



FACULTADE DE MEDICINA  
E ODONTOLOXÍA

Traballo de  
fin de grao

**Trastornos da conducta alimentaria e  
tipos de personalidade asociados**

**Trastornos de la conducta alimentaria y  
tipos de personalidad asociados**

**Eating disorders and associated  
personality types**

**Autor/a/es/as:** Blanca Abedini Nieto

**Titor/a:** Antonio Rafael Antela López

**Cotitor/a:** Juan Carlos Díaz del Valle

**Departamento:** Psiquiatría CHUAC

Junio 2021

Traballo de Fin de Grao presentado na Facultade de Medicina e Odontoloxía da Universidade de Santiago de Compostela para a obtención do Grao en Medicina



## Índice

1. ANEXO DE ABREVIATURAS.....	1
2. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	2
3. INTRODUCCIÓN.....	3
3.1. Definición	3
3.2. Epidemiología y Etiología	3
3.3. Clasificación	4
3.3.1. Anorexia Nervosa	4
3.3.2. Bulimia Nervosa	6
3.3.3. Otros trastornos de la conducta alimentaria	8
3.3.4. Trastornos alimentarios no especificados	8
3.4. Bases Psicopatológicas	8
3.5. Diagnóstico y Tratamiento	9
3.5.1. Síndrome de realimentación	10
4. NECESIDAD Y PROPÓSITO DE ESTA REVISIÓN.....	12
5. OBJETIVOS .....	12
6. MATERIAL Y MÉTODOS .....	13
6.1. Diseño	13
6.2. Criterios De Selección	13
6.2.1. Tipos de estudios seleccionados	13
6.2.2. Tipos de participantes seleccionados	13
6.3. Estrategias De Búsqueda	13
6.3.1. Fuentes de búsqueda	13
6.3.2. Términos de búsqueda	13
6.4. Selección De Estudios	14
6.4.1. Criterios de inclusión y exclusión	14
6.4.2. Estudios seleccionados	15
7. REVISIÓN .....	16
8. DISCUSIÓN .....	31
8.1. Anorexia Nervosa	31
8.2. Bulimia Nervosa y Trastorno por atracón	33
8.3. Tratamiento de cara al futuro	34
9. CONCLUSIONES .....	35
10. ANEXOS .....	36
11. BIBLIOGRAFÍA .....	43



## 1. Anexo de abreviaturas

TCA: Trastornos de la conducta alimentaria

AN: Anorexia nervosa

BN: Bulimia nervosa

TANE: Trastornos alimentarios no especificados

DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición

GH: Hormona del crecimiento

IGF-1: Factor de crecimiento insulínico tipo 1

LH: Hormona luteinizante

DHEA: Dehidroepiandrosterona

FGF21: Factor de crecimiento de fibroblastos 21

IMC: Índice de masa corporal

TA: Trastorno por atracón

TCC: Terapia cognitivo-conductual

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

TEPT: Trastorno de estrés postraumático

TP: Trastorno de tipo purgativo

TLP: Trastorno límite de la personalidad

SEM: Modelos de ecuaciones estructuradas

MR: Aleatorización mendeliana

E: Perfil de tipo externo

CAO: Perfil de tipo cognitivo externo

CAS: Perfil de tipo cognitivo propio

ASA: Perfil de tipo afectivo propio

## 2. Resumen y palabras clave

**Título de la revisión:** Trastornos de la conducta alimentaria y tipos de personalidad asociados.

**Introducción:** Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son una entidad cada vez más prevalente en la población, que conllevan una gran morbimortalidad física y psicológica y, aunque la conciencia social sobre este tipo de trastornos mejora enormemente día a día, sigue habiendo un alto número de casos infradiagnosticados. Su etiología multifactorial hace que sea importante estudiar todos aquellos factores que puedan influenciar en su desarrollo, dentro de estos factores de riesgo encontramos las diferentes variables genéticas y factores psicopatológicos de cada persona; tema que está en auge de estudio como diana terapéutica en un intento de mejorar el diagnóstico y realizar un tratamiento precoz y eficaz.

**Objetivos:** Analizar la relación entre los diferentes perfiles de personalidad y trastornos psicopatológicos y su implicación en el desarrollo de los TCA, así como las posibles consecuencias que puedan tener estas asociaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico.

**Material y métodos:** Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica se efectuó una búsqueda de artículos en la base de datos electrónica PubMed, con una selección final de 13 publicaciones que incluyen estudios observacionales, revisiones bibliográficas y metaanálisis.

**Conclusiones:** En esta revisión se afirman varias asociaciones ya establecidas anteriormente, como pueden ser la presencia de personalidades inestables, perfeccionistas y neuróticas o las asociaciones con síntomas depresivos y de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, fenómenos autolesivos con riesgo de suicidio y problemas de conducta y control de impulsos; pero además, se incluyen dos nuevos conceptos a este campo de la investigación como son la mentalización y rumiación, que prometen ser dos variables influyentes en el conjunto de la patología psiquiátrica.

**Palabras clave:** trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nervosa, bulimia nervosa, tipos de personalidad, factores de riesgo.

### 3. Introducción

#### 3.1 DEFINICIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) engloban a un grupo de enfermedades mentales complejo que varían enormemente en cuanto a forma de expresión clínica, psicopatológica y conductual pero que comparten síntomas cardinales tales como la insatisfacción con la imagen corporal, preocupación excesiva por la comida, peso y/o forma corporal y el uso de patrones distorsionados en el acto de comer en respuesta a impulso psíquicos, y no por necesidades metabólicas o físicas.(1,2)

Caracterizados por tratarse de trastornos crónicos así como por la aparición de numerosas recaídas, además de presentarse frecuentemente asociados a otras entidades psicopatológicas: depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, abuso de sustancias, etc., condicionando un marcado deterioro en el funcionamiento psicosocial de los individuos. (1)

En general, la conciencia de enfermedad y motivación para el cambio son escasas, pasando desapercibidos un gran número de casos, hecho que remarca la necesidad de brindar a médicos no especialistas, padres, profesores o pares de las herramientas necesarias para un diagnóstico precoz y así mejorar su pronóstico y prevenir su cronicidad.(2)

#### 3.2 EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

Hacer un buen estudio epidemiológico de los TCA resulta difícil debido a la tendencia de los afectados a negar y ocultar la enfermedad, utilizando para éste registros hospitalarios, los cuales derivan en una infraestimación de la prevalencia real de la enfermedad. (3)

Además, el aumento de la incidencia de TCA a lo largo de los años no se puede atribuir completamente a un aumento real de casos, ya que influyen en este sentido los enormes esfuerzos que se han puesto en aumentar la conciencia de enfermedad para un diagnóstico temprano y la mayor oferta de servicios médicos y psicológicos actuales.(3)

Anorexia nerviosa (AN) y Bulimia nerviosa (BN) son los tipos más frecuentemente diagnosticados, otra categoría la constituyen los “trastornos de la conducta alimentaria no especificados” (TANE) que se encuentran en aumento en los últimos años, de los que hablaremos más adelante. (4) Siendo en general más frecuentes en mujeres jóvenes con una relación hombre-mujer de 1:10 en la etapa adolescente, estimándose que hasta un 30-50% de estos desarrollan algún tipo de trastorno relacionado.(5)

Se han postulado diversas teorías en cuanto a etiología y base patológica de los TCA, resultando la mayoría en una base multifactorial genética, psicopatológica y medioambiental, donde una serie de factores externos actúan sobre un individuo vulnerable y predispuesto genéticamente.(6)

En el ámbito genético, destaca un aumento de la incidencia en jóvenes con historia familiar de TCA u otro tipo de trastornos psiquiátricos, además de presentar fenotipos de más graves. Algo que en realidad no podemos atribuir 100% a la genética ya que el haber crecido en un ambiente de patología psiquiátrica influye enormemente en el futuro desarrollo de TCA; así como el haber experimentado eventos familiares estresantes, observándose un aumento de la

incidencia en jóvenes que han sufrido o sufren algún tipo de estrés post-traumático. (7)

Además, la base psicopatológica de cada paciente influye en su predisposición hacia este tipo de trastornos, así como la gravedad y tipo que desarrolla. Existe una clara relación entre las personalidades ansioso-depresivas, los trastornos obsesivo-compulsivos o el trastorno límite de personalidad y el riesgo futuro de desarrollar algún tipo de TCA, algo que desarrollaremos en profundidad en esta revisión. (8)

El establecimiento de una cultura social basada en la belleza y el físico junto con el reciente aumento y accesibilidad de las redes sociales a los jóvenes las convierte en un espacio con gran riesgo de comparaciones físicas que lleven a trastornos dismórficos corporales y de alimentación, viéndose afectados grupos de edades cada vez más pequeños. (9) Relacionando así mismo la falta de habilidades sociales en los niños o el mantener comportamientos inaceptados socialmente con un aumento del riesgo para este tipo de trastornos, actuando las habilidades sociales como un factor protector. (5)

Ciertos deportes en los que el peso y el físico juegan un papel importante (gimnasia rítmica, patinaje, natación sincronizada o culturismo) pueden actuar también como factor de riesgo, observándose un mayor porcentaje de hombres en este ámbito. (10)

Otros factores de riesgo bastante estudiados en el ámbito general de la psiquiatría son el alcohol y el abuso de sustancias, sin embargo, su correlación con los TCA es menos estudiada.(7)

### 3.3 CLASIFICACIÓN

#### 3.3.1 Anorexia nerviosa (AN)

La AN es una entidad compleja y uno de los TCA más graves. Caracterizada por una preocupación excesiva por ganar peso, manteniéndose voluntariamente en un peso bajo para el rango saludable según la edad y la talla y adoptando conductas extremas para conseguirlo, tales como restricción de comida, ejercicio físico intenso y/o conductas purgativas. (2)

Dentro de la anorexia nervosa incluimos dos subtipos: (11)

- De tipo restrictivo, en la cual la paciente utiliza primordialmente la restricción de comida para la obtención del peso deseado.
- De tipo purgativo, en la cual las conductas utilizadas son la auto-provocación el vómito, el abuso de laxantes, diuréticos o enemas.

Los criterios diagnósticos se recogen en el DSM-V, actualizados en 2014, en los cuales ya no se considera la amenorrea como criterio diagnóstico respecto al DSM-IV.

<b>Criterio A:</b> Restricción excesiva de la ingesta en relación a los requerimientos nutricionales, lo que determina un peso corporal significativamente bajo para la edad, sexo y estado de salud.
<b>Criterio B:</b> Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
<b>Criterio C:</b> Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de la importancia de la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
Se retira el Criterio D en referencia a la presencia de amenorrea por su imposibilidad de aplicación a varones, mujeres premenarquia, postmenopáusicas o bajo tratamiento con contraceptivos orales.

Tabla 1: Criterios diagnósticos DSM-V para la anorexia nerviosa.(12)

### Características clínicas

La tendencia al bajo peso y la desnutrición excesiva llevan asociadas numerosos cambios endocrinológicos, la mayoría en una tentativa de preservar la correcta función de los órganos vitales. Algunos de estos cambios son: (12–14)

- Resistencia hepática adquirida a GH y aumento de su secreción basal con descenso de los niveles de IGF-1.
- Disregulación del eje hipotálamo-hipofisario con aumento de la secreción basal de cortisol.  
Ambos sucesos, el aumento basal de GH y cortisol, son sugestivos de ser consecuencia de un mecanismo adaptativo para mantener la euglucemia en los sujetos con AN.
- Alteraciones de hormonas reguladoras del apetito como adiponectina, leptina, grelina y péptido YY.
- Alteraciones en el ciclo menstrual: pérdida del patrón pulsátil de LH, niveles bajos de estradiol y testosterona, amenorrea, ciclo lúteo corto o ciclos anovulatorios.
- Tendencia al hipotiroidismo con niveles descendidos de T4 y T3, mientras que los niveles de T3 inversa están elevados.
- Secreción disminuida de otras hormonas como insulina u oxitocina.

Todos estos cambios mencionados llevan a un enlentecimiento del “turn over” óseo, descenso en los niveles de masa ósea y un aumento considerable del riesgo de fracturas.(12–15).

Algunas otras consecuencias clínicas de la AN sobre la salud son:(12,16,17)

- Hematológicas: pancitopenia leve que puede asociar linfocitosis aparente.
- Bioquímicas: deshidratación con hipomagnesemia e hipofosfatemia; alcalosis metabólica, hipoclorémica e hipopotasémica en pacientes con conductas purgativas; acidosis metabólica leve en pacientes con abuso de laxantes.
- Cardiológicas: bradicardia sinusal y prolongación del intervalo QT en algunos pacientes; puede darse el desarrollo de arritmias, prolapso de la válvula mitral o derrame pericárdico.
- Neurológicas: en pacientes con alteraciones hidroelectrolíticas severas pueden producirse anomalías difusas que reflejen encefalopatía metabólica, así como atrofia cortical y dilatación ventricular.

Otros signos y síntomas que podemos encontrar son tendencia al estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío o letargia. Dermatológicamente puede producirse el desarrollo de lanugo, xerosis o hipercarotinemia. (12,16,17)

Los individuos con AN de tipo purgativo pueden tener hipertrofia de glándulas salivares y parótidas, erosión dental, así como heridas y callos en las manos debido a la autoprovocación del vómito con los dedos, algo que podemos observar también en los pacientes con bulimia nerviosa. (16–18)

### 3.3.2 Bulimia Nerviosa (BN)

Otro de los TCA mayoritarios es la Bulimia Nervosa (BN), caracterizada en este caso por ciclos de atracones de comida abundante seguidos de sentimiento de culpabilidad, miedo al aumento de peso y sensación de pérdida de control que conducen a actos compensatorios como autoprovocación del vómito, uso excesivo de laxantes, periodos largos de ayuno o ejercicio físico excesivo con el fin de no aumentar de peso.(1,2)

Este tipo de pacientes tienden a adoptar un ciclo alimentario característico consistente en dieta restrictiva – ansiedad – atracón - sentimiento de culpa - conductas compensatorias; que puede llegar a repetirse varias veces al día.

