



## FACULTADE DE PSICOLOXÍA

### **Traballo de Fin de Máster** | **A experiencia traumática e o patrón atracón-purga**

Como se relacionan, variables mediadoras e conseguintes.

**Modalidade 1: Revisión sistemática e proposta**

Autora do TFM | Andrea Posada Alonso

## **Máster Universitario en Psicoloxía Xeral Sanitaria** Ano 2023-2024

Traballo de Fin de Máster presentado na Facultade de Psicoloxía da Universidade de Santiago de Compostela para a obtención do Máster Universitario en Psicoloxía Xeral Sanitaria

# Índice

<b>Índice</b> .....	<b>1</b>
<b>Resumo</b> .....	<b>3</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>4</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>5</b>
<b>Introdución</b> .....	<b>6</b>
1.1.A Bulimia Nerviosa: definición e etiología .....	6
1.2.A experiencia traumática e a súa relación coa psicopatoloxía .....	7
1.3.Factores mediadores entre ET e BN .....	9
1.4.Objectivos.....	10
<b>Método</b> .....	<b>12</b>
<b>Resultados</b> .....	<b>15</b>
1 Características dos estudos .....	15
1.1 Tipo de deseño .....	15
1.2 Tipo e tamaño de mostra .....	16
1.3 Sexo dos participantes.....	16
1.4 Idade dos participantes .....	17
1.5 País de procedencia .....	17
2 Métodos de avaliación.....	18

2.1	Avaliación do patrón bulímico .....	18
2.2	Avaliación da experiencia traumática .....	18
3	Principais achados.....	19
3.1	Relación entre experiencia traumática e patrón atracón-purga.....	19
3.2	Outros achados de interese.....	22
	<b>Discusión.....</b>	<b>43</b>
	<b>Proposta aplicada.....</b>	<b>50</b>
1.	Xustificación .....	50
2.	Protocolo de intervención .....	53
a.	Poboación diana.....	53
b.	Obxectivos.....	54
c.	Contidos .....	54
i.	Avaliación .....	54
ii.	Intervención .....	56
iii.	Seguemento e avaliación .....	64
	<b>Conclusións .....</b>	<b>65</b>
	<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>67</b>
	<b>Índice de táboas .....</b>	<b>77</b>
	<b>Índice de figuras .....</b>	<b>78</b>

# Resumo

A experiencia traumática (ET) é un factor de risco da psicopatoloxía. Unha das patoloxías que se relacionan có trauma son os trastornos da conduta alimentaria (TCA) con patrón bulímico, debido á función de regulación emocional que cumpren as condutas de atracón e purga. A presente revisión sistemática levouse a cabo para revisar a investigación recente acerca da relación entre a ET e o patrón atracón-purga en poboación adulta. Os resultados de dita revisión apoian a relación entre ET a TCA con patrón bulímico, destacando o impacto do abuso emocional e sexual. Tamén amosan o papel mediador de múltiples variables, como son a alexitimia, a desregulación emocional, a insatisfacción corporal e o sentimento de ineficacia. Os resultados achegan a maior severidade do cadro psicopatolóxico cando hai comorbilidade de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) e TCA. Por último, obsérvase unha maior impulsividade nesta poboación, así como a concorrencia doutras condutas impulsivas (autolesións, consumo de sustancias, hipersexualidade). Finalmente, expónse unha proposta de intervención dirixida a poboación que sufriu experiencias traumáticas e ten un TCA con patrón bulímico.

