástico*, en términos, por ejemplo, de la influencia de la personalidad en el curso y resultado del tratamiento en los TCA. Por ejemplo, si se llegara a comprobar que los sujetos con puntuaciones altas en emociones positivas tienen más probabilidades de recuperarse del TCA, implicaría que este rasgo de la personalidad afecta al curso del TCA. Del mismo

modo, los estudios sobre tratamientos que examinan la importancia predictiva de la personalidad en el resultado del mismo proporcionan, igualmente, una prueba longitudinal del modelo de patoplastia (Lilenfeld et al., 2006).

Un verdadero diseño prospectivo también es la prueba ideal del *modelo de complicación*. Un rasgo de la personalidad que no estaba presente antes del TCA, sino que surge después del desarrollo de éste, demostraría el apoyo para este modelo. Sin embargo, con el fin de distinguir entre un efecto consecuencia del estado y un efecto más duradero, tendría que hacerse un seguimiento de sujetos tras la resolución de un TCA. Si los rasgos de personalidad desaparecen cuando se resuelve el trastorno de la alimentación se apoyaría el modelo de “state-effect”. Los rasgos que persistan apoyarían al modelo “scar-effect” (Lilenfeld et al., 2006).

3.2.2 Estudios con pacientes recuperados.

Debido a los costos asociados a los diseños prospectivos, así como a las bajas tasas de los TCA, los estudios con pacientes recuperados se utilizan a menudo para probar el *modelo de predisposición*. Un estudio con pacientes recuperados implica la identificación de individuos que tuvieron antes la condición de interés pero que ahora ya no cumplen los criterios para ser considerados afectados. La idea fundamental de este diseño es que las características de personalidad de la población recuperada puedan reflejar una característica relativamente duradera, que estuvo presente de forma premórbida y sirvió para aumentar el riesgo de la enfermedad. Es importante destacar que los estudios con pacientes recuperados eliminan los poderosos efectos potenciales de los síntomas del TCA en la propia personalidad, a los que hace hincapié el modelo de complicación, de modo que mantener los rasgos de personalidad después de la recuperación supone que esos rasgos no son simples epifenómenos asociados con el TCA. Aun así, sus conclusiones son limitadas debido a la incapacidad de distinguir los "efectos cicatriz" en la personalidad, debidos al TCA previo, de los rasgos de personalidad premórbida. Es decir, los rasgos de personalidad en una persona recuperada pueden representar una complicación de haber tenido una enfermedad anterior (es decir, una "cicatriz" de la enfermedad) o, alternativamente, pueden interpretarse como el reflejo de una condición de la personalidad premórbida. Otro problema con este diseño es la posibilidad de que cierta sintomatología residual del TCA siga afectando a los rasgos de personalidad (Lilenfeld et al., 2006).

Los estudios con pacientes recuperados, aunque no sean el mejor diseño posible, pueden ser una prueba razonable de *los modelos de complicación*. En concreto, la elevación de la personalidad en sujetos enfermos en la actualidad en comparación con sujetos recuperados, prestaría apoyo para el *modelo state-effect*, mientras que el mantenimiento de las puntuaciones de la personalidad en sujetos recuperados en comparación con los sujetos enfermos puede apoyar el modelo de scar-effect. Sin embargo, este patrón de resultados también podría ser explicado por el modelo de predisposición. Como se mencionó anteriormente, es imposible separar los efectos cicatriz de los rasgos premórbidos mediante el diseño de los estudios con pacientes recuperados. Por lo tanto, los diseños longitudinales prospectivos son en última instancia necesarios para distinguir entre estas dos interpretaciones posibles de los datos de los estudios con pacientes recuperados (Lilenfeld et al., 2006).

3.2.3 Diseño retrospectivo.

Los informes retrospectivos de los sujetos, sus padres, u otros informantes serían una tercera vía, menos robusta, para probar el *modelo de predisposición*. Es decir, estos estudios son una forma alternativa de identificar posibles factores "pre mórbidos". En este tipo de estudios, se utilizan informes retrospectivos en un esfuerzo por establecer una línea en el tiempo entre un antecedente (por ejemplo, rasgos de personalidad) y un resultado (por ejemplo, TCA). Con la evaluación retrospectiva, a los individuos se les pide que recuerden unos acontecimientos (o funcionamiento de la personalidad) en un punto anterior en el tiempo. El objetivo de la evaluación es generar información sobre el trastorno de interés (por ejemplo, TCA) y un factor de riesgo (por ejemplo, un rasgo de la personalidad) después de que ambos se hayan producido. La estrategia de diseño utilizada normalmente es un estudio de casos-controles en el que una muestra identificada con nuestra variable dependiente (por ejemplo, TCA) se compara con una muestra de control (normal o con otras psicopatologías). Los predictores potenciales o factores de riesgo (por ejemplo, rasgos de personalidad) se evalúan, por tanto, retrospectivamente (Lilenfeld et al., 2006).

Los problemas con esta técnica incluyen el recuerdo selectivo o impreciso y otras imprecisiones de la información retrospectiva. Este método puede ser mejorado al tener en cuenta a otros informantes, aunque los miembros de la familia u otros informantes también pueden estar sujetos a los mismos problemas de la información sesgada.

3.2.4 Diseño transversal.

Los diseños transversales, aunque muy utilizados, tienen una capacidad limitada para evaluar todos excepto uno de los modelos previamente descritos. Mientras que la prueba ideal del modelo de patoplastia es también un diseño prospectivo, según lo discutido previamente, una alternativa, mucho menos rigurosa que probaría también este modelo se podría obtener con una comparación tradicional, de corte transversal de una muestra de individuos con TCA y diferentes niveles de un determinado rasgo de la personalidad (por ejemplo, "alta impulsividad" frente a "baja impulsividad" en las personas bulímicas). Si, por ejemplo, el modelo de patoplastia se aplica a la impulsividad y a los TCA, se espera que estas personas tengan unas características clínicas diferentes en función del grado en que poseen el rasgo de impulsividad (Lilenfeld et al., 2006).

3.2.5 Estudios de familias.

Los estudios de familias pueden ayudar a distinguir entre los modelos de *predisposición*, de *complicación*, y de *causas comunes*. Para probar la etiología familiar compartida entre el TCA y un TP, lo ideal sería utilizar un estudio de familia con los siguientes cuatro grupos de familias: pacientes con TCA y con trastorno de la personalidad (o alto rasgo), TCA sin el trastorno de la personalidad (o bajo rasgo), TP (o alto rasgo) sin TCA, y un último grupo sin TCA y sin TP (o bajo rasgo), este último sería el grupo control. Si los TCA y los TP comparten una causa común, se esperarían tasas elevadas en los familiares de los tres grupos clínicos en comparación con los familiares de los controles (Lilenfeld et al., 2006).

Además, se puede distinguir realmente entre los dos tipos de modelos de las causas comunes (tercera variable frente espectro). El apoyo al modelo de la tercera variable se encontraría si la *comorbilidad* (es decir TCA más TP) fuera igualmente común entre los familiares de los tres grupos clínicos y mayor que entre los parientes de los controles. Este sería el caso si asumimos que los factores de riesgo para los dos trastornos son en gran medida superpuestos, por lo que ninguno de los trastornos confiere un mayor riesgo para sus familias. Por otra parte, si asumimos que los factores de riesgo para los dos trastornos son sólo parcialmente superpuestos, sin que tampoco tuviera lugar una gran cantidad de factores de riesgo únicos para cada trastorno, la comorbilidad más alta estaría entre los familiares de pacientes con dicho trastorno (Lilenfeld et al., 2006).

También se encuentra apoyo al modelo de la tercera variable si el *trastorno de la personalidad* fuera igualmente común entre los familiares de pacientes con sólo trastorno de

la personalidad y las familias con pacientes con ambas patologías concurrentes trastorno de la personalidad + TCA, los cuales deben ser más frecuentes que en los familiares con pacientes con únicamente TCA, que a su vez deben de ser más frecuentes que entre los parientes de los pacientes del grupo control. Los familiares de pacientes con trastorno de la personalidad ya sea único o también con TCA, comparten los factores de vulnerabilidad comunes entre los trastornos alimentarios y trastornos de la personalidad (tercera variable), así como el factor único de vulnerabilidad para el trastorno de personalidad. Sin embargo, los familiares de pacientes con TCA tienen sólo el factor de riesgo compartido entre TCA y los TP.

Por último, aplicando la misma lógica, el apoyo al "modelo de tercera variable" también se encontraría si el TCA fuera igualmente común entre los familiares de pacientes con TCA y familiares de pacientes con patología comórbida TCA y TP, los cuáles deben ser más frecuentes que entre los familiares de TP puro, que a la vez serán más frecuentes que en los familiares del grupo control (Cassin y Ranson, 2005).

Cuando los factores etiológicos entre los dos trastornos se superponen en gran medida, y existe una similitud fenomenológica entre ellos, entonces pueden que formen parte de un mismo continuo. En concreto, el apoyo al "modelo del espectro" se encontraría si la frecuencia de TCA fuera igualmente común entre los familiares de TCA puros y los familiares con comorbilidad de trastorno de la personalidad + TCA, los cuáles deben ser más altos que entre los familiares de los pacientes con trastorno de la personalidad pura, que debe ser superior a los parientes del grupo control. Esto es así porque estamos suponiendo que el trastorno de la alimentación (por ejemplo, anorexia nerviosa) es la forma más severa de la patología y el trastorno de la personalidad (por ejemplo, trastornos de la personalidad compulsivo-obsesivo (OCPD) es la forma menos grave, sin embargo, ambos se suponen en el mismo continuo o "espectro". Por lo tanto, los familiares de los pacientes con TCA tendrán una mayor "carga" de cualquier factor de riesgo que contribuya a esta patología. Y así, las tasas de TCA + TP (o uno solo) serán más altas en los familiares de los pacientes con TCA (sola o con TP).

También se apoyaría al "modelo del espectro" si el *trastorno de la personalidad* fuera igualmente común entre los familiares de pacientes con TCA puro y los familiares de pacientes comórbidos TP más TCA, los cuales deben ser más frecuentes que entre los familiares de los pacientes con trastorno de la personalidad pura, que a su vez será mayor que entre los parientes de los pacientes del grupo control. Una vez más, la razón de esto es que los familiares de los pacientes con trastorno de alimentación deberían tener una mayor

"carga" de cualquier factor de riesgo que contribuya a la patología (de nuevo, asumiendo en este caso que el trastorno de la alimentación es la condición más severa en el continuo) (Lilenfeld et al., 2006).

3.2.6 Estudios con gemelos.

Por último, los estudios con gemelos son una metodología alternativa a utilizar para evaluar el *modelo de las causas comunes*. Al examinar la asociación entre rasgos de personalidad (o trastornos) y TCA entre gemelos monocigóticos en comparación con dicigóticos, no sólo se puede recopilar información acerca de si estas condiciones comparten una causa común, sino también en qué medida la naturaleza de la causa común se explica por los genes compartidos o por un medio ambiente compartido. Así, después de evaluar la asociación entre rasgos de personalidad y TCA, este diseño de estudio nos permite determinar el grado en que los factores genéticos y ambientales subyacen en estas relaciones (Lilenfeld et al., 2006).

En resumen, los estudios prospectivos son los más adecuados para probar tanto el modelo de predisposición como el de complicación y sirven también para comprobar las relaciones potoplásticas. Los estudios con pacientes recuperados pueden usarse como prueba tanto del modelo de predisposición como del modelo de complicación, de hecho el problema es que no se puede diferenciar entre ambos. Los diseños retrospectivos se han utilizado como prueba de predisposición pero cuentan con numerosos sesgos. Los estudios transversales se han usado también para modelos de predisposición pero al usarse las medidas en el mismo tiempo, las conclusiones son limitadas. Los estudios de familia y los genéticos permiten ayudarnos a esclarecer los modelos de causas comunes.

3.3 Las pruebas empíricas de los modelos

En este apartado nos limitamos a analizar estudios que hayan sido útiles para comprobar los distintos modelos de relación establecidos en los apartados anteriores.

3.3.1 Modelo de predisposición.

3.3.1.1 Estudios prospectivos.

Se han realizado varios estudios prospectivos sobre la personalidad en el campo de los TCA. Este diseño metodológico es largo y costoso, sin embargo, es la forma más poderosa de evaluar la hipótesis de que ciertos rasgos (trastornos) de personalidad

premórbida aumentan el riesgo de desarrollar un posterior TCA. Debido a que la prevalencia de los TCA es baja, la mayoría de estos estudios prospectivos predicen actitudes alimentarias anormales más que TCA diagnosticables (Lilenfeld et al., 2006).

Los dos primeros estudios longitudinales realizados no encontraron rasgos de personalidad que funcionaran como predictores de los trastornos alimentarios (Attie & Brooksgunn, 1989). En contraste, el estudio prospectivo de León y sus colegas encontró que una pobre *conciencia interoceptiva* aumentaba el riesgo de desarrollar un TCA un año más tarde (León et al., 1995). Además, estos autores descubrieron más tarde que el afecto negativo (que abarcaba una amplia gama de variables, entre ellas *ineficacia*, así como las emociones negativas) predecía un mayor riesgo de presentar síntomas de TCA después de entre 3 y 5 años de seguimiento (León, Fulkerson, Perry, Keel y Klump, 1999). En realidad, sólo algunos de estos adolescentes tenían un TCA diagnosticable en la evaluación de seguimiento, pero todos tenían síntomas clínicamente significativos.

Algunos estudios han examinado la relación entre el temperamento infantil y el posterior desarrollo de problemas de alimentación durante la adolescencia. Martin (2000) descubrió que una alta emocionalidad negativa evaluada desde la infancia en adelante era la variable que más aumentaba el riesgo de padecer el trastorno. Killen et al (1996) encontraron que los factores temperamentales de *angustia y miedo (es decir, neuroticismo)*, así como una *ineficacia y conciencia interoceptiva pobres*, ayudaban a predecir la presencia, a los cuatro años, de trastornos alimentarios en una amplia muestra comunitaria de chicas de secundaria. Estos hallazgos se sostuvieron después de controlar posibles síntomas alimentarios al principio del estudio.

Posteriormente se realizaron dos grandes estudios verdaderamente prospectivos, que además presentaban también control de la inexistencia de síntomas alimentarios al inicio del estudio. El primero realizó un seguimiento a mujeres desde los 12 a los 21 años, mientras que el segundo siguió a mujeres de entre 18 a 30 años. Ambos estudios también encontraron que el neuroticismo (emocionalidad negativa) predecía la aparición de TCA en el tiempo. El estudio de Ghaderi evaluó también otras variables del modelo de los 5 grandes, observando que las personas que posteriormente desarrollaban un TCA presentaban también unas puntuaciones más bajas en responsabilidad y en amabilidad, mientras que en apertura eran mayores. Aunque las diferencias en responsabilidad y amabilidad no eran significativas cuando se controlaban con el neuroticismo (Cervera et al., 2003; Ghaderi y Scott, 2000).

Se han realizado otros estudios prospectivos con poblaciones más específicas. Así, en un estudio durante 4 años con 35 adolescentes matriculados en un ballet muy competitivo

(D. M. Garner, Garfinkel, Rockert, & Olmsted, 1987) encontraron que sólo la obsesión por la delgadez y la insatisfacción corporal (tradicionalmente no consideradas rasgos de personalidad) predijeron la aparición de TCA.

En otro estudio (Strigelmoore, Silberstein, Frensch y Rodin, 1989) encontraron que la ineficacia (es decir, sentirse inadecuado e inseguro, sin valor y sin el control de la vida) se asoció con un aumento de síntomas de TCA (por ejemplo, dietas, atracones y purgas) en estudiantes universitarias durante su primer curso en la universidad. También se ha encontrado que el perfeccionismo evaluado durante el último año de escuela secundaria predecía el desarrollo de síntomas bulímicos durante el primer año de universidad (Vohs, Bardone, Joiner, Abramson y Heatherton, 1999). Es importante destacar que, sin embargo, el perfeccionismo funcionó como un factor de riesgo sólo cuando el individuo tenía una baja autoestima y se consideraba con sobrepeso (Vos et al., 1999). Estos dos últimos estudios controlaron la no existencia de síntomas de patología alimentaria al inicio del estudio.

Más recientemente, otro estudio (Lilenfeld, Jacobs, Woods y Picot, 2008) trató de explorar prospectivamente el aumento en el riesgo en los trastornos alimentarios a través de ciertos rasgos de personalidad en una muestra de mujeres de origen étnico diverso. Los análisis revelaron que los síntomas del trastorno límite de personalidad, así como una interacción entre los síntomas de trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo y la raza, predecían el desarrollo de trastornos alimentarios en un período de dos años. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad fue el predictor más fuerte para las mujeres afro-americanas.

Por último, Rastam (1992) desarrolló un estudio que mejor podría clasificarse como "cuasi-prospectivo." Se realizó una clasificación del funcionamiento de la personalidad premórbida de 51 adolescentes con posterior diagnóstico de anorexia nerviosa según el Eje II del DSM-III (algunos de ellos fueron seleccionados a través de un estudio basado en la población de más de 4.000 niños, y otros llegaron derivados para evaluación de un posible trastorno de alimentación). Las personas anoréxicas tenían significativamente más probabilidades que las del grupo control de haber padecido anteriormente rasgos del trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, tales como rigidez, inflexibilidad y perfeccionismo. Sin embargo, no está claro si todos los adolescentes estaban libres de un TCA en el momento en que se realizó el estudio de personalidad.

En resumen, estos estudios prospectivos representan los mejores esfuerzos para identificar los rasgos de personalidad que pueden ser factores predisponentes para el desarrollo posterior de un TCA. Estos rasgos incluyen la emocionalidad negativa (neuroticismo), una pobre conciencia interoceptiva, el perfeccionismo, la ineficacia, la obsesión por la delgadez, y rasgos del trastorno obsesivo-compulsivo. Y sólo estudiados en una investigación nos encontraríamos el prototipo de personalidad subcontrolado formado por alto neuroticismo y apertura con baja responsabilidad y amabilidad. Sin embargo, los estudios existentes son limitados, sobre todo porque las medidas de resultado varían considerablemente y sólo tres estudios prospectivos (Claes, Nederkoorn, Vandereycken, Guerrieri y Vertommen, 2006; Garner et al., 1987; Ghaderi y Scott, 2000) fueron capaces de predecir el desarrollo de TCA, en lugar de un cierto desorden en la alimentación.

3.3.1.2 Estudios con pacientes recuperados.

Debido a los problemas logísticos inherentes a la realización de investigaciones prospectivas, varios investigadores han realizado estudios con pacientes recuperados para probar el modelo de predisposición. Estos investigadores asumen que los rasgos de personalidad que permanecen en pacientes que ya se han recuperado de un TCA deben ser premórbidos. Hay varios rasgos de personalidad que han sido implicados en la investigación prospectiva y también se encuentran elevados en individuos que han padecido trastornos de alimentación pero ya están recuperados. Estos rasgos incluyen el perfeccionismo (Bastiani et al., 1995; Lilenfeld et al., 2000; Srinivasagam et al., 1995; Vohs et al., 1999), la ineficacia (Casper, 1990; Strigelmoore et al., 1989), una pobre conciencia interoceptiva (Casper, 1990; Leon et al., 1999; Lilenfeld et al., 2000), la emocionalidad negativa y el neuroticismo (Casper, 1990; Cervera et al., 2003; Ghaderi y Scott, 2000; Killen et al., 1996; Leon et al., 1999; Martin et al., 2000; Pollice et al., 1997), y síntomas obsesivos (Pollice et al., 1997; Srinivasagam et al., 1995). Existen algunas otras características adicionales de la personalidad que se han encontrado elevadas entre los individuos recuperados, pero no han sido evaluadas en los diseños prospectivos, y que incluyen la evitación del daño, la conformidad a la autoridad, así como bajos niveles de emocionalidad positiva (Casper, 1990).

Algunos estudios se han centrado en examinar los TP que aparecen entre individuos recuperados de TCA. Se han encontrado tasas elevadas de trastornos de la personalidad

obsesivo-compulsivo y de evitación en una cohorte de personas que habían padecido AN de inicio en la adolescencia y que ya se habían recuperado de su enfermedad (Gillberg et al., 1995). También se ha encontrado la persistencia de TP del Grupo C entre mujeres que se habían recuperado (hacía por lo menos un año) de AN o BN. Además, se encontró una mayor sintomatología del Grupo B sólo entre los individuos recuperados que habían evidenciado previamente síntomas bulímicos durante la enfermedad (Matsunaga et al., 2000).

En resumen, estos estudios con pacientes recuperados sugieren como potenciales factores de predisposición a la emocionalidad negativa/neuroticismo, a la pobre conciencia interoceptiva, al perfeccionismo, a la ineficacia y a síntomas obsesivos (incluido el Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad), que también han sido implicados en el diseño de estudios prospectivos. Por otra parte, la evitación del daño, la conformidad a la autoridad, los bajos niveles en emociones positivas, el trastorno evitativo de la personalidad sólo se han relacionado como variables de riesgo en estudios con pacientes recuperados y se necesita, por tanto, una evaluación prospectiva con el fin de tratar de diferenciar los factores premórbidos de los “scar-effect”. En cuanto a los clúster de trastornos de la personalidad, entre los pacientes recuperados de cualquier TCA son frecuentes los trastornos del Grupo C, mientras que los trastornos del Grupo B son más frecuentes entre los pacientes recuperados de síntomas bulímicos.

3.3.1.3 Estudios retrospectivos.

Los informes retrospectivos pueden investigar rasgos de personalidad que predisponen al TCA utilizando un diseño de casos y controles. Los rasgos de personalidad que son más comunes entre aquellos que han desarrollado un trastorno de la alimentación, en comparación con controles apareados, se pueden considerar posibles factores de predisposición si los rasgos de los informes han estado presentes antes de la aparición de la enfermedad. Con este método se han encontrado diferencias en *perfeccionismo* y *autoevaluación negativa* tanto entre pacientes con AN y BN con respecto al grupo control (Fairburn et al., 1999). Otro estudio más reciente informó también de forma retrospectiva que los rasgos en la infancia de *personalidad obsesivo-compulsiva* tenían un alto valor predictivo para el desarrollo de la AN y BN en comparación con las mujeres y controles sanos (Andarfa, Tchanturia, Rabe-Hesketh y Treasure, 2003). Por último, analizamos un

estudio en el que el grupo de comparación consistió en hermanas de las personas anoréxicas. Se encontró que las pacientes con TCA obtenían, en comparación con sus hermanas sanas, tasas más elevadas de trastornos de personalidad del *Clúster C*, así como rasgos de *evitación del daño*, *perfeccionismo* y una disminución de los índices de *búsqueda de la novedad* y de *auto-direccionalidad* (Karwautz, Rabe-Hesketh, Collier y Treasure, 2002).

3.3.1.4 Estudios de Familia.

Aunque no es tan buena alternativa como diseños longitudinales prospectivos, los estudios con familias permiten una evaluación del modelo de predisposición. Los rasgos de personalidad que están elevados en los miembros de la familia con TCA en comparación con las familias que nunca han tenido un TCA pueden representar a factores predisponentes. Así, se ha encontrado evidencia de diferencias entre los familiares de primer grado de mujeres bulímicas en comparación con los familiares de primer grado de las mujeres del grupo control en tres rasgos: *perfeccionismo*, *ineficacia* y *desconfianza interpersonal* (Lilenfeld et al., 2000). Las dos primeras de estas características también han sido previamente identificadas en estudios prospectivos y de recuperación como posibles factores predisponentes para el desarrollo de trastornos de la alimentación, no así la *desconfianza interpersonal* (Bastiani et al., 1995; Casper, 1990; Srinivasagam et al., 1995; Strigelmoore et al., 1989; Vohs et al., 1999).

3.3.2 Modelo de complicación.

3.3.2.1 Estudios con pacientes recuperados.

Los estudios con pacientes recuperados son una prueba rigurosa del modelo de complicación. La presencia de rasgos de personalidad elevados en pacientes con presencia de TCA en la actualidad, en comparación con sujetos recuperados, daría un fuerte apoyo para el modelo “state-effect”. Así, los estudios experimentales donde se ha impuesto un estado de semi-inanición a individuos anteriormente sanos sugieren que la rigidez y la obsesión pueden ser consecuencia de un estado de hambre (Keys, 1950). De hecho, los síntomas obsesivos parecen ser mayores entre los sujetos que padecen actualmente la enfermedad que entre los que ya se han recuperado del trastorno alimentario, encontrándose las tasas más bajas entre los que nunca han estado enfermos (Pollice et al., 1997; Srinivasagam et al., 1995). Se ha

demostrado que el neuroticismo disminuye y la extraversión aumenta después de la recuperación del peso entre las personas con anorexia nerviosa (Stonehill y Crisp, 1977). Además, la labilidad emocional y otros índices de desinhibición del comportamiento disminuyen tras las reducciones de atracones y purgas lo que sugiere que los rasgos impulsivos pueden ser, al menos parcialmente, secundarios a la bulimia nerviosa activa (Kennedy, Mcvey y Katz, 1990).

Por otra parte, se han observado elevadas puntuaciones en ineficacia, obsesión por la delgadez, evitación del daño, conformidad a la autoridad, así como una pobre conciencia interoceptiva entre sujetos recuperados hace ya tiempo de anorexia nerviosa, comparándolo con mujeres que nunca han tenido un TCA (R. Casper, 1990). Sin embargo, con estos datos es imposible determinar definitivamente si se trata de "scar-effect" o de factores predisponentes. De hecho, la ineficacia, la pobre conciencia interoceptiva y la obsesión por la delgadez han sido implicadas en la investigación prospectiva, lo que sugiere que más bien pueden ser factores predisponentes. La investigación futura debe examinar estas características con el fin de determinar definitivamente esta distinción.

Por último, un estudio que evaluó el porcentaje de trastornos de personalidad durante el TCA y hasta 5 años después de la recuperación (Vrabel, Ro, Martinsen, Hoffart, & Rosenvinge, 2009) observó que el porcentaje disminuía de un 78% durante el TCA a un 43% después de la recuperación del mismo, por lo que al menos parte de estos diagnósticos parecen interpretarse desde el efecto del estado del paciente.

3.3.3 Modelo de causa común.

3.3.3.1 Estudios de familia.

Los estudios familiares son las pruebas más importantes de la hipótesis de que los rasgos de la personalidad y los TCA comparten una causa común subyacente. Tasas elevadas tanto de los TCA como de los TP entre los parientes de los pacientes que tienen comorbilidad (es decir, TCA y TP) y ambos grupos puros (solo TCA o solo TP) en comparación con los parientes de los sujetos del grupo control, prestaría apoyo para el modelo de causa común. Desafortunadamente, no existen aun estudios en este campo que hayan probado la hipótesis de esta manera. Sin embargo, sí existe alguna investigación que ha tratado de utilizar una modificación de este enfoque. En un estudio incluyeron el grupo de comorbilidad, el grupo de trastorno de la alimentación pura y el grupo control normal, faltándoles el grupo TP puro (Lilenfeld et al., 1998). Se encontró apoyo para el modelo de causa común en el trastorno de

personalidad obsesivo-compulsivo (TPOC) y anorexia restrictiva. Los familiares de pacientes con AN tenían tasas elevadas de TPOC (en comparación con los familiares de los controles normales), independientemente de la presencia de TPOC en la misma paciente, lo que sugiere que estos dos trastornos comparten algunos factores comunes en su base etiológica (Lilenfeld et al., 1998). Sin embargo, como no había un tercer grupo de pacientes con TPOC, no es posible distinguir entre los dos tipos de modelos de causa común, a saber, "tercera variable" y "espectro".

Algunos estudios han intentado probar la hipótesis de la etiología compartida entre un TCA y un rasgo de la personalidad dimensional. Sin embargo, hasta la fecha no se ha encontrado una verdadera prueba de ello. Para esto se requeriría un estudio de los familiares de los cuatro grupos siguientes: pacientes con TCA con un alto nivel del rasgo de personalidad, TCA con un bajo nivel del rasgo, personas sin TCA con niveles altos del rasgo, y las personas sin TCA con niveles bajos de la característica. Casper (1990) trató de abordar esta cuestión con un diseño diferente, estudiando los rasgos de personalidad de las mujeres que se habían recuperado de la anorexia nerviosa, sus hermanas sin TCA y un grupo control. Las mujeres que se habían recuperado de anorexia resultaron ser menos impulsivas que sus hermanas. Curiosamente, las hermanas de los pacientes anoréxicos recuperados informaron de una mayor reactividad al estrés que los controles normales, lo que sugiere que esto puede ser un rasgo familiar de posible importancia etiológica compartida con anorexia nerviosa.