Estos pacientes, al contrario que la AN, no siempre se caracterizan por presentar un bajo peso para su edad y talla, sino que suelen ser personas normopeso o incluso obesas. (19)

Los criterios diagnósticos que definen a la BN se recogen igualmente en el DSM-V:

<p><b>Criterio A:</b> Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ingestión, en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de personas ingerirían en un periodo similar, en circunstancias parecidas.</li><li>- Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.</li></ul>
<p><b>Criterio B:</b> Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.</p>
<p><b>Criterio C:</b> Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos, una vez a la semana durante tres meses.</p>
<p><b>Criterio D:</b> La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.</p>
<p><b>Criterio E:</b> La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.</p>

Tabla 2: Criterios diagnósticos según el DSM-V para Bulimia Nerviosa. (20)

Así mismo, podemos clasificar la gravedad de la BN según la frecuencia de los episodios de atracones: (20)

- Leve: 1-3 episodios a la semana.
- Moderado: 4-7 episodios a la semana.
- Grave: 8-13 episodios a la semana.
- Extremo: 14 o más episodios a la semana.

### Características clínicas

La mayoría de cambios clínicos que observamos en estos pacientes están relacionados con la inducción repetida del vómito o el uso excesivo de laxantes.(18)

- Dermatológicas: heridas y callos en el dorso de la mano y dedos debido a la autoprovocación del vómito, conocido como signo de Russel.
- Cambios faciales y dentales: hemorragia subconjuntival y epistaxis recurrentes, erosión dental, sensibilidad dental, caries, gingivitis, periodontitis y xerostomía; siendo los odontólogos en estos casos una pieza clave para el diagnóstico temprano de esta patología.  
Puede observarse también hipertrofia de las glándulas salivares, más frecuentemente las glándulas parótidas.
- Gastrointestinales: reflujo gastroesofágico, disfagia, odinofagia, afonía, tos crónica y edema de cuerdas vocales o desarrollo de pólipos. La inducción repetida del vómito puede conducir a esofagitis, úlceras esófago-gástricas y esófago de Barret, con el riesgo aumentado de cáncer de esófago que esto conlleva. Por otra parte, el abuso crónico de laxantes puede llevar a la alteración funcional del colon o síndrome del colon catártico.
- Bioquímica: alcalosis metabólica hipopotasémica con deshidratación y alteración del eje renina-angiotensina-aldosterona.
- Cardiológicas: taquicardia sinusal, hipotensión y ortostatismo debido al estado de deshidratación; aumento del intervalo QT y mayor riesgo de arritmias ventriculares.
- Pulmonares: pueden observarse microaspiraciones procedentes de los vómitos que provoquen infecciones, distress respiratorio y opacidades pulmonares inferiores; otro de los signos que podemos encontrar es el pneumomediastino por el paso de aire desde los alveolos tras el esfuerzo repetido de los vómitos.

En los individuos con BN y bajo IMC podemos observar además cambios clínicos similares a los observados en la AN: intolerancia al frío, letargia, lanugo, fragilidad capilar, alteración del ciclo menstrual de la mujer, hipotiroidismo, osteopenia y osteoporosis, etc. (13–17)

### 3.3.3 Otros trastornos de la conducta alimentaria específicos

Esta categoría se utiliza para englobar aquellos trastornos de los que sí se puede hacer un diagnóstico específico pero que no cumplen estrictamente todos los criterios. Algunos de ellos son: (20)

- Anorexia nervosa atípica: cumple todos los criterios de AN, excepto por el bajo peso.
- Bulimia nervosa de frecuencia baja y/o duración limitada: aquella en la que los atracones se producen menos de una vez a la semana y/o durante menos de 3 meses.
- Trastorno de atracones de frecuencia baja y/o duración limitada.
- Trastorno por purgas: comportamiento de purgas recurrentes en ausencia de atracones.
- Síndrome de ingesta nocturna de alimentos.

### 3.3.4 Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE)

Por último nos encontramos con los TANE, una categoría que engloba al resto de trastornos que no cumplen todos los criterios o no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico, siendo la categoría más prevalente en centros de atención ambulatoria. (1,2)

Las nuevas actualizaciones del DSM-V buscan flexibilizar los criterios diagnósticos tanto de AN como de BN para poder incluir casos parciales o subclínicos, previamente englobados en la categoría de TANE. Así mismo, uno de los cambios más importantes del DSM-V ha sido la distinción del Trastorno por Atracón (TA) como una categoría separada. (2,20)

## 3.4 BASES PSICOPATOLÓGICAS

Como mencionábamos al principio, existe una clara relación entre las bases psicopatológicas y neurobiológicas de cada persona y su predisposición a desarrollar TCA y otros trastornos psiquiátricos, influyendo además en la gravedad de los mismos. Siendo importante el estudio de estas características con la finalidad de mejorar el diagnóstico, tratamiento y, en definitiva, el curso de la enfermedad.(8)

Al igual que sucede en los trastornos por abuso de sustancias, el llamado “circuito de recompensa” parece estar también correlacionado con este tipo de trastornos de “dependencia” hacia la comida; jugando un gran papel en este la dopamina, serotonina y los sistemas de opioides endógenos, actuando también como diana terapéutica. (1,21,22)

Se ha visto reflejado en diversos estudios una gran correlación entre personas de perfil psicológico perfeccionista, obsesivo y de inestabilidad emocional y el posible desarrollo futuro de algún tipo de TCA. Así como el riesgo en jóvenes que han sufrido o sufren de estrés post-traumático o con historia familiar abusiva y rígida durante la infancia, en este caso más asociado con el desarrollo de Anorexia Nervosa.(7,23)

La prevalencia de trastornos de ansiedad también se objetiva aumentada previa al desarrollo de AN, demostrándose además una fuerte asociación entre los periodos de ayuno de las pacientes y el aumento de su estado de ansiedad, siendo esta causa y consecuencia. (24)

Por otra parte, en relación con la Bulimia Nervosa, se ha demostrado que la presencia de trastorno obsesivo-compulsivo, problemas de conducta y abuso de sustancias o trastorno por déficit de atención pueden actuar como factor de riesgo para el desarrollo de la misma; todas ellas relacionadas con una tendencia a la impulsividad y déficits a la hora de tomar decisiones. (25,26)

Se ha visto también un aumento de forma homogénea de la prevalencia de depresión y aumento de las tasas de autolesiones y suicidio entre este tipo de pacientes. (27,28)

Aunque aún falta mucho por saber sobre este campo de estudio, definir las bases psicopatológicas de cada paciente es una parte importante a la hora de planificar un tratamiento individualizado.

### 3.5 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

El diagnóstico de los TCA se basa en una buena sospecha clínica, siendo los pediatras, médicos de atención primaria u odontólogos un pilar fundamental en la detección temprana de este tipo de trastornos.(12)

Dada la baja conciencia de enfermedad y el estigma social que todavía existe hacia ella, una gran mayoría de pacientes no expresarán síntomas o signos claramente apreciables desde el exterior, por eso es importante la realización de una entrevista clínica dirigida y empática en la que se establezca un ambiente de confianza que facilite la comunicación con el paciente. De la misma forma cobra importancia el modelo de entrevista motivacional, con el objetivo de aumentar la motivación, la conciencia de enfermedad y mejorar la adherencia al tratamiento. (1,12,29)

Ante un paciente con signos y síntomas compatibles con algún tipo de TCA, debemos contemplar 3 grupos de enfermedades en el diagnóstico diferencial: (12)

1. TCA especificados y no especificados.
2. Enfermedades psiquiátricas como trastorno dismórfico corporal, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión mayor, trastornos psicóticos, etc.
3. Procesos patológicos que puedan cursar con síntomas similares.

Uno de los cuestionarios más realizados es el EAT26, que consta de 26 ítems que el paciente debe cumplimentar de 0 a 3 puntos y una tasa de aciertos superior al 90% si se alcanzan los 20 puntos. (12)

Destaca también el método de screening SCOFF que consiste en 5 preguntas clínicas, con una sensibilidad del 100% y especificidad del 87,5% si dos o más respuestas son positivas. Otros test de cribado validados en español son el EAT-40 y el ChEAT, este último para niños de entre 8 y 12 años. (12)

Todo tratamiento de este tipo de trastornos debe estar basado en un enfoque multidisciplinar que aborde la esfera nutricional y de salud mental, así como el tratamiento de las posibles complicaciones médicas u otras necesidades que pueda tener el paciente a raíz de

su TCA. Siendo importante también el tratamiento en conjunto con la familia como una forma de acompañamiento psicológico. (2,29–31)

Las guías recomiendan un manejo ambulatorio siempre que sea posible, dejando la hospitalización para casos que no respondan, exista riesgo vital o no dispongan de recursos psicosociales. En este tipo de patologías cobra gran importancia el concepto de Hospital de Día, una modalidad de tratamiento a medias entre el manejo ambulatorio y la hospitalización, cuyo objetivo es ofrecer un tratamiento más intensivo y personalizado para aquellos pacientes que lo necesiten. (2,12)

El tratamiento elegido debe ser individualizado y consensuado con el paciente, dentro de la esfera psicológica destaca la Terapia Cognitivo-conductual (TCC), basada en educación psicológica, nutricional y de hábitos alimentarios; esta misma puede ser aplicada individualmente, en grupo o junto con la familia. (30–33)

Se ha demostrado en diversos estudios que algunos psicofármacos antidepresivos y antipsicóticos como fluoxetina u olanzapina pueden ser eficaces en el manejo de control de síntomas psiquiátricos, así como en la reducción de los episodios de atracones o la recuperación del peso perdido. (30,32)

Dentro de la esfera nutricional, es importante reintroducir la alimentación completa de manera lenta y controlada para evitar el Síndrome de Realimentación, caracterizado por un conjunto de alteraciones metabólicas desencadenadas por la rápida reintroducción del soporte nutricional en sujetos con malnutrición calórico-proteica. (12,30)

Otros tipos de tratamientos basados en la neuromodulación son la estimulación magnética transcraneal repetitiva o la estimulación cerebral profunda. (21,32)

La tasa de éxito del tratamiento es desafortunadamente baja, en probable relación con que se traten de tratamientos largos y psicológicamente complicados para los pacientes, lo cual empeora su adherencia al mismo, siendo necesaria la mayoría de veces de la combinación de varios tipos de terapias.(2)

### **3.5.1 Síndrome de Realimentación**

El síndrome de realimentación (SR) es una complicación derivada la introducción agresiva del soporte nutricional en pacientes con desnutrición y muy bajo índice de masa corporal, siendo esto más frecuente dentro de la AN. (12)

El riesgo de desarrollar SR en pacientes con AN no solo se basa en el ayuno prolongado o el bajo IMC, sino que también contribuyen las alteraciones hidroelectrolíticas previas, el aporte elevado de glucosa en comparación al resto de nutrientes o el consumo de alcohol, diuréticos o laxantes.

Este síndrome ocurre cuando tras un estado de ayuno y/o desnutrición se pasa a un estado anabólico en el que el aumento de insulina fomenta la captación de potasio, fósforo y magnesio, un aumento del consumo de vitaminas y un desbalance hidroelectrolítico, dando lugar a una

alteración multiorgánica; constituyendo este una complicación potencialmente fatal para el paciente. (12,34)

El manejo del SR pasa por identificar a los pacientes de riesgo e introducir una serie de medidas preventivas: (12,16)

- Inicio cuidadoso del soporte nutricional.
- Monitorización diaria de los niveles de fósforo, potasio y magnesio durante los primeros 7 días.
- Administración profiláctica de tiamina (200/300 mg/día), complejo vitamínico B de alta potencia de forma diaria, complejo multivitamínico y complejo mineral de forma diaria.
- Suplementación profiláctica de electrolitos, evitando la sobrecarga de volumen (20-30 ml/kg/día) y restringiendo en aporte de sodio (<1 mmol/kg/día).

#### Criterios de riesgo de desarrollo de SR:

<b>Presencia de al menos un criterio mayor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IMC &lt; 16</li> <li>- Pérdida de peso no intencionada &gt;15% en los últimos 3-6 meses.</li> <li>- Escasa ingesta durante &gt;10 días.</li> <li>- Bajos niveles de K, P o Mg antes de la alimentación.</li> </ul>
<b>Presencia de al menos dos criterios menores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IMC &lt;18,5</li> <li>- Pérdida de peso no intencionada &lt;10% en los últimos 3-6 meses.</li> <li>- Escasa ingesta durante &gt;5 días.</li> <li>- Historia de consumo de alcohol, drogas o diuréticos.</li> </ul>

Tabla 3: Criterios de riesgo de desarrollo de Síndrome de Realimentación (12)

#### **4. Necesidad y propósito de esta revisión**

Pese a que la conciencia social hacia los TCA está aumentando a lo largo de los años, este tipo de trastornos siguen sufriendo un gran estigma social, incluso dentro del mismo sistema sanitario, algo que impide un correcto diagnóstico y tratamiento precoz.

Al ser una patología motivada por un número muy amplio de causas, nos encontramos con una entidad de cada vez mayor representación dentro de la práctica clínica habitual y es necesario hacer un llamamiento a la comunicación entre pacientes, médicos de Atención Primaria y especialistas, con el propósito de identificar de forma temprana posibles conductas o factores de riesgo que puedan conducir al desarrollo de estos; ya que el curso de la enfermedad en un paciente mal diagnosticado o mal tratado puede ser fatal.

Es en estos posibles factores de riesgo donde entran a cobrar importancia las bases psicopatológicas y de personalidad de cada paciente, pudiendo actuar estos como adyuvantes. El establecimiento de estas asociaciones con los diferentes TCA ha sido un gran avance tanto en el diagnóstico como en el abordaje terapéutico de los pacientes, contribuyendo a la mejoría del curso de la enfermedad.

Aun así, los resultados obtenidos son muy variables y existen aún muchas incógnitas al respecto y, por ello, el propósito de este trabajo es hacer una revisión bibliográfica de la literatura más reciente sobre estas asociaciones con el objetivo de entender y clasificar mejor la relación entre la personalidad, la psicopatología y los diferentes tipos de TCA.

#### **5. Objetivos**

Los objetivos principales de esta revisión bibliográfica son los siguientes:

- Valorar la relación real entre los distintos perfiles de personalidad y de patología psiquiátrica en pacientes que han sufrido o sufren algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria.
- Evaluar las consecuencias de estas relaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico de estos pacientes y su implicación en el curso de la enfermedad.

## **6. Material y métodos**

### **6.1 DISEÑO**

Se ha realizado una exhaustiva búsqueda de la literatura reciente con el objetivo de realizar una revisión bibliográfica actualizada sobre el tema a tratar.