## **Palabras clave:**

Trauma, bulimia, TCA, regulación emocional

## **Número de palabras do traballo:**

18.523

# Resumen

La experiencia traumática (ET) es un factor de riesgo de la psicopatología. Una de las patologías que se relacionan con el trauma son los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) con patrón bulímico, debido a la función de regulación emocional que cumplen los atracones y las conductas purgativas. La presente revisión sistemática se llevó a cabo para revisar investigaciones recientes sobre la relación entre ET y el patrón atracón-purga en población adulta. Los resultados de esta revisión apoyan la relación entre ET y TCA con patrón bulímico, destacando el impacto del abuso emocional y sexual. También muestran el papel mediador de múltiples variables, como la alexitimia, la desregulación emocional, la insatisfacción corporal y los sentimientos de ineficacia. Los resultados muestran la mayor gravedad del cuadro psicopatológico cuando existe comorbilidad de Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT) y TCA. Finalmente, se observa una mayor impulsividad en esta población, así como la concurrencia de otras conductas impulsivas (autolesiones, consumo de sustancias, hipersexualidad). Finalmente, se presenta una propuesta de intervención dirigida a población que ha sufrido experiencias traumáticas y tiene un TCA con patrón bulímico.

## **Palabras clave:**

Trauma, bulimia, TCA, regulación emocional

# Abstract

Traumatic experiences (TE) are a risk factor for psychopathology. One of the mental disorders that are related to trauma are eating disorders (EDs) with bulimic pattern, due to the emotional regulation function of binge eating and purging behaviours. The present systematic review was conducted to review recent research on the relationship between ET and the binge-purge pattern in adult population. The results of this review support the relationship between ET and bulimic pattern EDs, highlighting the impact of emotional and sexual abuse. They also show the mediating role of multiple variables, such as alexithymia, emotional dysregulation, body dissatisfaction and ineffectiveness. The results show greater severity when there is comorbidity of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and ED. Finally, this population show more impulsivity, as well as the concurrence of other impulsive behaviours (self-injurious behavior, substance abuse, hypersexuality). Finally, an intervention proposal for this population is presented.

## **Keywords:**

Trauma, bulimia, ED, emotional regulation

# Introdución

## 1.1. A Bulimia Nerviosa: definición e etiología

O termo bulimia deriva do latín e significa ‘fame de boi’. Os romanos xa facían rituais de comer e vomitar pero, en termos médicos, descríbese por primeira vez en 1903 no traballo de Pierre Janet: *Les Obsessions et al Psychasthénie* (Costin, 1996). A bulimia nerviosa (BN) comeza a ser foco de estudo en 1980, cando se engade no DSM-III coma un trastorno separado. Actualmente, conta con menos investigación ca anorexia nerviosa (AN), a pesares de que as taxas de prevalencia son maiores (Crowther *et al.*, 1990).

A bulimia nerviosa é un trastorno da conduta alimentaria (TCA). Caracterízase pola presenza de episodios cíclicos de atracón e purga, vómitos auto inducidos, laxantes, diuréticos, dieta estrita ou restrición excesiva de calorías consumidas co fin de contrarrestar a ganancia de peso (Crowther *et al.*, 1990). Este trastorno oscila entre compulsivas inxestións e períodos de restrición. Os atracóns adoitan darse pola ansiedade e a desesperación; mentres que as condutas compensatorias teñen unha función calmante, reducen a culpabilidade e ansiedade por inxerir moita comida e a conseguinte ganancia de peso. Aínda que, inicialmente, a BN adoita estar relacionada coa dieta e o control do peso, eventualmente convértese nunha forma de regulación emocional (Costin, 1996).

A anorexia nerviosa e a bulimia nerviosa comparten un eixe de psicopatoloxía central: a sobrevaloración da forma e peso, pretender a delgadeza e o medo a engordar. O trazo distintivo entre ambos trastornos é que, no caso da bulimia nerviosa, os intentos de restrinxir a inxestión de alimentos vese interferida por episodios recorrentes de atracóns. A frecuencia destes episodios oscila entre un por semana e varios ao día. Aínda que na AN tamén pode

haber presenza de episodios de atracón, a frecuencia e intensidade é menor que na BN (Costin, 1996; Fairburn e Cooper, 2018).

A BN é un trastorno complexo con etioloxía multifactorial, influída por factores sociais, culturais, do desenvolvemento, psicolóxicos e físicos. Por máis que non hai concordancia acerca da existencia dun factor causal único, hai algúns que amosan ser máis influentes ca outros. As influencias socioculturais, como os estándares de atractivo e as presións culturais para alcanzar un ideal de delgadeza son un factor clave a considerar. Hai modelos que suxiren que as mulleres sofren unha maior presión social por estar delgadas e estigmatización da obesidade respecto aos homes, algo que se reflicte na maior taxa de trastornos da conduta alimentaria na poboación feminina (Peláez *et al.*, 2010; Tripp y Petrie, 2001).