Otro estudio de familia sobre los rasgos de temperamento y carácter de los padres de personas con TCA encontró que tanto los pacientes como los padres tenían *bajos niveles de autodirección* (habilidad de la persona para controlar, regular y adaptar la conducta ajustándola a la situación de acuerdo con sus propias metas y valores) mientras que los padres tenían específicamente bajos niveles de *persistencia* (Fascino et al., 2002). Los padres de las personas con AN también tenían altos niveles de *evitación al daño y dependencia a la recompensa*. Sin embargo, este estudio no evaluó la posibilidad de diagnóstico de TCA en la familia. Por lo tanto, si bien es posible que se compartan la etiología entre estos rasgos de personalidad y los TCA, el diseño del estudio no permite una evaluación rigurosa de esta hipótesis. Otra investigación similar de un estudio genético de los TCA encuentra que las madres de los pacientes con AN y los padres de los pacientes con ANR tenían niveles elevados de perfeccionismo en comparación con los padres del grupo control (Woodside, 2002). De nuevo, no se determinó la posible existencia de TCA en los padres.

Por último, en otro estudio no encontraron rasgos de personalidad elevada entre los familiares de primer grado de pacientes con TCA en comparación a los familiares de primer grado del grupo control (Steiger, Stotland, Ghadirian y Whitehead, 1995). Cabe señalar, sin embargo, que en este estudio se incluyeron para la evaluación relativamente pocos rasgos de personalidad.

3.3.3.2 Estudios con gemelos.

Los estudios con gemelos constituyen una prueba adecuada sobre la hipótesis de que los rasgos de personalidad y los TCA comparten una causa familiar subyacente. Además, estos datos, pueden proporcionar información sobre la medida en que la naturaleza de la causa común se explica por los genes compartidos y/o por el medio ambiente compartido. Sin embargo, muy pocos estudios con gemelos se han centrado en la relación entre la personalidad y una medida de los trastornos alimentarios, y ninguno ha diagnosticado TCA. Un estudio encontró una modesta relación positiva entre neuroticismo y una medida general de los trastornos alimentarios, que se asociaba a factores ambientales (Wade et al., 2000).

3.3.4 Modelo de topoplastia.

3.3.4.1 Los estudios prospectivos.

Varios estudios han evaluado los efectos de la personalidad en el curso y resultado de los trastornos alimentarios mediante un diseño prospectivo, que, como hemos comentado anteriormente, constituye la prueba ideal del modelo de topoplastia. Mediante esta metodología se ha encontrado que todos los TP se asocian con una peor respuesta al tratamiento, a excepción del trastorno histriónico de la personalidad en la anorexia nerviosa cuya relación es inversa (Steinhausen, 2002). Un estudio prospectivo con adolescentes diagnosticados de anorexia nerviosa severa predijo unos peores resultados a los 10-15 años en aquéllos con rasgos de personalidad *obsesivo-compulsiva* (Strober, Freeman y Morrell, 1997). En otro estudio prospectivo en el que se siguió de 6 a 24 meses a personas hospitalizadas por AN se encontró que niveles más bajos de *perfeccionismo* se asociaban con una mejor respuesta al tratamiento y mejores resultados en el seguimiento (Sutandar-Pinnock, Woodside, Carter, Olmsted, y Kaplan, 2003).

Los resultados de varios estudios sobre BN han encontrado que la presencia de comorbilidad con un TP (*especialmente límite*) predice una peor respuesta a la terapia

cognitivo-conductual (Rossiter, Agras, Telch y Schneiders, 1993). Sin embargo, es posible que el trastorno límite de personalidad (TLP) esté pronosticando un aumento de síntomas psiquiátricos en general en lugar de síntomas concretos de TCA (Steiger y Stotland, 1996).

Varios estudios han examinado los efectos patoplásticos de diferentes rasgos de personalidad. Así, se encontraron que niveles más altos de *autodirección* predicen una respuesta rápida a la Terapia Cognitivo-Conductual para la bulimia nerviosa (Bulik, Sullivan, Fear y Pickering, 1997). Por el contrario, se han encontrado peores resultados tras el seguimiento a los 4 años en ANR con un fuerte temor a la madurez (Van der Ham, Van Strien y Van Engeland, 1998).

Por último, en dos estudios prospectivos se examinó el efecto de las puntuaciones en el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) (Hathaway y McKinley, 1943) después del tratamiento con hospitalización. El primero de estos estudios encontró que elevadas puntuaciones de la escala "Histeria" predijeron un mejor resultado en ANR en un seguimiento de ocho a 60 meses (Edwin, Andersen y Rosell, 1988). Otro estudio prospectivo encontró que las puntuaciones de casi todas las escalas clínicas del MMPI en el momento del alta correlacionaban con el resultado después de diez años de los pacientes anoréxicos hospitalizados (Dancyger, Sunday, Eckert y Halmi, 1997). Sin embargo, las puntuaciones del MMPI en la admisión no estaban relacionadas con el seguimiento a diez años, lo que sugiere que el resultado a largo plazo de la anorexia nerviosa fue en gran medida ajeno a la gravedad de la psicopatología durante la fase aguda de la enfermedad.

3.3.4.1 Los estudios transversales.

Un diseño de corte transversal puede proporcionar una prueba alternativa, aunque menos rigurosa de la hipótesis de patoplastia. En este tipo de estudios se ha encontrado que los pacientes con anorexia nerviosa crónicos obtenían puntuaciones mayores en evitación del daño y baja auto-direccionalidad, en comparación con los pacientes anoréxicos que se habían recuperado plenamente (Bulik et al., 2000). También se han confirmado resultados obtenidos en otro tipo de diseños, así se han encontrado tasas significativamente mayores de trastorno histriónico de la personalidad entre los que obtenían "buenos resultados" al tratamiento y tasas significativamente mayores de TLP entre los que obtenían "malos resultados" en pacientes previamente hospitalizados con AN (Rosenvinger y Moulard, 1990). Por desgracia, al ser estudios transversales es imposible determinar si estos rasgos/trastornos de la personalidad han estado presentes de forma premórbida y contribuyeron a la recuperación (o falta de ella) o, alternativamente, surgieron durante el curso de la enfermedad. Sin

embargo, debido a que estos hallazgos coinciden con los resultados de la investigación prospectiva, asumimos que pueden ser estos rasgos los que están afectando al curso y resultado de los TCA. Por último, en un estudio reciente (Grave, Calugi, Brambilla y Marchesini, 2008) se observa que los pacientes con TCA con puntuaciones de baja persistencia tiene significativamente menos probabilidades de completar el tratamiento hospitalario y, por tanto, de recuperarse.

3.4 Conclusiones de la revisión metodológica.

Los estudios prospectivos y otras investigaciones han identificado la emocionalidad negativa (neuroticismo), el perfeccionismo y rasgos obsesivo-compulsivos, una pobre conciencia interoceptiva y la ineficacia como factores que predisponen y pueden aumentar el riesgo de desarrollar un TCA (Cassin y Ranson, 2005). Por otra parte, Ghaderi (2000) encontró que los rasgos del prototipo subcontrolado (puntuaciones altas en neuroticismo y apertura y puntuaciones bajas en amabilidad y responsabilidad) aumentan también el riesgo de TCA.

Ningún estudio ha sido capaz de establecer conclusiones definitivas acerca de los rasgos de personalidad que pueden ser "complicaciones" de los trastornos alimentarios. La síntomas obsesivos si bien son rasgos que han sido considerados como potencialmente predisponentes, también son probablemente agravados por el estado de la enfermedad (Pollice et al., 1997).

Los estudios familiares han encontrado resultados que sugieren una posible causa común en la ANR y el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad (Lilenfeld et al., 1998). Es decir, estos dos trastornos pueden ser manifestaciones alternativas de la misma etiología subyacente. Los estudios multivariados con gemelas que se han realizado hasta la fecha han arrojado resultados contradictorios con respecto a si, y en qué medida, los rasgos de personalidad (por ejemplo, neuroticismo) y trastornos alimentarios comparten genes comunes o factores ambientales.

Por último, también ha sido evaluado cómo los trastornos o rasgos de personalidad pueden influir en el curso y resultado de un TCA (patoplastia). El clúster B de los trastorno de la personalidad, y en particular el TLP, se ha asociado con resultados peores en el

tratamiento. Los rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva son una característica de mal pronóstico en la AN (Steinhausen, 2002). Por el contrario, los rasgos de trastorno de personalidad histriónica se han asociado con mejores resultados en el tratamiento. Además, investigaciones recientes sugieren que una mayor autodirección puede predecir también unos mejores resultados. Por último, altas puntuaciones en evitación del daño y miedo a la madurez se han relacionado específicamente con un peor pronóstico en AN.

Una reciente revisión sobre el tema (Lilenfeld, 2011) resume la evidencia actual en que tanto el neuroticismo como el perfeccionismo funcionan como factores de riesgo. El perfeccionismo y el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad funcionarían como una causa común para la AN. Una alta evitación del daño y una baja autodirección también son típicos de los TCA pero falta confirmar su relación como factores de riesgo. Con respecto a la impulsividad es necesaria más investigación para establecer si es factor de riesgo o consecuencia de los TCA. En esta faceta se recomienda estudiar más la impulsividad de modo multidimensional.

SEGUNDA PARTE:
ESTUDIO EMPÍRICO

4. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Como hemos visto en los apartados anteriores, los rasgos de personalidad y el autoconcepto aparecen entre los factores más importantes relacionados con los TCA, tanto en su predisposición, como en su pronóstico y tratamiento (Bruce & Steiger, 2005). Los estudios prospectivos representan los mejores esfuerzos para identificar los rasgos de personalidad y autoconcepto que puedan actuar como factores predisponentes. Así, las variables que más se repiten en la investigación incluyen la emocionalidad negativa (neuroticismo), una pobre conciencia interoceptiva, el perfeccionismo/rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva, el perfil (alto neuroticismo y apertura con baja amabilidad y responsabilidad), así como la ineficacia y un autoconcepto bajo. Sin embargo, aunque nos encontramos con investigación que relaciona los rasgos de personalidad y el autoconcepto con un mayor riesgo de padecer un TCA, no conocemos investigación que haya estudiado conjuntamente todas las variables que han demostrado ese valor predictivo. Además, la mayor parte de la investigación no se ha realizado con pacientes diagnosticados mediante entrevista sino simplemente mediante cuestionarios. Y no conocemos ninguna investigación que haya confirmado los diagnósticos clínicos utilizando conjuntamente ambas metodologías (entrevista de expertos y valoración psicométrica).

Por otra parte, en relación a la línea de investigación que se ha desarrollado sobre prototipos de personalidad en TCA, existe una relativamente extensa literatura científica que apoya la existencia de 3 prototipos de personalidad replicables en diferentes poblaciones, en diferentes momentos evolutivos, en ambos sexos, con diferentes modelos de personalidad y distintos instrumentos y tanto en muestras comunitarias como en muestras con TCA (Asendorpf et al., 2001; Claes et al., 2005; Claes et al., 2012; D. Espelage et al., 2002; Hopwood et al., 2010; Robins et al., 1996; Strober, M., 1983; Thompson-Brenner, Eddy, Franko, et al., 2008; Westen y Harnden-Fischer, 2001). Algunos estudios han relacionado los diferentes subtipos con la presencia de psicopatología, asociándose el grupo de alto funcionamiento con la ausencia de psicopatología, el grupo de sobrecontrol con trastornos internalizantes, y el subgrupo de subcontrol con trastornos externalizantes (Robins et al., 1996). Además, Ghaderi (2000) encontró que rasgos de personalidad típicos del subtipo subcontrolado predecían la presencia futura de un TCA, mientras que otras investigaciones con pacientes recuperados han observado que rasgos/trastornos obsesivos y evitativos pueden predecir también la aparición de un TCA (Gillberg et al., 1995).

Sin embargo, no conocemos ningún estudio que haya estudiado el riesgo de padecer un TCA en función del subtipo de personalidad, pues los estudios que han estudiado los 3 grupos se han centrado en muestras de pacientes con TCA, sin comparaciones con grupo control libre de síntomas. Solo conocemos un estudio que haya utilizado una muestra con TCA y un grupo control (Goldner et al., 1999), pero la metodología utilizada no permite establecer si la pertenencia a los diferentes subgrupos de personalidad aumentaba el riesgo de padecer un TCA.

Por último, como hemos descrito también en el capítulo 2 de este texto, numerosas investigaciones recientes intentan probar posibles modelos explicativos de las relaciones entre personalidad y TCA (Juarascio et al., 2011; Marsero et al., 2011), sin embargo, no conocemos estudios que lo hayan hecho partiendo de un conjunto tan amplio de variables de personalidad y autoconcepto que hayan demostrado previamente funcionar como factores de riesgo.

Partiendo de estas limitaciones de la investigación previa nos proponemos los siguientes objetivos:

Objetivo 1. Crear un modelo de predicción del riesgo de padecer un TCA en función de rasgos de personalidad y autoconcepto. Este modelo nos permitirá detectar a personas con TCA o con alto riesgo de padecerlo en un futuro un TCA.

Objetivo 2. Establecer el riesgo de padecer un TCA en función de la pertenencia a los diferentes prototipos de personalidad (subcontrolado, sobrecontrolado y resiliente).

Objetivo 3. Integrar los datos obtenidos en un modelo explicativo de los TCA.

En base a estos objetivos, planteamos las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1. Los rasgos de personalidad y autoconcepto permiten generar un modelo con alta capacidad de pronóstico sobre la existencia/riesgo de padecer un TCA.

Hipótesis 2. La capacidad de predicción del modelo debe ser superior a los modelos que utilicen únicamente variables de personalidad o de autoconcepto.

Hipótesis 3. El modelo de 3 prototipos de personalidad es replicable en una muestra

conjunta de TCA y controles sanos.

Hipótesis 4. Las personas con perfil de personalidad sobrecontrolado o subcontrolado poseen un mayor riesgo de padecer un TCA.

Hipótesis 5. Los resultados obtenidos pueden integrarse en un modelo explicativo de los síntomas de TCA que posea un buen ajuste con los datos empíricos.

Para contrastar estas hipótesis nos proponemos realizar una investigación donde comparar pacientes con controles, utilizando las mismas medidas, tanto de TCA, como de personalidad y autoconcepto. Por cuestiones de claridad expositiva y conceptual se exponen 3 estudios diferentes a partir de diferentes aproximaciones a los datos obtenidos de la misma muestra.

5. PRIMER ESTUDIO. MODELO DE PREDICCIÓN DE TCA EN FUNCIÓN DE RASGOS DE PERSONALIDAD

5.1 Justificación

Como se ha comentado ya en varias ocasiones a lo largo de este trabajo, las variables que más se repiten en la investigación como factores de riesgo son el neuroticismo, una pobre conciencia interoceptiva, el perfeccionismo/rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva, así como la ineficacia/baja autoestima/bajo autoconcepto, y un perfil (alto neuroticismo y apertura con baja amabilidad y responsabilidad). Sin embargo, no conocemos ninguna investigación que haya estudiado conjuntamente todas las variables que han demostrado ese valor predictivo. Además, no conocemos ninguna investigación que haya confirmado los diagnósticos clínicos utilizando conjuntamente ambas metodologías (entrevista de expertos y valoración psicométrica).

El objetivo, pues, de este primer estudio es crear un modelo de predicción del riesgo de padecer un TCA en función de rasgos de personalidad y autoconcepto, que nos permitirá diferenciar a pacientes con TCA de los que no lo tienen, así como detectar a personas con alto riesgo de padecer en un futuro un TCA.

5.2 Método

5.2.1 Participantes.

Se administró el protocolo psicométrico (descrito posteriormente en el apartado instrumentos) a un grupo constituido por 106 pacientes que denominaremos “casos”. Todos ellos habían sido diagnosticados de TCA por Facultativos Especialistas en Psicología Clínica o en Psiquiatría. Asumimos la hipótesis transdiagnóstica, dada la frecuencia de TCA no especificados, y el común cambio de diagnóstico entre los subtipos de TCA. El grupo estaba constituido mayoritariamente por mujeres, con estudios medios o superiores, y con una edad media aproximada de 23 años. 28 personas estaban además diagnosticadas de trastorno depresivo, 17 de trastorno de ansiedad, 8 de abuso de sustancias y 27 de trastorno de la personalidad (14 de trastorno límite de la personalidad, 3 de trastorno histriónico de la personalidad y 9 de trastorno de la personalidad no especificados). 96 pacientes tomaban

fármacos antidepresivos, 18 tomaban anticonvulsivos y 14 tomaban ansiolíticos. Paralelamente, se administró el mismo protocolo a 141 controles universitarios. No se estudió la presencia de trastornos psicopatológicos o de tratamientos farmacológicos en el grupo control, aunque, por lo encontrado en otros estudios anteriores con la misma población (Ruiz-Olivares, Lucena, Jose Pino, & Herruzo, 2010), asumimos que lo esperable es que fuera inferior a lo observado en el grupo de casos. A todos los participantes se les informó previamente sobre la investigación y se les solicitó su consentimiento para su inclusión en la misma.

Algunos estudios han utilizado para el diagnóstico la entrevista clínica, otros han usado cuestionarios. Nosotros hemos utilizado ambas herramientas para aumentar la fiabilidad del diagnóstico en el grupo de casos y evitar que en el grupo control se incluyeran personas con TCA. Así, del grupo de pacientes diagnosticados con TCA eliminamos a aquellos que tenían puntuaciones bajas en las escalas de síntomas del EDI-2, para evitar incluir como TCA a personas que pudieran haber sido diagnosticadas erróneamente. Igualmente, se eliminaron del grupo control aquellas que tenían puntuaciones altas en estas escalas, pues podría tratarse de casos de TCA no diagnosticados. En concreto, se descartaron los casos que obtuvieron puntuaciones en las escalas de síntomas de TCA (Obsesión por la Delgadez, Insatisfacción Corporal y Bulimia) inferiores al percentil 80, y los controles con puntuaciones en síntomas de TCA por encima de 80. Por otra parte, con respecto a los datos faltantes, en ninguna variable los datos perdidos superaron el 10%, punto de corte sugerido por Bennett (2001) como límite para considerar que los resultados pueden estar sesgados, se optó por no imputar los datos perdidos sino realizar los análisis sin dichos datos. Así, el grupo de casos quedó conformado finalmente por 65 mujeres y 4 hombres con edad media de 21,39 años y el grupo control por 80 mujeres y 9 hombres libres de síntomas con edad media de 21,47 años no existiendo diferencias estadísticamente significativas ni en edad, pues $t = -0,088$ ($p < 0,001$), ni en sexo según estadístico exacto de Fisher ($p = 0,566$).

5.2.2 Instrumentos.

5.2.2.1 Inventario de trastornos de la conducta alimentaria 2 (EDI-2) (D. M. Garner, 1991).

Esta prueba fue creada por Garner para evaluar características asociadas a los TCA, principalmente a AN y BN. Consta de 11 dimensiones y un total de 91 ítem que se contestan en una escala de 6 puntos. Su aplicación puede ser individual o colectiva, y aunque el tiempo no está limitado, suele finalizarse en aproximadamente 20 minutos. Es aplicable a partir de los 11 años y posee baremos españoles tanto para grupos con patología como para grupos no clínicos.

El instrumento original, que data de 1983, incluía tres escalas que evaluaban actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y el tipo (obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal) y otras cinco más generales referidas a rasgos psicológicos que consideraban relevantes en el caso de los TCA (ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva y miedo a la madurez). El EDI-2 añade otras tres escalas adicionales: ascetismo, impulsividad e inseguridad social. Describimos a continuación los contenidos evaluados por cada una de las escalas.

Escalas que evalúan actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y el tipo.

Obsesión por la delgadez: La “búsqueda incesante de la delgadez” se ha considerado por muchos autores la característica esencial de los trastornos de los TCA. Otros han colocado el núcleo de estos trastornos en su antítesis el “temor mórbido a la obesidad”. Así, la manifestación clínica de un intenso impulso de estar más delgado o un fuerte temor a la gordura es un síntoma esencial para el diagnóstico tanto de la AN como de la BN. Así, los elementos de esta escala hacen referencia a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar (Garner, 1991).

Bulimia: Pensamientos y tendencia a darse atracones de comida. Diferencia entre los dos tipos de anorexia nerviosa (purgativa o restrictiva) y supone el elemento distintivo de la bulimia nerviosa (Garner, 1991).

Insatisfacción corporal: Esta escala evalúa la insatisfacción de la persona con la forma general de su cuerpo o con aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen TCA (caderas, muslos, etc.). La insatisfacción con el propio cuerpo puede considerarse endémica en las mujeres jóvenes de los países occidentales pero cuando reviste grados extremos puede considerarse como una de las características centrales de los TCA. La insatisfacción corporal se considera uno de los aspectos de la “perturbación de la imagen corporal” característica de los pacientes con TCA. Puede considerarse también como uno de los principales factores responsables del inicio y persistencia de conductas encaminadas a controlar el peso en estos pacientes (Garner, 1991).

Escalas que evalúan rasgos psicológicos relevantes en los TCA.

Ineficacia: Esta dimensión evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida. Se relaciona con la baja autoestima, pero iría más allá, pues incluye también sentimientos de vacío y soledad. Bruch (1973) describió en un principio el “sentimiento abrumador de ineficacia” como la perturbación subyacente en los TCA.

Perfeccionismo: Grado en el que una persona sólo considera aceptables niveles de rendimiento personal excelentes. Aunque fue concebida como una variable unidimensional, estudios recientes han comprobado 2 factores: un perfeccionismo de estándares personales y otro socialmente prescrito. Es decir, los elementos de esta escala evalúan en qué grado el sujeto cree que sólo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes y por otro lado el grado con el que cree que los demás (padres y profesores, por ejemplo) esperan de él unos resultados excepcionales (Garner, 1991). Ambos se han relacionado con los TCA (Lampard et al., 2012).

Desconfianza interpersonal: Sentimiento general de alienación y desinterés por establecer relaciones íntimas, así como dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos. Diversos autores consideran que la necesidad de mantener a los demás a una cierta distancia es un rasgo psicológico importante en relación con la aparición y persistencia de algunos casos de los TCA (Garner, 1991).

Conciencia interoceptiva: Grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales. Se relaciona también con la

inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad. La confusión y desconfianza en relación con el funcionamiento del cuerpo y de los sentimientos se ha descrito con frecuencia como un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de algunos casos de TCA. Se trata de una desconfianza de estos pacientes hacia sus estados internos (Garner, 1991).

Miedo a la madurez: Esta escala evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia. Crisp (1980) argumentaba que la psicopatología principal de los pacientes con TCA es el temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de la adultez. Según esta teoría el ayuno se convierte en un mecanismo para evitar la madurez psicobiológica pues desemboca en una vuelta a la apariencia y estado hormonal prepuberales. El paciente entiende que esta regresión le puede suponer alivio frente a la confusión de la adolescencia y a los conflictos familiares. Muchos pacientes dicen que se sienten más jóvenes cuando experimentan pérdidas de peso extremas y esto puede deberse a la inversión de los perfiles hormonales maduros que forman el sustrato biológico de las experiencias psicológicas (Crisp, 1980).

Ascetismo: Tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales. Los primeros escritos que trataron de la AN se ocuparon con frecuencia del ascetismo, y se basaron en las concepciones que consideran que hacer dieta es una purificación, la delgadez es una virtud y el ayuno un acto de penitencia. En las últimas décadas, las motivaciones ascéticas para perder peso aparecen como menos destacadas en detrimento de otras como la “obsesión por la delgadez” que pasa a ser el principal factor motivacional. Sin embargo, todavía pueden encontrarse en la actualidad grupos de pacientes cuya conducta parece estar dirigida en gran parte por la creencia en el carácter virtuoso de la restricción oral. La auto-restricción oral puede formar parte de una actitud más general de renuncia a las satisfacciones físicas (Garner, 1991).

Impulsividad: Dificultad para regular los impulsos, incluyendo la tendencia al abuso de drogas, a la hostilidad, a la agitación, a la autodestrucción y a la destrucción de las relaciones interpersonales. La incapacidad de regular adecuadamente los propios impulsos se ha visto como un síntoma de mal pronóstico para los TCA. Los elementos de esta escala coinciden con las características “borderline” de grupos de pacientes con TCA particularmente resistentes al tratamiento. También coincide conceptualmente con la escala

“desviación psicopática” del MMPI, que es capaz de discriminar entre grupos de pacientes bulímicos y no bulímicos (Garner, 1991).

Inseguridad social: Creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y de escasa calidad. Se ha observado que algunos pacientes con TCA experimentan falta de seguridad y de felicidad en sus relaciones sociales, y ello puede tener consecuencias para el tratamiento (Garner, 1991).

La consistencia interna (alfa de Cronbach) de las ocho primeras subescalas oscila entre 0,65 y 0,93 en muestras no clínicas, y entre 0,80 y 0,93 en muestras clínicas. En cuanto a las 3 últimas escalas añadidas en el EDI-2 los índices alfa se encuentran entre 0,44 y 0,80 en muestras no clínicas, y entre 0,70 y 0,80 para muestras clínicas. En cuanto a la fiabilidad test-retest, a las 3 semanas, todas las escalas mostraban coeficientes entre 0,81 y 0,97, excepto miedo a la madurez con un coeficiente de 0,65 (Garner, 1991).

En el año 2004 surge la tercera versión del instrumento, el EDI-3 (Garner, 2004), publicada en España en 2010. Esta nueva versión mantiene los mismos ítems del EDI-2, realizando algunos cambios en la organización de las escalas y creando 6 índices que integran a las mismas. En síntesis, los cambios concretos en las escalas serían que la ineficacia aparece en esta nueva versión como índice que se divide a su vez en baja autoestima y en alienación interpersonal, y la mayor parte de los ítems que formaban parte de la escala de impulsividad forman parte de la que en el nuevo instrumento se llama desajuste emocional. El resto de escalas se mantienen sin cambios.

La mayor parte de la investigación publicada hasta la fecha sobre TCA ha utilizado el EDI-2.

5.2.2.2 El Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R) (Costa y McCrae, 1992).

El NEO PI-R ofrece una medida de 5 factores generales de la personalidad (Digman y Takemoto-Chock, 1981; Fiske, 1949; Goldberg, 1990; Tupes y Christal, 1992) y de 30 rasgos más específicos. La adaptación española del test cuenta con una sola forma constituida por 240 elementos que se contestan en una escala de 5 puntos. Es autoaplicable, pudiéndose utilizar de manera individual o colectiva. Es apropiada tanto para varones como para mujeres a partir de los 17 años y se aplica en aproximadamente 40 minutos.

Descripción de los cinco factores generales

Neuroticismo: Las puntuaciones del factor de personalidad más universal contraponen el ajuste y la estabilidad emocional al desajuste o neuroticismo. Aunque los clínicos establecen distinciones entre muy diferentes tipos de perturbaciones emocionales, desde la fobia social a la depresión o la hostilidad, innumerables estudios han mostrado que los sujetos propensos a uno de estos estados emocionales probablemente experimentarán también los otros. La tendencia general a experimentar sentimientos negativos, tales como miedo, melancolía, vergüenza, ira, culpabilidad y repugnancia está en el núcleo del neuroticismo. Los hombres y mujeres con puntuaciones altas en neuroticismo son también propensas a tener ideas irracionales, a ser menos capaces de controlar sus impulsos y a enfrentarse peor que los demás con el estrés (Costa y McCrae, 1992).

Como sugiere el mismo nombre, los pacientes diagnosticados tradicionalmente como neuróticos, normalmente puntúan más alto en las medidas de Neuroticismo, pero la escala de neuroticismo mide una dimensión de personalidad normal. Quienes puntúan alto, pueden tener el riesgo de padecer problemas psiquiátricos, pero la escala de neuroticismo no debería ser considerada como una medida de psicopatología. Es posible obtener una elevada puntuación en la escala de neuroticismo sin padecer ningún desorden psiquiátrico diagnosticable. Al contrario, no todas las categorías psiquiátricas implican altos niveles de neuroticismo. Por ejemplo, un sujeto puede tener un desorden antisocial de personalidad sin tener una alta puntuación en neuroticismo. Los sujetos que puntúan bajo en neuroticismo son emocionalmente estables. Habitualmente, están tranquilos, sosegados y relajados y son capaces de enfrentarse a situaciones estresantes sin alterarse ni aturdirse (Costa y McCrae, 1992).