### **6.2 CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE ESTUDIOS**

#### **6.2.1 Tipos de estudios**

En la realización de esta revisión se han incluido artículos de tipo revisiones bibliográficas, estudios observacionales (prospectivos y retrospectivos), estudios transversales, artículos académicos y de perspectiva médica y metaanálisis que se focalizasen en los diferentes tipos de TCA y sus relaciones con la psicopatología.

Se incluyeron estudios sin discriminar el tipo de TCA diagnosticado en cada paciente.

#### **6.2.2 Tipos de participantes**

Se incluyeron estudios cuya muestra estuviese compuesta por pacientes adolescentes y adultos (10-65 años) con algún tipo de TCA diagnosticado o bien pacientes sanos a los que se le ha hecho un seguimiento psicológico y de hábitos alimenticios.

### **6.3 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE LOS ESTUDIOS**

#### **6.3.1 Fuentes de búsqueda**

La búsqueda se llevó a cabo durante el periodo de marzo-abril del 2021 en la base de datos electrónica Pubmed. Se seleccionaron artículos de diseño observacional de los últimos 5 años y de tipo revisión bibliográfica de los últimos 10 años, con idioma de publicación en inglés o español.

#### **6.3.2 Términos de búsqueda**

Los términos empleados para la búsqueda fueron una combinación de los siguientes: “trastornos de la conducta alimentaria/TCA/desórdenes alimentarios” Y “tipos de personalidad/bases psicopatológicas” Y “adolescentes/jóvenes/infancia”, acompañadas de varios sinónimos combinados con el objetivo de facilitar la búsqueda y reclutar el mayor número de artículos posibles.

Terminos de búsqueda	Sinónimos
Trastornos de la conducta alimentaria/TCA/desórdenes alimentarios	Eating disorders OR eating behavior OR disordered eating OR binge eating OR anorexia nervosa
Tipos de personalidad/ bases psicopatológicas	Psychopathology OR comorbid mental health OR psychopathological phenotypes OR personality variables
Adolescentes/jóvenes/infancia	Adolescents OR childhood OR Young adults

Tabla 4: Términos de búsqueda y sinónimos empleados.

## 6.4 SELECCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Para la selección de los artículos, primero se realizó una lectura inicial de los títulos y “abstracts” con la que se hizo una preselección de aquellos que tuvieran relación con el tema a tratar. Posteriormente, se completó la selección realizando una lectura completa de los artículos y asegurándonos de que cumplieran los criterios establecidos.

### 6.4.1 Criterios de inclusión y exclusión

#### Criterios de inclusión

- Publicaciones tipo revisión publicadas entre enero de 2011 y abril de 2021.
- Publicaciones tipo estudio observacional realizadas entre enero 2016 y abril 2021.
- Publicaciones tipo meta-análisis realizadas entre enero 2016 y abril 2021.
- Artículos académicos y de perspectiva médica.
- Publicaciones basadas en pacientes diagnosticados de TCA en edades 10-65 años
- Publicaciones basadas en pacientes sanos a seguimiento psicológico y de hábitos alimenticios.
- *Abstract* y *Full text*
- Artículos en inglés o español.

#### Criterios de exclusión

- Publicaciones realizadas fuera de las fechas requeridas para la inclusión.
- Publicaciones no enfocadas en el tema a estudio.
- Publicaciones que no dispongan de *full text*.
- Publicaciones basadas en pacientes que no cumplen el criterio de edad establecido.
- Publicaciones basadas en pacientes con patologías graves psiquiátricas o de otro tipo que requieran hospitalización.

## 6.4.2 Estudios seleccionados

<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Muestra</b>
A.Monteleone et al. (35)	2021	Italia-Israel	Estudio transversal	325
P.Longo et al. (7)	2021	Italia	Estudio transversal	64
G.Kiekens et al. (28)	2020	Bélgica	Revisión bibliográfica	--
Lloyd et al. (24)	2020	Reino Unido	Estudio cohortes prospectivo	15000
L.Robinson et al. (25)	2020		Estudio cohortes prospectivo	1623
V.Nascimento et al. (27)	2020	Brasil	Estudio transversal	271
G.Gagliardini et al. (36)	2020	Italia	Estudio prevalencia	157
S.Sacchetti et al. (37)	2019	Reino Unido	Estudio casos-controles	140
V.Hazzard et al. (38)	2019	Estados Unidos	Estudio cohortes prospectivo	12040
J.Svaldi et al. (39)	2019	Alemania	Estudio prospectivo	79
K.Smith et al. (40)	2019	Estados Unidos	Estudio prevalencia	263
K.Smith et al. (41)	2018	Estados Unidos	Metaanálisis	--
V.Malinauskiene et al. (42)	2018	Lituania	Estudio retrospectivo	689

## 7. Revisión

El estudio realizado por L.Robinson publicado en 2020 (25) es un buen punto de partida para iniciar esta revisión. Este estudio longitudinal se basa en una cohorte de más de 1600 adolescentes, de los cuales un 51,1% (829) fueron chicas, para describir el desarrollo de TCAs y su asociación temporal con otros tipos de trastornos de la salud mental. Los participantes de este estudio fueron sometidos a una serie de cuestionarios a los 14 años y posteriormente a los 16 y 19 años; valorando el patrón de alimentación de los mismos, el IMC, el riesgo de desarrollo de trastornos de la salud mental, el abuso de alcohol y otras sustancias y otros tipos de variantes del comportamiento y de la personalidad.

De los participantes, 1509 presentaron comportamientos compatibles con TCA a los 14 años, 1317 a los 16 años y 853 a los 19 años; de los cuales 278 presentaron conductas basadas en atracones, 334 conductas purgativas y 356 conductas restrictivas. Este grupo de participantes fue comparado con aquellos que no presentaron ningún tipo de conducta compatible con TCA.

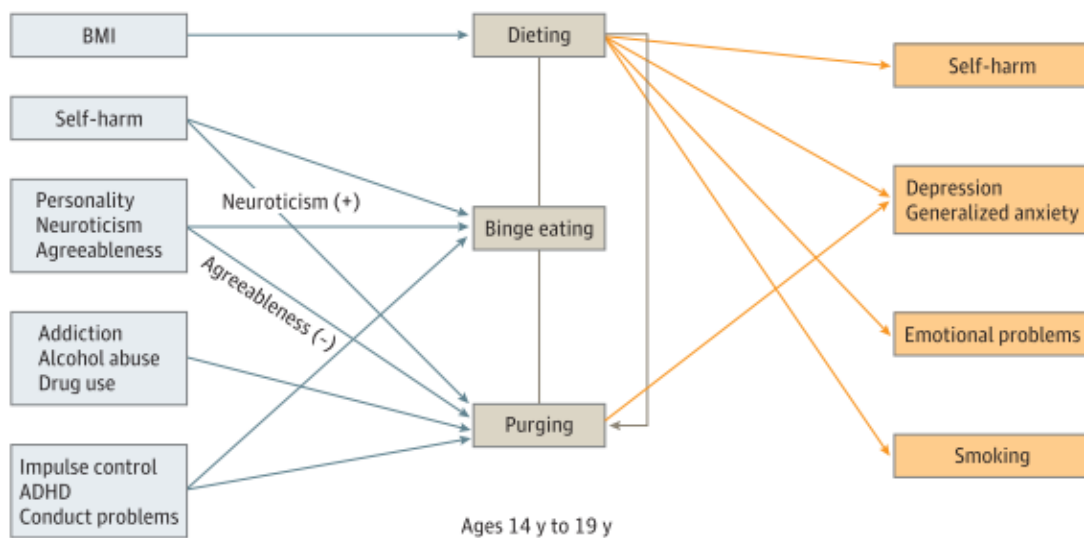
Dentro de los resultados obtenidos en este estudio, el desarrollo de conductas purgativas y de tipo atracón se observa asociado a fenómenos autolesivos (OR, 2.18; 95% CI / OR, 2.59; 95% CI) y problemas de conducta (OR, 1.41; 95% CI / OR, 1.42; 95%CI).

Así mismo, el desarrollo futuro de conductas de atracones se ve asociado a mayores niveles de neuroticismo o inestabilidad emocional a la edad de 14 años (OR, 1.04; 95%CI) y el desarrollo de conductas purgativas con un conjunto de variables que incluyen trastorno de alteración de la conducta como TDAH (OR, 2.73; 95% CI), abuso de drogas (OR, 2.91; 95% CI) y de alcohol (OR, 1.31; 95% CI) y bajos niveles de amabilidad (OR, 0.95; 95% CI).

Según los resultados del estudio, tener un elevado índice de masa corporal (IMC) constituye un factor de riesgo para el desarrollo de conductas restrictivas tipo AN (OR, 3.44; 95% CI); además, este tipo de conductas restrictivas a la edad de 14 años se vio asociada con síntomas futuros de depresión (OR 2.53; 95% CI), ansiedad generalizada (OR, 2.27; 95% CI), fenómenos autolesivos (OR, 2.10; 95% CI), problemas emocionales (OR, 1.24; 95% CI) y abuso del tabaco (OR, 2.16; 95% CI).

Conductas de tipo purgativas a los 14 años se vieron asociadas a futura depresión (OR, 2.87; 95% CI) y síntomas de ansiedad (OR, 2.48; 95% CI). Sin embargo, las conductas de tipo atracón no se vieron relacionadas con el desarrollo futuro de algún tipo de psicopatología.

Pese a ser calificado como un estudio pionero en identificar un gran número de variables y factores psicológicos que pudieran estar asociados con el desarrollo de TCA, tiene sus limitaciones. En primer lugar, el número bajo de participantes masculinos de la muestra limita las investigaciones acerca de las posibles diferencias existentes entre sexos; además, otros factores socioeconómicos que no fueron considerados para el análisis podrían influir en el resultado final del estudio. En segundo lugar, la validez interna de algunas de las variables medidas ha resultado ser más baja de lo que se esperaba, lo que puede influir también en el resultado final.



**Tabla 5: Asociaciones temporales entre los TCA (25)**

Continuando con la revisión, hemos seleccionado tres estudios basados en el antecedente de estrés postraumático y abuso durante la infancia y su influencia sobre el desarrollo de TCAs.

Estos estudios son los publicados por P. Longo en 2021 (7), A. Monteleone en 2021 (35) y V. Malinauskiene en 2018 (42); en los cuales se han utilizado una serie de cuestionarios entre los que se encuentran el Cuestionario sobre Desórdenes Alimentarios (EDE-Q) y EAT-26, Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-Y), Cuestionario de Depresión de Beck (BDI), Evaluación de Traumas Estresantes (LEC) y Escala de Experiencias Disociativas (DES).

El estudio de P. Longo (7) se basa en una muestra de 64 personas menores de 25 años diagnosticadas de AN, ya sea de tipo restrictivo (43 personas) o purgativo (21 personas), que fueron sometidas a los cuestionarios ya mencionados. Entre los resultados observados, los factores de riesgo más prevalentes fueron tener una historia familiar de patología psiquiátrica (34; 58.1%) y haber sufrido eventos traumáticos durante la infancia, en particular abuso físico o sexual (51; 81%).

Aquellos pacientes diagnosticados de Trastorno por estrés postraumático (TEPT) reportaron mayores síntomas relacionados con la preocupación excesiva sobre el peso y su aspecto físico, así como una puntuación completa en el cuestionario EDE-Q ( $p=0.036$ ), en el cuestionario STAI-Y ( $p=0.028$ ) y en el cuestionario DES ( $p=0.001$ ). Además el IMC de estos pacientes resultaba ser más alto que en aquellos no diagnosticados de TEPT ( $p=0.019$ ), también en probable relación con la mayor asociación de estos pacientes con el desarrollo de AN de tipo purgativo (Test de Fisher:  $p = 0.008$ ).

Sin embargo, el diseño de estudio transversal no permite realizar relaciones causales ni tampoco comparar los resultados con una muestra control de sujetos sanos. Algunas otras limitaciones de este estudio son el bajo número de participantes en la muestra, la no consideración de los diferentes tipos de AN, así como otros factores socioculturales y de personalidad.

De forma muy parecida, A. Monteleone (35) realiza un estudio transversal basado en 181 pacientes diagnosticados de Bulimia Nervosa (BN) y 144 pacientes diagnosticados de trastornos de tipo purgativo (TP) con el propósito de analizar la relación entre el diagnóstico del TCA y haber sufrido abuso durante la infancia, ya sea de tipo psicológico, físico o sexual. Para ello, el total de pacientes participo en el cuestionario Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2) y el cuestionario CTQ.

Dentro de los participantes, 73 de ellos (43 con BN y 30 con TP) mostraron un trastorno de ansiedad comórbido; mientras que 101 (51 con BN y 50 con TP) mostraron trastorno depresivo, ambos definidos bajo el cuestionario EDI-2.

El cuestionario CTQ revela mayores puntuaciones para abuso físico y negligencia emocional dentro de los pacientes diagnosticados de BN, algo que confirmó posteriormente el test de chi-cuadrado ( $p < 0.05$  y  $p < 0.01$ ). Además, el haber sufrido experiencias de abuso emocional durante la infancia se observa como el único tipo de maltrato infantil relacionado con el desarrollo de psicopatología de tipo TCA.

Más específicamente, en el grupo de BN la falta de eficacia y de consciencia interoceptiva se incluye dentro del proceso que conecta el abuso emocional con el desarrollo de síntomas de insatisfacción corporal y de BN; todo esto relacionado con la falta de precisión a la hora de detectar y regular procesos emocionales internos y de no ser capaz de adaptarse a ellos. En el grupo de TP, se incluye además en esa relación la presencia de impulsividad intrínseca en la personalidad de cada persona.

Al igual que el estudio antes comentado, al tratarse de un estudio transversal presenta la limitación de no permitir realizar relaciones causales. El cuestionario CTQ no presenta la posibilidad de filiar la naturaleza del trauma sufrido ni tampoco en que momento de la vida del participante sucedió, lo que limita también bastante el estudio. Y aunque es un estudio pionero a la hora de observar y presentar la relación más directa entre esas dos variables, no proporciona las medidas de estabilidad necesarias para valorar la fiabilidad de estos resultados, ni tampoco tiene en cuenta otros tipos de patologías psiquiátricas comórbidas que puedan modificar los resultados.

Por último, V. Malinauskiene (42) publica en 2018 un estudio basado en 614 participantes de una cohorte de estudiantes de cuatro universidades en Lituania con el objetivo de analizar la relación entre la exposición a traumas y el desarrollo de TCA a través de síntomas de Trastorno de estrés postraumático (TEPT); para ello fueron utilizados los cuestionarios EAT-26, IES-revisado y un cuestionario sobre la exposición a traumas a lo largo de la vida de los participantes.