Outro factor observado como relevante no desenvolvemento da BN é a predisposición a engordar e a facer dietas. En casos de BN é común atoparse con historia previa de peso elevado e de someterse a dietas estritas para lograr baixar de peso. Por outra banda, identifícase a susceptibilidade a padecer un trastorno afectivo como outro factor de vulnerabilidade para desenvolver un cadro bulímico (Perpiñá, 2008).

Na literatura tamén se identifica a vivencia dunha experiencia traumática (ET) como un factor de risco para o desenvolvemento de trastornos da conduta alimentaria de tipo atracón-purga, como son a BN, o trastorno por atracón (TA) e a AN purgativa (Barakat *et al.*, 2023). Non obstante, a pesares de que as experiencias traumáticas sexan un precipitante significativo, diversos autores establecen que non é un factor específico dos trastornos da conduta alimentaria, pois a súa incidencia non amosa ser máis frecuente respecto a outros trastornos ou problemas de saúde mental (Hsu, 1990; Solmi *et al.*, 2021).

## 1.2. A experiencia traumática e a súa relación coa psicopatoloxía

No Manual Diagnóstico e Estatístico dos Trastornos Mentais (DSM-5), o evento traumático defínese como a exposición á morte, lesión grave ou violencia sexual, ben sexa real ou ameaza, nunha (ou máis) das seguintes formas: experiencia directa, presenciar como lle ocorre a outros, coñecer que lle ocorreu a alguén próximo ou expoñerse repetidamente a detalles concisos sobre o evento traumático (American Psychiatric Association, 2014).

Os tipos de trauma máis comúns son: maltrato infantil (englobando abuso físico, abuso emocional, abuso sexual e negligencia), violencia doméstica, violación ou violencia sexual, trauma sexual militar, ser vítima tráfico sexual, exposición a eventos de guerra ou tortura, desastres (ben sexa, humanos, tecnolóxicos ou naturais), accidentes graves e diagnóstico de enfermidades con elevado risco de morte (Ruglass e Kendall-Tackett, 2014). Non obstante, cada individuo experimenta e interpreta os eventos dunha forma diferente, en función de múltiples factores como a idade, a raza, a cultura, as experiencias previas, a predisposición xenética e o grao de apoio social (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014).

A ET xera un cambio radical nos procesos cognitivos, reorganiza o manexo das percepcións, altera a cognición e afecta ás estratexias de afrontamento das persoas. Os efectos varían amplamente entre individuos e supoñen un factor de risco para desenvolver diversas psicopatoloxías (Örge e Volkan, 2023). As persoas que vivenciaron algún evento traumático presentan taxas máis elevadas de consumo de sustancias, condutas sexuais arriscadas, condutas suicidas, trastornos de ansiedade e do estados de ánimo, trastornos de personalidade e trastornos da conduta alimentaria (Ruglass e Kendall-Tackett, 2014).

O cerebro reestrutúrase, o sistema nervioso simpático vólvese máis reactivo e desregúlanse os sistemas sensibles ao estrés (o eixe hipotalámico-hipofisario-adrenal e os sistemas de serotonina e dopamina). Todo isto ocorre para poder prestar máis atención a posibles ameazas futuras. O limiar de percepción de dor redúcese en gran medida, permitindo estar nun maior estado de alerta e prever posibles perigos. Non obstante, ten a desvantaxe de que acontecementos habituais do día a día poden percibirse como perigosos, interferindo no funcionamento cotiá. Os cambios biolóxicos ocorren en maior medida cando o trauma sucede na nenez, debido a gran plasticidade do cerebro nesta etapa (Ruglass e Kendall-Tackett, 2014).