Extraversión: Las personas que puntúan alto en esta dimensión son, por supuesto, sociables, pero la sociabilidad es solamente uno de los rasgos que incluye el factor de extraversión. Además de la vinculación con la gente y la preferencia por grupos y reuniones, los extravertidos son también asertivos, activos y habladores. Les gusta la excitación y la estimulación y tienden a ser de carácter alegre. Son animosos, enérgicos y optimistas. Los vendedores representan en nuestra cultura el prototipo de extravertido. Correlaciona también fuertemente con el interés en ocupaciones emprendedoras (Costa y McCrae, 1992).

Mientras que resulta fácil recopilar las características del extravertido, es más difícil

describir al introvertido. En ciertos aspectos la introversión debería considerarse como la carencia de extraversión más que como lo opuesto a ella. Así, los introvertidos son más reservados que hoscos, más independientes que seguidores y más constantes que indolentes. Los introvertidos pueden decir que son tímidos cuando quieren decir que prefieren estar solos; no sufren necesariamente ansiedad social. Finalmente, aunque no poseen el exuberante entusiasmo de los extravertidos, no se sienten desdichados o pesimistas. Aunque algunas de estas distinciones puedan parecer chocantes, están fuertemente sustentadas en los estudios científicos y constituyen uno de los más importantes avances de la investigación sobre el modelo de los cinco factores. La ruptura de los esquemas mentales que vinculan parejas tales como “feliz-infeliz”, “amistoso-hostil” y “jovial-tímido” abre nuevas e importantes perspectivas en la comprensión de la personalidad (Costa y McCrae, 1992).

Los usuarios familiarizados con la psicología de Jung podrán notar que la idea de extraversión implícita en el NEO-PI-R difiere en muchos aspectos de la teoría de Jung. En concreto, la introspección o la reflexión no se relaciona con uno u otro de los polos de la extraversión, y es más bien una característica de los sujetos con puntuaciones elevadas en apertura (Costa y McCrae, 1992).

Apertura: Aún siendo una de las grandes dimensiones de la personalidad, la apertura es mucho menos conocida que el neuroticismo o la extraversión. Los componentes de la apertura (integración activa, sensibilidad estética, atención a los sentimientos interiores, preferencia por la variedad, curiosidad intelectual e independencia de juicio) han formado parte de las teorías y medidas de la personalidad, pero raras veces se ha reconocido su pertenencia a un único factor general (Costa y McCrae, 1992).

Las personas abiertas están interesadas tanto por el mundo exterior como por el interior y sus vidas están enriquecidas por la experiencia. Desean tomar en consideración nuevas ideas y valores no convencionales y experimentan tanto las emociones positivas como las negativas de manera más profunda que las personas con puntuaciones bajas en esta dimensión (Costa y McCrae, 1992).

Formulaciones alternativas al modelo de los cinco factores llaman a menudo a este factor “intelecto” y las puntuaciones en apertura se asocian modestamente con el nivel de educación y las medidas de inteligencia. La apertura se relaciona especialmente con aspectos intelectuales, como es el pensamiento divergente que contribuye a la creatividad. Sin

embargo, la apertura no es, en absoluto, equivalente a inteligencia. Algunas personas muy inteligentes son cerradas a la experiencia y otras muy abiertas poseen una escasa capacidad intelectual. Hablando en términos factoriales, las medias de aptitud cognitiva definen un sexto factor independiente que desde el modelo de los 5 grandes se considera ajeno al dominio propio de la personalidad (Costa y McCrae, 1992).

Los hombres y mujeres que puntúan bajo en apertura tienden a ser convencionales en su comportamiento y de apariencia conservadora; prefieren lo familiar a lo novedoso y sus respuestas emocionales son en cierto modo apagadas. Aunque la apertura o la reserva puedan influir en la forma de la defensa psicológica utilizada, no existe evidencia de que la misma reserva sea una reacción defensiva generalizada. Parece más bien que las personas “cerradas” tengan una amplitud y una intensidad de intereses más reducidas. Asimismo, aunque suelen ser social y políticamente conservadoras, las personas “cerradas” no deberían considerarse autoritarias. La reserva no implica intolerancia hostil ni agresión autoritaria. Estas características son probablemente más propias de quienes son extremadamente bajos en Amabilidad (Costa y McCrae, 1992).

Debe hacerse una distinción parecida en el polo alto de la apertura. Las personas abiertas son poco convencionales, dados a cuestionar la autoridad y dispuestos a aceptar nuevas ideas éticas, sociales y políticas. A pesar de estas tendencias, ello no significa que carezcan de principios. Una persona abierta puede aplicar su sistema de valores de manera tanto o más segura que una tradicionalista. La apertura puede parecer a muchos psicólogos como una indicación de mayor salud o madurez, pero el valor de la apertura o de la reserva depende de las exigencias de la situación y tanto uno como otro tipo de sujetos llevan a cabo funciones socialmente útiles (Costa y McCrae, 1992).

Amabilidad: Al igual que la extraversión, la amabilidad es ante todo una expresión de las tendencias interpersonales. La persona amable es fundamentalmente altruista, simpatiza con los demás, está dispuesta a ayudarles y cree que los otros se sienten igualmente satisfechos de hacer esto mismo. Por el contrario, la persona desagradable o antipática es egocéntrica, suspicaz respecto a las intenciones de los demás y más bien opositora que cooperadora (Costa y McCrae, 1992).

Existe la tentación de ver el polo positivo de este factor como socialmente más deseable y psicológicamente más saludable y, ciertamente, las personas amables son más

populares que las antipáticas. Sin embargo, la disposición para luchar por los propios intereses resulta, a menudo, ventajosa y la amabilidad no es una virtud en el campo de batalla o en un tribunal de justicia. La actitud escéptica y crítica contribuye, igualmente, a la precisión de los análisis científicos (Costa y McCrae, 1992).

Así como ni uno ni otro de los polos de esta dimensión es intrínsecamente mejor que el otro desde el punto de vista social, ninguno de ellos es necesariamente mejor en términos de la salud mental del sujeto. Así, podemos encontrar dos tendencias neuróticas dentro de esta dimensión que serían “el movimiento hacia y el movimiento contra la gente”. Las puntuaciones bajas en amabilidad se asocian con desórdenes narcisistas, antisociales y paranoicos de la personalidad mientras que las puntuaciones altas se asocian con el trastorno de personalidad dependiente (Costa y McCrae, 1992).

Responsabilidad: Una gran parte de las teorías de la personalidad se ocupan del control de los impulsos. A lo largo del desarrollo, la mayor parte de la gente aprende a controlar sus deseos y la incapacidad de resistir a los impulsos y tentaciones se considera generalmente, en los adultos, como indicación de una alta puntuación en Neuroticismo. Pero el autocontrol puede referirse también a un proceso más activo de planificación, organización y ejecución de las tareas; y las diferencias individuales en esta tendencia están en la base de la Responsabilidad (Costa y McCrae, 1992).

El sujeto responsable es voluntarioso, decidido y seguramente pocos llegan a ser grandes músicos o atletas sin un nivel razonablemente alto en estos rasgos. Hay quien lo ha asociado con la voluntad de logro. Por el lado positivo, altas puntuaciones en responsabilidad se asocian con el rendimiento académico o profesional, y por el lado negativo, pueden conducir a un fastidioso sentido crítico, a una pulcritud compulsiva o a una conducta de adicción al trabajo (Costa y McCrae, 1992).

La responsabilidad es un aspecto de lo que a veces se llama carácter; quienes puntúan alto en responsabilidad son escrupulosos, puntuales y fiables. Los que obtienen puntuaciones bajas no carecen necesariamente de principios morales, pero son menos rigurosos en aplicarlos precisamente porque son más descuidados en luchar por sus objetivos y más hedonistas (Costa y McCrae, 1992).

Cada uno de los factores del NEO-PI-R está representado por seis escalas más

específicas que miden facetas o aspectos del factor. Presentamos a continuación una breve descripción de estas facetas, agrupadas en sus factores.

Neuroticismo.

Ansiedad: La persona ansiosa es aprensiva, miedosa, nerviosa y tensa. Por la parte contraria, quien puntúa bajo es más tranquilo, relajado, y no suele pensar que las cosas puedan ir mal.

Hostilidad: Facilidad para experimentar ira y estados relacionados con ella, como el rencor y la frustración. Así, las personas que puntuaran bajo serían difícilmente irritables.

Depresión: Tendencia a experimentar sentimientos de culpa, melancolía, desesperanza y soledad. Se trataría de personas que se desaniman fácilmente y que se muestran a menudo abatidos. Quien obtiene puntuaciones bajas no suele experimentar frecuentemente estas emociones.

Ansiedad social: La persona que puntúa alto en esta faceta siente frecuentemente vergüenza, se siente incómoda ante los demás, es sensible al ridículo y propensa a sentimientos de inferioridad.

Impulsividad: Dificultad para controlar los apetitos y arrebatos. Los deseos se perciben de una manera tan intensa que la persona siente que no puede resistirse a ellos. Quien puntúa bajo tiene mayor facilidad para dominar estas tentaciones y una alta tolerancia a la frustración.

Vulnerabilidad: La última faceta del neuroticismo es la vulnerabilidad al estrés. Quien puntúa alto en esta escala se siente dependiente, desesperanzado o aterrorizado cuando se encuentra ante situaciones de emergencia. El que puntúa bajo se ve a sí mismo capaz de desenvolverse en situaciones difíciles.

Extraversión.

Cordialidad: La persona cordial es afectuosa y amistosa. A los que puntúan alto en esta dimensión les gusta la gente y establecen fácilmente relaciones con otros. Al contrario, los que obtienen puntuaciones bajas son más formalistas, reservados y de modales distantes.

Gregarismo: Preferencia por la compañía de los demás. La persona que puntúa alto en esta faceta disfruta reuniéndose con otros. Quien puntúa bajo es más solitario.

Asertividad: El que puntúa alto en esta escala es dominante, animoso y socialmente destacado. El que puntúa bajo prefiere permanecer en la sombra y dejar hablar a los demás.

Actividad: Esta faceta es indicio de rapidez y energía. La persona con puntuaciones altas tienen la necesidad de estar siempre ocupado y suelen llevar una vida agitada. El que puntúa bajo suele llevar una vida más pausada y relajada.

Búsqueda de emociones: La persona con puntuaciones altas en esta escala ansía la excitación y la estimulación. Al contrario, la que puntúa bajo no tiene esa necesidad de emociones.

Emociones positivas: Tendencia a experimentar emociones positivas como la alegría, la felicidad, el amor o el entusiasmo.

Apertura.

Fantasía: La persona abierta a la fantasía posee una importante imaginación, elabora fantasías y cree que esta actividad le proporciona una vida rica.

Estética: La persona abierta a la estética aprecia profundamente el arte y la belleza.

Sentimientos: El que puntúa alto en esta escala es más receptivo a los sentimientos propios y siente más intensamente tanto las emociones positivas como las negativas.

Acciones: Las personas que puntúan alto son tendentes a realizar nuevas actividades, comer alimentos exóticos o viajar a sitios distintos y prefieren la novedad y la variedad a la rutina.

Ideas: Esta escala evalúa la curiosidad intelectual. Quienes puntúan alto disfrutan de considerar ideas nuevas y poco convencionales.

Valores: Las personas con puntuaciones altas en esta escala poseen una mayor tendencia a cuestionar los valores sociales, políticos y religiosos. El individuo cerrado es más conservador y tiende a aceptar la autoridad y la tradición.

Amabilidad.

Confianza: Creer que los demás son honestos y bien intencionados. Los que puntúan bajo en esta dimensión son más cínicos y piensan que los demás pueden ser peligrosos o poco honrados.

Franqueza: Quien puntúa alto en esta escala suele ser más franco y sincero. Las puntuaciones bajas indican una mayor tendencia a la manipulación de los demás.

Altruismo: Tendencia de la persona a preocuparse y luchar por el bienestar de los demás.

Actitud conciliadora: Quienes puntúan alto tienden a ser condescendientes con los demás, a inhibir la agresión y a perdonar. Los que puntúan bajo prefieren competir a cooperar, y no rechazan las expresiones de ira cuando es necesario.

Modestia: Los que puntúan alto son modestos pero no tienen por qué carecer de autoestima. Los que puntúan bajo se creen superiores a los demás y son percibidos por estos como arrogantes.

Sensibilidad a los demás: Actitudes de simpatía y sensibilidad a los demás.

Responsabilidad.

Competencia: Hace referencia a la sensación que uno tiene de su propia capacidad, prudencia y eficacia.

Orden: La persona que puntúa alto en esta escala es pulcra, bien organizada y limpia. Guarda las cosas en los lugares adecuados. El que puntúa bajo es incapaz de organizarse y se describe a sí mismo como desordenado. Llevado al extremo, un orden excesivo puede contribuir a un trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad.

Sentido del deber: El que puntúa alto se adhiere estrictamente a sus principios éticos y cumple escrupulosamente sus obligaciones morales.

Necesidad de logro: Las puntuaciones altas coinciden con altos niveles de aspiración. Estas personas trabajan intensamente para conseguir sus objetivos.

Autodisciplina: Habilidad para iniciar tareas y llevarlas a cabo hasta el final a pesar de los inconvenientes y distracciones. Aunque parece la dimensión negativa de la impulsividad, lo que aquí se valora es la capacidad para esforzarse en lo que se quiere. La impulsividad tiene más que ver con lo emocional, mientras la autodisciplina se relaciona con la motivación.

Deliberación: Tendencia a pensar mucho las cosas antes de actuar. Quien puntúa alto es reflexivo y prudente.

En cuanto a la fiabilidad del NEO-PI-R, los datos de consistencia interna de los factores muestran coeficientes alfa de entre 0,82 y 0,90, mientras que en los rasgos específicos estos coeficientes oscilan entre 0,35 y 0,76 (Costa y McCrae, 1992).

5.2.2.3 Autoconcepto Forma 5, AF-5 (García y Musitu, 1999).

El instrumento evalúa 5 dimensiones del autoconcepto (social, académico/profesional, emocional, familiar y físico). Puede administrarse a jóvenes a partir de 5º curso de primaria y a personas adultas de cualquier nivel educativo, existiendo baremos para ambos grupos. Definimos a continuación las diferentes dimensiones.

Autoconcepto académico/laboral: Se refiere a la percepción que la persona tiene de la calidad del desempeño de su rol como estudiante y como trabajador. La dimensión hace referencia a dos ámbitos o escenarios: el académico y el laboral, que en realidad, en este caso específico, es más una diferenciación de períodos cronológicos que de desempeño de roles, puesto que ambos contextos “laboral y académico” son dos contextos de trabajo. Semánticamente, la división gira en torno a dos ejes: el primero se refiere al sentimiento que el estudiante o el trabajador tiene del desempeño de su rol a través de sus profesores o superiores (buen trabajador, buen estudiante...) y, el segundo, se refiere a cualidades específicas valoradas especialmente en ese contexto (inteligente, estima, buen trabajador/a). Esta dimensión correlaciona positivamente con el ajuste psicosocial, el rendimiento académico/laboral, la calidad de la ejecución del trabajo, la aceptación y estima de los compañeros, el liderazgo y la responsabilidad; y, negativamente, con el absentismo académico/laboral y el conflicto. En niños y adolescentes, el autoconcepto académico también correlaciona positivamente con los estilos parentales de inducción, afecto y apoyo; y, negativamente con los de coerción, indiferencia y negligencia (García y Musitu, 1999).

Autoconcepto social: Percepción que tiene el sujeto con respecto a su desempeño en las relaciones sociales. Dos ejes definen esta dimensión. El primero hace referencia a la red social del sujeto y a su facilidad o dificultad para mantenerla y ampliarla; el segundo eje, se refiere a algunas cualidades importantes en las relaciones interpersonales (amigable y alegre). El autoconcepto social correlaciona positivamente con el ajuste psicosocial, con el bienestar psicosocial, con el rendimiento académico y laboral, con la estima de profesores y superiores, con la conducta prosocial y con los valores universalistas; y negativamente, con los comportamientos disruptivos, la agresividad y la sintomatología depresiva (García y Musitu, 1999) .

En niños y adolescentes, esta dimensión está relacionada muy positivamente con las prácticas de socialización parental de afecto, comprensión y apoyo; y negativamente, con la coerción, la negligencia y la indiferencia (García y Musitu, 1999).

Autoconcepto emocional: La percepción que tiene la persona de su estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas. El factor tiene dos fuentes de significado: la primera hace referencia a la percepción general de su estado emocional (soy nervioso, me asusto con facilidad) y la segunda a situaciones más específicas (cuando me preguntan, me hablan, etc.), donde la otra persona implicada es de un rango superior, etc. (García y Musitu, 1999).

Un autoconcepto emocional alto significa que el sujeto percibe que tiene control de las situaciones y emociones, que responde adecuadamente y sin nerviosismo a los diferentes momentos de su vida, y lo contrario sucede, normalmente, con un autoconcepto bajo. El autoconcepto emocional correlaciona positivamente con las habilidades sociales, el autocontrol, el sentimiento de bienestar y la aceptación de los iguales; y, negativamente, con la sintomatología depresiva, con la ansiedad, con el consumo de alcohol y cigarrillos, y con la pobre integración social en el aula y en el ámbito laboral (García y Musitu, 1999).

En niños y adolescentes, esta dimensión correlaciona positivamente con las prácticas parentales de afecto, comprensión, inducción y apoyo, mientras que lo hace negativamente con la coerción verbal y física, la indiferencia, la negligencia y los malos tratos (García y Musitu, 1999).

Autoconcepto familiar: Se refiere a la percepción que tiene el sujeto de su

implicación, participación e integración en el medio familiar. El significado de este factor se articula en torno a dos ejes. El primero se refiere específicamente a los padres en dos dominios importantes de las relaciones familiares como son: la confianza y el afecto. El segundo eje hace referencia a la familia y al hogar con cuatro variables, dos de ellas formuladas positivamente “me siento feliz y mi familia me ayudaría” aluden al sentimiento de felicidad y de apoyo, y las otras dos, formuladas negativamente “mi familia está decepcionada y soy muy criticado” hacen referencia al sentimiento de no estar implicado y de no ser aceptado por los otros miembros familiares (García y Musitu, 1999).

Este factor, que es uno de los más importantes del autoconcepto, correlaciona positivamente con el rendimiento escolar y laboral, con el ajuste psicosocial, con el sentimiento del bienestar, con la integración escolar y laboral, con la integración escolar y laboral, con la conducta prosocial, con valores universalistas, y con la percepción de salud física y mental. También correlaciona negativamente con la sintomatología depresiva, la ansiedad y el consumo de drogas (García y Musitu, 1999).

En niños y adolescentes el autoconcepto familiar se relaciona positivamente con los estilos parentales de afecto, comprensión y apoyo; y, negativamente con la coerción, violencia, indiferencia y negligencia (García y Musitu, 1999).

Autoconcepto físico: Este factor hace referencia a la percepción que tiene el sujeto tanto de su aspecto físico como de su condición física. El factor gira en torno a dos ejes que son complementarios en su significado. El primero alude a la práctica deportiva en su vertiente social “me buscan...”, física y de habilidad “soy bueno...”. El segundo hace referencia al aspecto físico “atracción, gustarse, elegante”. El autoconcepto físico alto significa que se percibe físicamente agradable, que se cuida físicamente y que puede practicar algún deporte adecuadamente y con éxito. Lo contrario se podría decir del autoconcepto físico bajo. El autoconcepto físico correlaciona positivamente con la percepción de salud, con el autocontrol, con la percepción de bienestar, con el rendimiento deportivo, con la motivación de logro y con la integración social y escolar. Asimismo, el autoconcepto físico correlaciona negativamente con el desajuste escolar, la ansiedad y, en menor grado, con la presencia de problemas con los iguales (García y Musitu, 1999).

En cuanto a la fiabilidad de la prueba, la consistencia interna en las diferentes dimensiones alcanza un Alfa de Cronbach de entre 0,74 y 0,88. Con respecto a la fiabilidad

test-retest la correlación de Pearson oscila entre 0,52 y 0,70 (García y Musitu, 1999).

5.2.3 Procedimiento

Los pacientes acudieron a diferentes unidades de salud mental para evaluación por sospecha de TCA, donde los facultativos de estas unidades (Psiquiatras y Psicólogos Clínicos) realizaron entrevistas clínicas para confirmar el diagnóstico de TCA. Posteriormente, se administró el protocolo psicométrico a estos pacientes así como a un grupo de estudiantes universitarios con una distribución en sexo y edad semejante. Se corrigieron las pruebas y se seleccionaron a los participantes tal y como se define en el apartado de sujetos (desechando los casos y controles dudosos).

5.2.3.1 Análisis estadístico.

Con los resultados obtenidos se creó una base de datos que fue analizada estadísticamente con el SPSS 20.0 y el programa R. En primer lugar se realizó un análisis descriptivo invariante y bivariante. Posteriormente, se efectuó un análisis de regresión logística binaria seleccionando como variable dependiente la pertenencia al grupo de TCA o al grupo control, y como variables independientes los distintos rasgos de personalidad y autoconcepto que la investigación prospectiva ha relacionado como factores de riesgo: neuroticismo, apertura, amabilidad, responsabilidad, perfeccionismo, rasgos obsesivos (orden), ineficacia, conciencia interoceptiva, autoconcepto emocional, familiar, físico, social y académico. Se comprobó la no existencia de colinealidad significativa entre las variables, la linealidad de la asociación y el buen ajuste del modelo mediante el test de Hosmer-Lemeshow.

5.3 Resultados

5.3.1 Análisis descriptivo de las variables de personalidad y autoconcepto potencialmente predictoras de TCA.

En el análisis se incluyeron a 165 sujetos, 96 del grupo control y 69 del grupo de TCA. En la tabla 1 y 2 se exponen los estadísticos descriptivos de los síntomas de TCA (tabla 1) y de las variables predictoras (tabla 2) de toda la muestra (casos y controles). Así, en la tabla 1, podemos observar como la media de las puntuaciones en síntomas de TCA fluctúa alrededor de 60.

En cuanto a las variables asociadas en la investigación previa como factores de riesgo (ver tabla 2) nos llama la atención una puntuación en responsabilidad baja, en torno a 35. También destaca un rango de puntuaciones en general bastante amplio, sobre todo en las puntuaciones en autoconcepto, que oscilan entre 1 y 99.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de la muestra total (casos y controles) en los síntomas de TCA.

VARIABLES TCA	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Bulimia	14,0	99,0	61,943	20,0105
Obsesión por la delgadez	14,0	99,0	59,402	28,6225
Insatisfacción corporal	14,0	99,0	57,789	29,6027
TCA total	18,00	99,00	59,7116	22,06908

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de la muestra total (casos y controles) en las variables predictoras .

VARIABLES predictoras	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Neuroticismo	27,0	73,0	64,446	9,1589
Apertura	27,0	73,0	46,188	10,5845
Amabilidad	27,0	69,0	41,719	10,5029
Responsabilidad	27,0	60,0	35,905	8,3616
Orden	27,0	71,0	43,807	10,6508
Autoconcepto académico	1,0	99,0	51,500	31,1670
Autoconcepto Social	1,0	99,0	51,023	29,0880
Autoconcepto Emocional	1,0	99,0	40,309	31,1040
Autoconcepto Familiar	1,0	99,0	47,498	30,8245
Autoconcepto Físico	1,0	99,0	52,202	29,3641
Ineficacia	18,0	118,0	57,745	29,9416
Conciencia interoceptiva	12,0	99,0	51,412	31,3621
Perfeccionismo	10,0	99,0	56,504	27,7358

5.3.2 Comprobación de la normalidad.

Para estudiar la normalidad de los datos analizamos la curtosis y la asimetría. Con respecto a la curtosis, valores extremos se consideran a partir de 20, mientras que para la asimetría se considerarían extremos a partir de 3. En la tabla 3 se observan los valores obtenidos en las variables de estudio y, como se aprecia, no existen problemas relevantes de normalidad univariada.

Tabla 3

Estadísticos sobre distribución de los datos.

	Asimetría		Curtosis	
	Coefficiente	Error típico	Coefficiente	Error típico
Bulimia	0,650	0,193	-0,694	0,384
Insatisfacción corporal	0,020	0,193	-1,463	0,384
Obsesión por la delgadez	0,001	0,193	-1,408	0,384
Neuroticismo	-1,435	0,193	2,590	0,384
Apertura	0,331	0,193	-0,480	0,384
Amabilidad	0,403	0,193	-0,364	0,384
Responsabilidad	0,884	0,193	0,091	0,384
Orden	0,213	0,193	-0,699	0,384
Autoconcepto académico	-0,055	0,193	-1,270	0,384
Autoconcepto social	0,004	0,193	-1,086	0,384
Autoconcepto emocional	0,406	0,193	-1,152	0,384
Autoconcepto familiar	0,054	0,193	-1,191	0,384
Autoconcepto físico	-0,100	0,193	-1,068	0,384
Ineficacia	-0,012	0,193	-1,453	0,384
Conciencia Interoceptiva	0,165	0,193	-1,508	0,384
Perfeccionismo	-0,040	0,193	-1,345	0,384

5.3.3 Comparación de medias de las variables de TCA y de personalidad entre casos y controles.

En las tablas 4 y 5 se comparan las medias y los valores de la t de student de los síntomas de TCA (tabla 4) y de las variables predictoras (tabla 5) entre casos y controles. Así, en la tabla 4 podemos observar como las puntuaciones en síntomas de TCA son significativamente mayores en el grupo de casos que en el control, sin que se aprecie ningún otro dato llamativo.

Tabla 4

Comparación de las medias en síntomas de TCA entre casos y controles.

VARIABLES TCA	Grupos	Media	T de Student
Bulimia	Control	53,371	6,604*
	TCA	73,001	
Insatisfacción corporal	Control	37,191	16,198*
	TCA	84,358	
Obsesión por la delgadez	Control	39,146	17,323*
	TCA	85,529	
TCA total	Control	43,2360	20,144*
	TCA	80,9627	

* Valores altamente significativos $p < 0,001$.

En la tabla 5 podemos observar como las puntuaciones en el grupo de casos son significativamente mayores a las del grupo control en neuroticismo, amabilidad, ineficacia, conciencia interoceptiva y perfeccionismo; y menores en apertura, responsabilidad, autoconcepto social, emocional, familiar y físico; no existiendo diferencias significativas ni en la variable orden ni en el autoconcepto académico.

Tabla 5

Comparación de las medias en variables predictoras entre el grupo de casos y el de control.

Variables predictoras	Grupo	Media	T de Student
Neuroticismo	control	60,292	8,225****
	TCA	69,803	
Apertura	control	47,708	-2,058*
	TCA	44,227	
Amabilidad	control	39,978	2,350*
	TCA	43,966	
Responsabilidad	control	38,393	-4,708****
	TCA	32,695	
Orden	control	44,494	-0,927
	TCA	42,921	
Autoconcepto social	control	57,966	-3,545****
	TCA	42,067	
Autoconcepto academico	control	55,382	-1,789
	TCA	46,492	
Autoconcepto emocional	control	47,730	-3,572****
	TCA	30,736	
Autoconcepto familiar	control	58,584	-5,527****
	TCA	33,199	
Autoconcepto físico	control	64,764	-6,849****
	TCA	35,998	
Ineficacia	control	41,427	9,945****
	TCA	78,793	
Conciencia interoceptiva	control	31,427	13,068****
	TCA	77,189	
Perfeccionismo	Control	48,539	4,309****
	TCA	66,777	

*Valores significativos $p < 0,05$, **Valores muy significativos $p < 0,01$, *** Valores altamente significativos $p < 0,001$.

5.3.4 Análisis de Regresión Logística Binaria de las variables de personalidad y autoconcepto potencialmente predictoras de TCA.

5.3.4.1 Análisis bivariante.

En primer lugar realizamos un análisis de regresión logística para cada variable independiente, utilizando como variable dependiente la pertenencia o no al grupo de TCA.

Neuroticismo.