El haber experimentado algún tipo de trauma, síntomas de TEPT o desórdenes alimenticios junto con el sexo de los participantes fueron analizados como un conjunto de variables a través del SEM; una serie de modelos de ecuaciones estructuradas que ofrece la ventaja de poder estimar simultáneamente las relaciones entre múltiples variables a la vez y que tiene en cuenta el desarrollo de errores observacionales.

Dentro del estudio, un 73.9% de los estudiantes habían experimentado al menos un suceso traumático y un 44% había experimentado más de un suceso a lo largo de su vida.

Concretamente los más prevalentes fueron accidentes de tráfico (126, 20.5%), fallecimiento de algún allegado (132, 21.5%), divorcio (76,12.4%), episodios de ahogamiento (84, 13.7%), heridas de gran magnitud (48, 7.8%), enfermedad grave (80, 13.0%), otro tipo de accidentes de importancia alta (76, 12.4%) y abuso emocional durante la infancia (84, 13.7%).

La prevalencia de síntomas de TEPT fue del 27.4% y del 8.1% en el caso de desórdenes alimenticios. De estos, el 52% de estudiantes con desórdenes alimenticios había presentado síntomas de TEPT ( $p < 0.0001$ ) y el 30.8% de los estudiantes con alguna experiencia traumática tenía a su vez síntomas de TEPT ( $p < 0.001$ ). Se observaron diferencias significativas en cuanto al sexo de los participantes, demostrando una mayor prevalencia en mujeres de síntomas de TEPT (30.6%;  $p = 0.006$ ), así como de experiencias traumáticas (78.7%;  $p < 0.0001$ ); sin embargo, no se observaron diferencias significativas entre sexos en cuanto a la prevalencia de desórdenes alimenticios.

Siguiendo el análisis de variables a través del SEM, el estudio demostró que haber sufrido algún tipo de experiencia traumática estaba significativamente relacionada con el debut de desórdenes alimentarios a través del desarrollo de síntomas de TEPT ( $p < 0.0001$ ), actuando estos como intermediarios entre ambas variables. A su vez, demostró que otros tipos de experiencias traumáticas como haber sufrido episodios de ahogamiento estaban directamente relacionados con el desarrollo de desórdenes alimentarios, sin pasar por síntomas de TEPT (0.46,  $p = 0.043$ ). Otro de los hallazgos encontrados fue la existencia de una relación bidireccional entre haber sufrido abuso emocional durante la infancia y el desarrollo de desórdenes alimentarios (0.37,  $p < 0.01$ ).

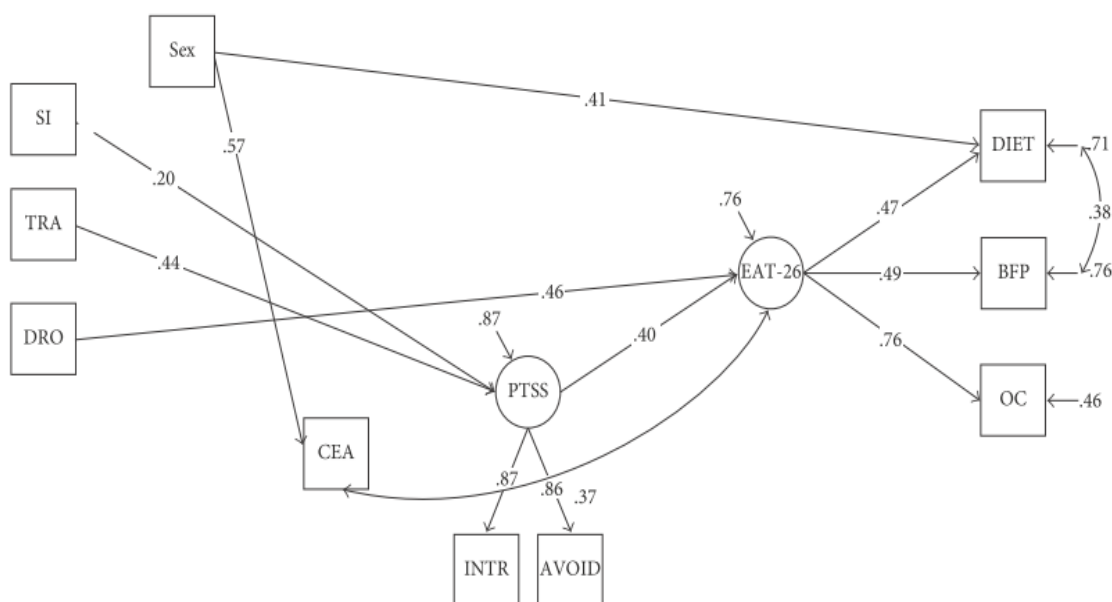


FIGURE 2: Final structural model of the relationship between specific TEs, PTS symptoms, and DE. Note. SI: seriously injured; TRA: traffic accident; DRO: near drowning; CEA: childhood emotional abuse; PTSS: posttraumatic stress symptoms; INTR: Intrusion; AVOID: Avoidance; EAT-26: DE; DIET: dieting; BFP: bulimia and food preoccupation; OC: oral control.

Figura 1: Modelo final de asociaciones a través del SEM (42)

Aunque el estudio confirmó la hipótesis inicial y cumplió con los objetivos establecidos, sería conveniente realizar un estudio longitudinal prospectivo o retrospectivo con un amplio tamaño muestral que pueda confirmar los resultados y mejorar la validez del estudio, tanto interna como externa, para así poder extrapolar los hallazgos al resto de la población. Al igual que los trabajos comentados anteriormente, el diseño de estudio transversal no permite establecer una relación temporal de los hechos y tampoco tiene en cuenta el resto de variables comórbidas que puedan tener los participantes, tanto físicas como psíquicas o sociales.

Estos tres estudios seleccionados (7,35,42) demuestran lo factible que es relacionar los sucesos de estrés postraumático vividos o las experiencias de abuso durante la infancia con el posible desarrollo de algún tipo de TCA con el paso de los años, algo ya observado en la literatura previa sobre el tema y que tiene gran relevancia a la hora de poder individualizar el tipo de terapia cognitivo-conductual que se adapte mejor a cada caso.

Otra asociación más popular sobre la que ya se ha investigado más veces es la relación entre la ansiedad y la Anorexia Nervosa (AN). E.Lloyd (24) publica en 2020 una serie de dos estudios en los que se lleva a cabo una cohorte longitudinal seguida de un estudio de aleatorización mendeliana con el objetivo de evaluar el posible factor de riesgo que supondrían los trastornos de ansiedad para la AN.

El primer estudio se basa en una cohorte longitudinal de 14882 participantes obtenida de ALSPAC (Estudio Longitudinal de Padres e Hijos de Avon) para determinar si la presencia de ansiedad y preocupación a la edad de 10 años predice el desarrollo de AN a la edad de 24 años. Para ello, los participantes fueron evaluados a la edad de 14, 16, 18 y 24 años utilizando los criterios diagnósticos de AN según la DSM-V; la presencia de ansiedad fue evaluada a la edad de 10 años utilizando el cuestionario para padres de Evaluación del desarrollo y bienestar (DAWBA) y la presencia de preocupación fue evaluada simplemente con una pregunta de respuesta binaria ‘Si’ o ‘No’.

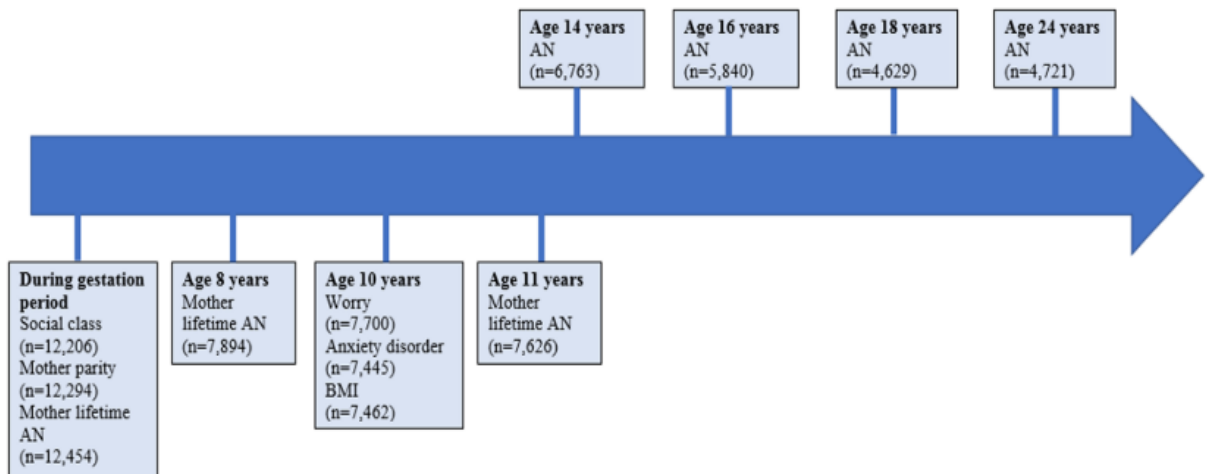


Figura 2: Cronología de recolección de datos (24)

En contraste a lo que se ha publicado en literatura anterior, los resultados de este primer estudio no demuestran una asociación significativa entre la presencia de preocupación y el desarrollo de AN (OR = 1.60, 95% CI: 0.93-2.77,  $p = 0.09$ ). La magnitud de esta asociación se ve reducida al ajustarla según otras variables como el sexo, estatus socioeconómico, IMC... (OR = 1.41, 95% CI: 0.78-2.56,  $p = 0.26$ ) e incluso se ve reducida aún más cuando se añade al análisis la presencia de trastornos de ansiedad (OR = 1.34, 95% CI: 0.74-2.45,  $p = 0.33$ ).

Por otra parte, si se demuestra una asociación significativa entre la presencia de trastornos de ansiedad a la edad de 10 años y el potencial desarrollo de AN a la edad de 24 años (OR = 2.85, 95% CI: 1.22-6.63,  $p = 0.02$ ). La magnitud de esta asociación se mantiene prácticamente estable al ajustarla según el resto de variables ya comentadas (OR = 3.12, 95% CI: 1.13-8.64,  $p = 0.03$ ) y también al añadir al análisis la presencia de preocupación (OR = 2.87, 95% CI: 1.05-7.87,  $p = 0.04$ ).

Aunque el ajuste estadístico para factores de confusión realizado en este primer estudio minimiza bastante las posibilidades de sesgos, el hecho de que los desórdenes cognitivos y de comportamiento que rodean a la alimentación, así como el aumento de peso al inicio del estudio no estén incluidos como variables limita los resultados finales. Otra de las limitaciones que encontramos es la evaluación única y puntual en el tiempo de la asociación entre trastornos de preocupación/ansiedad y AN; un diseño de mediciones múltiples permitiría evaluar efectos más proximales.

El segundo estudio utiliza un enfoque de aleatorización mendeliana (MR) basada en dos muestras, con el objetivo de determinar la influencia en el desarrollo de AN de trastornos de preocupación y ansiedad. Así mismo, también se exploraron los efectos causales en la dirección inversa con el objetivo de obtener mayor información sobre la naturaleza de asociación entre la ansiedad y la AN observada en estudios observacionales previos.

El enfoque MR utiliza variantes genéticas asociadas con una exposición de interés (en este caso, trastornos de preocupación y ansiedad) como instrumentos para examinar la influencia de una exposición en un resultado. La preocupación y el afecto deprimido fueron evaluados mediante la subescala de neuroticismo del cuestionario de personalidad de Eysenck, formulario corto revisado. Los datos sobre trastornos de ansiedad fueron obtenidos de GWAS, comprendiendo los resultados de un metanálisis de asociaciones de todo el genoma de tres grandes cohortes. El fenotipo de AN fue de tipo binario, indicando el diagnóstico de AN u otro trastorno de la alimentación no especificado de tipo AN.

Dentro de los resultados, indicaron un efecto negativo de la predisposición genética a los trastornos de ansiedad sobre la AN; sin embargo, la gran amplitud de los intervalos de confianza no confiere una fuerza de asociación que pueda sustentar los resultados obtenidos. Tampoco se obtuvieron buenos resultados con respecto a la asociación inversa, entre la AN y los trastornos de ansiedad, cuyos efectos fueron cercanos a nulos e imprecisos.

Con respecto al estado depresivo, no se observó una asociación estadística fuerte con el desarrollo de AN; pero ocurre al contrario respecto al desarrollo de trastornos de ansiedad, para la cual si se observa una asociación estadísticamente significativa (OR = 4.68, 95% CI: 3.22-6.81,  $p < 0.001$ ).

Entre los estados de preocupación y la AN si se demuestra una alta fuerza de asociación, mostrándose este como un factor de riesgo para AN (OR=1.79, 95% CI: 1.25-2.55,  $p = 0.001$ ). Además, se demuestra también su asociación con el aumento de riesgo de padecer trastornos de ansiedad, fuertemente apoyada por los resultados de todos los análisis de sensibilidad (OR= 5.56, 95% CI: 3.87-7.98,  $p < 0.001$ ).

En este segundo estudio se llevaron a cabo también diversos análisis multivariante, los cuales muestran una fuerte asociación entre los estados de preocupación, su influencia en la AN (OR= 2.24, 95% CI: 1.34-3.72,  $p = 0.002$ ) y su influencia en los trastornos de ansiedad (OR = 3.34, 95% CI: 1.96-5.68,  $p < 0.001$ ); ambos resultados siendo independientes de la presencia de estado depresivo.

Estos análisis multivariante demostraron también que los estados depresivos actuaban como factor de riesgo para el desarrollo posterior de trastornos de ansiedad, independientemente de la presencia de estados de preocupación (OR = 2.65, 95% CI: 1.51-4.63,  $p = 0.001$ ).

Como conclusión del estudio de E.Lloyd, encontramos resultados contradictorios en cuanto a la asociación entre estados de preocupación/ansiedad y el desarrollo de AN; sin embargo, la influencia observada de los estados de preocupación sobre ambas AN y trastornos de ansiedad apoya la posibilidad de relacionar estos dos trastornos al poder compartir el mismo factor de riesgo.