En la tabla 6 podemos observar cómo a través del neuroticismo podemos pronosticar con un acierto al 72,8% de los pacientes con TCA con respecto a los controles.

Tabla 6

Porcentajes de pronósticos correctos a través del modelo obtenido con la variable neuroticismo.

Observado		Pronosticado		
		Grupo control	TCA	Porcentaje correcto
Grupo	Control	66	23	74,2
	TCA	20	49	71,0
Porcentaje global				72,8

El modelo de regresión observado en la tabla 7 muestra una relación significativa entre el neuroticismo y la pertenencia al grupo TCA o Control, con una OR =1,235. Por consiguiente, cada aumento de un punto en la dimensión de neuroticismo aumenta un 23,5 % el riesgo de pertenecer al grupo de TCA.

Apertura.

En la tabla 8 observamos como a través de la variable Apertura podemos construir un modelo de predicción con el que pronosticamos con un acierto del 59,5 % a los pacientes con TCA y a los controles.

Tabla 7

Modelo de regresión logística estimado con Neuroticismo.

	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)
Neuroticismo	0,211	0,036	34,199	0,000	1,235
Constante	-14,237	2,445	33,897	0,000	0,000

Tabla 8

Porcentaje de pronósticos correctos a través del modelo obtenido con la variable Apertura.

Observado	Pronosticado			Porcentaje correcto
	Grupo		Porcentaje	
	Control	TCA		
Grupo	Control	72	17	80,9
	TCA	47	22	31,9
Porcentaje global				59,5

El modelo de regresión observado en la tabla 9 muestra una relación significativa entre la Apertura y la pertenencia al grupo TCA o Control ($p=0,042$), con una OR = 0,968. Por lo tanto, la variable Apertura actuaría como factor protector, por cada aumento de un punto en la dimensión de Apertura, se reduce un 3,2% el riesgo de pertenecer al grupo de TCA.

Tabla 9

Modelo de regresión logística estimado con Apertura.

	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)
Apertura	-0,032	0,016	4,134	0,042	0,968
Constante	1,225	0,742	2,731	0,098	3,405

Amabilidad.

En la tabla 10 se observa como a través de la variable Amabilidad podemos construir un modelo de predicción con el que pronosticamos con un acierto del 61,4 % a los pacientes con TCA y a los controles.

Tabla 10

Porcentaje de pronósticos correctos a través del modelo obtenido con la variable amabilidad.

Observado		Pronosticado		
		Grupo		Porcentaje correcto
		Control	TCA	
Grupo	Control	72	17	80,9
	TCA	44	25	36,2
Porcentaje global				61,4

El modelo de regresión observado en la tabla 11 muestra una relación significativa entre la amabilidad y la pertenencia al grupo TCA o Control ($p=0,019$), con una OR = 1,038. Por consiguiente, la variable amabilidad actuaría como factor de riesgo, de tal forma que por cada aumento de un punto en esta dimensión, aumenta en un 3,8% el riesgo de pertenecer al grupo de TCA.

Tabla 11

Modelo de regresión logística estimado con amabilidad.

	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)
Amabilidad	0,037	0,016	5,462	0,019	1,038
Constante	-1,815	0,690	6,925	0,009	0,163

Responsabilidad.

En la tabla 12 observamos como a través de la variable Responsabilidad se construye un modelo de predicción con el que se pronostica con un acierto del 65,2 % a los pacientes con TCA y a los controles.

Tabla 12

Porcentaje de pronósticos correctos a través del modelo obtenido con la variable Responsabilidad.

Observado	Pronosticado			
	Grupo		Porcentaje	
	control	TCA	correcto	
grupo	control	60	29	67,4
	TCA	26	43	62,3
Porcentaje global			65,2	

El modelo de regresión observado en la tabla 13 muestra una relación significativa entre la Responsabilidad y la pertenencia al grupo TCA o Control ($p < 0,001$), con una OR = 0,907. Así, la variable Responsabilidad actuaría como factor de protección, de tal forma que por cada aumento de un punto en esta dimensión, se reduce en un 9,3 % el riesgo de pertenecer al grupo de TCA.

Tabla 13

Modelo de regresión logística estimado con Responsabilidad.

	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)
Responsabilidad	-,097	,024	16,159	,000	,907
Constante	3,180	,853	13,902	,000	24,036

Orden.

En la tabla 14 se muestra un modelo de predicción a través de la variable Orden con el que se pronostica con un acierto del 56,3 % a los pacientes con TCA y a los controles.

Tabla 14

Porcentaje de pronósticos correctos a través del modelo obtenido con la variable Orden.

Observado		Pronosticado		
		grupo		Porcentaje
		control	TCA	correcto
Grupo	Control	89	0	100,0
	TCA	69	0	,0
Porcentaje global				56,3

Este modelo de regresión, observado en la tabla 15, muestra que no existe una relación significativa entre la variable Orden y la pertenencia al grupo TCA o Control ($p=0,356$), con una $OR=0,986$. En otras palabras, no se encuentra evidencia de que la variable Orden pueda funcionar aumentando o reduciendo el riesgo de pertenecer al grupo de TCA.

Tabla 15

Modelo de regresión logística estimado con la variable Orden.

	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)
Orden	-,014	0,015	0,850	0,356	0,986
Constante	0,359	0,683	0,277	0,599	1,432

Autoconcepto académico.

En la tabla 16 podemos observar como a través de la variable Autoconcepto Académico se construye un modelo de predicción con el que se discrimina con un acierto

del 57,6 % a los pacientes con TCA y a los controles.

Tabla 16

Porcentaje de pronósticos correctos a través del modelo obtenido con la variable autoconcepto académico.

Observado		Pronosticado		
		Grupo		Porcentaje
		Control	TCA	correcto
Grupo	Control	69	20	77,5
	TCA	47	22	31,9
Porcentaje global				57,6

Este modelo de regresión, observado en la tabla 17, muestra que no existe una relación significativa entre la variable autoconcepto académico y la pertenencia al grupo TCA o Control ($p=0,076$), con una $OR=0,991$. Por lo tanto, no se encuentra evidencia de que la variable Autoconcepto Académico pueda funcionar aumentando o reduciendo el riesgo de pertenecer al grupo de TCA.

Tabla 17

Modelo de regresión logística estimado con la variable Autoconcepto Académico.

	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)
Autoconcepto académico	-0,009	0,005	3,144	0,076	0,991
Constante	0,220	0,310	0,502	0,479	1,246

Autoconcepto Social.

En la tabla 18 podemos observar como a través de la variable autoconcepto social podemos construir un modelo de predicción con el que pronosticamos con un acierto del 60,8 % a los pacientes con TCA y a los controles.

Tabla 18

Porcentaje de pronósticos correctos a través del modelo obtenido con la variable autoconcepto social.

Observado		Pronosticado		
		Grupo		Porcentaje correcto
		Control	TCA	
Grupo	Control	66	23	74,2
	TCA	39	30	43,5
Porcentaje global				60,8

El modelo de regresión observado en la tabla 19 muestra una relación significativa entre el autoconcepto social y la pertenencia al grupo TCA o Control ($p=0,001$), con una $OR=0,980$. Así, la variable autoconcepto social actuaría como factor de protección, de tal forma que por cada aumento de un punto en esta dimensión, se reduce en un 2 % el riesgo de pertenecer al grupo de TCA.

Tabla 19

Modelo de regresión logística estimado con la variable autoconcepto social.

	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)
Autoconcepto social	-0,020	0,006	11,103	0,001	0,980
Constante	0,740	0,337	4,831	0,028	2,096

Autoconcepto Emocional.

En la tabla 20 se aprecia como a través de la variable autoconcepto emocional se construye un modelo de predicción que pronostica con un acierto del 60,1 % a los pacientes con TCA y a los controles.

Tabla 20

Porcentaje de pronósticos correctos a través del modelo obtenido con la variable Autoconcepto Emocional.

Observado		Pronosticado		
		grupo		Porcentaje
		Control	TCA	Correcto
Grupo	Control	59	30	66,3
	TCA	33	36	52,2
Porcentaje global				60,1

El modelo de regresión observado en la tabla 21 muestra una relación significativa entre el Autoconcepto Emocional y la pertenencia al grupo TCA o Control ($p=0,001$), con una $OR=0,981$. Por consiguiente, la variable Autoconcepto Emocional actuaría como factor de protección, de tal forma que por cada aumento de un punto en esta dimensión, se reduce en un 1,9 % el riesgo de pertenecer al grupo de TCA.

Tabla 21

Modelo de regresión logística estimado con la variable autoconcepto emocional.

	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)
Autoconcepto emocional	-0,019	0,006	11,088	0,001	0,981
Constante	0,479	0,269	3,175	0,075	1,614

Autoconcepto Familiar.

En la tabla 22 podemos observar como a través de la variable autoconcepto familiar podemos construir un modelo de predicción con el que pronosticamos con un acierto del 69 % a los pacientes con TCA y a los controles.

Tabla 22

Porcentaje de pronósticos correctos a través del modelo obtenido con la variable autoconcepto familiar.

Observado		Pronosticado		
		Grupo		Porcentaje
		Control	TCA	correcto
Grupo	Control	67	22	75,3
	TCA	27	42	60,9
Porcentaje global				69,0

El modelo de regresión observado en la tabla 23 muestra una relación significativa entre el autoconcepto familiar y la pertenencia al grupo TCA o Control ($p < 0,001$), con una $OR = 0,970$. Por consiguiente, la variable autoconcepto familiar actuaría como factor de protección, y así, por cada aumento de un punto en esta dimensión se reduce en un 3 % el riesgo de pertenecer al grupo de TCA.

Tabla 23

Modelo de regresión logística estimado con la variable autoconcepto familiar.

	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)
Autoconcepto familiar	-0,030	0,006	23,530	0,000	0,970
Constante	1,131	0,326	12,013	0,001	3,098

Autoconcepto físico.

En la tabla 24 se describe un modelo de predicción a través de la variable autoconcepto físico con el que pronosticamos con un acierto del 71,5 % a los pacientes con TCA y a los controles.

Tabla 24

Porcentaje de pronósticos correctos a través del modelo obtenido con la variable Autoconcepto Físico.

Observado		Pronosticado		
		Grupo		Porcentaje
		Control	TCA	Correcto
Grupo	Control	71	18	79,8
	TCA	27	42	60,9
Porcentaje global				71,5

El modelo de regresión observado en la tabla 25 muestra una relación significativa entre el Autoconcepto Físico y la pertenencia al grupo TCA o Control ($p < 0,001$), con una OR=0,961. Por consiguiente, la variable Autoconcepto Físico actuaría como factor de protección, de tal forma que por cada aumento de un punto en esta dimensión se reduce en un 3,9 % el riesgo de pertenecer al grupo de TCA.

Tabla 25

Modelo de regresión logística estimado con la variable Autoconcepto Físico.

	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)
Autoconcepto físico	-0,040	,007	30,818	0,000	0,961
Constante	1,779	,402	19,611	0,000	5,922

Ineficacia.

En la tabla 26 se observa el modelo de predicción de la variable Ineficacia con el que se pronostica con un acierto del 78,5 % a los pacientes con TCA y a los controles.

Tabla 26

Porcentaje de pronósticos correctos a través del modelo obtenido con la variable ineficacia.

Observado		Pronosticado		
		Grupo		Porcentaje
		Control	TCA	correcto
Grupo	Control	72	17	80,9
	TCA	17	52	75,4
Porcentaje global				78,5

El modelo de regresión observado en la tabla 27 muestra una relación significativa entre la Ineficacia y la pertenencia al grupo TCA o Control ($p < 0,001$), con una $OR = 1,058$. Por consiguiente, la variable Ineficacia actuaría como factor de riesgo y cada aumento de un punto en esta dimensión aumenta en un 5,8 % el riesgo de pertenecer al grupo de TCA.

Tabla 27

Modelo de regresión logística estimado con la variable Ineficacia.

	B	E.T.	Wald	Sig.	Ex(B)
Ineficacia	0,056	0,008	44,319	0,000	1,058
Constante	-3,662	0,576	40,403	0,000	0,026

Conciencia Interoceptiva.

En la tabla 28 podemos observar como a través de la variable Ineficacia podemos construir un modelo de predicción con el que pronosticamos con un acierto del 82,3 % a los pacientes con TCA y a los controles.

Tabla 28

Porcentaje de pronósticos correctos a través del modelo obtenido con la variable Conciencia Interoceptiva.

Observado	Pronosticado			Porcentaje Correcto
	Grupo		Porcentaje	
	Control	TCA		
Grupo Control	76	13	85,4	
Grupo TCA	15	54	78,3	
Porcentaje Global			82,3	

El modelo de regresión observado en la tabla 29 muestra una relación significativa entre la Ineficacia y la pertenencia al grupo TCA o Control ($p < 0,001$), con una OR=1,072. Por consiguiente, la variable Conciencia Interoceptiva actuaría como factor de riesgo, de tal forma que por cada aumento de un punto en esta dimensión se aumenta en un 7,2 % el riesgo de pertenecer al grupo de TCA.

Tabla 29

Modelo de regresión logística estimado con la variable Conciencia Interoceptiva.

	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)
Conciencia interoceptiva	0,070	0,010	52,077	0,000	1,072
Constante	-4,029	0,591	46,461	0,000	0,018

Perfeccionismo.

En la tabla 30 podemos observar como a través de la variable perfeccionismo podemos construir un modelo de predicción con el que pronosticamos con un acierto del 63,9 % a los pacientes con TCA y a los controles.

Tabla 30

Porcentaje de pronósticos correctos a través del modelo obtenido con la variable perfeccionismo.

Observado		Pronosticado		
		Grupo		Porcentaje
		Control	TCA	correcto
Grupo	Control	62	27	69,7
	TCA	30	39	56,5
Porcentaje global				63,9

El modelo de regresión observado en la tabla 31 muestra una relación significativa entre el Perfeccionismo y la pertenencia al grupo TCA o Control ($p < 0,001$), con una $OR = 1,026$. Así, la variable Perfeccionismo actuaría como factor de riesgo. Por cada aumento de un punto en esta dimensión se aumenta en un 2,6 % el riesgo de pertenecer al grupo de TCA.

Tabla 31

Modelo de regresión logística estimado con la variable Perfeccionismo.

	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)
Perfeccionismo	0,026	0,006	15,824	0,000	1,026
Constante	-1,728	0,415	17,357	0,000	0,178

En resumen, los análisis bivariantes informan sobre una serie de factores que funcionarían como variables protectoras (Apertura, Responsabilidad, Autoconcepto Social, Emocional, Familiar y Físico), otros como variables de riesgo (Neuroticismo, Amabilidad, Ineficacia, Conciencia Interoceptiva), mientras que en otras dos no se encuentran relaciones significativas (Orden, Autoconcepto Académico).

El problema de estos análisis bivariantes es que no pueden determinar el efecto de la interacción entre las distintas variables. Así, por ejemplo, puede que los resultados observados en alguna variable concreta estén mediados por una tercera variable, de tal forma que esta tercera, una vez introducida en el modelo, anule el efecto diferenciador de la variable original, o, al revés, que su introducción haga que gane peso en la predicción. Por este motivo es necesario realizar un análisis multivalente.

5.3.4.2 *Análisis multivariante.*

Se realizó un análisis de regresión logística binaria utilizando como variable dependiente la pertenecía al grupo de TCA o al grupo control, y se introdujeron como variables independientes todos los rasgos potencialmente predictores (Apertura, Responsabilidad, Autoconcepto Social, Emocional, Familiar, Académico y Físico, Neuroticismo, Amabilidad, Ineficacia, Conciencia Interoceptiva y Orden).

Se comprobó la inexistencia de colinealidad significativa y se utilizó para la selección de variables el método hacia adelante (WALD). Este método va introduciendo progresivamente variables, una a una, siempre que la introducción de la nueva variable suponga un beneficio significativo en la de predicción del modelo. El modelo definitivo será aquel en el que un aumento de variables no permita mejoras significativas en la capacidad de predicción.

Como podemos observar en la tabla 32 la primera variable que introduce el modelo es la conciencia interoceptiva, con una capacidad de acierto en el pronóstico de 82,3. En el segundo paso se introduce la variable autoconcepto físico, el modelo aumenta con ella la capacidad de pronóstico hasta el 89,2. En el tercer paso se añade el autoconcepto familiar, manteniéndose la capacidad de pronóstico y las OR de las otras dos variables sin apenas cambios. En el cuarto paso se incluye el autoconcepto académico. En el quinto paso se introduce la responsabilidad, y este modelo con 5 variables si mejora la capacidad de predicción hasta el 91,8%. En el sexto paso se introduce la variable orden y con ella el modelo alcanza el 96,2 % de aciertos en la predicción. La variable orden entra en la ecuación con un OR importante (1,177) y reconfigura las OR de las demás variables considerablemente, especialmente la OR de la variable responsabilidad que aumenta su protección hasta una OR (0,734), también aumenta la OR del autoconcepto académico hasta (1,085).

Tabla 32

Inclusión de variables en el modelo.

	Variables	Significación	Odds Ratio	Porcentaje Global Correcto
Paso 1	Conciencia interoceptiva*	0,000	1,072	82,3
Paso 2	Autoconcepto físico*	0,000	0,944	89,2
	Conciencia interoceptiva	0,000	1,089	
Paso 3	Autoconcepto familiar*	0,008	0,971	88,6
	Autoconcepto físico	0,000	0,949	
	Conciencia interoceptiva	0,000	1,092	
Paso 4	Autoconcepto académico*	0,010	1,034	89,9
	Autoconcepto familiar	0,002	0,962	
	Autoconcepto físico	0,000	0,936	
	Conciencia interoceptiva	0,000	1,096	
Paso 5	Autoconcepto académico	0,003	1,051	91,8
	Autoconcepto familiar	0,001	0,958	
	Autoconcepto físico	0,000	0,930	
	Conciencia interoceptiva	0,000	1,099	
	Responsabilidad*	0,021	0,892	
Paso 6	Autoconcepto académico	0,001	1,085	96,2
	Autoconcepto familiar	0,004	0,956	
	Autoconcepto físico	0,000	0,912	
	Conciencia interoceptiva	0,000	1,126	
	Orden*	0,005	1,177	
	Responsabilidad	0,002	0,734	

* Variable introducida en el paso

Se realiza la prueba de Hosmer y Lemeshow que muestra que el ajuste del modelo es bueno con una $p= 0,797$.

Como podemos apreciar en la tabla 33 el modelo incluye 3 variables que actúan como factores de riesgo, (las alteraciones en la conciencia interoceptiva, un alto

autoconcepto académico y el orden). Puntuaciones altas en estas variables aumentarían el riesgo de pertenecer al grupo de TCA. Las otras 3 variables funcionan como protectoras (la responsabilidad, un autoconcepto físico positivo y un autoconcepto familiar positivo). Puntuaciones altas reducirían el riesgo de TCA, o desde el punto de vista contrario, puntuaciones bajas aumentarían el riesgo de pertenecer a dicho grupo.

Así, comenzando por los factores de riesgo, el modelo de regresión observado en la tabla 33 muestra una relación significativa entre las alteraciones en conciencia interoceptiva y la pertenencia al grupo TCA o Control ($p < 0,01$), con una OR=1,126. Por consiguiente, la variable conciencia interoceptiva aumenta un 12,6% el riesgo de pertenecer al grupo de TCA por cada punto que aumenta esta dimensión. Las alteraciones en esta faceta ya aparecían en los análisis bivariantes como posible factor de riesgo aunque con una OR más moderada (1,072).

Tabla 33

Factores de riesgo y de protección.

FACTORES DE RIESGO	Odds ratio
Conciencia interoceptiva	1,126*
Orden	1,177*
Autoconcepto academico	1,085*
FACTORES PROTECTORES	Odds ratio
Responsabilidad	0,734*
Autoconcepto físico	0.912*
Autoconcepto familiar	0,956*

Note: * $p < 0,01$

El siguiente factor de riesgo, la variable Orden, no aparecía como predictivo a nivel significativo en el análisis bivariante ($p < 0,356$), apareciendo como significativo ($p < 0,01$) en el análisis multivalente con una $OR = 1,177$, por cada punto de aumento en esta dimensión el riesgo de pertenecer al grupo de TCA aumenta un 17,7%. Por último, observamos como el autoconcepto académico también actúa como factor de riesgo ($p < 0,01$; $OR = 1,085$), aumentando un 8,5% la probabilidad de pertenecer al grupo de TCA por cada unidad de aumento en dicha variable. La capacidad predictiva de este factor tampoco se apreciaba en el análisis bivariante ($p = 0,076$; $OR = 0,991$).

Continuando el análisis por las variables protectoras apreciamos que la responsabilidad protege de forma significativa ($p < 0,01$; $OR = 0,734$), reduciéndose un 26,6% el riesgo de pertenecer al grupo TCA por cada unidad de aumento en la misma. Esta variable ya aparecía como protectora en el análisis bivariante aunque con un OR más discreto (0,907). También aparece como variable protectora el autoconcepto físico ($p < 0,01$; $OR = 0,912$), reduciendo un 8,8% el riesgo de pertenencia al grupo TCA por cada unidad de aumento en dicha dimensión. Esta dimensión ya aparecía como protectora en el análisis bivariante aunque con una OR más modesta (0,961). Por último, nos encontramos el autoconcepto familiar ($p < 0,01$; $OR = 0,956$), que consigue reducir el riesgo un 4,4% por unidad. Como en la variable anterior, también aparecía en el análisis bivariante aunque con menor influencia ($OR = 0,970$).

Este modelo consigue un R cuadrado de Nagelkerke igual a 0,856 y clasifica correctamente, como casos o controles, al 96,2 % de los sujetos analizados (ver tabla 34).

Por otra parte, como se puede apreciar en la tabla 35, existen muchas variables (Neuroticismo, Apertura, Amabilidad, Autoconcepto Social, Autoconcepto Emocional, Ineficacia y Perfeccionismo) que mostraban un poder pronóstico de forma individual y que sin embargo no añaden valor predictivo suficiente como para incluirlas en el modelo multivariante.

Tabla 34

Clasificación de pronósticos correctos a través del modelo multivariante.

Observado		Pronosticado		
		Grupo		Porcentaje
		Control	TCA	Correcto
Grupo	Control	86	3	96,6
	TCA	3	66	95,7
Porcentaje global				96,2

Tabla 35

Variables excluidas del modelo.

Variables	Significación
Neuroticismo	0,452
Apertura	0,255
Amabilidad	0,175
Autoconcepto social	0,070
Autoconcepto emocional	0,318
Ineficacia	0,876
Perfeccionismo	0,545

La ecuación concreta con la que se clasifica a los sujetos es la que sigue:

$$b_1 = 1/1 + 2,718^{-z}$$

$$Z = -0,528 + 0,118(\text{Conciencia Interoceptiva}) + 0,163(\text{Orden}) + 0,082 (\text{Autoconcepto Académico}) + (-0,309)(\text{Responsabilidad}) + (-0,092)(\text{Autoconcepto Físico}) + (-0,45) (\text{Autoconcepto Familiar}).$$

Donde:

b_1 = probabilidad de pertenecer al grupo de riesgo.

Z = combinación lineal de las variables.

El resultado b_1 será un número entre 0 y 1 que nos permite clasificar al sujeto como perteneciente al grupo libre de síntomas (b_1 entre 0 y 0,5) o al grupo de pacientes con diagnóstico de TCA (b_1 entre 0,5-1).

Para comprender el alcance de nuestros resultados vamos a compararlos con los que se obtienen a través de otros modelos utilizando el mismo análisis de regresión logística con el método por pasos hacia adelante (WALD). Comenzamos la comparación con el modelo obtenido tras introducir todas las variables del EDI-2 que evalúan rasgos psicológicos asociados a los TCA. La introducción de variables y el modelo final se observan en la tabla 36.

Tabla 36

Inclusión de variables en el modelo.

	Variables	Significación	Odds Ratio
Paso 1	Conciencia interoceptiva*	0,000	1,072
Paso 2	Conciencia interoceptiva	0,000	1,056
	Ascetismo*	0,000	1,042
Paso 3	Conciencia interoceptiva	0,000	1,048
	Ascetismo	0,001	1,036
	Inseguridad social*	0,005	1,035

*Variable introducida en cada paso

La tabla 37 muestra la clasificación de pronósticos correctos conseguidos a través de este modelo, en la misma observamos como no se consigue superar nuestra capacidad de clasificación, colocando correctamente a un 88 % de los sujetos. La R cuadrado de Nagelkerke se queda 0,731, también inferior a la de nuestro modelo.

Por otra parte, en nuestro planteamiento inicial presuponíamos que la clasificación de los sujetos sería más efectiva si utilizáramos conjuntamente ambos grupos de variables (personalidad y autoconcepto) que utilizándolas por separado. A continuación se describe la capacidad de clasificación de modelos que utilizan estas variables por separado. Si utilizamos únicamente las variables de personalidad, sin el autoconcepto, con el mismo

análisis de regresión logística con el método WALD hacia delante, se seleccionan las variables que podemos observar en la tabla 38.

Tabla 37

Clasificación de pronósticos correctos a través del modelo del EDI-2

Observado		Pronosticado		
		Grupo		Porcentaje correcto
		Control	TCA	
Grupo	Control	79	10	88,8
	TCA	9	60	87,0
Porcentaje global				88,0

Tabla 38

Inclusión de variables en el modelo.

	Variabes	Significación	Odds Ratio
Paso 1	Conciencia interoceptiva*	0,000	1,072
Paso 2	Ineficacia*	0,001	1,034
	Conciencia interoceptiva	0,000	1,059
Paso 3	Ineficacia	0,005	1,031
	Conciencia interoceptiva	0,000	1,052
	Neuroticismo*	0,028	1,108
Paso 4	Ineficacia	0,013	1,028
	Conciencia interoceptiva	0,000	1,057
	Neuroticismo	0,027	1,107
	Amabilidad*	0,045	1,062

* Variable introducida en cada paso

La capacidad predictiva de este modelo se aprecia en la tabla 39, consiguiendo un porcentaje global de aciertos del 88,6 %, y un R cuadrado de Nagelkerke igual a 0,717, no alcanzando, por la tanto, la capacidad de clasificación de nuestro modelo.

Tabla 39

Clasificación de pronósticos correctos a través del modelo de rasgos de personalidad sin autoconcepto.

Observado		Pronosticado		
		Grupo		Porcentaje correcto
		Control	TCA	
Grupo	Control	79	10	88,8
	TCA	8	61	88,4
Porcentaje global				88,6

Aun mayor es la diferencia cuando se utilizan únicamente las variables del autoconcepto. El modelo resultante de utilizar la regresión logística con el método WALD hacia delante con las variables del autoconcepto se observa en la tabla 40.

Tabla 40

Inclusión de variables en el modelo.

		Significación	Odds Ratio
Paso 1	Autoconcepto físico*	0,000	0,961
Paso 2	Autoconcepto familiar*	0,000	0,975
	Autoconcepto físico	0,000	0,964
Paso 3	Autoconcepto emocional*	0,001	0,975
	Autoconcepto familiar	0,000	0,973
	Autoconcepto físico	0,000	0,960
Paso 4	Autoconcepto académico*	0,001	1,030
	Autoconcepto emocional	0,000	0,966
	Autoconcepto familiar	0,000	0,963
	Autoconcepto físico	0,000	0,946

* Variable introducida en cada paso

Como podemos observar en la tabla 41 este modelo clasifica correctamente a un 81,6 % de la muestra, y obtiene una R cuadrado de Nalgelkerke de 0,536, unos resultados alejados de los conseguidos por nuestro modelo.

Tabla 41

Clasificación de pronósticos correctos a través del modelo de autoconcepto.

Observado		Pronosticado		
		Grupo		Porcentaje correcto
		Control	TCA	
Grupo	Control	73	16	82,0
	TCA	13	56	81,2
Porcentaje global				81,6

5.4 Discusión

Los resultados obtenidos nos permiten afirmar que nuestro modelo formado por rasgos de personalidad y autoconcepto permite distinguir a individuos diagnosticados de TCA de los que están libres de síntomas. Esta capacidad puede ser utilizada en sí para una rápida, eficaz y fiable detección de pacientes, pues conseguimos clasificar correctamente al 96,2 % de los sujetos. Como suponíamos, los resultados del estudio demuestran que la capacidad para detectar a individuos con TCA se ve incrementada al utilizar conjuntamente variables de personalidad y autoconcepto. La evaluación de pacientes a través de rasgos de personalidad y autoconcepto elimina uno de los problemas principales que los cuestionarios y las entrevistas poseen para la detección de los TCA, y es el hecho de que estas pacientes suelen frecuentemente negar la enfermedad y sus síntomas, con el riesgo consiguiente de que el trastorno pase desapercibido. Una evaluación de rasgos asociados elimina esas resistencias y posibilita la identificación de posibles casos, incluyendo a aquéllos que puedan negar los síntomas propiamente alimentarios.

Pero además, si partimos de los datos de la investigación previa en la que estudios prospectivos asocian a estas variables como factores de riesgo, previos al desarrollo del trastorno, y diferenciando por tanto a individuos que posteriormente desarrollan el trastorno de los que no (Cervera et al., 2003; Garner et al., 1987; Ghaderi y Scott, 2000; Killen et al.,

1996; Leon et al., 1995, 1999; Lilenfeld et al., 2008; Strigelmoore et al., 1989; Vohs et al., 1999) podemos otorgar a nuestro modelo una alta capacidad para detectar a personas con alto riesgo de padecer en el futuro un TCA. Nuestro modelo permitiría, por tanto, actuar de forma preventiva sobre personas en riesgo pero todavía sin síntomas, sin tener que esperar a que aparezca el trastorno, y sin tener que realizar actuaciones preventivas sobre población en general mucho más costosas y menos efectivas (Stice et al., 2007).

Con respecto a las variables concretas que forman parte del modelo de predicción y sus implicaciones etiopatológicas, las personas con alta probabilidad de formar parte del grupo de TCA serían personas con dificultades para reconocer y responder adecuadamente a las sensaciones internas (alteraciones en la conciencia interoceptiva). Estas dificultades se engloban dentro de un amplio abanico de variables relacionadas con el reconocimiento tanto de sensaciones como de emociones, con su capacidad para responder a ellas, y consecuentemente para su manejo adecuado, y para desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas versus evocativas o de escape. Muchos autores han explicado los síntomas de los TCA como las dietas o los atracones y vómitos como estrategias para evitar o escapar de eventos internos ante las dificultades para la toma de conciencia, elaboración y afrontamiento adecuados (Abbate-Daga et al., 2012; Amianto et al., 2012; Fulton et al., 2012; Oldershaw et al., 2012; Svaldi et al., 2012; Wilde et al., 2010).

Por otra parte, aparece un rasgo obsesivo como sería la tendencia al orden, a la pulcritud, a la organización y a la limpieza. Algunas de las personas que posteriormente desarrollan un TCA se caracterizan por necesitar poseer un alto control y orden sobre los diversos sucesos de su vida, al no ser posible este orden y control en otras facetas de su vida, recurren al control en la ingesta alimentaria, centrando su necesidad de orden y control en la comida y la silueta a través de la restricción alimentaria. Además, son personas que se perciben como buenas estudiantes o trabajadoras (autoconcepto académico). El perfil clásico de anorexia nerviosa siempre se ha definido como perfeccionista, con la necesidad de orden, de control y de logro, y, en muchas de estas personas, estas características aparecen reflejadas al principio en la faceta de los estudios, antes de expandirse al área de la alimentación. Un estudio reciente (Fragkos y Frangos, 2013) relaciona la ansiedad por el desempeño académico con otros síntomas afectivos y secundariamente con el desarrollo de los TCA. Estos síntomas que están relacionados con el perfeccionismo socialmente prescrito, buscan la evaluación positiva del otro, motivo por el que también están más expuestas a la presión social por la esbeltez. Además, las exigencias excesivas también llevan a un aumento de frustraciones, de emociones negativas secundarias a éstas, y de

riesgo de intentar manejar estas emociones con conductas de dieta, atracón, purga, o ejercicio físico excesivo. Cuando se elige la dieta, la dificultad para mantenerla de forma estricta puede llevar de nuevo a frustración y a otras conductas alimentarias anómalas como atracones y purgas (Boone et al., 2012; Verstuyf et al., 2012).

Por la parte contraria, las personas responsables tienen menos probabilidad de formar parte del grupo de TCA. En la base de la responsabilidad está, probablemente, el autocontrol, entendido como un proceso activo de planificación, organización y ejecución de tareas. Existe un perfil de personalidad en algunos TCA definido por las características contrarias de esta dimensión, es decir un perfil de bajo autocontrol, donde algunos síntomas, como el atracón y el vómito, son signos de esa impulsividad. Así, esta dimensión en positivo, estaría funcionando protegiendo de este subtipo.

Por otra parte, una valoración positiva tanto de su aspecto como de su condición física (autoconcepto físico) también funciona como protectora. Una de las principales causas por las que se comienza la dieta restrictiva se relaciona con un autoconcepto físico negativo y a su vez el comienzo de la dieta es algo esencial para que se desarrollen otras conductas patológicas. Así, por ejemplo, la dificultad para el mantenimiento estricto de la dieta puede llevar a que en una ocasión se salte, y en ese momento se active el esquema todo o nada promoviéndose un atracón. La culpa ante el atracón puede llevar a estrategias compensatorias como una purga, ayuno o ejercicio físico excesivo (Fairburn et al., 2003; Wilson et al., 2007). Además, para las personas que desarrollan posteriormente un TCA, la autoestima o autoconcepto general está en gran parte vinculada al autoconcepto físico. Es decir, el problema no es solo, que su autoconcepto físico sea negativo, sino el peso tan importante que esta dimensión posee para estas personas dentro de su autoconcepto general. Así, el autoconcepto bajo va a influir en la autoestima general baja y ésta, a su vez, favorece el que la persona busque más la aprobación de los demás y que se sea más sensible al ideal social de belleza centrado en la delgadez, como forma de conseguir la aprobación de los demás (Connors y Johnson, 1987; Cooper et al., 2002; Hsu, 1990; Stice et al., 1994).

Por último, una imagen positiva sobre su implicación, participación e integración en el medio familiar funciona como factor protector. El autoconcepto familiar negativo, aunque evalúe la percepción del estado actual está relacionado en la infancia y la adolescencia con ciertas actitudes familiares generales negativas, como la negligencia, el abuso físico y sexual. Estas actitudes y otras disfunciones en la paternidad así como otras más específicas en relación a los alimentos y al peso, por ejemplo, la dieta de la familia, la obesidad en los padres, los comentarios críticos sobre la alimentación, o presiones para estar delgada

funcionan como factores de riesgo en el desarrollo de los TCA. De hecho este ambiente invalidante puede estar debajo de otras de las variables de personalidad y autoconcepto que hemos analizado como la dificultad para reconocer y responder a sensaciones y emociones, rasgos de perfeccionismo o el bajo autoconcepto físico o más general. Visto desde el punto de vista protector, la existencia de un funcionamiento familiar sano, favorecería un autoconcepto familiar positivo que podría estar mediando como protector para el desarrollo de los TCA (Burns et al., 2012; García y Musitu, 1999).

Dentro de las variables introducidas en el modelo, algunas pueden parecer contradictorias en relación a otras. Tenemos que ser conscientes de que posiblemente, no exista un único perfil de personalidad que explique todos los TCA, existiendo distintos caminos para el desarrollo a los mismos. Así, algunos pacientes puntuarán más alto en algunas de estas 6 variables y otros en otras, construyéndose en conjunto un modelo, en cualquier caso, de identificación y de riesgo general a los TCA, que en principio busca la capacidad para identificar y predecir el riesgo de padecer cualquier TCA. Para contrastar si efectivamente pueden establecerse diferentes perfiles de personalidad decidimos realizar un segundo estudio utilizando el análisis de conglomerados.

6. SEGUNDO ESTUDIO. MODELO DE PREDICCIÓN DE TCA EN FUNCIÓN DE PROTOTIPOS DE PERSONALIDAD

6.1 Justificación

Como ya se ha comentado anteriormente, existe un número importante de investigaciones cuyos resultados apoyan la existencia de 3 prototipos de personalidad replicables en diferentes poblaciones, momentos evolutivos, con distintos instrumentos y tanto en muestras comunitarias como con TCA (Asendorpf et al., 2001; Claes et al., 2006; Claes et al., 2012; D. Espelage et al., 2002; Hopwood et al., 2010; Robins et al., 1996; Strober, M., 1983; Heather Thompson-Brenner, Eddy, Franko, et al., 2008; Westen & Harnden-Fischer, 2001).

Sin embargo, no existe ningún estudio que haya utilizado la pertenencia a estos diferentes prototipos como factor pronóstico de padecer un TCA, pues los estudios que conocemos sobre el tema se han centrado en muestras de pacientes con TCA, sin comparaciones con grupo control libre de síntomas.

Nuestro objetivo en este estudio consiste en establecer el riesgo de padecer un TCA en función de la pertenencia a los diferentes prototipos de personalidad (subcontrolado, sobrecontrolado y resiliente).

En base a este objetivo planteamos las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1. El modelo de 3 prototipos de personalidad es replicable en una muestra conjunta de TCA y controles sanos.

Hipótesis 2. Las personas con perfil de personalidad sobrecontrolado o subcontrolado poseen un mayor riesgo de padecer un TCA.

6.2 Método

6.2.1 Participantes.

Se trabajó con la misma muestra del primer estudio, la cual, una vez eliminados los pacientes que habían mostrado puntuaciones bajas en las escalas de TCA y los controles con riesgo de padecer TCA por presentar puntuaciones altas en estas mismas escalas, quedaba constituida finalmente por 69 pacientes diagnosticados de TCA y 89 controles sanos.

6.2.2 Instrumentos.

El instrumento de medida utilizado es el NEO-PI-R, ya descrito de forma suficiente exhaustiva en el capítulo 6. Por lo que aquí solo nos falta referir que para este estudio utilizamos, en concreto, los 5 grandes factores de personalidad (neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad).

6.2.3 Procedimiento.

Los cambios en el procedimiento con respecto al primer estudio quedan limitados al análisis estadístico, realizándose en este segundo estudio un análisis de conglomerados. El análisis de conglomerados busca agrupar a los sujetos según su semejanza en diferentes dimensiones, de tal modo que en cada grupo resultante los sujetos miembros sean lo más parecidos posible en dichas dimensiones y simultáneamente diferentes a los miembros de los otros grupos. Así, la mejor agrupación posible es aquella que minimiza las distancias entre sujetos del mismo grupo en las dimensiones seleccionadas y maximiza las distancias entre los centros de los diferentes grupos (Ferrán-Aranaz, 2001).

Podemos distinguir dos grandes estrategias dentro del análisis de conglomerados, los métodos jerárquicos y el método de K-medias. Los métodos jerárquicos se usan cuando no es conocido el número de grupos más adecuado, pues la herramienta va proporcionando diferentes posibilidades de agrupación. Este método funciona agrupando a los sujetos más cercanos, y los grupos que se van formando se van uniendo progresivamente unos con otros. Las soluciones mediante esta metodología no son idóneas puesto que los sujetos que se incluyen en las primeras agrupaciones se mantienen juntos hasta el final. El método de K-medias permite encontrar soluciones más idóneas, pero a cambio, hay que proporcionar al programa el número de grupos en que queremos dividir la muestra. Los centros iniciales son elegidos por el investigador o bien son seleccionados por el programa como puntos extremos. A partir de aquí se agrupan los elementos más cercanos a cada centro. Posteriormente dentro de cada agrupación se vuelve a elegir un nuevo centro, que será el más apropiado para dicho subgrupo. Con este nuevo centro se vuelve a realizar una nueva agrupación con los más cercanos al mismo. El método continúa hasta que no existan diferencias entre los centros elegidos entre dos pasos (Ferrán-Aranaz, 2001). En nuestro caso utilizamos el método de las K-medias eligiendo realizar una partición en 3 grupos por motivos teóricos. Como se ha referido en el apartado 2.4.2.2 de la primera parte de este

texto, la mayor parte de la investigación previa coincide en determinar que el modelo más replicable en diferentes muestras, con diferentes instrumentos, tanto dentro de la población con TCA como en población general, es la ya mencionada, división en 3 grupos (Asendorpf et al., 2001; Claes et al., 2006; Claes et al., 2012; Espelage et al., 2002; Goldner et al., 1999; Hopwood et al., 2010; Strober, M., 1983; Thompson-Brenner, Eddy, Satir, Boisseau y Westen, 2008) y como acabamos de ver, el método de K-medias, es con el que se consiguen mejores resultados.

Una vez divididos a los sujetos en 3 grupos, se realizó nuevamente un análisis de regresión logística eligiendo, en este caso, como variable independiente la pertenencia al prototipo de personalidad (subcontrolado, sobrecontrolado o resiliente) y como variable dependiente, pertenecer al grupo de TCA o al control. Esta metodología nos permite establecer el riesgo de padecer un TCA en función de la pertenencia a un determinado perfil de personalidad.

6.3 Resultados

En el análisis de conglomerados se recomienda trabajar con puntuaciones típicas, por lo que el primer paso fue tipificar las mismas. En la tabla 42 se muestran los resultados de realizar el análisis K-medias eligiendo 3 grupos. El conglomerado 1 muestra puntuaciones por encima de la media en neuroticismo, extraversión y apertura y por debajo en amabilidad y responsabilidad. Puntuaciones altas en neuroticismo y bajas en amabilidad y responsabilidad, corresponderían al llamado grupo subcontrolado (Asendorpf et al., 2001). El conglomerado 2 muestra puntuaciones por encima de la media en neuroticismo y amabilidad, y por debajo en extraversión, apertura y en responsabilidad. Puntuaciones altas en neuroticismo y bajas en extraversión y apertura son las encontradas en el grupo sobrecontrolado (Asendorpf et al., 2001). El conglomerado 3 muestra puntuaciones por debajo de la media en neuroticismo y por encima en el resto de variables, tal y como Asendorpf (2001) describió al subtipo resiliente o de alto funcionamiento.

Tabla 42

Centros de los Conglomerados Finales.

	Conglomerado		
	1. Subcontrolado	2. Sobrecontrolado	3. Resiliente
Neuroticismo	0,18366	0,35939	-1,58158
Extraversión	0,81789	-0,69118	0,84001
Apertura	0,74612	-0,58387	0,60581
Amabilidad	-0,51415	0,11933	0,55611
Responsabilidad	-0,07513	-0,36414	1,39390

En la tabla 43 se muestra el análisis de varianza donde se comprueba que existen diferencias significativas entre los 3 conglomerados en las 5 dimensiones de personalidad.

Tabla 43

ANOVA de los Centros de los Conglomerados con los 5 grandes.

	F	Sig.
Neuroticismo	71,298	0,000
Extraversión	104,555	0,000
Apertura	54,264	0,000
Amabilidad	12,218	0,000
Responsabilidad	48,253	0,000

6.3.1 Análisis de regresión logística con los 3 conglomerados.

En la tabla 44 se muestran la significación y las odds ratio del grupo subcontrolado y del grupo sobrecontrolado en comparación con el grupo resiliente. Como puede observarse las personas incluidas en el grupo subcontrolado poseen un riesgo 6,517 veces mayor de padecer un TCA ($p=0,019$; $OR=6,517$) que las incluidas en el grupo resiliente. Por su parte las personas incluidas en el subgrupo sobrecontrolado muestran un riesgo 15,972 veces mayor que las incluidas en el grupo resiliente de padecer un TCA.

Tabla 44

Odds Ratio según conglomerado de pertenencia.

	B	Sig.	OR
Resiliente	1	0,000	1
Subcontrolado	1,874	0,019	6,517
Sobrecontrolado	2,771	0,000	15,972

6.4 Discusión

Con respecto a los datos del análisis por conglomerados, en general, el modelo obtenido en nuestro estudio es coherente con las clasificaciones tripartitas obtenidas por la investigación tanto en muestras comunitarias (Asendorpf et al., 2001) como con TCA (Claes et al., 2006), tal y como planteábamos en nuestra primera hipótesis. Nuestro conglomerado 1 coincide con las 2 características que Asendorpf (2001) consideraba que más se replicaban en las diferentes muestras y con diferentes instrumentos como son la baja amabilidad y responsabilidad, características que también encontraba Laurence Claes et al. (2006) en muestras de TCA. El conglomerado 2 coincide en las tres características del llamado grupo sobrecontrolado en Asendorpf (2001) que eran Neuroticismo elevado con Extraversión y Apertura bajas, también encontradas en muestras de TCA por Laurence Claes (2006). Por último, el conglomerado 3 muestra puntuaciones por debajo de la media en Neuroticismo y por encima en el resto de variables, tal y como Asendorpf (2001) y Laurence Claes (2006) describían el subtipo resiliente. Así, podemos llegar a la conclusión de que el modelo de 3 prototipos de personalidad (subcontrolado, sobrecontrolado y resiliente) es replicable en una muestra conjunta de TCA y controles sanos.

Lo siguiente que nos proponíamos (hipótesis 2) era comprobar si las personas con perfil de personalidad sobrecontrolado o subcontrolado poseen un mayor riesgo de padecer un TCA. La investigación previa había relacionado los perfiles subcontrolados con trastornos externalizantes y los perfiles sobrecontrolados con trastornos internalizantes. Por otra parte la investigación realizada en muestras únicas de TCA había encontrado los tres perfiles. Nosotros suponíamos que los perfiles que realmente son de riesgo para TCA serían los subtipos subcontrolados y sobrecontrolados, en base a algunos estudios que habían

comprobado de forma aislada el potencial predictor de los rasgos asociados al subtipo subcontrolado (Ghaderi y Scott, 2000), y a estudios con pacientes recuperados que referían trastornos de personalidad obsesivo-compulsivo y evitativos en pacientes con TCA (Gillberg et al., 1995). Sin embargo ningún estudio había comprobado la capacidad predictiva conjunta de estos subtipos de personalidad con respecto a padecer un TCA, pues sólo se habían estudiado estos perfiles dentro de muestras de TCA. Los resultados de nuestra investigación corroboran nuestra hipótesis observando que la probabilidad de padecer un TCA aumenta de forma muy significativa en las personas con un perfil subcontrolado y todavía más en los casos de un perfil sobrecontrolado.

Por otra parte, en los últimos años ha proliferado el interés de los investigadores por intentar establecer modelos explicativos de los TCA combinando diferentes variables psicológicas. Nosotros, en los dos estudios presentados obtenemos 2 modelos de pronóstico de TCA, uno a través de rasgos de personalidad y autoconcepto y otro a través de diferentes perfiles de personalidad, resultaría de interés intentar establecer un modelo explicativo que integre ambas propuestas, para lo que realizamos un tercer estudio.

7. TERCER ESTUDIO. MODELO EXPLICATIVO INTEGRADOR

7.1 Justificación

Como acabamos de comentar en el capítulo anterior, la investigación de los últimos años ha intentado explicar cómo diferentes variables psicológicas influyen en los TCA. Analizamos a continuación cómo podrían estar influyendo las distintas variables que hemos hallado como predictoras de TCA en los dos estudios precedentes en función del conocimiento existente en la actualidad.

En nuestro primer estudio se concluía que existían 3 rasgos de personalidad (alteraciones en la conciencia interoceptiva, baja responsabilidad y orden) y 3 de autoconcepto (bajo autoconcepto físico y familiar y alto autoconcepto académico) que estarían predisponiendo al desarrollo de TCA, mientras que en nuestro segundo estudio se establecían dos perfiles generales de personalidad predisponentes, uno subcontrolado y otro sobrecontrolado. Con estos datos, nosotros nos planteamos el objetivo de intentar generar un modelo teórico que integre y explique las relaciones entre ambas soluciones.

Así, con respecto a los pacientes que pertenecen al conglomerado de subcontrol esperaríamos obtener puntuaciones altas en alteración de la conciencia interoceptiva, al fin y al cabo, estas dificultades están relacionadas con una dificultad para el manejo de emociones (Abbate-Daga et al., 2012), propia del grupo subcontrolado (Asendorpf et al., 2001). Esperamos, por otra parte, puntuaciones bajas en responsabilidad (Asendorpf et al., 2001; Claes et al., 2006) y en un subcomponente como es el orden (Costa & McCrae, 1985) (Ver figura 1).

Por otra parte, los pacientes que pertenezcan al grupo sobrecontrolado deberían tener también dificultades emocionales (Asendorpf et al., 2001), que en nuestro caso se reflejarían de nuevo en una alteración de la conciencia interoceptiva. Por otra parte, en este caso, esperaríamos una elevada responsabilidad (Asendorpf et al., 2001) y posiblemente también una elevación del autoconcepto académico, que guardaría relación con un rendimiento académico sobresaliente dentro de un perfil perfeccionista (Halmi et al., 2012). El orden quedaría como un componente de la responsabilidad (Costa & McCrae, 1985).

Además, en el modelo del primer estudio se hace también referencia al autoconcepto. Nosotros suponemos que los 3 componentes que aparecen en el mismo (físico, académico y familiar) formarían parte de un autoconcepto general (Ver figura 1).

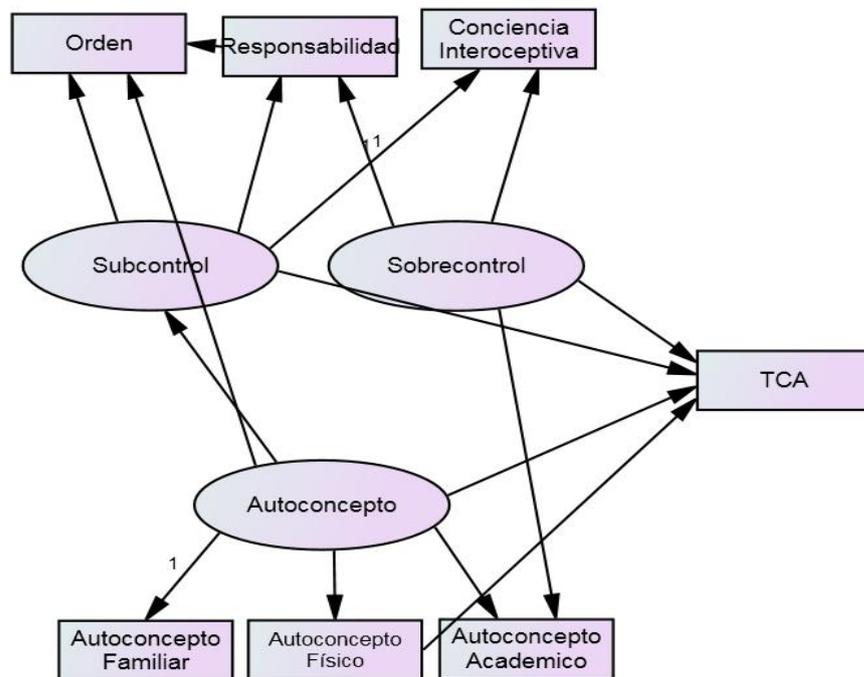


Figura 1. Diagrama estructural.

Con respecto a cómo influyen estos factores en el desarrollo de los TCA, en el segundo estudio hemos observado que tanto el componente de subcontrol como el de sobrecontrol aumentarían los síntomas de TCA. Y, como hemos revisado en la literatura, el

autoconcepto bajo aumentaría también ese riesgo (Stein y Corte, 2007). Dentro de ese autoconcepto bajo, habría un componente concreto, el físico, que influiría también directamente en la sintomatología alimentaria (Mitchell et al., 2012). Pero además, el autoconcepto influye también de forma indirecta en los TCA, aumentando la experimentación de emociones negativas y por tanto el subcontrol, y también el perfeccionismo (evaluado en nuestro modelo por el orden), para conseguir la evaluación positiva de los demás (Norwood et al., 2011) (Ver figura 1).

Hasta aquí, nuestro modelo teórico. El objetivo que nos planteamos en el estudio es testarlo con los datos empíricos. Siendo, por lo tanto, nuestra hipótesis que el modelo teórico propuesto posee un buen ajuste con dichos datos empíricos.

7.2 Método

7.2.1 Participantes.

Se utilizó la misma muestra que en los dos estudios ya descritos. Se trata por tanto de una muestra total de 168 sujetos, que consideramos por tanto suficiente.

7.2.2 Instrumentos.

Se utilizaron los mismos instrumentos que en el primer estudio. Las variables concretas que utilizamos fueron las 6 dimensiones que funcionaron en dicho estudio como predictoras (conciencia interoceptiva, responsabilidad, orden, autoconcepto físico, académico y familiar). Se hipotizaron 3 variables latentes secundarias a estas dimensiones (sobrecontrol, subcontrol y autoconcepto) y se utilizó como variable de resultado final la puntuación en una variable que llamamos TCA que resultaba de la media de las puntuaciones en las 3 escalas del EDI-2 que evalúan síntomas relacionados directamente con la comida y la figura (insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez y bulimia).

7.2.3 Procedimiento.

Al igual que comentábamos en el estudio anterior, los cambios de procedimiento con respecto al primer estudio quedan limitados al análisis estadístico, realizando en este caso un modelo de ecuaciones estructurales.

Los modelos de ecuaciones estructurales combinan el “path analysis” con el análisis factorial y pretenden estudiar las relaciones causales existentes entre datos directamente observables. La lógica que subyace a estos modelos es que la existencia de correlación entre dos variables no implica la existencia de una relación causal, pero que la existencia de una relación causal entre variables sí implica necesariamente una correlación. Así, partir de un modelo teórico de relaciones causales entre diferentes variables supone establecer unas limitaciones a la posible matriz de varianzas y covarianzas observables en las mismas. Dicho con otras palabras, la existencia de unas determinadas relaciones causales entre variables supone asumir que hay ciertas correlaciones entre variables más probables que otras, y por tanto, nuestro modelo teórico puede ser verosímil o no con los datos observados.

El ajuste del modelo vendrá, por tanto, determinado por la diferencia entre las varianzas y covarianzas pronosticadas por el modelo propuesto y las encontradas en la realidad. Cuanto menores sean esas diferencias mejor ajustado estará el modelo.

Utilizamos el programa estadístico AMOS 20.0 y especificamos nuestro modelo estructural y de medida tal y como aparece en la figura 1.

7.3 Resultados

Antes de realizar el análisis, comprobamos que se dan las condiciones para poderlo aplicar. Así, observamos que existe normalidad univariada (tabla 3, en el primer estudio), y multivariada (curtosis= 0,173; error típico= 0,097). Para la estimación de los parámetros se ha usado el método de máxima verosimilitud, pues proporciona estimaciones consistentes, eficientes y no sesgadas con tamaños de muestra suficientes.

Comprobamos que el modelo queda correctamente identificado, y que se trata de un modelo recursivo pues no existe ninguna correlación entre residuos.

Antes de observar los ajustes obtenidos, se examinaron los resultados buscando posibles estimaciones infractoras, o lo que es lo mismo, coeficientes estimados tanto en los modelos de medida como en los estructurales que excedan los límites aceptables. Así, no hay varianzas de error negativas, ni coeficientes estandarizados que sobrepasen 1.000, ni errores estándar muy elevados asociados con cualquier coeficiente estimado.