El siguiente tema del que hablaremos va en relación con la prevalencia de suicidio, autolesiones y síntomas depresivos dentro de los TCA; tema que abordan los trabajos publicados en 2020 por V. Nascimento (27), en 2020 por G.Kiekens (28) y en 2019 por V.Hazzard (38).

V.Nascimento (27) incorpora 271 alumnos de una universidad pública del estado de Pernambuco, Brasil, en un estudio transversal con el objetivo de identificar síntomas de desórdenes alimentarios y su potencial asociación con el riesgo de suicidio y síntomas depresivos. Todos los participantes eran estudiantes de carreras relacionadas con la salud y mayores de 18 años (edad media 20 años).

Para ello, fueron utilizados diversos cuestionarios: EAT-26 para los síntomas de TCA, Test de Investigación de Bulimia de Edimburgo (BITE) para evaluar la prevalencia de BN, el Módulo C de la versión brasileña de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0.0 (MINI) evaluando el riesgo de suicidio y el cuestionario de autoevaluación de Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) para evaluar la presencia de síntomas depresivos. Además se llevó a cabo la determinación del perfil socioeconómico de los participantes mediante cuestionarios sociodemográficos de acuerdo con los Criterios de Clasificación Económica de Brasil.

Un 7.4% ( $n=20$ ) de los estudiantes obtuvo una puntuación compatible con TCA según el cuestionario EAT-26 y un 29.1% síntomas compatibles con Bulimia Nervosa según el cuestionario BITE; de los cuales un 24.7% y un 4.4% obtuvo puntuaciones medias y altas, respectivamente.

Con respecto al riesgo de suicidio según el MINI, un 86.3% de los participantes fueron considerados fuera de riesgo de suicidio y un 13.6% obtuvieron una puntuación entre 1 y 10; de estos últimos, el 7.4% se sitúan en riesgo bajo, 0,7% en riesgo intermedio y el 5.5% en riesgo alto de suicidio. Síntomas de depresión mayor (HAM-D) fueron detectados en el 17.3% (n=47) de los participantes.

Analizando la correlación entre las variables, se demuestra la asociación entre el riesgo de suicidio y el desarrollo de síntomas de TCA con un coeficiente de correlación de 0.20 (p=0.001). El riesgo de suicidio se demostró también asociado con la Bulimia Nervosa (p=0.001) y con el desarrollo de depresión mayor (coeficiente de correlación 0.36, p<0.001). Dentro de las variaciones entre sexos, se observa un mayor riesgo de desarrollo de desórdenes alimentarios entre la población femenina (p<0.001).

Este estudio viene a confirmar lo que ya se había publicado en literatura anterior, la existencia de una gran asociación entre el riesgo de suicidio y la presencia concomitante de desórdenes alimentarios o síntomas de trastornos depresivos. Aun así, como en estudios anteriormente comentados, el hecho de tratarse de un estudio transversal y de utilizar una muestra concreta de la población limita la validez externa de los resultados.

Un año antes, en 2019, con el objetivo de demostrar la asociación entre los distintos TCA de tipo purgativo y el desarrollo de síntomas depresivos, V.Hazzard (38) publica un estudio longitudinal basado en una cohorte de 12.040 jóvenes procedente del estudio estadounidense National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health (Add Health), que abarca 80 institutos y 52 colegios de EEUU.

Los datos en este estudio fueron recompilados a la edad de 18-26 años (inicio del estudio) y posteriormente a la edad de 24-32 años (seguimiento), utilizando la subescala de preocupación por la alimentación del cuestionario de examen de trastornos de la conducta alimentaria (EDE-Q) para los síntomas de tipo purgativo y 9 ítems modificados de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D) para valorar la presencia de síntomas depresivos, tanto al inicio del estudio como en el seguimiento. Además, fueron incluidas las siguientes covariables: edad y sexo, raza/etnia, estatus económico, nivel de educación parental y el IMC al inicio del estudio.

Dentro de los resultados, 5.9% de los participantes afirmaron sentirse avergonzados ante la cantidad de comida ingerida, 2.1% reportaron miedo a perder el control sobre la comida y el 0.9% afirmaron presentar ambos tipos de comportamientos. En estos tres ítems se observaron diferencias significativas en cuanto a la raza/etnia de los participantes (p=0.01, p=0.002 y p<0.001 respectivamente).

Las pruebas post-hoc afirmaron que los síntomas de vergüenza sobre la cantidad de comida ingerida eran más prevalentes entre la raza asiática que en la raza blanca no-hispánica (p<0.001), la sensación de miedo sobre la falta de control a la hora de comer se observó más prevalente entre la raza asiática (p<0.001) y la raza hispánica/latina (p=0.006) que sobre la raza blanca no-hispánica; ambos tipos de comportamientos se vieron a su vez más prevalentes sobre la raza asiática que entre la raza blanca no-hispánica (p<0.001), la raza negra no-hispánica (p<0.001) y la raza hispánica/latina (p=0.003).

La presencia de síntomas depresivos también se observó diferente según la raza/etnia ( $p < 0.001$ ) y los estudios post-hoc demuestran prevalencias más altas entre la raza negra no-hispánica, raza hispanica/latina y raza asiática en comparación con la raza blanca no-hispánica (todos con  $p < 0.001$ ). La asociación entre el miedo a la falta de control sobre la comida y la presencia de síntomas depresivos también difiere según la raza/etnia ( $p = 0.001$ ), siendo esta asociación más prevalente entre la raza blanca no-hispánica ( $p < 0.001$ ) y la raza asiática ( $p = 0.009$ ) pero no entre la raza negra no-hispánica ( $p = 0.48$ ) o la raza hispanica/latina ( $p = 0.92$ ). El resto de asociaciones no demostraron diferencias significativas ( $p > 0.05$ ).

**Longitudinal associations between binge eating-related concerns at baseline and depressive symptoms at follow-up.**

	<i>B</i> (95% CI)
Embarrassment over amount eaten	0.81 (0.41, 1.20)*
Fear of losing control over eating	1.57 (0.78, 2.37)*
Both binge eating-related concerns	1.75 (0.72, 2.78)*

CI = confidence interval. Models adjusted for age, sex, race/ethnicity, percent federal poverty level in adolescence, highest level of parent education, baseline body mass index, and baseline depressive symptoms.

**Figura 3: Asociaciones longitudinales entre síntomas de TCA y depresión ( $p < 0.001$ ). (38)**

Como conclusión de este estudio, la presencia de síntomas relacionados con TCA de tipo purgativo favorece el desarrollo de trastornos depresivos 7 años más tarde, pudiendo actuar como factor de riesgo. Además, las diferencias observadas entre las diferentes razas/etnias pueden servir como factor favorecedor a la hora de poder identificar los casos de más riesgo y poder prevenirlos. Una de las limitaciones que presenta es el uso de mediciones muy puntuales y únicas sobre los síntomas de tipo purgativo, lo cual pudo haber infraestimado los casos reales compatibles con TCA.

Por último, G.Kienkens (28) publica en 2020 una revisión bibliográfica con el objetivo de reunir los avances más actuales sobre los fenómenos autolesivos no suicidas y su asociación con los TCA, la gravedad de estos en el caso de co-ocurrir y las posibles causas y consecuencias psicosociales de esta asociación. Para ello, revisaron estudios que se dedicaran a investigar la co-ocurrencia entre los fenómenos autolesivos y el desarrollo de TCA en individuos que tuvieran historia personal de TCA, autolesiones o ambos.

Aunque son necesarios más estudios y trabajos longitudinales que se dediquen al estudio de la co-ocurrencia de estos dos trastornos, en esta revisión se pone de manifiesto la mayor asociación de los fenómenos autolesivos con el desarrollo de TCA de tipo purgativo/BN en comparación con aquellos de tipo restrictivo/AN; esta asociación se observa también en la dirección opuesta de los hechos.

Aquellas personas con comportamientos de tipo purgativo y, además, historia personal de autolesiones muestran una mayor variedad en la forma de llevar a cabo estas últimas, algo que puede actuar como predictor de una mayor severidad y cronicidad de las mismas. Al igual que en el caso anterior, esta asociación se muestra también en la dirección opuesta, observándose una mayor severidad del TCA en aquellos con historia anterior de autolesiones.

En los estudios revisados, se encuentran mayores tasas de pensamientos y actos suicidas entre los individuos que presentan ambos tipos de comportamientos, autolesivos y de tipo purgativo, siendo estos actos además de mayor gravedad. Se observan también una fuerte asociación con el riesgo futuro de desarrollar otros tipos de problemas de salud mental (especialmente depresión), deterioro del funcionamiento familiar, reducción de la capacidad de autorregulación emocional, problemas de identidad, baja autoestima, peor calidad de vida y mayores tasas de fracaso académico.

Todas estas asociaciones se encuentran en probable relación con el origen común de los dos tipos de comportamientos y la forma en la que pueden llegar a compartir los mismos factores de riesgo, entre ellos se encuentran la presencia de ansiedad, reactividad y desregulación emocional, desinhibición, labilidad cognitiva o exceso de perfeccionismo y autocrítica.

En cuanto al tratamiento de este tipo de pacientes, la presencia de ambos trastornos asocia mayores complicaciones clínicas y de respuesta al tratamiento, sobretudo dentro del tratamiento hospitalario y especializado. En este sentido, se observa importante adaptar el tratamiento cognitivo-conductual a cada necesidad individual.

Aunque se trata de una revisión bastante extensa y bien documentada, algunos de los resultados observados en los estudios son dispares y sería conveniente la realización de trabajos más específicos y con una visión más temporal de la asociación a estudio.

Uno de los factores psicopatológicos más recientemente estudiados hace referencia al término mentalización, entendiéndose como la capacidad de interpretar el comportamiento propio o ajeno a través de la atribución de estados mentales, y deficiencias en esta han demostrado estar asociadas con diversos problemas de salud mental, como pueden ser los TCA. Con el objetivo de investigar esta asociación y sus posibles consecuencias, G.Gagliardini (36) publica en 2020 un estudio basado en 157 adultos jóvenes mayores de 18 sometidos a una serie de cuestionarios: Escala de desequilibrios de mentalización (MIS), Escala de modelos de mentalización (MMS), Lista de verificación de trastornos de la personalidad, diagnósticos de TCA según la DSM5, Cuestionario de apego para adultos (AAQ), Cuestionario de dificultades en estrategias de regulación emocional (DERS), Escala básica de empatía (BES), Índice de reactividad interpersonal (IRI) y Cuestionario de funcionamiento reflexivo (RFQ).

Dentro de los participantes, un 41.4% (n=64) fue diagnosticado de AN (de los cuales 44 presentaban AN de tipo restrictivo y 20 de tipo purgativo), un 26.3% (n=41) presentaban BN, 16.2% (n=27) trastornos de tipo purgativo, el 8.4% (n=13) presentan otros trastornos de la conducta alimentaria específicos y el 7.7% (n=12) otros trastornos no específicos de la conducta alimentaria.

	"E" profile (N = 26)		"CAO" profile (N = 24)		"ASA" profile (N = 87)		"CSA" profile (N = 20)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
AN (restrictive)	5	19.2	13	56.5	18	21.2	8	40.0
AN (binge/purge)	2	7.7	2	8.7	13	15.3	3	15.0
BN	9	34.6	1	4.3	26	30.6	4	20.0
BED	7	26.9	2	8.7	3	15.3	3	15.0
Other specified ED	1	3.8	4	17.4	7	8.2	1	5.0
Not specified ED	2	7.7	1	4.3	8	9.4	1	5.0
PD	2	1.3	10	7.2	34	22	8	5.1

*AN, anorexia nervosa; BN, bulimia nervosa; BED, binge eating disorder; ED, eating disorder; PD, personality disorders.*

**Figura 4: Distribución de los diferentes trastornos en los cuatro perfiles. (36)**

Los resultados de la escala MIS sugieren la existencia de 4 diferentes perfiles en relación con la magnitud de los desequilibrios en la mentalización: externos (E), cognitivo externo (CAO), cognitivo propio (CAS) y afectivo propio (ASA). En el conjunto de los cuatro perfiles se muestra una distribución heterogénea en cuanto a los distintos tipos de TCA y de deficiencias en la capacidad de mentalización, así como en los aspectos clínicos de cada uno.

El perfil de tipo ASA comprende a más de la mitad de los participantes de la muestra, caracterizado por grandes desbalances dentro de las facetas afectivas, auto-orientadas y automática, con tendencia al cambio hacia modos de pensamiento más teológicos y concretos en términos de la realidad física. Este grupo de pacientes muestra mayor tendencia a tener dificultades a la hora de gestionar sus propias emociones y problemas de control de impulsos, estando esto relacionado con la mayor prevalencia de BN y trastornos de tipo purgativo, así como la mayor prevalencia de otros trastornos de personalidad comórbidos.

Los dos siguientes perfiles se caracterizan por mostrar mejores resultados dentro de la faceta cognitiva de la mentalización pero difieren en función del enfoque a uno mismo (CSA) o hacia otros (CAO). El perfil de tipo CSA se caracteriza por mostrar deficiencias dentro de la faceta afectiva, centrándose en la faceta cognitiva enfocada en uno mismo y mostrando actitudes negativas hacia la presencia de emociones, así como menos capacidad para sentir empatía hacia los demás. El perfil de tipo CAO comparte el mismo enfoque cognitivo que el tipo CSA, pero muestra mayores dificultades a la hora de hacer la diferenciación entre uno mismo y hacia los demás, asociando un tipo de pseudomentalización intrusiva en la que no se respeta la opacidad de la mente de otros.

Dentro de estos dos grupos, el tipo de TCA más prevalente fue la AN, algo que apoya el estereotipo de ‘paciente anoréxico frío, rígido y con problemas de afecto hacia los demás’; sin embargo, este tipo de desbalances también se observaron presentes en pacientes bulímicos o de tipo purgativo, lo cual es sugestivo de que defectos en la capacidad de mentalización pueden ser considerados como una variable transdiagnóstica.

El cuarto perfil, de tipo E, se caracteriza por depender excesivamente de signos y expresiones externas, asociando un tipo de hipermentalización centrada en la necesidad de

controlar todos los factores externos pero siendo incapaces de regular adecuadamente sus propias emociones e impulsos. Este tipo de perfil se muestra prevalente en los trastornos de tipo BN y tipo purgativos, algo que lleva a pensar en la asociación de estos con los desequilibrios de la capacidad de mentalización, tanto por defecto como por exceso de esta.

A pesar de que este estudio tiene varias limitaciones, como el amplio abanico de edad de los participantes o la distribución no homogénea de los diferentes tipos de TCA, abre el camino para investigar sobre las diferentes facetas de la mentalización y la influencia que puede tener en el tratamiento de cada paciente.

Dentro del mismo concepto de mentalización, S.Sacchetti (37) publica en 2019 un estudio de casos y controles en el que pretende investigar la relación entre los desbalances de la mentalización y la Bulimia Nervosa; además, introduce en la investigación el Trastorno Límite de la personalidad (TLP) como posible relación comórbida en este ámbito.

Este estudio está formado por un total de 140 participantes de entre 18 y 55 años, 53 de ellos con diagnóstico de BN y 87 controles sanos. Los cuestionarios utilizados para llevar a cabo el estudio fueron: Examen-cuestionario de trastornos alimentarios (EDE-Q), Cuestionario de capacidad reflexiva (RFQ), Test de la mirada revisado (RMET), Escala de diferenciación-relación (DR-S), Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) y Escala de calificación de Zanarini para el trastorno límite de la personalidad (ZAN-BPD).

Utilizando el análisis de varianza ANOVA, aquellos sujetos con BN mostraron niveles más elevados de ansiedad (DASS-21) y niveles más altos en el cuestionario para Trastorno Límite de personalidad ZAN-BPD. Afirmando la primera hipótesis de este estudio, estos pacientes con BN reportan mayores dificultades relacionadas con la capacidad de mentalización con bajas puntuaciones en los cuestionarios correspondientes (RFQ); sin embargo, analizando la influencia del TLP no se encontraron diferencias significativas, indicando que tanto la BN como el TLP actúan de forma independiente sobre la capacidad de mentalización, de esta forma afirma la hipótesis parcialmente, ya que la mentalización alterada se observa como una característica de la BN y no solo como un subproducto de una sintomatología comórbida.

El segundo objetivo de este estudio era investigar la relación entre la capacidad de mentalización y el grado de severidad de la BN, para lo que no se encontró una correlación significativa, sugiriendo que la capacidad de mentalización podría actuar como una variable estable e independiente de la gravedad de los síntomas de BN. Sin embargo, en estos pacientes diagnosticados de BN si se ha observado una relación de la gravedad de los síntomas con la incidencia de problemas psicopatológicos (DASS-21), a su vez correlacionado con la incidencia de TLP (ZAN-BPD).

Dentro de los sujetos sanos, no se ven asociaciones entre el TLP (ZAN-BPD) y la capacidad de mentalización ( $p=0.26$ ); si bien, cuando los cuestionarios de mentalización RFQ y RMET se analizan por separado, ambos se observan significativamente asociados con el nivel de TLP (ZAN-BPD) ( $p<0.01$  y  $p<0.05$ ).

Finalmente, se han analizado por separado los dos rasgos del cuestionario RFQ: reconocimiento sobre los estados mentales (RFQ-C) y falta de conocimiento sobre los estados mentales (RFQ-U). Aquellos pacientes con BN mostraron una puntuación significativamente

alta en comparación a los sujetos sanos en el RFQ-U y significativamente baja en el RFQ-C, dando a entender la existencia de un desbalance en la capacidad de mentalización en este tipo de pacientes, tanto de hipermentalización como hipomentalización, lo que indica una falta de comprensión de los estados mentales hacia uno mismo y hacia los demás.

En conclusión, este estudio apoya la hipótesis de que desbalances en la capacidad de mentalización pueden actuar como factor etiológico y perpetuante de síntomas de tipo BN, pudiendo beneficiarse del desarrollo de tratamientos específicos para paliar ese desequilibrio.

Dentro de este mismo campo de la psicopatología, los últimos estudios de los que hablaremos se centran en la importancia de la capacidad de regular nuestras propias emociones y la influencia de estas, junto con la presencia de pensamientos negativos u obsesivos, en el desarrollo de diferentes tipos de TCA.

El primero de estos estudios es el publicado en 2019 por J.Svaldi (39), en él se recluta a 79 individuos diagnosticados de trastornos de tipo purgativo con el objetivo de investigar si déficits en la capacidad de regulación emocional pueden actuar como perpetuantes de los episodios de atracones en estos pacientes; para esto fue utilizada la herramienta de evaluación ecológica momentánea (EMA) durante un periodo de 15 días.

Aquellos días en los que los participantes sufrían episodios de atracones mostraban también mayores niveles de emociones negativas, con un aumento de media de 0.21 puntos en comparación con aquellos días en los que estos episodios no ocurrían. Sin embargo, no se observan diferencias significativas entre la intensidad de estas emociones negativas antes y después de un episodio de atracón ( $p=0.251$ ).

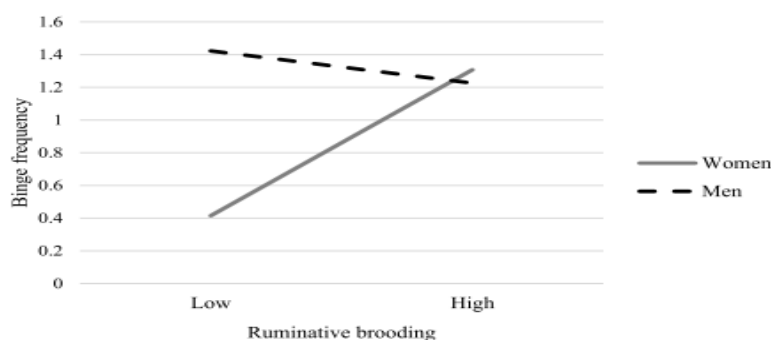
La aplicación de forma exitosa de estrategias para la regulación emocional se ve asociada en este estudio con la reducción de la probabilidad de episodios de atracón, tanto en situaciones de alto riesgo como de bajo riesgo ( $<0.001$ ). De hecho, el simple aumento de 1 punto en la escala redujo la posibilidad de los episodios en un 50% en pacientes de riesgo bajo, y un 62% en pacientes de alto riesgo; el aumento de 2, 3 o 4 puntos en la escala redujo la posibilidad de estos episodios en un 75%, 88% y 94% respectivamente en pacientes de riesgo bajo, y un 86%, 95% y 97% respectivamente en pacientes de alto riesgo. No obstante, la aplicación de este tipo de estrategias no muestra una influencia clara en los niveles de esas emociones negativas y su asociación con los episodios de atracones, no actuando como intermediario y dando a entender que la simple aplicación de estas estrategias sin tener en cuenta su éxito no tiene influencia en los síntomas compatibles con trastornos de tipo purgativo.

La presencia de rumiación, entendida como la existencia de pensamientos obsesivos y repetitivos sobre un tema que nos preocupa, fue también medida en este estudio mediante una escala de 0 a 4 puntos y viéndose asociada con un incremento en las posibilidades de padecer episodios de atracón. En concreto, el aumento de 1 punto en la escala aumentaba un 28% la probabilidad de padecer estos episodios, mientras que el aumento de 2, 3 o 4 puntos aumentaba la probabilidad de estos episodios un 64%, 110% y 168% respectivamente. Pero, al igual en el caso anterior, tampoco muestra influencia como variable intermediaria entre la presencia de estados de ánimo o emociones negativas y la probabilidad de sufrir un episodio de atracón.

El siguiente estudio pretende examinar la influencia de pensamientos rumiativos y mecanismos de supresión de pensamientos sobre los síntomas de TCA, independientemente de la presencia e intensidad de estados de ánimo o emociones negativas, y evaluar si hay diferencias entre sexos. K.Smith (40) publica en 2019 este estudio de 263 jóvenes en el que se completan una serie de cuestionarios: Escala diagnósticas de desórdenes alimentarios (EDDS), Cuestionario en versión corta de síntomas de ansiedad y del estado de ánimo (MASQ-SF), Escala de respuesta rumiativa (RRS), Inventario de supresión de White Bear (WBSI).

En el total de la muestra, 53.6% de los participantes reportan episodios regulares de atracones, vómitos, ayuno y/o ejercicio excesivo. La prevalencia de TCA incluye un 0.4% de AN, 5.3% de BN, 1.5% trastorno por atracón, 0.4% AN subumbral, 3.4% BN subumbral y 1.5% trastorno por atracón subumbral.

En general, mayores niveles de estados de ánimo negativos o síntomas depresivos se ven relacionados con mayor sintomatología patológica de TCA y mayor frecuencia de ejercicio físico excesivo, pero, la presencia de pensamientos rumiativos o mecanismos de supresión no se vieron significativamente asociados con sintomatología de desórdenes alimentarios en general. Más específicamente, para el Trastorno por atracón si se encontró una interacción significativa en cuanto al sexo de los participantes y la presencia de rumiación; demostrando una relación positiva en el sexo femenino ( $p < 0.001$ ), al contrario que en el sexo masculino ( $p = 0.17$ ), y actuando como factor contribuyente al trastorno por atracón en el sexo femenino.



**Fig. 1.** Relationships between ruminative brooding and binge eating frequency in women and men.

**Figura 5:** Interacción rumiación-trastorno por atracón (40)

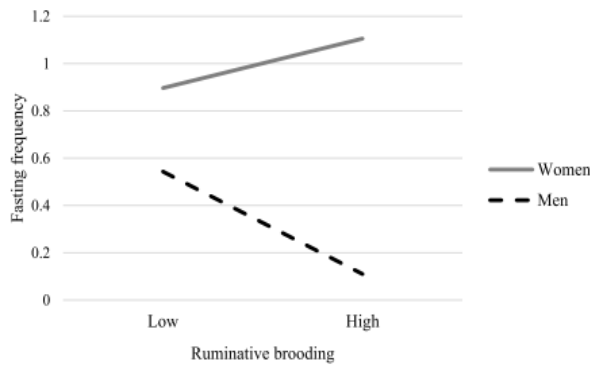


Fig. 2. Relationships between ruminative brooding and fasting frequency in women and men.

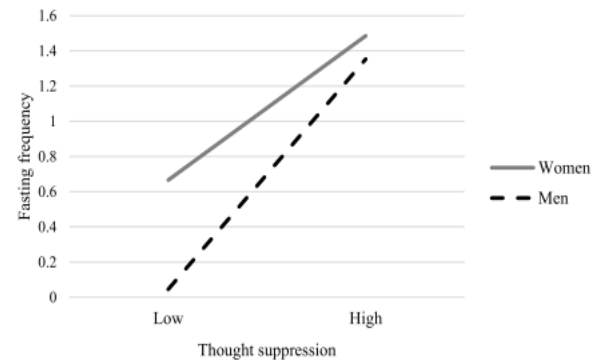


Fig. 3. Relationships between thought suppression and fasting frequency in women and men.

**Figuras 6 y 7: Interacción de rumiación y supresión de pensamientos con episodios de ayuno. (40)**

En relación a la presencia de episodios de ayuno, en este caso si se observaron diferencias entre sexos, la presencia de rumiación y de mecanismos de supresión. En el sexo masculino, la presencia de rumiación se vio asociada con menor frecuencia de ayuno ( $p=0.008$ ), pero la supresión de pensamientos se observa favorecedora de episodios de ayuno más frecuentes ( $p=0.006$ ). En el sexo femenino, no se vieron asociaciones significativas entre la rumiación y los episodios de ayuno ( $p=0.359$ ) pero si se observan mayores mecanismos de supresión de pensamientos en relación con la mayor frecuencia de ayuno ( $p=0.002$ ). La interacción entre sexos de la presencia de supresión en relación al ayuno mostró mayores fuerzas de asociación en el sexo masculino en comparación al femenino.

Este estudio saca como conclusiones que, mientras que la presencia de rumiación y pensamientos obsesivos puede tener una fuerte influencia en el desarrollo de Trastorno por atracón entre las mujeres, la presencia de mecanismos de supresión de pensamientos puede tener un papel importante en el desarrollo de TCA de tipo restrictivo entre los hombres.

Un año antes, el mismo autor K.Smith (43) publica un meta-análisis de 38 estudios centrado también en la capacidad rumiativa de cada individuo y la influencia de esta en la psicopatología de los TCA.

En línea con la literatura anterior, en este meta-análisis se muestra de forma evidente una clara relación entre la presencia de rumiación y el desarrollo de psicopatología de TCA, actuando como factor adyuvante y siendo, además, una relación recíproca en ambos sentidos. Esta relación se ve disminuida en cuanto a desórdenes alimentarios de tipo restrictivo, sin embargo no se observan diferencias significativas en este sentido, lo cual apoya la hipótesis de que la presencia de rumiación puede actuar como un fenómeno transdiagnóstico entre la psicopatología de AN y BN.

Otra de las conclusiones realizadas evidencia que la presencia de rumiación en respuesta a estados depresivos o insatisfacción corporal establece una relación con el aumento de sintomatología compatible con desórdenes alimentarios y estado de ánimo deprimido, apoyando una vez más la relación temporal y causal entre los pensamientos rumiativos u obsesivos y la psicopatología de TCA. Ahora bien, a pesar de la creciente investigación en esta área de la psicopatología, es necesaria la realización de estudios de carácter longitudinal y de evaluación de muestras clínicas, sobre todo de cara a evaluar la posible interacción que pueda tener con otros factores y su influencia en el desarrollo de los TCA.

## 8. Discusión

En la presente revisión se han seleccionado 13 estudios con el objetivo de esclarecer lo máximo posible la visión actual sobre la psicopatología de los TCA. De estos estudios, 5 de ellos fueron de diseño transversal, otros 5 de carácter prospectivo, 1 estudio de carácter retrospectivo, una revisión bibliográfica y un meta-análisis.

En la mayoría de los casos, estos estudios se centran en una muestra específica de la población por lo que sería importante la realización de estudios longitudinales más amplios con resultados extrapolables a la población. Además, aquellos estudios de corte transversal no permiten establecer relaciones causales y temporales, ya que solo permiten realizar una fotografía del momento actual.

### 8.1 ANOREXIA NERVOSA

Comenzábamos la revisión con el estudio realizado por L. Robinson et al. (25), en él se ponen de manifiesto numerosas variables genéticas implicadas etiológicamente en el desarrollo de TCA, en cambio el estudio se enfoca mayoritariamente en el desarrollo de BN y Trastorno por atracón. Los pocos resultados obtenidos en relación a la AN no son para nada sorprendentes, mostrando asociación causal y temporal entre síntomas depresivos y ansiedad generalizada, fenómenos autolesivos, problemas emocionales y abuso de tabaco. Además, la presencia de niveles elevados de IMC se muestra en relación con la aparición de trastornos de tipo restrictivo y AN, lo que a su vez puede evolucionar hacia síntomas de tipo purgativo/atracón y BN; mostrándose una asociación etiológica entre los tres tipos de TCA.