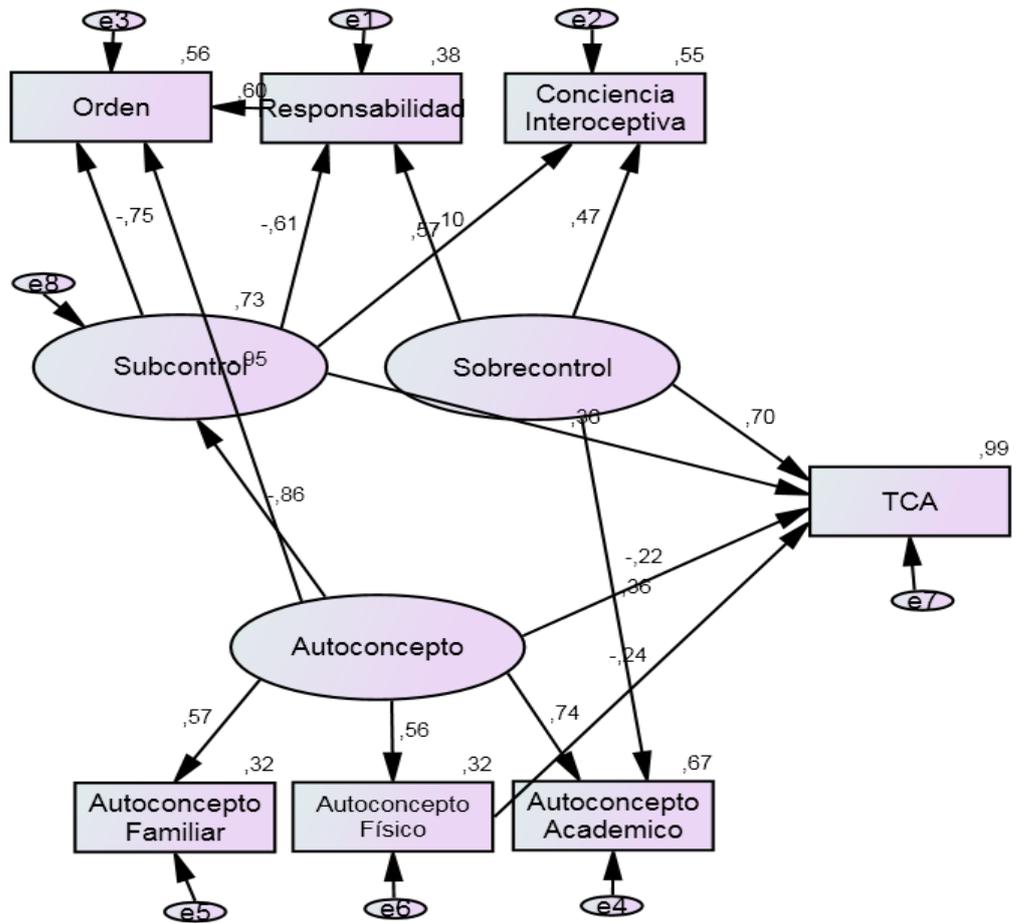


Figura 2. Modelo de Ecuaciones Estructurales. Estimación por Máxima Verosimilitud (estimaciones estandarizadas).

Comenzamos a analizar los resultados de nuestro modelo que queda representado en la figura 2. En el mismo aparecen todas las estimaciones estandarizadas para hacer su

interpretación más fácil. Empezamos observando el ajuste del modelo de medida, que es aquél en el que inferimos variables latentes explicativas a partir de una serie de variables observables. Los valores que aparecen junto a las flechas que van desde los constructos a las variables observables indican la carga factorial común con el factor común, y la mayor parte de los indicadores comparten una varianza superior al 50% con la variable latente. Por otra parte, en la zona superior de los rectángulos, que representan a las variables indicadoras, encontramos el valor de la varianza explicada en dicha variable por el constructo (R^2), que podemos entender como la fiabilidad de la medida y que oscila entre el valor más bajo 0,32 y el más alto 0,99.

Con respecto al ajuste del modelo estructural, que es el que establece las relaciones entre las variables latentes, todos los parámetros estimados son significativos.

En cuanto a las medidas de ajuste global las podemos dividir en 3 grupos: medidas absolutas de ajuste, medidas incrementales de ajuste y medidas de ajuste de parsimonia. En los siguientes párrafos mostraremos los resultados obtenidos en diferentes de estas medidas por nuestro modelo, al que denominaremos “modelo probado”. En las diferentes tablas aparecerán los resultados del mismo junto a los obtenidos por el “modelo saturado”, que sería el modelo con mejor ajuste posible, y el “modelo independiente”, que sería el modelo con el peor ajuste posible.

Las medidas absolutas de ajuste determinan el grado en el que el modelo global (estructural y de medida) se ajustan a la matriz de datos. Entre estos indicadores, quizás el más importante es el Chi-cuadrado (ver tabla 45), pues nos permite establecer un contraste (Chi cuadrado= 3,596; $p=0,609$). Y así, como observamos, la p no es significativa, lo que supone asumir la hipótesis de que no hay diferencias significativas entre el modelo propuesto y la matriz de datos obtenidos. Por lo tanto, en principio, no serían ya necesarios otros indicadores, pues el resto de indicadores son descriptivos y se utilizan sobre todo cuando el contraste con la Chi cuadrado sale significativo. Aún así vamos a mostrar algunos de ellos como muestra añadida del ajuste de nuestro modelo.

Tabla 45

Medidas de ajuste global del modelo. Estimación por máxima versosimilitud.

Indicador	NPAR	Chi-cuadrado	DF	P	Chi-cuadrado/DF
Modelo probado	23	3,596	5	0,609	0,719
Modelo saturado	28	0,000	0		
Modelo independiente	7	371,172	21	,000	17,675

Entre las demás medidas de ajuste absoluto destacan el RMSEA y su contraste el PCLOSE. Se consideran para un buen ajuste valores de RMSEA entre 0 y 0,05 y para un ajuste aceptable entre 0,005 y 0,08. Como puede observarse en la tabla, nuestro ajuste es, según este criterio, muy bueno, obteniéndose un valor de RMSEA = 0,000. Además el contraste con el PCLOSE sale claramente no significativo (Ver tabla 46).

La otra medida de ajuste absoluto que hemos seleccionado es el GFI. Un ajuste aceptable se considera entre 0,90 y 0,95, y un buen ajuste con valores entre 0,95 y 1,00, nuestro dato muestra por tanto un ajuste excelente (GFI=0,994) (ver tabla 47).

Tabla 46

Medidas de ajuste global del modelo. Estimación por máxima verosimilitud.

Indicador	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Modelo probado	,000	,000	,093	,776
Modelo independiente	,326	,297	,355	,000

Otro grupo de medidas para comprobar el ajuste son las medidas incrementales de ajuste (ver tabla 47), donde se compara el ajuste de nuestro modelo con el de un modelo mal ajustado, por ejemplo aquél en el que no existen relaciones entre las variables. Hemos seleccionado entre los indicadores de esta categoría al NFI y al CFI. Se consideran para un ajuste aceptable valores de NFI entre 0,90 y 0,95 y para un buen ajuste entre 0,95 y 1,00. Como podemos observar en la tabla 47 nuestro modelo arroja un NFI de 0,990, por tanto, un buen ajuste. En el caso del CFI se considera un ajuste aceptable con valores entre 0,95 y 0,97 y un buen ajuste con valores entre 0,97 y 1,000. Como podemos observar en la tabla 47 el ajuste de nuestro modelo sería perfecto con un CFI = 1,000.

Tabla 47

Medidas de ajuste global del modelo. Estimación por máxima versosimilitud.

Tipo de medida	Absoluta	Incrementales		Parsimonia	
Indicador	GFI	NFI	CFI	CAIC	AIC
Modelo probado	0,994	,990	1,000	143,036	49,596
Modelo saturado	1,000	1,000	1,000	169,753	56,000
Modelo independiente	0,576	0,000	0,000	413,610	385,172

Por último, en la misma tabla 47, podemos observar también los indicadores de parsimonia, hemos seleccionado los indicadores AIC y CAIC. En este caso no existen valores indicativos de buen ajuste, asumiéndose que cuanto más bajos sean estos valores mejor sería el modelo, pues consigue explicar lo mismo con menos parámetros. En cualquier caso, comparando los valores de nuestro modelo con el modelo independiente o el saturado podremos apreciar como nuestro modelo es un modelo más parsimonioso.

7.4 Discusión

A la vista de los resultados obtenidos podemos aceptar la hipótesis planteada en la investigación pues el ajuste del modelo teórico planteado es bueno. Dentro del modelo de medida aceptamos la existencia de 3 factores subyacentes, 2 en relación a los perfiles de personalidad subcontrolado y sobrecontrolado, ya referidos en el segundo estudio y encontrados en diferentes investigaciones (Asendorpf et al., 2001; Claes et al, 2006); y un tercer factor que haría referencia al autoconcepto también suficientemente estudiado en la literatura sobre el tema (Stein y Corte, 2007).

El factor de subcontrol que hace referencia a las dificultades para controlar los impulsos y adaptarse a las exigencias del medio está relacionado con altas puntuaciones en

alteraciones de la conciencia interoceptiva y puntuaciones bajas en responsabilidad y orden. En la literatura que ha estudiado este prototipo de personalidad desde la perspectiva de los 5 grandes, se relaciona con altas puntuaciones en neuroticismo y bajas en responsabilidad (Asendorpf et al., 2001; Claes et al, 2006). Las alteraciones en la conciencia interoceptiva suponen déficit para reconocer y responder a las emociones y por tanto inestabilidad emocional (neuroticismo). Una baja responsabilidad y el orden como componente de la misma dificultan igualmente el control de impulsos (Asendorpf et al., 2001; Claes et al, 2006). Así, la combinación de dificultades en la conciencia interoceptiva y baja responsabilidad, pueden definir la dificultad para controlar emociones e impulsos, patrón del tipo subcontrolado.

El componente general de sobrecontrol comparte con el primer factor una elevación de las alteraciones en la conciencia interoceptiva, pero con puntuaciones bajas en responsabilidad y autoconcepto académico. Con respecto a la conciencia interoceptiva y la responsabilidad, como hemos visto en apartados anteriores, los estudios sobre cluster de personalidad que utilizan el enfoque de los 5 grandes relacionan el subtipo de sobrecontrol con alto neuroticismo y responsabilidad (Asendorpf et al., 2001). Con respecto al autoconcepto académico, entendemos que se relaciona con un rendimiento académico sobresaliente, debajo del cual, a su vez, están los intentos de ser perfecto, y de conseguir la aprobación de los demás. La responsabilidad aumenta también las puntuaciones en orden, de hecho en el NEO-PI-R es un componente de la misma (Costa y McCrae, 1985), lo que refleja la necesidad de control, que también sería típica del subtipo sobrecontrolado.

Existe un componente general de autoconcepto constituido por el autoconcepto físico, académico y familiar. El autoconcepto puede considerarse de forma global o en parcelas tales como las descritas (García y Musitu, 1999). En el instrumento utilizado se divide en las tres referidas más el autoconcepto emocional y el social (García y Musitu, 1999).

Hasta aquí la discusión con respecto al modelo de medida. Analizamos a continuación el modelo estructural.

Los TCA pueden estar funcionando como un modo inadecuado de escapar ante la presencia de emociones negativas. El componente del subcontrol reflejaría una forma

impulsiva no adaptativa de escapar de una experiencia emocional negativa a través de los síntomas alimentarios (Svaldi et al., 2012).

El sobrecontrol también aumenta los síntomas de TCA. El sobrecontrol se relaciona con los intentos de ser perfecto para, a su vez, conseguir la aprobación de los demás. Esta búsqueda de la aprobación de los demás les lleva a evitar la expresión de emociones que puedan generar rechazo, y los síntomas alimentarios actúan ayudando a evitar esas emociones (Abbate-Daga et al., 2012). Por otra parte el perfeccionismo se ha relacionado también con la experimentación de emociones negativas, pues lleva a una mayor probabilidad de frustración, aumentando la necesidad de evitar o escapar de dichas emociones, aumentando el riesgo de incurrir en conductas alimentarias inadecuadas para escapar o evitar dichas emociones (Verstuyf et al., 2012). Esto es congruente con lo que se está postulando en el ámbito de las terapias de tercera generación como trastorno de evitación experiencial.

Un autoconcepto alto reduciría los síntomas de TCA (Stein y Corte, 2007). Un componente del autoconcepto, el físico, actúa también de forma directa reduciendo el TCA. El poseer una percepción de su aspecto físico positiva reduciría los síntomas. El segundo componente que tiene que ver con la percepción de su condición física también puede mejorarlo, abriendo la concepción de la persona de su cuerpo sobre otros aspectos, no sólo los estéticos (Flament et al., 2012).

El autoconcepto influye también de forma directa aumentando el subcontrol y en el sobrecontrol a través de aumentar las puntuaciones en la variable orden. Un autoconcepto bajo aumenta la probabilidad de experimentar emociones negativas y de no responder de forma adecuada y por tanto aumenta el componente de subcontrol. Por otra parte, un bajo autoconcepto lleva a la persona a necesitar la aprobación de los demás, y a intentar ser perfecta para conseguirlo. Este perfeccionismo se puede observar en factores que rozan lo obsesivo como las puntuaciones altas en orden (Costa y McCrae, 1985).

En resumen, nuestro modelo de ecuaciones estructurales acepta la existencia de dos perfiles básicos de personalidad (subcontrolado y sobrecontrolado) que predicen la presencia de TCA. El perfil subcontrolado está constituido por una mala conciencia interoceptiva y baja responsabilidad. El perfil sobrecontrolado está constituido también por una mala conciencia interoceptiva pero con altas puntuaciones en responsabilidad y autoconcepto

académico. Por otra parte, tanto un bajo autoconcepto general como un bajo autoconcepto físico aumentan el riesgo de padecer un TCA de forma directa, y el autoconcepto general también de forma indirecta influyendo tanto en el subcontrol como en el sobrecontrol.

8. DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES

8.1 Discusión

A continuación analizamos el grado de cumplimiento de las diferentes hipótesis que habíamos planteado al principio del estudio.

La primera hipótesis que planteábamos hacía referencia a que sería posible generar un modelo formado por rasgos de personalidad y autoconcepto que permitiera una alta capacidad de pronóstico sobre la existencia/riesgo de padecer un TCA. Los resultados obtenidos nos permiten afirmar que efectivamente, tal y como suponíamos, nuestro modelo formado por rasgos de personalidad y autoconcepto (pobre conciencia interoceptiva, bajo perfeccionismo, elevado orden, autoconcepto físico y familiar bajo, y autoconcepto académico alto) permite detectar a individuos con TCA. Esta capacidad puede ser utilizada para la detección de pacientes en las primeras etapas de la enfermedad, pues conseguimos clasificar correctamente al 96,2 % de los sujetos diagnosticados. Pero además, como los rasgos usados han sido probados como factores de riesgo en estudios longitudinales prospectivos, podemos asumir su capacidad para detectar individuos con riesgo de padecer un TCA aunque no presenten síntomas propios de trastornos todavía (Cervera et al., 2003; Garner et al., 1987; Ghaderi y Scott, 2000; Killen et al., 1996; Leon et al., 1995, 1999; Lilienfeld et al., 2008; Strigelmoore et al., 1989; Vohs et al., 1999). Nuestro modelo permitiría, por tanto, actuar sobre personas con elevado riesgo de forma preventiva, lo cual se ha mostrado más eficaz que las intervenciones sobre población general (Stice et al., 2007).

La segunda hipótesis establecía que la capacidad de predicción del modelo debía ser superior a la de modelos que utilicen únicamente variables de personalidad o de autoconcepto. Y como suponíamos, los resultados del estudio demuestran que la capacidad para detectar a individuos con TCA se ve incrementada al utilizar conjuntamente variables de personalidad y autoconcepto, en comparación a modelos que utilizan solo variables de personalidad o de autoconcepto por separado.

Con respecto a las variables concretas que forman parte del modelo de predicción, aumentarán el riesgo de formar parte del grupo de TCA las dificultades para reconocer y responder adecuadamente a las sensaciones internas (alteraciones en la conciencia interoceptiva). Estas dificultades incluyen problemas para el reconocimiento tanto de sensaciones como de emociones, así como de su capacidad para responder a ellas de forma adecuada. Abundante investigación ha relacionado los síntomas de los TCA (dieta, atracones y vómitos) como formas de evitar o escapar de las emociones ante la incapacidad para un manejo adecuado (Abbate-Daga et al., 2012; Amianto et al., 2012; Fulton et al., 2012; Oldershaw et al., 2012; Svaldi et al., 2012; Wilde et al., 2010).

Por otra parte, aparecen como factores de riesgo rasgos obsesivo-perfeccionistas como sería la tendencia al orden, a la pulcritud, a la organización y a la limpieza o una percepción elevada de su rendimiento académico. El perfil clásico de anorexia nerviosa siempre se ha definido como perfeccionista, con la necesidad de orden, de control y de logro, que puede estar reflejándose en estas dos características. Estos síntomas de perfeccionismo buscan la evaluación positiva del otro, motivo por el que también las pacientes están más expuestas a la presión social por la esbeltez. Además, las exigencias excesivas también llevan a un aumento de frustraciones, de emociones negativas secundarias a éstas, y de riesgo de intentar manejar estas emociones con conductas de dieta, atracón, purga, o ejercicio físico excesivo (Boone et al., 2012; Verstuyf et al., 2012).

Por la parte contraria, las personas poco responsables poseen también mayor probabilidad de formar parte del grupo de TCA. En la base de la responsabilidad está, probablemente, el autocontrol, entendido como un proceso activo de planificación, organización y ejecución de tareas. Existe un perfil de personalidad en algunos TCA definido por un perfil de bajo autocontrol, donde algunos síntomas, como el atracón y el vómito, son signos de esa impulsividad.

Por otra parte, un autoconcepto físico negativo también funciona como factor de riesgo. Una de las principales causas por las que se comienza la dieta restrictiva se relaciona con un autoconcepto físico negativo y a su vez el comienzo de la dieta es algo esencial para que se desarrollen otras conductas patológicas. Además, para las personas que desarrollan posteriormente un TCA, la autoestima o autoconcepto general está en gran parte vinculada al autoconcepto físico. Es decir, el problema no es sólo, que su autoconcepto físico sea negativo, sino el peso tan importante que esta dimensión posee para estas personas dentro de su autoconcepto general. Así el autoconcepto bajo va a influir en la autoestima general baja, y ésta a su vez influye en que la persona busque más la aprobación de los demás, y que se

sea más sensible al ideal social de belleza centrado en la delgadez, como forma de conseguir la aprobación de los demás (Connors y Johnson, 1987; Cooper et al., 2002; Hsu, 1990; Stice et al., 1994).

Por último, una imagen negativa sobre su implicación, participación e integración en el medio familiar funciona también como factor de riesgo. El autoconcepto familiar negativo, aunque evalúe la percepción del estado actual, está relacionado en la infancia y la adolescencia con ciertas actitudes familiares generales negativas, como la negligencia, el abuso físico y sexual. Estas actitudes y otras disfunciones en la paternidad así como otras más específicas en relación a los alimentos y al peso, por ejemplo, la dieta de la familia, la obesidad en los padres, los comentarios críticos sobre la alimentación, o presiones para estar delgada funcionan como factores de riesgo en el desarrollo de los TCA (Burns et al., 2012; García y Musitu, 1999).

Dentro de las variables introducidas en el modelo, algunas pueden parecer contradictorias en relación a otras. Tenemos que ser conscientes de que posiblemente, no exista un único perfil de personalidad que explique todos los TCA, existiendo distintos caminos para el desarrollo de los mismos.

Por ello, la tercera hipótesis de nuestro estudio hace referencia a si podía establecerse en nuestra muestra una división en 3 prototipos de personalidad (resiliente, subcontrolado y sobrecontrolado) tal y como se había encontrado en otros estudios. Y, en general, el modelo obtenido en nuestro estudio es coherente con las clasificaciones tripartitas obtenidas por la investigación tanto en muestras comunitarias (Asendorpf et al., 2001) como con TCA (Claes et al., 2006). Nuestro conglomerado 1 coincide con las 2 características que Asendorpf et al. (2001) consideraban propias del grupo subcontrolado definido por baja amabilidad y responsabilidad, características también encontradas por Laurence Claes et al. (2006) en muestras de TCA. El conglomerado 2 coincide en las tres características del llamado grupo sobrecontrolado de Asendorpf et al. (2001) que eran Neuroticismo elevado con Extraversión y Apertura bajas, también encontradas en muestras de TCA por Claes et al. (2006). Por último, el conglomerado 3 coincide con el subtipo resiliente de Asendorpf et al. (2001) y de Claes et al. (2006) que muestra puntuaciones por debajo de la media en Neuroticismo y por encima en el resto de variables. Así, podemos llegar a la conclusión de que el modelo de 3 prototipos de personalidad (subcontrolado, sobrecontrolado y resiliente) es replicable en una muestra conjunta de TCA y controles sanos.

La siguiente hipótesis que nos planteábamos se refería a que las personas con perfil de personalidad sobrecontrolado o subcontrolado poseen un mayor riesgo de padecer un TCA. Algunos estudios habían comprobado de forma aislada el potencial predictor de los rasgos asociados al subtipo subcontrolado (Ghaderi y Scott, 2000) y estudios con pacientes recuperados que referían trastornos de personalidad obsesivo-compulsivos y evitativos en pacientes con TCA (Gillberg et al., 1995). Sin embargo ningún estudio había comprobado la capacidad predictiva conjunta de estos subtipos de personalidad con respecto a padecer un TCA, pues sólo se habían estudiado estos perfiles dentro de muestras de TCA. Los resultados de nuestra investigación corroboran nuestra hipótesis observando que la probabilidad de padecer un TCA es 6 veces mayor en las personas con un perfil subcontrolado y 16 veces en los casos con un perfil sobrecontrolado.

Por otra parte, en los últimos años ha proliferado el interés de los investigadores por intentar establecer modelos explicativos de los TCA combinando diferentes variables psicológicas. Nosotros, en los dos primeros estudios obtenemos sendos modelos de pronóstico de TCA, uno a través de rasgos de personalidad y autoconcepto y otro a través de diferentes perfiles de personalidad. Ante el interés de intentar establecer un modelo explicativo que integrara ambas propuestas se decidió realizar un tercer estudio.

Este tercer estudio partía de la hipótesis de que los resultados obtenidos en los dos primeros estudios pueden integrarse en un modelo explicativo de los síntomas de TCA que posea un buen ajuste con los datos empíricos y a la vista de los resultados obtenidos podemos aceptar dicha hipótesis.

Así, se comprobó la viabilidad de establecer 3 factores subyacentes, 2 en relación a los perfiles de personalidad subcontrolado y sobrecontrolado, ya referidos en el segundo estudio y encontrados en diferentes investigaciones (Asendorpf et al., 2001; Claes, 2006); y un tercer factor que haría referencia al autoconcepto también suficientemente estudiado en la literatura sobre el tema (Stein y Corte, 2007). El factor de subcontrol que hace referencia a las dificultades para controlar los impulsos y adaptarse a las exigencias del medio está relacionado con altas puntuaciones en alteraciones de la conciencia interoceptiva y puntuaciones bajas en responsabilidad y orden. El componente general de sobrecontrol comparte con el primer factor una elevación de las alteraciones en la conciencia interoceptiva, pero con puntuaciones bajas en responsabilidad y autoconcepto académico. Por último, existe un componente general de autoconcepto constituido por el autoconcepto

físico, académico y familiar.

El componente del subcontrol aumentaría los síntomas de TCA como una forma impulsiva no adaptativa de escapar de una experiencia emocional negativa (Svaldi et al., 2012). El sobrecontrol también aumenta los síntomas de la persona con TCA, a través de los intentos de ser perfecta para, a su vez, conseguir la aprobación de los demás. Esta búsqueda de la aprobación de los demás les llevaría a evitar la expresión de emociones que puedan generar rechazo, y los síntomas alimentarios actuarían ayudando a evitar esas emociones (Abbate-Daga et al., 2012). Por otra parte el perfeccionismo también promueve la experimentación de emociones negativas, pues lleva a una mayor probabilidad de frustración, aumentando la necesidad de evitar o escapar de dichas emociones, aumentando el riesgo de incurrir en conductas alimentarias inadecuadas para escapar o evitar dichas emociones (Verstuyf et al., 2012).

Un autoconcepto alto reduce los síntomas de TCA (Stein y Corte, 2007) y un componente del mismo, el autoconcepto físico, actúa también de forma directa reduciendo el TCA. El autoconcepto influye también de forma indirecta en los TCA, ya que un bajo autoconcepto puede aumentar tanto el subcontrol y como el sobrecontrol.

En resumen, nuestro modelo de ecuaciones estructurales acepta la existencia de dos perfiles básicos de personalidad (subcontrolado y sobrecontrolado) que predicen la presencia de TCA. El perfil subcontrolado está constituido por una mala conciencia interoceptiva y baja responsabilidad. El perfil sobrecontrolado está constituido también por una mala conciencia interoceptiva pero con altas puntuaciones en responsabilidad y autoconcepto académico. Por otra parte, tanto un bajo autoconcepto general como un bajo autoconcepto físico aumentan el riesgo de padecer un TCA de forma directa, y el autoconcepto general también de forma indirecta influyendo tanto en el subcontrol como en el sobrecontrol. Aún con todo lo dicho hasta aquí, existen algunas limitaciones y aspectos a tener en cuenta para las futuras investigaciones que merece la pena discutir.

8.2. Limitaciones del estudio e investigación futura

Con respecto a las limitaciones del estudio, consideramos que para verificar las direcciones causales sugeridas es necesario realizar un estudio longitudinal prospectivo, para comprobar si efectivamente los rasgos y los perfiles hallados en la investigación aumentan el riesgo futuro de padecer un TCA.

Con respecto a la investigación futura, nos resultan muy interesantes las implicaciones que los subtipos hallados pueden tener en el diagnóstico, prevención y tratamiento. La investigación previa, que sólo había estudiado los subtipos en población con TCA, apreciaba un subgrupo resiliente, pero con puntuaciones más bajas tanto en psicopatología general como en síntomas de TCA (Espelage et al., 2002). Una posible sugerencia es que muchos de estos casos pueden tratarse de casos dudosos, TCA no especificados, o incluso TCA no verdaderos, es decir, con sintomatología subumbral. Hay que tener en cuenta que nuestro estudio es el único que utiliza un doble sistema de clasificación para asegurar tanto el diagnóstico de TCA como la ausencia de síntomas en el grupo control.

Con respecto a la prevención, la identificación de personas con riesgo, sin tener que recurrir a enunciados que hagan referencia a síntomas alimentarios directos, reduce el riesgo de negación de los síntomas, así como la detección de personas sin síntomas todavía pero con alto riesgo, pudiéndose realizar programas específicos de prevención para ellos.

Con respecto al tratamiento, algunas investigaciones previas ya habían sugerido la importancia de la identificación de ciertas variables de personalidad (perfeccionismo, estrategias de manejo de emociones) de cara a seleccionar la intervención (Stice et al., 2008). Las terapias cognitivo conductuales centradas en los síntomas de TCA no abordan las características emocionales y relacionales asociadas a los subtipos sobrecontrolados y subcontrolados, y esto puede estar explicando por qué muchos pacientes no mejoran con estas psicoterapias. Sería interesante plantear programas específicos para la intervención en los pacientes con TCA con estos perfiles. Un posible tratamiento que ya ha demostrado su utilidad sería la terapia dialéctica conductual de Linehan (Courbasson et al., 2012). Esta terapia trabaja sobre estrategias de manejo de emociones, de tolerancia a la frustración, de conciencia y de eficacia interpersonal, habilidades todas ellas relacionadas con los déficits típicos en estos dos subtipos. Sin embargo, aunque se ha estudiado la eficacia en general de este tratamiento en TCA, no se ha establecido si la misma presenta beneficio diferencial en

estos subtipos versus el subtipo resiliente. Nuestra hipótesis sería que los pacientes que desarrollan un TCA pero pertenecen al grupo resiliente, se beneficiarían de un tratamiento para TCA estándar, pero los que pertenecen al grupo subcontrolado o sobrecontrolado se beneficiarían de añadir al tratamiento estándar la terapia dialéctica conductual.

8.3 Conclusiones

En nuestro primer estudio el modelo integrado por rasgos de personalidad y autoconcepto consigue discriminar a personas con TCA de las que no lo padecen. Estos datos unidos a la investigación previa que muestra a estas variables como factores de riesgo, permiten extrapolar esta capacidad discriminativa a un modelo de detección de personas con alto riesgo de padecer un TCA. Además, la capacidad de pronóstico de nuestro modelo es superior a la de modelos que utilizan únicamente variables de personalidad o de autoconcepto.

Por otra parte, en nuestro segundo estudio, nuestro análisis de conglomerados en población con TCA y controles sanos nos ha permitido detectar dos subtipos de personalidad que aumentan en 6 veces (grupo sobrecontrolado) y en 16 veces (grupo subcontrolado) el riesgo de padecer un TCA.

Por último, en nuestro tercer estudio, a través de un modelo de ecuaciones estructurales, verificamos el ajuste de un modelo teórico que establece dos perfiles básicos de personalidad (subcontrolado y sobrecontrolado) que predicen la presencia de TCA. El perfil subcontrolado está constituido por una mala conciencia interoceptiva y baja responsabilidad. El perfil sobrecontrolado está constituido también por una mala conciencia interoceptiva pero con altas puntuaciones en responsabilidad y autoconcepto académico. Por otra parte, tanto un bajo autoconcepto general como un bajo autoconcepto físico aumentan el riesgo de padecer un TCA.