Más específicamente dentro de la AN, P. Longo et al. (7) trata de esclarecer la relación entre el Trastorno de estrés postraumático y el antecedente de abusos como factores de riesgo para la AN. En este estudio, la presencia de abuso infantil o eventos traumáticos durante de la infancia fueron mayoritariamente reportados entre los individuos con AN, mostrándose como factores de riesgo para su desarrollo. Adicionalmente, el diagnóstico completo de Trastorno de estrés postraumático (no el simple hecho de haber experimentado un evento traumático) asocia mayores niveles de ansiedad y de preocupación excesiva por el peso y aspecto físico y, en consecuencia, mayor severidad de síntomas de AN.

Este mismo concepto aborda el estudio de V. Malisnaukiene et al. (42), el cual establece que haber sufrido algún tipo de experiencia traumática predispone al debut de desórdenes alimentarios a través de síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático. En este caso no se tiene en cuenta el tipo de TCA diagnosticado pero si se observa mayor prevalencia de experiencias traumáticas y de TEPT entre mujeres. Además, este estudio pone de manifiesto la existencia de una relación bidireccional entre el antecedente de abuso emocional durante la infancia y el desarrollo de TCA.

Uno de los factores de riesgo para AN mejor estudiados es la presencia de trastornos de ansiedad, la cual se ha visto también como factor perpetuante. E. Lloyd et al. (24) trata de probar esta asociación mediante la triangulación de dos estudios. En estos estudios, los resultados en

cuanto a la asociación de síntomas de ansiedad y preocupación con la AN son contradictorios, mostrándose asociaciones débiles que se beneficiarían de la realización de estudios longitudinales más amplios que investiguen esta relación causal. No obstante, al llevar a cabo análisis multivariantes, se observa la existencia de una relación causal entre los estados de preocupación y el desarrollo de trastornos de ansiedad y AN; pudiendo actuar en este caso como factor de riesgo para ambos procesos y, en consecuencia, relacionando también la presencia de trastornos de ansiedad con el desarrollo de síntomas de AN al compartir el mismo factor de riesgo etiológico.

Por último, hablábamos de mentalización y rumiación, dos nuevos conceptos que se están haciendo hueco dentro de la psicopatología y que ya se han visto involucrados en diferentes trastornos de la salud mental. Respecto a la AN, los estudios de G. Gagliardini et al. (36) y K. Smith et al. (41,43) tratan de comprobar estas asociaciones.

G. Gagliardini et al. (36) establece 4 tipos de perfiles psicopatológicos en base a la capacidad de mentalización. Los perfiles de tipo CAO y CSA, caracterizados por destacar en la faceta cognitiva de la mentalización y mostrar deficiencias en las facetas más afectivas, fueron los más prevalentes dentro del diagnóstico de AN; sin embargo, esta asociación no es exclusiva de la AN, mostrándose también prevalente en pacientes con diagnóstico de BN y sugiriendo que deficiencias en la capacidad de mentalización se trate de una variable transdiagnóstica.

K. Smith et al. (40) se centra en el concepto de rumiación y en cómo puede asociarse a los distintos tipos de TCA. En este estudio la presencia de rumiación y pensamientos obsesivos se muestra en relación con el desarrollo de Trastorno por atracón, observándose como factor de riesgo dentro del sexo femenino. Por el contrario, en relación a la presencia de síntomas restrictivos y AN, la asociación que se muestra va en relación con la presencia de mecanismos de supresión de pensamientos, inclinándose la balanza en este caso hacia el sexo masculino y actuando como factor de riesgo para este.

De parte del mismo autor, un año antes publica una meta-análisis en el que confirma la influencia que ejerce la presencia de rumiación en la psicopatología de los TCA, mostrándose como una relación bidireccional. Además de actuar como factor coadyuvante de los TCA, actúa como un fenómeno transdiagnóstico al no mostrar diferencias significativas entre los diferentes tipos de TCA.

## 8.2 BULIMIA NERVOSA Y TRASTORNO POR ATRACÓN

Al igual que comentábamos antes, partimos del estudio de L. Robinson et al. (25) para establecer una visión general en relación a la BN y al Trastorno por atracón. En este estudio, el desarrollo de BN se demuestra asociado con antecedentes personales de abuso de drogas y alcohol, síntomas tempranos de TDAH y bajos niveles de amabilidad; mientras que el desarrollo de Trastorno por atracón se observa asociado a mayores niveles de neuroticismo e inestabilidad emocional. Ambos tipos de trastornos muestran estar influenciados por antecedentes personales de fenómenos autolesivos y problemas de alteración de la conducta, asociándose además con el posible desarrollo futuro de trastornos de ansiedad y depresión. Esta misma asociación se pone de manifiesto en el estudio de V. Hazzard et al. (38), en el que se demuestra que la presencia de trastornos de tipo purgativo/atracón favorece el desarrollo de trastornos depresivos 7 años después, observándose también diferencias entre las distintas razas y etnias, lo que puede servir de ayuda a la hora de realizar una prevención eficaz.

La asociación de conductas de tipo autolesivas con el desarrollo de BN/trastornos de tipo purgativo se establece también en la revisión realizada por G. Kiekens et al. (28). No solo se observa una mayor prevalencia de fenómenos autolesivos, sino que estos actos tienden a presentarse de forma más grave y variable, llevando al aumento de las tasas de pensamientos y actos suicidas. Estas asociaciones se muestran con carácter bidireccional, influyendo también en la severidad del TCA.

El estudio transversal de V. Nascimento et al. (27) apoya el mayor riesgo de suicidio observado en estos trastornos de tipo BN/purgativo. Estableciendo además una fuerte asociación con el riesgo futuro de desarrollar otros tipos de problemas de salud mental (especialmente depresión), deterioro del funcionamiento familiar, reducción de la capacidad de autorregulación emocional, problemas de identidad, baja autoestima, peor calidad de vida y mayores tasas de fracaso académico.

Todas estas asociaciones se encuentran en probable relación con la existencia de antecedentes psicopatológicos comunes que actúan como factores de riesgo, entre ellos encontramos la presencia de ansiedad, reactividad y desregulación emocional, desinhibición, labilidad cognitiva o exceso de perfeccionismo y autocriticismo.

Por otra parte, A. Monteleone et al. (35) refleja los antecedentes de abuso emocional infantil como el único tipo de maltrato infantil vinculado con el desarrollo de síntomas de BN, a través de un proceso en el que intervienen la falta de eficacia y consciencia interoceptiva de estos pacientes; todo esto ligado con deficiencias a la hora de detectar, regular y adaptarse a sus propios procesos emocionales internos. Dentro del grupo de Trastorno por atracón, se incluye en este proceso la presencia de impulsividad intrínseca en la personalidad de cada individuo.

En relación a esta capacidad de regular las propias emociones y la capacidad de mentalización se establecen los 4 perfiles psicopatológicos de G. Gagliardini et al. (36). Involucrados con la mayor prevalencia de BN y trastorno por atracón se encuentran el perfil de tipo ASA, caracterizado por presentar grandes desbalances dentro de las facetas afectivas, problemas de gestión de emociones y control de impulsos, y el perfil de tipo E, caracterizado

por revelar un estado de hipermentalización hacia los factores externos y presentando deficiencias a la hora de regular sus propias emociones e impulsos.

Apoyando estas afirmaciones, en el estudio de S. Sacchetti et al. (37) los desbalances en la capacidad de mentalización se observan como una característica estable de la BN, mostrándose además independiente a la gravedad de los síntomas de BN y a la presencia de síntomas de Trastorno Límite de la personalidad.

Estos dos últimos estudios dan a entender que el vínculo entre la capacidad de mentalización y la BN se establece tanto por exceso como por defecto, indicando una falta de comprensión intrínseca de los estados mentales hacia uno mismo y hacia los demás.

La aplicación exitosa de estrategias para la regulación emocional se muestran en el estudio de J. Svaldi et al. (39) como eficaces a la hora de reducir la posibilidad de episodios de tipo atracón y purgativos, tanto en situaciones de bajo riesgo como de alto riesgo; no obstante, no se exponen influencias en los niveles de emociones negativas y su asociación con estos episodios, no actuando como intermediarias entre estas dos variables.

Actuando también como factor de riesgo adyuvante para los episodios de tipo purgativo/atracón se evidencia, en este mismo estudio, la presencia de rumiación, entendida como un tipo de pensamientos repetitivos y obsesivos sobre un tema en concreto. Sin embargo, y al igual que en el caso anterior, tampoco se muestra como variable intermedia en asociación con los estados de ánimo deprimido y emociones negativas.

### **8.3 TRATAMIENTO DE CARA AL FUTURO**

El tratamiento de este tipo de pacientes se convierte en una tarea especialmente delicada con tasas de abandono marcadamente elevadas, sobre todo debido a la escasa conciencia de enfermedad que presentan en la mayoría de casos.

Al margen de las complicaciones físicas y médicas que pueden llegar a sufrir, se tratan de patologías mayoritariamente psiquiátricas en las que el componente psicológico ocupa un gran lugar. Por este motivo, es necesario entender este tipo de patologías como un conjunto de procesos diferentes e individuales para cada persona en las que la creación de un vínculo empático, de apoyo y de confianza médico-paciente es fundamental a la hora de mejorar la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento.

La literatura revisada muestra que la mayoría de los casos de abandono del tratamiento se deben a que estos pacientes no sienten que el tratamiento sea el adecuado para ellos, al no ser mayoritariamente personalizado e individualizado, manifestando que se sentían ‘fuera de lugar’ respecto al resto de pacientes con el mismo tipo de terapia (44).

Los avances obtenidos en un intento sentar las bases para la diferenciación de las condiciones psicopatológicas premórbidas exteriorizan la necesidad de incorporar terapias más novedosas y personalizadas a las características individuales de cada paciente, mostrándose más eficaces que las terapias clásicas y pudiendo utilizarse en combinación con estas en el caso de ser necesario. (45,46)

## 9. Conclusiones

En esta revisión se ponen de manifiesto los numerosos avances obtenidos que ayudan a esclarecer este campo de la psiquiatría y como las variables genéticas y de personalidades intrínsecas en cada persona pueden influir en el desarrollo y evolución de patologías como los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Algunas de las conclusiones obtenidas son:

- Afirmando la literatura anterior sobre el tema, encontramos asociaciones estables entre el desarrollo de Trastornos de la conducta alimentaria y variables como la presencia de personalidades inestables, perfeccionistas y neuróticas o las asociaciones con síntomas depresivos y de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, fenómenos autolesivos con riesgo de suicidio y problemas de conducta y control de impulsos.
- Se incluyen dos conceptos nuevos en este campo de la psicopatología como son la mentalización y rumiación, que aunque hace falta seguir estudiando e investigando, prometen ser dos variables influyentes en el conjunto de la patología psiquiátrica.
- La aplicación de estas evidencias de cara a la práctica clínica y al empleo de terapias cognitivo-conductuales dirigidas e individualizadas es un importante paso para conseguir un diagnóstico y tratamiento precoz, y así poder disminuir en lo posible la duración y severidad de estas patologías.

Para finalizar, mayores estudios e investigaciones al respecto son necesarios para conseguir resultados extrapolables al conjunto de la población y esclarecer algunos conceptos que continúan en discusión hoy en día. Así como, investigaciones en el resto de subtipos de TCA menos prevalentes pero igualmente importantes, ya que la mayoría de publicaciones existentes se dedican casi exclusivamente al estudio de la Anorexia y Bulimia Nervosa.

ANEXO 1

Cuestionario EAT-40

**Eating Attitudes Test (EAT-40).**

Marca con una X la opción de respuesta, N= nunca; CN= casi nunca; AV= a veces; BV= bastantes veces; CS= casi siempre; S= siempre. Se honesto, recuerda que es confidencial.

	N	CN	AV	BV	CS	S
1. Me gusta comer con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Prepare comidas para otros, pero yo no me las como	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me da mucho miedo pesar demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Procuro no comer aunque tenga hambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me preocupa mucho por la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A veces me he «atracado» de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me siento lleno/a después de las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vomito después de haber comido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Me siento muy culpable después de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me peso varias veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Disfruto comiendo carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Me levanto pronto por las mañanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Cada día como los mismos alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Tengo la menstruación regular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Tardo en comer más que las otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Disfruto comiendo en restaurantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Tomo laxantes (purgantes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Procuro no comer alimentos con azúcar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Como alimentos de régimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Siento que los alimentos controlan mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Me controlo en las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Noto que los demás me presionan para que coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Tengo estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Me siento incómodo/a después de comer dulces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Me comprometo a hacer régimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Me gusta sentir el estómago vacío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ANEXO 2

Cuestionario EAT-26**EAT - 26 Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (Eating Attitudes Test)**

Nombre: \_\_\_\_\_

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me gusta comer con otras personas						
2. Procuero no comer aunque tenga hambre						
3. Me preocupo mucho por la comida						
4. A veces me he "atrachado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: pan, arroz, patatas, etc)						
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento muy culpable después de comer						
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15. Tardo en comer más que las otras personas						
16. Procuero no comer alimentos con azúcar						
17. Como alimentos de régimen						
18. Siento que los alimentos controlan mi vida						
19. Me controlo en las comidas						
20. Noto que los demás me presionan para que coma						
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces						
23. Me comprometo a hacer régimen						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26. Tengo ganas de vomitar después de las comida						

ANEXO 3

Cuestionario ChEAT

**TEST DE ACTITUDES ALIMENTICIAS PARA ADOLESCENTES  
ChEAT-26**

Instrucciones: Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo te sientes. Lee cada frase y marca la respuesta que más se ajusta a cómo te has sentido durante el último mes. No pienses mucho las respuestas. Lo más seguro es que si respondes deprisa tus respuestas podrán reflejar mejor cómo te encuentras.