Para finalizar, y aunque sería conveniente realizar un estudio longitudinal prospectivo para confirmar la direccionalidad de las relaciones causales, nuestro modelo de relación entre personalidad y TCA permite su aplicación tanto para facilitar la detección de casos de riesgo y aplicación de programas específicos de prevención como para la elaboración de tratamientos orientados hacia estos perfiles y no sólo a los síntomas puros

alimentarios. La consideración de estos perfiles entendemos que mejoraría tanto la detección, como los resultados en prevención y tratamiento.

Bibliografía

- Abbate-Daga, G., Marzola, E., Gramaglia, C., Brustolin, A., Campisi, S., De-Bacco, C., ... Fassino, S. (2012). Emotions in Eating Disorders: Changes of Anger Control After an Emotion-focused Day Hospital Treatment. *European Eating Disorders Review*, 20(6), 496-501. doi:10.1002/erv.2199
- Agras, W. S., Crow, S., Mitchell, J. E., Halmi, K. A. y Bryson, S. (2009). A 4-year prospective study of eating disorder NOS compared with full eating disorder syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 565–570. doi:10.1002/eat.20708
- Agueera, Z., Krug, I., Sanchez, I., Granero, R., Penelo, E., Penas-Lledo, E., ... Fernandez-Aranda, F. (2012). Personality Changes in Bulimia Nervosa after a Cognitive Behaviour Therapy. *European Eating Disorders Review*, 20(5), 379-385. doi:10.1002/erv.2163
- Ambwani, S., & Hopwood, C. J. (2009). The utility of considering interpersonal problems in the assessment of bulimic features. *Eating Behaviors*, 10(4), 247-253. doi:10.1016/j.eatbeh.2009.07.007
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Vol. 4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2006). Treatment of patients with eating disorders, third edition. *The American journal of psychiatry*, 163(7 Suppl).

- 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(3), 90-96.
- Amianto, F., Siccardi, S., Abbate-Daga, G., Marech, L., Barosio, M. y Fassino, S. (2012). Does anger mediate between personality and eating symptoms in bulimia nervosa? *Psychiatry research*, 200(2-3). doi:10.1016/j.psychres.2012.07.036
- Anderluh, M., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S. y Treasure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits' in adult women with eating disorders: Defining a broader eating disorder phenotype RID B-1643-2008. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 242-247. doi:10.1176/appi.ajp.160.2.242
- Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C. y Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 156-167.
- Arikian, A. J. (s. f.). *Who does not return for community eating disorders treatment? an examination of personality, eating disorder and situational variables measured at initial evaluation*. (AAI3482207). Recuperado a partir de PsycINFO. (1171942064; 2012-99180-191)
- Asendorpf, J. B., Borkenau, P., Ostendorf, F. y Van Aken, M. A. G. (2001). Carving personality description at its joints: Confirmation of three replicable personality prototypes for both children and adults. *European Journal of Personality*, 15(3), 169-198. doi:10.1002/per.408
-

- Attie, I., & Brooksgunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls - A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 25(1), 70-79. doi:10.1037/0012-1649.25.1.70
- Barry, D. T., Grilo, C. M. y Masheb, R. M. (2002). Gender differences in patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 63-70. doi:10.1002/eat.1112
- Bastiani, A., Rao, R., Weltzin, T. y Kaye, W. (1995). Perfectionism in anorexia-nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17(2), 147-152. doi:10.1002/1098-108X(199503)17:2<147::AID-EAT2260170207>3.0.CO;2-X
- Becker, A. E., Grinspoon, S. K., Klibanski, A. y Herzog, D. B. (1999). Eating Disorders. *New England Journal of Medicine*, 340(14), 1092-1098. doi:10.1056/NEJM199904083401407
- Becker, D. F., Masheb, R. M., White, M. A. y Grilo, C. M. (2010). Psychiatric, behavioral, and attitudinal correlates of avoidant and obsessive-compulsive personality pathology in patients with binge-eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51(5), 531-537. doi:10.1016/j.comppsy.2009.11.005
- Ben-Tovim, D. I., Walker, K., Gilchrist, P., Freeman, R., Kalucy, R. y Esterman, A. (2001). Outcome in patients with eating disorders: a 5-year study. *The Lancet*, 357(9264), 1254 - 1257. doi:10.1016/S0140-6736(00)04406-8
- Benini, L., Todesco, T., Dalle Grave, R., Deiorio, F., Salandini, L. y Vantini, I. (2004). Gastric Emptying in Patients with Restricting and Binge//Purging Subtypes of Anorexia Nervosa. *Am J Gastroenterol*, 99(8), 1448-1454.

- Bennett, D. A. (2001). How can I deal with missing data in my study? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25(5), 464-469. doi:10.1111/j.1467-842X.2001.tb00294.x
- Bohn, K., Doll, H. A., Cooper, Z., O'Connor, M., Palmer, R. L. y Fairburn, C. G. (2008). The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 46(10), 1105 - 1110. doi:10.1016/j.brat.2008.06.012
- Boone, L., Soenens, B., Vansteenkiste, M. y Braet, C. (2012). Is there a perfectionist in each of us? An experimental study on perfectionism and eating disorder symptoms. *Appetite*, 59(2), 531-540. doi:10.1016/j.appet.2012.06.015
- Borda Mas, M., Avargues Navarro, M. L., Lopez Jimenez, A. M., Torres Perez, I., Del Rio Sanchez, C. y San Gregorio, M. A. P. (2011). Personality traits and eating disorders: Mediating effects of self-esteem and perfectionism. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 205-227.
- Bornstein, R. (2001). A meta-analysis of the dependency-eating-disorders relationship: Strength, specificity, and temporal stability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(3), 151-162. doi:10.1023/A:1010913203679
- Brewerton, T. D., Hand, L. D. y Bishop, E. R. (1993). The Tridimensional Personality Questionnaire in eating disorder patients. *International Journal of Eating Disorders*, 14(2), 213-218.
- Brookings, J. B. y Wilson, J. F. (1994). Personality and family-environment predictors of self-reported eating attitudes and behaviors. *Journal of Personality Assessment*, 63(2), 313-326.

- Brownley, K. A., Berkman, N. D., Sedway, J. A., Lohr, K. N. y Bulik, C. M. (2007). Binge eating disorder treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 337–348. doi:10.1002/eat.20370
- Bruce, K. R. y Steiger, H. (2005). Treatment implications of Axis-II comorbidity in eating disorders. *Eating disorders*, 13(1), 93-108.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. I. y Joyce, P. R. (1997). Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(2), 101–107. doi:10.1111/j.1600-0447.1997.tb09913.x
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F. y Kendler, K. S. (2000). An empirical study of the classification of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 886-895.
- Bulik, C. M. y Tozzi, F. (2004). The genetics of bulimia nervosa. *Drugs of Today*, 40(9), 741-749. doi:10.1358/dot.2004.40.9.850494
- Bulik, C., Sullivan, P., Fear, J. y Pickering, A. (1997). Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(11), 704-707. doi:10.1097/00005053-199711000-00009
- Burns, E. E., Fischer, S., Jackson, J. L. y Harding, H. G. (2012). Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 36(1), 32-39. doi:10.1016/j.chiabu.2011.08.005
-

- Calero-Elvira, A., Krug, I., Davis, K., López, C., Fernández-Aranda, F. y Treasure, J. (2009). Meta-analysis on drugs in people with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17(4), 243–259. doi:10.1002/erv.936
- Carano, A., De Berardis, D., Campanella, D., Serroni, N., Ferri, F., Di Iorio, G., ... Di Giannantonio, M. (2012). Alexithymia and Suicide Ideation in a Sample of Patients with Binge Eating Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(1), 5-11. doi:10.1097/01.pra.0000410982.08229.99
- Carol B. Peterson, Paul Thuras, Diann M. Ackard, James E. Mitchell, Kelly Berg, Nora Sandager, ... Scott J. Crow. (2010). Personality dimensions in bulimia nervosa, binge eating disorder, and obesity. *Comprehensive Psychiatry*, 51(1), 31-36. doi:10.1016/j.comppsy.2009.03.003
- Carter, J. C., Kelly, A. C. y Norwood, S. J. (2012). Interpersonal problems in anorexia nervosa: Social inhibition as defining and detrimental. *Personality and Individual Differences*, 53(3), 169-174. doi:10.1016/j.paid.2012.02.020
- Casper, R. (1990). Personality features of women with good outcome from restricting anorexia-nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 52(2), 156-170.
- Casper, R. C., Hedeker, D. y McClough, J. F. (1992). Personality dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, 31(5), 830-840.
- Cassidy, E., Allsopp, M. y Williams, T. (1999). Obsessive compulsive symptoms at initial presentation of adolescent eating disorders RID D-3512-2011. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8(3), 193-199.

- Cassin, S. E. y Von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychological Review*, 25(7), 895-916.
- Cavedini, P., Bassi, T., Ubbiali, A., Casolari, A., Giordani, S., Zorzi, C. y Bellodi, L. (2004). Neuropsychological investigation of decision-making in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 127(3), 259 - 266. doi:10.1016/j.psychres.2004.03.012
- Cavedini, P., Zorzi, C., Bassi, T., Gorini, A., Baraldi, C., Ubbiali, A. y Bellodi, L. (2006). Decision-making functioning as a predictor of treatment outcome in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 145(2-3), 179 - 187. doi:10.1016/j.psychres.2004.12.014
- Cervera, S., Lahortiga, F., Angel Martinez-Gonzalez, M., Gual, P., Irala-Estevez, J. de, y Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 271-280. doi:10.1002/eat.10147
- Chen, Eunice Y. y Le Grange, D. (2007). Subtyping adolescents with bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 45(12), 2813-2820. doi:10.1016/j.brat.2007.09.003
- Chen, Eunice Yu, McCloskey, M. S., Michelson, S., Gordon, K. H. y Coccaro, E. (2011). Characterizing eating disorders in a personality disorders sample. *Psychiatry Research*, 185(3), 427-432. doi:10.1016/j.psychres.2010.07.002
- Claes, L, Vandereyken, W. y Vertommen, H. (2002). Impulsive and compulsive traits in eating disordered patients compared with controls. *Personality and Individual Differences*, 32(4), 707-714. doi:10.1016/S0191-8869(01)00071-X

- Claes, L., Nederkoorn, C., Vandereycken, W., Guerrieri, R. y Vertommen, H. (2006). Impulsiveness and lack of inhibitory control in eating disorders. *Eating Behaviors*, 7(3), 196-203.
- Claes, L., Vandereycken, W., Luyten, P., Soenens, B., Pieters, G. y Vertommen, H. (2006). Personality prototypes in eating disorders based on the Big Five model. *Journal of Personality Disorders*, 20(4), 401-416. doi:10.1521/pedi.2006.20.4.401
- Claes, L., Vandereycken, W. y Vertommen, H. (2005). Impulsivity-related traits in eating disorder patients. *Personality and Individual Differences*, 39(4), 739-749. doi:10.1016/j.paid.2005.02.022
- Claes, Laurence, Fernandez-Aranda, F., Jimenez-Murcia, S., Agueera, Z., Granero, R., Sanchez, I. y Manuel Menchon, J. (2012). Personality subtypes in male patients with eating disorder: validation of a classification approach. *Comprehensive Psychiatry*, 53(7), 981-987. doi:10.1016/j.comppsy.2012.02.001
- Cloninger, C. R. (1987). The Tridimensional Personality Questionnaire, Version IV.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. y Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Arch.Gen.Psychiatry*, 50(12), 975-990.
- Cnattingius, S., Hultman, C. M., Dahl, M. y Sparen, P. (1999). Very Preterm Birth, Birth Trauma, and the Risk of Anorexia Nervosa Among Girls. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 634-638. doi:10.1001/archpsyc.56.7.634
- Connors, M. y Johnson, C. (1987). Epidemiology of bulimia and bulimic behaviors. *Addictive Behaviors*, 12(2), 165-179. doi:10.1016/0306-4603(87)90023-2
-

- Cooper, P., Watkins, B., Bryant-Waugh, R. y Lask, B. (2002). The nosological status of early onset anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 32(5), 873-880. doi:10.1017/S0033291702005664
- Costa, P. y McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. y McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) professional manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Courbasson, C., Nishikawa, Y. y Dixon, L. (2012). Outcome of Dialectical Behaviour Therapy for Concurrent Eating and Substance Use Disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(5), 434-449. doi:10.1002/cpp.748
- Crisp, A. H. (1980). *Anorexia Nervosa*. New York: Grune & Stratton.
- Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D. y Mitchell, J. E. (2009). Increased Mortality in Bulimia Nervosa and Other Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1342-1346. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09020247
- Cumella, E. J., Wall, A. D. y Kerr-Almeida, N. (1999). MMPI-A in the inpatient assessment of adolescents with eating disorders. *J.Pers.Assess.*, 73(1), 31-44.
- Cumella, E. J., Wall, A. D. y Kerr-Almeida, N. (2000). MMPI-2 in the inpatient assessment of women with eating disorders. *J.Pers.Assess.*, 75(3), 387-403.
-

- Dalle Grave, R. y Calugi, S. (2007). Eating disorder not otherwise specified in an inpatient unit: the impact of altering the DSM-IV criteria for anorexia and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 15(5), 340–349. doi:10.1002/erv.805
- Dalle, R. y Grave. (2011). Eating Disorders: Progress and Challenges. *European Journal of Internal Medicine*, 22(2), 153 - 160. doi:10.1016/j.ejim.2010.12.010
- Dancyger, I., Sunday, S., Eckert, E. y Halmi, K. (1997). A comparative analysis of Minnesota Multiphasic Personality Inventory profiles of anorexia nervosa at hospital admission, discharge, and 10-year follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, 38(3), 185-191. doi:10.1016/S0010-440X(97)90073-0
- De Bolle, M., De Clercq, B., Pham-Scottez, A., Mels, S., Rolland, J.-P., Guelfi, J. D., ... De Fruyt, F. (2011). Personality Pathology Comorbidity in Adult Females with Eating Disorders RID A-3083-2009. *Journal of Health Psychology*, 16(2), 303-313. doi:10.1177/1359105310374780
- Demidenko, N., Tasca, G. A., Kennedy, N. y Bissada, H. (2010). The Mediating Role of Self-Concept in the Relationship Between Attachment Insecurity and Identity Differentiation Among Women with an Eating Disorder. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(10), 1131-1152. doi:10.1521/jscp.2010.29.10.1131
- Diaz-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(4), 352-359.
- Dickie, L., Wilson, M., McDowall, J. y Surgenor, L. J. (2012). What components of perfectionism predict drive for thinness? *Eating disorders*, 20(3).
-

- Digman, J. y Takemoto-Chock, N. (1981). 1981. Factors in the natural language of personality: re- analysis, comparison, and interpretation of six major studies. *Multivariate Behavioral Research*, 16, 149-170.
- Edwin, D., Andersen, A. y Rosell, F. (1988). Outcome prediction by mmpi in subtypes of anorexia-nervosa. *Psychosomatics*, 29(3), 273-282.
- Eric y Stice. (2002). Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825 - 848.
- Espelage, D. L., Quittner, A. L., Sherman, R. y Thompson, R. (2000). Assessment of problematic situations and coping strategies in women with eating disorders: Initial validation of a situation-specific problem inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 22(3), 271-297. doi:10.1023/A:1007514317451
- Espelage, D., Mazzeo, S., Sherman, R. y Thompson, R. (2002). MCMI-II profiles of women with eating disorders: A cluster analytic investigation. *Journal of Personality Disorders*, 16(5), 453-463. doi:10.1521/pedi.16.5.453.22127
- Eysenck, H.J. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder & Stoughton.
- Fahy, T. y Eisler, I. (1993). Impulsivity and eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 162, 193-197. doi:10.1192/bjp.162.2.193
- Fairburn, C. G. y Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome «not otherwise specified» (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 43(6), 691 - 701. doi:10.1016/j.brat.2004.06.011
-

- Fairburn, C. G. y Cooper, Z. (2007). Thinking afresh about the classification of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3), S107–S110. doi:10.1002/eat.20460
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A. y Welch, S. L. (1999). Risk Factors for Anorexia Nervosa: Three Integrated Case-Control Comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56(5), 468-476. doi:10.1001/archpsyc.56.5.468
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a «transdiagnostic» theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509 - 528. doi:10.1016/S0005-7967(02)00088-8
- Fairburn, C. G. y Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407 - 416. doi:10.1016/S0140-6736(03)12378-1
- Fairburn, C., Welch, S., Doll, H., Davies, B. y OConnor, M. (1997). Risk factors for bulimia nervosa - A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54(6), 509-517.
- Fassino, S., bbate-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(4), 412-425.
- Fassino, S., Daga, G. A., Piero, A., Leombruni, P. y Rovera, G. G. (2001). Anger and personality in eating disorders. *J.Psychosom.Res.*, 51(6), 757-764.
-

- Favaro, A., Tenconi, E. y Santonastaso, P. (2006). Perinatal Factors and the Risk of Developing Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63(1), 82-88. doi:10.1001/archpsyc.63.1.82
- Ferguson, C. J., Munoz, M. E., Winegard, B. y Winegard, B. (2012). The Influence of Heritability, Neuroticism, Maternal Warmth and Media Use on Disordered Eating Behaviors: A Prospective Analysis of Twins. *Psychiatric Quarterly*, 83(3), 353-360. doi:10.1007/s11126-012-9205-7
- Ferrán-Aranaz, M. (2001). *SPSS para Windows. Análisis estadístico*. Madrid: McGRAW-HILL.
- Finlayson, R. A., Kelly, I. W. y Saklofske, D. H. (2002). Bulimic symptomatology, body-image, and personality characteristics of university men. *Psychological Reports*, 91(2), 496-502.
- Fiske, D. (1949). Consistency of the factorial structures of personality ratings from different sources. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 44, 329-344.
- Flament, M. F., Hill, E. M., Buchholz, A., Henderson, K., Tasca, G. A. y Goldfield, G. (2012). Internalization of the thin and muscular body ideal and disordered eating in adolescence: The mediation effects of body esteem. *Body Image*, 9(1), 68-75. doi:10.1016/j.bodyim.2011.07.007
- Ford, G., Waller, G. y Mountford, V. (2011). Invalidating Childhood Environments and Core Beliefs in Women with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 19(4), 316-321. doi:10.1002/erv.1053
-

- Fragkos, K. C. y Frangos, C. C. (2013). Assessing Eating Disorder Risk: The Pivotal Role of Achievement Anxiety, Depression and Female Gender in Non-Clinical Samples. *Nutrients*, 5, 811-828. doi:10.3390/nu5030811
- Frank, G. K., Bailer, U. F., Henry, S. E., Drevets, W., Meltzer, C. C., Price, J. C., ... Kaye, W. H. (2005). Increased Dopamine D2/D3 Receptor Binding After Recovery from Anorexia Nervosa Measured by Positron Emission Tomography and [11C]Raclopride. *Biological Psychiatry*, 58(11), 908 - 912. doi:10.1016/j.biopsych.2005.05.003
- Frank, G. K., Kaye, W. H., Meltzer, C. C., Price, J. C., Greer, P., McConaha, C. y Skovira, K. (2002). Reduced 5-HT_{2A} receptor binding after recovery from anorexia nervosa. *Biological Psychiatry*, 52(9), 896 - 906. doi:10.1016/S0006-3223(02)01378-1
- Fulton, J. J., Lavender, J. M., Tull, M. T., Klein, A. S., Muehlenkamp, J. J. y Gratz, K. L. (2012). The relationship between anxiety sensitivity and disordered eating: The mediating role of experiential avoidance. *Eating Behaviors*, 13(2), 166-169. doi:10.1016/j.eatbeh.2011.12.003
- Gadalla, T. y Piran, N. (2007). Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: a meta analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 10(4), 133-140.
- García, F. y Musitu, G. (1999). *AF5: Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA.
- Garcia-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(1).
-

- Garner, D. (1997). Psychoeducational principles in the treatment of eating disorders. En *Handbook of treatment for eating disorders* (D.M. Garner and P.E. Garfinkel.). New York: Guilford Press.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2: Professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M. (2004). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-3*. Madrid: TEA Ediciones.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Rockert, W. y Olmsted, M. P. (1987). A prospective-study of eating disturbances in the ballet. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 48(1-4), 170-175.
- Geissler, T. y Kelly, I. W. (1994). Bulimic symptomatology and personality factors in a nonclinical sample: a replication. *Psychological Reports*, 75(1 Pt 1), 224-226.
- Geller, J., Cockell, S. J. y Goldner, E. M. (2000). Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 8-19. doi:10.1002/1098-108X(200007)28:1<8::AID-EAT2>3.0.CO;2-U
- Ghaderi, A. y Scott, B. (2000). The Big Five and eating disorders: A prospective study in the general population. *European Journal of Personality*, 14(4), 311-323.
- Gillberg, I., Rastam, M. y Gillberg, C. (1995). Anorexia-nervosa 6 years after onset personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 36(1), 61-69. doi:10.1016/0010-440X(95)90100-A

- Giovanni, A.-D., Carla, G., Enrica, M., Federico, A., Maria, Z. y Secondo, F. (2011). Eating disorders and major depression: role of anger and personality. *Depression research and treatment, 2011*.
- Godt, K. (2008). Personality disorders in 545 patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review, 16(2)*, 94-99. doi:10.1002/erv.844
- Goldberg, L. (1990). An alternative 'description of personality': The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 1216-1229.
- Goldner, E., Srikameswaran, S., Schroeder, M., Livesley, W., y Birmingham, C. (1999). Dimensional assessment of personality pathology in patients with eating disorders. *Psychiatry Research, 85(2)*, 151-159. doi:10.1016/S0165-1781(98)00145-0
- Goodwin, H., Haycraft, E., Willis, A.-M. y Meyer, C. (2011). Compulsive Exercise: The Role of Personality, Psychological Morbidity, and Disordered Eating. *International Journal of Eating Disorders, 44(7)*, 655-660. doi:10.1002/eat.20902
- Grasso, M., Nazzaro, F., Vona, L., Capacchione, G. y Loredio, C. (2012). Maturity fears and weight phobia in eating disorders: research of a relationship. *Rivista Di Psichiatria, 47(4)*, 319-326.
- Grave, R. D., Calugi, S., Brambilla, F. y Marchesini, G. (2008). Personality dimensions and treatment drop-outs among eating disorder patients treated with cognitive behavior therapy. *Psychiatry Research, 158(3)*, 381-388. doi:10.1016/j.psychres.2007.07.028
- Groleau, P., Steiger, H., Bruce, K., Israel, M., Sycz, L., Ouellette, A.-S. y Badawi, G. (2012). Childhood emotional abuse and eating symptoms in bulimic disorders: An

examination of possible mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 326-332. doi:10.1002/eat.20939

Gual, P., Perez-Gaspar, M., Martinez-Gonzalez, M. A., Lahortiga, F., De Irala-Estevez, J. y Cervera-Enguix, S. (2002). Self-esteem, personality, and eating disorders: baseline assessment of a prospective population-based cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 261-273.

Halmi, K. A., Bellace, D., Berthod, S., Ghosh, S., Berrettini, W., Brandt, H. A., ... Strober, M. (2012). An examination of early childhood perfectionism across anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 45(6), 800-807. doi:10.1002/eat.22019

Halmi, K. A., Sunday, S. R., Klump, K. L., Strober, M., Leckman, J. F., Fichter, M., ... Kaye, W. H. (2003). Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 308–319. doi:10.1002/eat.10138

Halmi, K., Sunday, S., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D., Fichter, M., ... Kaye, W. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1799-1805. doi:10.1176/appi.ajp.157.11.1799

Hartmann, A., Zeeck, A. y Barrett, M. S. (2010). Interpersonal Problems in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(7), 619-627. doi:10.1002/eat.20747

Haslam, M., Arcelus, J., Farrow, C. y Meyer, C. (2012). Attitudes Towards Emotional Expression Mediate the Relationship Between Childhood Invalidation and Adult

- Eating Concern. *European Eating Disorders Review*, 20(6), 510-514.
doi:10.1002/erv.2198
- Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1943). *Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. (Vol. Psychological Corporation.). New York.
- Hay, P. J. y Mond, J. (2005). How to 'count the cost' and measure burden? A review of health-related quality of life in people with eating disorders. *Journal of Mental Health*, 14(6), 539-552. doi:10.1080/09638230500400274
- Heartherton, T. y Polivy, J. (1992). *Chronic dieting and eating disorders - a spiral model*. (J. CROWTHER, D. TENNENBAUM, S. HOBFOLL, & M. STEPHENS, Eds.).
- Hildebrandt, T., Bacow, T., Markella, M. y Loeb, K. L. (2012). Anxiety in anorexia nervosa and its management using family-based treatment. *European Eating Disorders Review*, 20(1), e1-e16. doi:10.1002/erv.1071
- Holliday, J., Tchanturia, K., Landau, S., Collier, D. y Treasure, J. (2005). Is impaired set-shifting an endophenotype of anorexia nervosa? *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2269-2275. doi:10.1176/appi.ajp.162.12.2269
- Hopwood, C. J., Ansell, E. B., Fehon, D. C. y Grilo, C. M. (2010). Personality heterogeneity in female adolescent inpatients with features of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 51(6), 585-591. doi:10.1016/j.comppsy.2010.03.006
- Hopwood, C. J., Clarke, A. N. y Perez, M. (2007). Pathoplasticity of bulimic features and interpersonal problems. *International Journal of Eating Disorders*, 40(7), 652-658.
doi:10.1002/eat.20420
-

- Hsu, L. (1990). Experiential aspects of bulimia nervosa - implications for cognitive behavioral-therapy. *Behavior Modification*, 14(1), 50-65. doi:10.1177/01454455900141004
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Harrison Pope y Ronald C. Kessler. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348 - 358. doi:10.1016/j.biopsych.2006.03.040
- Instituto Nacional de Excelencia Clínica. (2004). Guía Clínica: Trastornos de la alimentación. Intervenciones básicas en el tratamiento y gestión de la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos relacionados con la alimentación.
- Jacobi, C. (2000). Self-concept disturbances in patients with eating disorders. *Zeitschrift Fur Klinische Psychologie-Forschung Und Praxis*, 29(2), 75-96. doi:10.1026//0084-5345.29.2.75
- Jacobi, Corinna, Hayward, C., Zwaan, M. de, Kraemer, H. C. y Agras, W. S. (2004). Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19 - 65.
- Jacobi, Corinna, Paul, T., Martina de Zwaan, Nutzinger, D. O. y Dahme, B. (2004). Specificity of Self-Concept Disturbances in Eating Disorders. *International Journal Eating Disorders*, 34, 204–210.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Hyouml;LTING, C., Hyouml, M., Pfisterp, H., MyUum, N. y Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination

Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34(04), 597-611.
doi:10.1017/S0033291703001399

Janzen, B. L., Saklofske, D. H. y Kelly, I. W. (1993). Personality and bulimic symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*, 49(5), 649-653.

Jauregui Lobera, I., Santiago Fernandez, M. J. y Estebanez Humanes, S. (2009). Eating behaviour disorders and personality. A study using MCMI-II. *Atencion Primaria*, 41(4), 201-206. doi:10.1016/j.aprim.2008.06.002

Javaras, K. N., Laird, N. M., Reichborn-Kjennerud, T., Bulik, C. M., Pope, H. G. y Hudson, J. I. (2008). Familiality and heritability of binge eating disorder: Results of a case-control family study and a twin study. *International Journal of Eating Disorders*, 41(2), 174-179. doi:10.1002/eat.20484

Javaras, K. N., Schaefer, S. M., Van Reekum, C. M., Lapate, R. C., Greischar, L. L., Bachhuber, D. R., ... Davidson, R. J. (2012). Conscientiousness Predicts Greater Recovery From Negative Emotion. *Emotion*, 12(5), 875-881. doi:10.1037/a0028105

Johnson, C. y Wonderlich, S. (1992). *Personality-characteristics as a risk factor in the development of eating disorders*. (J. CROWTHER, D. TENNENBAUM, S. HOBFOLL, & M. STEPHENS, Eds.). New York: Hemisphere Publ Corp.

Juarascio, A. S., Perone, J. y Timko, C. A. (2011). Moderators of the relationship between body image dissatisfaction and disordered eating. *Eating disorders*, 19(4).

Karwautz, A., Rabe-Hesketh, S., Collier, D. y Treasure, J. (2002). Pre-morbid psychiatric morbidity, comorbidity and personality in patients with anorexia nervosa compared

- to their healthy sisters RID B-1643-2008. *European Eating Disorders Review*, 10(4), 255-270. doi:10.1002/erv.476
- Kazdin, A., Kraemer, H., Kessler, R., Kupfer, D. y Offord, D. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 17(4), 375-406. doi:10.1016/S0272-7358(97)00012-3
- Keel, P. K. y Brown, T. A. (2010). Update on Course and Outcome in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 195-204.
- Kennedy, S., Mcvey, G. y Katz, R. (1990). Personality-disorders in anorexia-nervosa and bulimia-nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 24(3), 259-269. doi:10.1016/0022-3956(90)90015-I
- Keys, A. (1950). The residues of malnutrition and starvation. *Science*, 112(2909), 371-373.
- Killen, J., Taylor, C., Hayward, C., Haydel, K., Wilson, D., Hammer, L., ... Strachowski, D. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 936-940. doi:10.1037//0022-006X.64.5.936
- Kirley, B., Kolotkin, R., Hernandez, J. y Gallagher, P. (1992). A comparison of binge-purgers, obese binge eaters, and obese nonbinge eaters on the mmpi. *International Journal of Eating Disorders*, 12(2), 221-228. doi:10.1002/1098-108X(199209)12:2<221::AID-EAT2260120212>3.0.CO;2-W
- Klump, K.L., Bulik, C. M., Pollice, C., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Berrettini, W. H., ... Kaye, W. H. (2000). Temperament and character in women with anorexia nervosa. *J.Nerv.Ment.Dis.*, 188(9), 559-567.

- Klump, Kelly L., Bulik, C. M., Kaye, W. H., Treasure, J. y Tyson, E. (2009). Academy for Eating Disorders Position Paper: Eating Disorders Are Serious Mental Illnesses. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 97-103. doi:10.1002/eat.20589
- Krug, I., Bulik, C. M., Vall-Llovera, O. N., Granero, R., Aguera, Z., Villarejo, C., ... Fernandez-Aranda, F. (2008). Anger expression in eating disorders: Clinical, psychopathological and personality correlates RID E-5339-2011. *Psychiatry Research*, 161(2), 195-205. doi:10.1016/j.psychres.2007.10.003
- Krug, I., Root, T., Bulik, C., Granero, R., Penelo, E., Jimenez-Murcia, S. y Fernandez-Aranda, F. (2011). Redefining phenotypes in eating disorders based on personality: A latent profile analysis. *Psychiatry Research*, 188(3), 439-445. doi:10.1016/j.psychres.2011.05.026
- Laessle, R., Kittl, S., Fichter, M., Wittchen, H. y Pirke, K. (1987). Major affective-disorder in anorexia-nervosa and bulimia - a descriptive diagnostic study. *British Journal of Psychiatry*, 151, 785-789. doi:10.1192/bjp.151.6.785
- Lampard, A. M., Byrne, S. M., McLean, N. y Fursland, A. (2012). The Eating Disorder Inventory-2 Perfectionism scale: Factor structure and associations with dietary restraint and weight and shape concern in eating disorders. *Eating Behaviors*, 13(1), 49-53. doi:10.1016/j.eatbeh.2011.09.007
- Lehoux, P., Steiger, H. y Jabalpurilawa, S. (2000). State/trait distinctions in bulimic syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 27(1), 36-42. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(200001)27:1<36::AID-EAT4>3.0.CO;2-U
-

- Leon, G., Fulkerson, J., Perry, C. y Earlyzald, M. (1995). Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 140-149. doi:10.1037/0021-843X.104.1.140
- Leon, G., Fulkerson, J., Perry, C., Keel, P. y Klump, K. (1999). Three to four year prospective evaluation of personality and behavioral risk factors for later disordered eating in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(2), 181-196. doi:10.1023/A:1021649314458
- Lethbridge, J., Watson, H. J., Egan, S. J., Street, H. y Nathan, P. R. (2011). The role of perfectionism, dichotomous thinking, shape and weight overvaluation, and conditional goal setting in eating disorders. *Eating Behaviors*, 12(3), 200-206. doi:10.1016/j.eatbeh.2011.04.003
- Levinson, C. A. y Rodebaugh, T. L. (2012). Social anxiety and eating disorder comorbidity: The role of negative social evaluation fears. *Eating Behaviors*, 13(1), 27-35. doi:10.1016/j.eatbeh.2011.11.006
- Lilenfeld, L. R. (2011). Personality and temperament. En *Behavioral neurobiology of eating disorders*. (pp. 3-16). New York, NY, US: Springer-Verlag Publishing, New York, NY. Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/docview/856411049?accountid=14520>
- Lilenfeld, L. R., Jacobs, C. H., Woods, A. M. y Picot, A. K. (2008). A prospective study of obsessive-compulsive and borderline personality traits, race and disordered eating. *European Eating Disorders Review*, 16(2), 124-132. doi:10.1002/erv.842

- Lilenfeld, L. R., Kaye, W. H., Greeno, C. G., Merikangas, K. R., Plotnicov, K., Pollice, C., ... Nagy, L. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa - Psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 603-610. doi:10.1001/archpsyc.55.7.603
- Lilenfeld, L. R., Stein, D., Bulik, C., Strober, M., Plotnicov, K., Pollice, C., ... Kaye, W. (2000). Personality traits among currently eating disordered, recovered and never ill first-degree female relatives of bulimic and control women. *Psychological Medicine*, 30(6), 1399-1410. doi:10.1017/S0033291799002792
- Lilenfeld, L. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R. y Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: a methodological and empirical review. *Clinical Psychological Review*, 26(3), 299-320.
- Livesley, W. (2001). Commentary on reconceptualizing personality disorder categories using trait dimensions. *Journal of Personality*, 69(2), 277-286.
- Lopez, C. A., Tchanturia, K., Stahl, D. y Treasure, J. (2008). Central coherence in women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41(4), 340-347. doi:10.1002/eat.20511
- Lunn, S., Poulsen, S. y Daniel, S. I. F. (2012). Subtypes in bulimia nervosa: the role of eating disorder symptomatology, negative affect, and interpersonal functioning. *Comprehensive Psychiatry*, 53(8), 1078-1087. doi:10.1016/j.comppsy.2012.04.005
-

- Lyons, M., Tyrer, P., Gunderson, J. y Tohen, M. (1997). Heuristic models of comorbidity of Axis I and Axis II disorders RID B-6119-2011. *Journal of Personality Disorders*, *11*(3), 260-269.
- Maranon, I., Echeburua, E. y Grijalvo, J. (2007). Are there more personality disorders in treatment-seeking patients with eating disorders than in other kind of psychiatric patients? A two control groups comparative study using the IPDE RID F-9033-2010. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *7*(2), 283-293.
- Marsero, S., Ruggiero, G. M., Scarone, S., Bertelli, S. y Sassaroli, S. (2011). The relationship between alexithymia and maladaptive perfectionism in eating disorders: A mediation moderation analysis methodology. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia Bulimia and Obesity*, *16*(3), E182-E187.
- Marsha M. Lihehan. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: PAIDOS IBERICA.
- Martin, G., Wertheim, E., Prior, M., Smart, D., Sanson, A. y Oberklaid, F. (2000). A longitudinal study of the role of childhood temperament in the later development of eating concerns. *International Journal of Eating Disorders*, *27*(2), 150-162. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(200003)27:2<150::AID-EAT3>3.0.CO;2-A
- Matsunaga, H., Kaye, W., McConaha, C., Plotnicov, K., Pollice, C. y Rao, R. (2000). Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *27*(3), 353-357. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(200004)27:3<353::AID-EAT14>3.0.CO;2-E
-

- McElroy, S. L., Kotwal, R. y Keck, P. E. (2006). Comorbidity of eating disorders with bipolar disorder and treatment implications. *Bipolar Disorders*, 8(6), 686–695. doi:10.1111/j.1399-5618.2006.00401.x
- Mehler, P. S. y MacKenzie, T. D. (2009). Treatment of osteopenia and osteoporosis in anorexia nervosa: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 42(3), 195–201. doi:10.1002/eat.20593
- Micali, N., Hilton, K., Natatani, E., Heyman, I., Turner, C. y Mataix-Cols, D. (2011). Is childhood OCD a risk factor for eating disorders later in life? A longitudinal study. *Psychological Medicine*, 41(12), 2507-2513. doi:10.1017/S003329171100078X
- Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U. y Fairburn, C. G. (2005). Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 187, 573-578. doi:10.1192/bjp.187.6.573
- Mitchell, S. H., Petrie, T. A., Greenleaf, C. A. y Martin, S. B. (2012). Moderators of the internalization–body dissatisfaction relationship in middle school girls. *Body Image*, 9(4), 431-440. doi:10.1016/j.bodyim.2012.07.001
- Modestin, J., Erni, T. y Oberson, B. (1998). A comparison of self-report and interview diagnoses of DSM-III-R personality disorders. *European Journal of Personality*, 12(6), 445-455. doi:10.1002/(SICI)1099-0984(199811/12)12:6<445::AID-PER339>3.0.CO;2-Q
- Nicholls, D. y Bryant-Waugh, R. (2009). Eating Disorders of Infancy and Childhood: Definition, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 17 - 30. doi:10.1016/j.chc.2008.07.008

- Nielsen, S., Møller-Madsen, S., Isager, T., Jørgensen, J., Pagsberg, K. y Theander, S. (1998). Standardized mortality in eating disorders—a quantitative summary of previously published and new evidence. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3-4), 413 - 434. doi:10.1016/S0022-3999(97)00267-5
- Norwood, S. J., Bowker, A., Buchholz, A., Henderson, K. A., Goldfield, G. y Flament, M. F. (2011). Self-silencing and anger regulation as predictors of disordered eating among adolescent females. *Eating Behaviors*, 12(2), 112-118. doi:10.1016/j.eatbeh.2011.01.009
- Nunez-Navarro, A., Agueera, Z., Krug, I., Jimenez-Murcia, S., Sanchez, I., Araguz, N., ... Fernandez-Aranda, F. (2012). Do Men with Eating Disorders Differ from Women in Clinics, Psychopathology and Personality? *European Eating Disorders Review*, 20(1), 23-31. doi:10.1002/erv.1146
- Nunez-Navarro, A., Jimenez-Murcia, S., Alvarez-Moya, E., Villarejo, C., Sanchez Diaz, I., Masuet Augmantell, C., ... Fernandez-Aranda, F. (2011). Differentiating Purging and Nonpurging Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 44(6), 488-496. doi:10.1002/eat.20823
- Oldershaw, A., DeJong, H., Hambrook, D., Broadbent, H., Tchanturia, K., Treasure, J., y Schmidt, U. (2012). Emotional Processing Following Recovery from Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(6), 502-509. doi:10.1002/erv.2153
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
-

- Papadopoulos, F. C., Ekblom, A., Brandt, L., y Ekselius, L. (2009). Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, *194*(1), 10 -17. doi:10.1192/bjp.bp.108.054742
- Patterson, R. E., Wang, K. T. y Slaney, R. B. (2012). Multidimensional perfectionism, depression and relational health in women with eating disturbances. *Eating Behaviors*, *13*(3), 226-232.
- Pedersen, N. y Reynolds, C. (1998). Stability and change in adult personality: Genetic and environmental components. *European Journal of Personality*, *12*(5), 365-386. doi:10.1002/(SICI)1099-0984(1998090)12:5<365::AID-PER335>3.0.CO;2-N
- Perry, J. A., Silvera, D. H., Neilands, T. B., Rosenvinge, J. H. y Hanssen, T. (2008). A study of the relationship between parental bonding, self-concept and eating disturbances in Norwegian and American college populations. *Eating Behaviors*, *9*(1), 13-24.
- Pham-Scottez, A., Huas, C., Perez-Diaz, F., Nordon, C., Divac, S., Dardennes, R., ... Rouillon, F. (2012). Why Do People With Eating Disorders Drop Out From Inpatient Treatment? The Role of Personality Factors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *200*(9), 807-813. doi:10.1097/NMD.0b013e318266bbba
- Piran, N. (2005). Prevention of eating disorders: A review of outcome evaluation research. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *42*(3), 172-177.
- Podar, I., Hannus, A. y Allik, J. (1999). Personality and affectivity characteristics associated with eating disorders: a comparison of eating disordered, weight-preoccupied, and normal samples. *Journal of Personality Assessment*, *73*(1), 133-147.
-

- Pollice, C., Kaye, W. H., Greeno, C. G. y Weltzin, T. E. (1997). Relationship of depression, anxiety, and obsessionality to state of illness in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21(4), 367–376. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(1997)21:4<367::AID-EAT10>3.0.CO;2-W
- Pratt, E., Telch, C., Labouvie, E., Wilson, G. y Agras, W. (2001). Perfectionism in women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 177-186. doi:10.1002/1098-108X(200103)29:2<177::AID-EAT1007>3.0.CO;2-X
- Ramacciotti, C. E., Coli, E., Passaglia, C., Lacorte, M., Pea, E. y Dell’Osso, L. (2000). Binge eating disorder: prevalence and psychopathological features in a clinical sample of obese people in Italy. *Psychiatry Research*, 94(2), 131 - 138. doi:10.1016/S0165-1781(00)00130-X
- Ramklint, M., Jeansson, M., Holmgren, S. y Ghaderi, A. (2010). Assessing personality disorders in eating disordered patients using the SCID-II: Influence of measures and timing on prevalence rate. *Personality and Individual Differences*, 48(2), 218-223. doi:10.1016/j.paid.2009.10.014
- Rastam, M. (1992). Anorexia-nervosa in 51 swedish adolescents - premorbid problems and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(5), 819-829. doi:10.1097/00004583-199209000-00007
- Ricca, V., Mannucci, E., Moretti, S., Bernardo, M. D., Zucchi, T., Cabras, P. L., y Rotella, C. M. (2000). Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2), 111 - 115. doi:10.1016/S0010-440X(00)90143-3
-

- Ridout, N., Wallis, D. J., Autwal, Y. y Sellis, J. (2012). The influence of emotional intensity on facial emotion recognition in disordered eating. *Appetite*, 59(1), 181-186. doi:10.1016/j.appet.2012.04.013
- Robins, R. W., John, O. P., Caspi, A., Moffitt, T. E. y Stouthamer-Loeber, M. (1996). Resilient, overcontrolled, and undercontrolled boys: Three replicable personality types. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 157-171. doi:10.1037/0022-3514.70.1.157
- Roncero, M., Perpina, C. y Garcia-Soriano, G. (2011). Study of Obsessive Compulsive Beliefs: Relationship with Eating Disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(4), 457-470. doi:10.1017/S1352465811000099
- Rosenvinger, J. y Mouland, S. (1990). Outcome and prognosis of anorexia-nervosa - a retrospective study of 41 subjects. *British Journal of Psychiatry*, 156, 92-97. doi:10.1192/bjp.156.1.92
- 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(2), 129-136. doi:10.1002/erv.531
- 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(3), 245-252. doi:10.1002/(SICI)1099-0968(200005)8:3<245::AID-ERV308>3.0.CO;2-D
- Rossiter, E., Agras, W., Telch, C. y Schneiders, J. (1993). Cluster-b personality-disorder characteristics predict outcome in the treatment of bulimia-nervosa. *International*

Journal of Eating Disorders, 13(4), 349-357. doi:10.1002/1098-108X(199305)13:4<349::AID-EAT2260130403>3.0.CO;2-C

Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Jose Pino, M. y Herruzo, J. (2010). Analysis of behavior related to use of the Internet, mobile telephones, compulsive shopping and gambling among university students. *Adicciones*, 22(4), 301-309.

Samuel-Lajeunesse, B. (1994). Troubles du Comportement Alimentaire: Aspects Sémiologiques. En *Les Conduites Alimentaires* (B. Samuel-Lajeunesse and Ch. Foulon., p. 91). París: Masson.

Sansone, R. A., y Sansone, L. A. (2011). Personality pathology and its influence on eating disorders. *Innovations in clinical neuroscience*, 8(3).

Scherag, S., Hebebrand, J., y Hinney, A. (2010). Eating disorders: the current status of molecular genetic research. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(3), 211-226.

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(3), 219-225. doi:10.1016/j.eatbeh.2012.02.007

Schultz, S. E., y Schultz, D. P. (2002). *Teorías de la personalidad*. Madrid: Ediciones Paraninfo.

Shafran, R., Cooper, Z., y Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behav.Res.Ther.*, 40(7), 773-791.

- Shapiro, J. R., Berkman, N. D., Brownley, K. A., Sedway, J. A., Lohr, K. N., y Bulik, C. M. (2007). Bulimia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 321–336. doi:10.1002/eat.20372
- Shiner, R. (1998). How shall we speak of children's personalities in middle childhood? A preliminary taxonomy. *Psychological Bulletin*, 124(3), 308-332. doi:10.1037/0033-2909.124.3.308
- Shoebridge, P. J., y Gowers, S. G. (2000). Parental high concern and adolescent-onset anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 176(2), 132 -137. doi:10.1192/bjp.176.2.132
- Solano Pinto, N., y Cano Vindel, A. (2012). [Anxiety in eating disorders: a comparative study]. *Psicothema*, 24(3).
- Srinivasagam, N., Kaye, W., Plotnicov, K., Greenog, C., Weltzin, T., y Rao, R. (1995). Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia-nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152(11), 1630-1634.
- Steiger, H., Jabalpurwala, S., Champagne, J., y Stotland, S. (1997). A controlled study of trait narcissism in anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 173-178. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:2<173::AID-EAT9>3.3.CO;2-F
- Steiger, H., y Stotland, S. (1996). Prospective study of outcome in bulimics as a function of Axis-II comorbidity: Long-term responses on eating and psychiatric symptoms.

International Journal of Eating Disorders, 20(2), 149-161. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199609)20:2<149::AID-EAT5>3.3.CO;2-J

Steiger, H., Stotland, S., Ghadirian, A., y Whitehead, V. (1995). Controlled-study of eating concerns and psychopathological traits in relatives of eating-disordered probands - do familial traits exist. *International Journal of Eating Disorders*, 18(2), 107-118. doi:10.1002/1098-108X(199509)18:2<107::AID-EAT2260180202>3.0.CO;2-1

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(1), 58-69.

Steinhausen, H. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293. doi:10.1176/appi.ajp.159.8.1284

Stice, E., Schupakneuberg, E., Shaw, H., y Stein, R. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology - an examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 836-840. doi:10.1037/0021-843X.103.4.836

Stice, E., y Agras, W. S. (1999). Subtyping bulimic women along dietary restraint and negative affect dimensions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 460-469. doi:10.1037/0022-006X.67.4.460

Stice, Eric, Bohon, C., Marti, C. N., y Fischer, K. (2008). Subtyping Women With Bulimia Nervosa Along Dietary and Negative Affect Dimensions: Further Evidence of Reliability and Validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1022-1033. doi:10.1037/a0013887

- Stice, Eric, Nemeroff, C., y Shaw, H. E. (1996). Test of the Dual Pathway Model of Bulimia Nervosa: Evidence for Dietary Restraint and Affect Regulation Mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology, 15*(3), 340-363. doi:10.1521/jscp.1996.15.3.340
- Stice, Eric, Shaw, H., y Marti, C. N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 207-231. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447
- Stonehill, E., y Crisp, A. (1977). Psychoneurotic characteristics of patients with anorexia-nervosa before and after treatment and at follow-up 4-7 years later. *Journal of Psychosomatic Research, 21*(3), 187-193. doi:10.1016/0022-3999(77)90089-7
- Striegel-Moore, R. H., y Bulik, C. M. (2007). Risk Factors for Eating Disorders. *American Psychologist, 62*(3), 181 - 198. doi:10.1037/0003-066X.62.3.181
- Strigelmoore, R., Silberstein, L., Frensch, P., y Rodin, J. (1989). A prospective-study of disordered eating among college-students. *International Journal of Eating Disorders, 8*(5), 499-509. doi:10.1002/1098-108X(198909)8:5<499::AID-EAT2260080502>3.0.CO;2-A
- Strober, M. (1991). Family-genetic studies of eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, 52*, 9-12.
- Strober, M., Freeman, R., y Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders, 22*(4), 339-360. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199712)22:4<339::AID-EAT1>3.3.CO;2-H

- Strober, M. (1983). An empirical derived typology of anorexia nervosa. En *Anorexia nervosa: Recent developments in research* (P. Darby, P. Garfinkel, D. M. Garner, & D. Coscina.). New York: Alan R. Liss.
- Sullivan, P. F., Bulik, C. M., Carter, F. A., Gendall, K. A., y Joyce, P. R. (1996). The significance of a prior history of anorexia in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 20(3), 253–261. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199611)20:3<253::AID-EAT4>3.0.CO;2-N
- Sutandar-Pinnock, K., Woodside, D., Carter, J., Olmsted, M., y Kaplan, A. (2003). Perfectionism in anorexia nervosa: A 6-24-month follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 225-229. doi:10.1002/eat.10127
- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., y Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology?. *Psychiatry Research*, 197(1-2), 103-111. doi:10.1016/j.psychres.2011.11.009
- Svrakic, D. M., Whitehead, C., Przybeck, T. R., y Cloninger, C. R. (1993). Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch.Gen.Psychiatry*, 50(12), 991-999.
- Telch, C., y Agras, W. (1994). Obesity, binge-eating and psychopathology - are they related. *International Journal of Eating Disorders*, 15(1), 53-61. doi:10.1002/1098-108X(199401)15:1<53::AID-EAT2260150107>3.0.CO;2-0
- Tellegen, A. (1982). *Brief manual for the Multidimensional Personality Questionnaire*. (Vol. University of Minnesota. Unpublished manuscript.).

- Thompson-Brenner, H, y Westen, D. (2005). Personality subtypes in eating disorders: validation of a classification in a naturalistic sample. *British Journal of Psychiatry*, 186, 516-524. doi:10.1192/bjp.186.6.516
- Thompson-Brenner, Heather, Eddy, K. T., Franko, D. L., Dorer, D. J., Vashchenko, M., Kass, A. E., y Herzog, D. B. (2008). A personality classification system for eating disorders: a longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 49(6), 551-560. doi:10.1016/j.comppsy.2008.04.002
- Thompson-Brenner, Heather, Eddy, K. T., Satir, D. A., Boisseau, C. L., y Westen, D. (2008). Personality subtypes in adolescents with eating disorders: validation of a classification approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(2), 170-180. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01825.x
- Tomaz, R., y Zanini, D. S. (2009). Personality and Coping in Patients with Eating Disorders and Obesity. *Psicologia-Reflexao E Critica*, 22(3), 447-454.
- Tupes, E., y Christal, R. (1992). Recurrent personality factors based on trait ratings. *Journal of Personality*, 60, 225-251.
- Tyrka, A., Waldron, I., Graber, J., y Brooks-Gunn, J. (2002). Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 282-290. doi:10.1002/eat.10094
- Uher, R., Brammer, M. J., Murphy, T., Campbell, I. C., Ng, V. W., Williams, S. C. ., y Treasure, J. (2003). Recovery and chronicity in anorexia nervosa: brain activity associated with differential outcomes. *Biological Psychiatry*, 54(9), 934 - 942. doi:10.1016/S0006-3223(03)00172-0

- Van der Ham, T., Van Strien, D., y Van Engeland, H. (1998). Personality characteristics predict outcome of eating disorders in adolescents: A 4-year prospective study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(2), 79-84.
- Vandereycken, W., y Van Humbeeck, I. (2008). Denial and concealment of eating disorders: A retrospective survey. *European Eating Disorders Review*, 16(2), 109-114. doi:10.1002/erv.857
- Verstuyf, J., Patrick, H., Vansteenkiste, M., y Teixeira, P. J. (2012). Motivational dynamics of eating regulation: a self-determination theory perspective. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9. doi:10.1186/1479-5868-9-21
- Vitousek, K., y Manke, F. (1994). Personality-variables and disorders in anorexia-nervosa and bulimia-nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 137-147. doi:10.1037/0021-843X.103.1.137
- Vohs, K., Bardone, A., Joiner, T., Abramson, L., y Heatherton, T. (1999). Perfectionism, perceived weight status, and self-esteem interact to predict bulimic symptoms: A model of bulimic symptom development. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 695-700. doi:10.1037/0021-843X.108.4.695
- Von Ranson, K., Kaye, W., Weltzin, T., Rao, R., y Matsunaga, H. (1999). Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1703-1708.
- Vrabel, K. R., Ro, O., Martinsen, E. W., Hoffart, A., y Rosenvinge, J. H. (2009). Five-Year Prospective Study of Personality Disorders in Adults with Longstanding Eating

Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 22-28.
doi:10.1002/eat.20662

Wade, T.D., Bulik, C. M., Neale, M., y Kendler, K. S. (2000). Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors. *The American Journal of Psychiatry*, 157(3), 469-471.

Wade, Tracey D., Tiggemann, M., Bulik, C. M., Fairburn, C. G., Wray, N. R., y Martin, N. G. (2008). Shared temperament risk factors for anorexia nervosa: A twin study. *Psychosomatic Medicine*, 70(2), 239-244. doi:10.1097/PSY.0b013e31815c40f1

Wagner, A., Aizenstein, H., Venkatraman, V. K., Bischoff-Grethe, A., Fudge, J., May, J. C., ... Kaye, W. H. (2010). Altered striatal response to reward in bulimia nervosa after recovery. *International Journal of Eating Disorders*, 43(4), 289–294.
doi:10.1002/eat.20699

Wentz, E., Lacey, J., Waller, G., Råstam, M., Turk, J., y Gillberg, C. (2005). Childhood onset neuropsychiatric disorders in adult eating disorder patients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(8), 431-437.

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

Widiger, T. (1993). Validation strategies for the personality-disorders. *Journal of Personality Disorders*, 7, 34-43.

Wildes, J. E., Marcus, M. D., Bright, A. C., Dapelo, M. M., y Psychol, M. C. (2012). Emotion and eating disorder symptoms in patients with anorexia nervosa: An

- experimental study. *International Journal of Eating Disorders*, 45(7), 876-882.
doi:10.1002/eat.22020
- Wildes, J. E., Ringham, R. M., y Marcus, M. D. (2010). Emotion Avoidance in Patients with Anorexia Nervosa: Initial Test of a Functional Model. *International Journal of Eating Disorders*, 43(5), 398-404. doi:10.1002/eat.20730
- Wilksch, S. M., Durbridge, M. R., y Wade, T. D. (2008). A preliminary controlled comparison of programs designed to reduce risk of eating disorders targeting perfectionism and media literacy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(8), 939-947. doi:10.1097/CHI.0b013e3181799f4a
- Wilson, G. T., Grilo, C. M., y Vitousek, K. M. (2007). Psychological Treatment of Eating Disorders. *American Psychologist*, 62(3), 199 - 216. doi:10.1037/0003-066X.62.3.199
- Wilson, G. T., y Shafran, R. (2005). Eating disorders guidelines from NICE. *The Lancet*, 365(9453), 79 - 81. doi:10.1016/S0140-6736(04)17669-1
- Wilson, G. T., y Sysko, R. (2009). Frequency of binge eating episodes in bulimia nervosa and binge eating disorder: Diagnostic considerations. *International Journal of Eating Disorders*, 42(7), 603–610. doi:10.1002/eat.20726
- Wonderlich, S. A., Gordon, K. H., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., y Engel, S. G. (2009). The validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 687–705. doi:10.1002/eat.20719
- Wonderlich, S., Crosby, R., Joiner, T., Peterson, C., Bardone-Cone, A., Klein, M., ... Vrshek, S. (2005). Personality subtyping and bulimia nervosa: psychopathological

and genetic correlates RID A-2649-2011. *Psychological Medicine*, 35(5), 649-657.
doi:10.1017/S0033291704004234

Woodside, B. (2002). Family mediation handbook. *Canadian Psychology-Psychologie Canadienne*, 43(2), 136-137. doi:10.1037/h0088087

Yager, J., y Andersen, A. E. (2005). Anorexia Nervosa. *N Engl J Med*, 353(14), 1481-1488.
doi:10.1056/NEJMcp050187

Zucker, N. L., Losh, M., Bulik, C. M., LaBar, K. S., Piven, J., y Pelphrey, K. A. (2007).
Anorexia Nervosa and Autism Spectrum Disorders: Guided Investigation of Social
Cognitive Endophenotypes. *Psychological Bulletin*, 133(6), 976 - 1006.
doi:10.1037/0033-2909.133.6.976