Al finalizar el cuestionario por favor suma las puntuaciones y anótalas en cada espacio considerando la siguiente escala.						Siempre	Casi siempre	A menudo	Alguna veces	Casi nunca	Nunca
Siempre	Casi siempre	A menudo	Alguna veces	Casi nunca	Nunca						
5	4	3	2	1	0						
1.	Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a										
2.	Procuro no comer cuando tengo hambre										
3.	La comida es para mí una preocupación habitual										
4.	He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer.										
5.	Corto mis alimentos en trozos pequeños										
6.	Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como.										
7.	patatas, etc ).										
8.	Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más.										
9.	Vomito después de comer.										
10.	Me siento muy culpable después de comer.										
11.	Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a										
12.	Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías										
13.	Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a										
14.	Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis										
15.	Tardo más tiempo que los demás en comer.										
16.	Procuro no comer alimentos que tengan azúcar.										
17.	Tomo alimentos dietéticos										
18.	Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida										
19.	Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida										
20.	Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más										
21.	Paso demasiado tiempo pensando en la comida										
22.	No me siento bien después de haber tomado dulces.										
23.	Estoy haciendo régimen.										
24.	Me gusta tener el estómago vacío.										
25.	Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías										
26.	Después de las comidas tengo el impulso de vomitar.										
Subtotal											
Total											

## ANEXO 4

Cuestionario CTQ

**Escala de Acontecimientos Traumáticos en la Infancia  
(Childhood Trauma Questionnaire, CTQ)**

Instrucciones: Este cuestionario aborda experiencias que pudo tener durante su infancia o adolescencia. Para cada cuestión, marque la casilla que mejor le convenga. Aunque algunas preguntas se refieren a temas íntimos y personales, es importante responder honestamente.

<b>Cuando era pequeño y/o adolescente</b>	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>A veces</b>	<b>A menudo</b>	<b>Casi siempre</b>
1. No tenía suficiente para comer					
2. Me sentía cuidado y protegido					
3. Algunos miembros de mi familia me llamaban "tonto", "vago" o "feo"					
4. Mis padres estaban demasiado borrachos o "colocados" para ocuparse de la familia					
5. Alguien de mi familia me hacía sentir importante o especial					
6. Tenía que vestirme con ropa sucia					
7. Me sentía querido					
8. Pensaba que mis padres no querían que hubiera nacido					
9. Me golpeaban tan fuerte que tuve que ir al médico o al hospital					
10. No he querido cambiar de familia					
11. Algún miembro de mi familia me pegaba tan fuerte que me dejaba marcas o moratones					
12. Me castigaban con un cinturón, un palo, una cuerda u otro objeto contundente					
13. Los miembros de mi familia cuidaban unos de otros					
14. Miembros de mi familia me insultaban o decían cosas que me hacían daño					
15. Creo que he sido maltratado físicamente					
16. He tenido una infancia perfecta					
17. Me golpeaban tan fuerte que alguien llegó a notar las marcas (ej.					
18. Sentía que alguien de mi familia me odiaba					

## ANEXO 5

### Cuestionario de cribado SCOFF

**TABLA  
1** Traducción al español  
del cuestionario SCOFF

---

Pregunta 1. ¿Usted se provoca el vómito porque se siente muy llena?

---

Pregunta 2. ¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?

---

Pregunta 3. ¿Ha perdido recientemente más de 7 kg en un período de 3 meses?

---

Pregunta 4. ¿Cree que está gorda aunque los demás digan que está demasiado delgada?

---

Pregunta 5. ¿Usted diría que la comida domina su vida?

---

---

## ANEXO 6

Cuestionario de ansiedad STAI

**CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO – RASGO  
(STAI)**

**A-E**

## INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE USTED AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalado la respuesta que mejor describa a su situación presente

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy Tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mi mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy “atado” (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

**COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA**

---

ANEXO 7

Cuestionario neuropsiquiátrico MINI

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional  
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

2

Nombre del paciente: _____	Número de protocolo: _____
Fecha de nacimiento: _____	Hora en que inició la entrevista: _____
Nombre del entrevistador: _____	Hora en que terminó la entrevista: _____
Fecha de la entrevista: _____	Duración total: _____

Módulos	Período explorado	Cumple los criterios	DSM-IV	CIE-10
A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
		<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
B. TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>		
C. RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Rango: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>		
D. EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E. TRASTORNO DE ANGSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F. AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
G. FOBIA SOCIAL (Trastorno de ansiedad social)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I. ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J. DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.00	F10.1
K. DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L. TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.5/293.81/293.82 293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ANIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.5/F33.3
M. ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N. BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO compulsiva/purcativa	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

## 11. Bibliografía

1. Pablo Méndez J, Vázquez-Velázquez V, García-García E. Los trastornos de la conducta alimentaria Eating disorders [Internet]. Vol. 65. 2008 [cited 2021 Jan 31]. Available from: [www.medigraphic.com](http://www.medigraphic.com)
2. Carolina LG, Janet T. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2011 Jan 1;22(1):85–97.
3. Smink FRE, Van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*. 2012 Aug;14(4):406–14.
4. Micali N, Hagberg KW, Petersen I, Treasure JL. The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: Findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open* [Internet]. 2013 [cited 2021 Feb 11];3(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23793681/>
5. Uzunian LG, Vitale MS de S. Social skills: A factor of protection against eating disorders in adolescents. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2021 Jan 19];20(11):3495–508. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26602727/>
6. Hübel C, Marzi SJ, Breen G, Bulik CM. Epigenetics in eating disorders: a systematic review. Vol. 24, *Molecular Psychiatry*. Nature Publishing Group; 2019. p. 901–15.
7. Longo P, Marzola E, De Bacco C, Demarchi M, Abbate-Daga G. Young patients with anorexia nervosa: The contribution of post-traumatic stress disorder and traumatic events. *Med*. 2021 Dec 1;57(1):1–10.
8. Westmoreland P, Krantz MJ, Mehler PS. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia [Internet]. Vol. 129, *American Journal of Medicine*. Elsevier Inc.; 2016 [cited 2021 Jan 19]. p. 30–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26169883/>
9. Griffiths S, Murray SB, Krug I, McLean SA. The Contribution of Social Media to Body Dissatisfaction, Eating Disorder Symptoms, and Anabolic Steroid Use among Sexual Minority Men. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2021 Jan 19];21(3):149–56. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29363993/>
10. Devrim A, Bilgic P, Hongu N. Is There Any Relationship Between Body Image Perception, Eating Disorders, and Muscle Dysmorphic Disorders in Male Bodybuilders? *Am J Mens Health*. 2018 Sep 1;12(5):1746–58.
11. Skowron K, Kurnik-lucka M, Dadański E, Bętkowska-Korpała B, Gil K. Backstage of eating disorder—about the biological mechanisms behind the symptoms of anorexia nervosa. Vol. 12, *Nutrients*. MDPI AG; 2020. p. 1–32.
12. Gómez-Candela C, Palma Milla S, Miján-de-la-Torre A, Rodríguez Ortega P, Matía Martín P, Loria Kohen V, et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. Vol. 35, *Nutricion hospitalaria*. 2018. p. 11–48.

13. Støving RK. Anorexia nervosa and endocrinology: A clinical update. Vol. 180, *European Journal of Endocrinology*. BioScientifica Ltd.; 2019. p. R9–27.
14. Xiao Y, Liu D, Cline MA, Gilbert ER. Chronic stress and adipose tissue in the anorexic state: endocrine and epigenetic mechanisms. Vol. 9, *Adipocyte*. Bellwether Publishing, Ltd.; 2020. p. 472–83.
15. Misra M, Klibanski A. The neuroendocrine basis of anorexia nervosa and its impact on bone metabolism. Vol. 93, *Neuroendocrinology*. 2011. p. 65–73.
16. Cuerda C, Vasiloglou MF, Arhip L. Nutritional Management and Outcomes in Malnourished Medical Inpatients: Anorexia Nervosa. *J Clin Med* [Internet]. 2019 Jul 17 [cited 2021 Mar 3];8(7):1042. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31319585>
17. Mehler PS, Krantz MJ, Sachs K V. Treatments of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa [Internet]. Vol. 3, *Journal of Eating Disorders*. BioMed Central Ltd.; 2015 [cited 2021 Mar 3]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25874112/>
18. Mehler PS, Rylander M. Bulimia Nervosa - medical complications. *J Eat Disord* [Internet]. 2015 Apr 3 [cited 2021 Mar 3];3(1):12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25866627>
19. Hail L, Le Grange D. Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges. *Adolesc Health Med Ther* [Internet]. 2018 Jan [cited 2021 Mar 4];Volume 9:11–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29379324/>
20. Asociación americana de psiquiatría. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014. American Psychiatric Association. 2014.
21. Val-Laillet D, Aarts E, Weber B, Ferrari M, Quaresima V, Stoeckel LE, et al. Neuroimaging and neuromodulation approaches to study eating behavior and prevent and treat eating disorders and obesity. Vol. 8, *NeuroImage: Clinical*. Elsevier Inc.; 2015. p. 1–31.
22. Favier M, Janickova H, Justo D, Kljakic O, Runtz L, Natsheh JY, et al. Cholinergic dysfunction in the dorsal striatum promotes habit formation and maladaptive eating. *J Clin Invest*. 2020 Dec 1;130(12):6616–30.
23. Monteleone AM, Cascino G, Pellegrino F, Ruzzi V, Patriciello G, Marone L, et al. The association between childhood maltreatment and eating disorder psychopathology: A mixed-model investigation. *Eur Psychiatry*. 2019 Sep 1;61:111–8.
24. Lloyd EC, Sallis HM, Verplanken B, Haase AM, Munafò MR. Understanding the nature of association between anxiety phenotypes and anorexia nervosa: A triangulation approach. *BMC Psychiatry*. 2020 Oct 7;20(1).
25. Robinson L, Zhang Z, Jia T, Bobou M, Roach A, Campbell I, et al. Association of Genetic and Phenotypic Assessments With Onset of Disordered Eating Behaviors and Comorbid Mental Health Problems Among Adolescents. *JAMA Netw open*. 2020 Dec 1;3(12):e2026874.

26. Grant JE, Chamberlain SR. Neurocognitive findings in young adults with binge eating disorder. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2020 Jan 2;24(1):71–6.
27. Nascimento VS do, Santos AV Dos, Arruda SB, Silva GA da, Cintra JD ar. de S, Pinto TCC, et al. Association between eating disorders, suicide and depressive symptoms in undergraduate students of health-related courses. *Einstein (Sao Paulo).* 2020;18:eAO4908.
28. Kiekens G, Claes L. Non-Suicidal Self-Injury and Eating Disordered Behaviors: An Update on What We Do and Do Not Know. Vol. 22, *Current Psychiatry Reports.* Springer; 2020.
29. Marčinko D, Jakšić N, Skocic M, Franić T. Mentalization and psychopharmacotherapy in patients with personality and eating disorders. In: *Psychiatria Danubina* [Internet]. *Psychiatr Danub;* 2013 [cited 2021 Jan 19]. p. 320–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24048405/>
30. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Intern Med J.* 2020 Jan 1;50(1):24–9.
31. Marčinko D. Psychodynamics and psychopharmacotherapy in the treatment of difficult patients with personality and eating disorders. In: *Psychiatria Danubina.* Medicinska Naklada Zagreb; 2015. p. 330–3.
32. Davis LE, Attia E. Recent advances in therapies for eating disorders [version 1; peer review: 2 approved]. Vol. 8, *F1000Research.* F1000 Research Ltd; 2019.
33. Södersten P, Bergh C, Leon M, Brodin U, Zandian M. Cognitive behavior therapy for eating disorders versus normalization of eating behavior. Vol. 174, *Physiology and Behavior.* Elsevier Inc.; 2017. p. 178–90.
34. O’Connor G, Nicholls D. Refeeding hypophosphatemia in adolescents with anorexia nervosa: A systematic review. Vol. 28, *Nutrition in Clinical Practice.* 2013. p. 358–64.
35. Monteleone AM, Tzischinsky O, Cascino G, Alon S, Pellegrino F, Ruzzi V, et al. The connection between childhood maltreatment and eating disorder psychopathology: a network analysis study in people with bulimia nervosa and with binge eating disorder. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2021 [cited 2021 May 7];1:3. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01169-6>
36. Gagliardini G, Gullo S, Tinozzi V, Baiano M, Balestrieri M, Todisco P, et al. Mentalizing Subtypes in Eating Disorders: A Latent Profile Analysis. *Front Psychol* [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 22];11:564291. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33329192>
37. Sacchetti S, Robinson P, Bogaardt A, Clare A, Ouellet-Courtois C, Luyten P, et al. Reduced mentalizing in patients with bulimia nervosa and features of borderline personality disorder: A case-control study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2019 May 6 [cited 2021 Apr 22];19(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31060534/>
38. Hazzard VM, Hahn SL, Bauer KW, Sonnevile KR. Binge eating-related concerns and depressive symptoms in young adulthood: Seven-year longitudinal associations and differences by race/ethnicity. *Eat Behav.* 2019 Jan 1;32:90–4.

39. Svaldi J, Werle D, Naumann E, Eichler E, Berking M. Prospective associations of negative mood and emotion regulation in the occurrence of binge eating in binge eating disorder. *J Psychiatr Res.* 2019 Aug 1;115:61–8.
40. Smith KE, Mason TB, Anderson NL, Lavender JM. Unpacking cognitive emotion regulation in eating disorder psychopathology: The differential relationships between rumination, thought suppression, and eating disorder symptoms among men and women. *Eat Behav.* 2019 Jan 1;32:95–100.
41. Smith KE, Mason TB, Lavender JM. Rumination and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. Vol. 61, *Clinical Psychology Review.* Elsevier Inc.; 2018. p. 9–23.
42. Malinauskiene V, Malinauskas R. Lifetime Traumatic Experiences and Disordered Eating among University Students: The Role of Posttraumatic Stress Symptoms. *Biomed Res Int.* 2018;2018.
43. Smith KE, Mason TB, Lavender JM. Rumination and Eating Disorder Psychopathology: A Meta-Analysis HHS Public Access. *Clin Psychol Rev.* 2018;61:9–23.
44. Bakland M, Rosenvinge JH, Wynn R, Sørli V, Sundgot-Borgen J, Fostervold Mathisen T, et al. A new treatment for eating disorders combining physical exercise and dietary therapy (the PED-t): experiences from patients who dropped out. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2020 Dec 1;15(1):1731994.
45. Costa MB, Melnik T. Effectiveness of psychosocial interventions in eating disorders: an overview of Cochrane systematic reviews. Vol. 14, *Einstein (Sao Paulo, Brazil).* 2016. p. 235–77.
46. Lutter M. *Emerging Treatments in Eating Disorders.* Vol. 14, *Neurotherapeutics.* Springer New York LLC; 2017. p. 614–22.