O trauma tamén impacta nas cognicións e na forma de interpretar a contorna. Os individuos fanse máis propensos a ter crenzas negativas acerca dun mesmo e acerca dos demais. Consecuentemente, estas cognicións median entre a experiencia traumática e o desenvolvemento de diversas patoloxías físicas e psicolóxicas: diabetes, enfermidades cardíacas, depresión, ansiedade, etc. (Ruglass e Kendall-Tackett, 2014).

Nos últimos 20 anos, os achados acerca da relación entre TCA e trauma evolucionaron considerablemente (Brewerton, 2018). Nunha metaanálise recente (Molendijk *et al.*, 2017) observouse que as persoas con historia de maltrato presentan cadros de TCA máis temperás, severos e con maior frecuencia de atracón-purga. Alén, o maltrato infantil é o que máis se relaciona co patrón bulímico. Noutra revisión paraugas (Solmi *et al.*, 2021), na que se incluíron nove metanálises e 50 factores de risco para desenvolver TCA, observouse unha elevada evidencia da asociación entre BN e abuso sexual.

### 1.3. Factores mediadores entre ET e BN

A presenza dun cadro de **TEPT** derivado da experiencia de trauma adoita conlevar cadros de TCA máis severos (Brewerton *et al.*, 2020). A súa vez, a existencia doutros **trastornos afectivos ou de ansiedade** son un factor predispoñente para desenvolver un cadro de TCA. As condutas alimentarias alteradas son máis vulnerables a cronificarse cando hai outra sintomatoloxía presente. Isto débese a que os comportamentos de atracón e purga refórzanse pola súa función de evitación do hiperarousal, do afecto negativo e da sintomatoloxía ansioso-depresiva que adoita estar presente en cadros de TEPT (Convertino e Mendoza, 2023).

O patrón atracón-purga amosa ter un valor de regulación emocional, similar ao papel das autolesións. Permiten bloquear estados emocionais, memorias, sensacións ou cognicións relacionadas có trauma (Vanderlinden e Vandereycken, 1997). O **valor regulatorio do patrón bulímico** amosa ser especialmente relevante en casos de maltrato emocional (Molendijk *et al.*, 2017). Desta forma, purgarse convértese nunha conduta extremadamente aditiva, non só pola connotación de regular o peso, senón porque serve como unha estratexia de afrontamento para regular emocións e cognicións perturbadoras que poden aparecer tras unha vivencia traumática (Gerko *et al.*, 2005). Aínda que o estado de ánimo negativo precipita condutas bulímicas, esta relación é complexa e recíproca, posto que as condutas bulímicas tamén propician un peor estado de ánimo a medio-longo prazo. Desta forma, o desregulación emocional é causa e consecuencia do patrón atracón-purga (Crosby *et al.*, 2009).

Algúns tipos de eventos traumáticos, como o abuso sexual, alteran a imaxe corporal (Gerko *et al.*, 2005). As vítimas de abuso sexual son máis propensas a desenvolver repulsión e rexeitamento cara ao seu propio corpo e a desenvolver disfuncións sexuais (Castellini *et al.*,

2013; Hall *et al.*, 1989). Desta forma, observouse que a **imaxe corporal negativa** e a **insatisfacción corporal** son factores mediadores entre algunhas ET e o desenvolvemento de BN (Molendijk *et al.*, 2017; Preti *et al.*, 2006; Tripp e Petrie, 2001).

Kearney-Cooke e Striegel-Moore (1994) establecen no seu modelo teórico que o corpo das vítimas de abuso sexual convértese nunha fonte de vulnerabilidade, vergoña e culpa. Moitas persoas atribúen a causa do abuso sexual á súa aparencia física. Por unha banda, isto maniféstase cunha maior autoesixencia, esforzos por alcanzar a delgadeza e condutas purgativas como forma de castigar ao corpo. Por outra parte, se o abuso sexual é atribuído ao atractivo, a conduta de atracón adquire unha función de estratexia defensiva contra posibles ameazas futuras. Noutro sentido, o patrón bulímico pode converterse nun ritual de purificación que proporciona á persoa a esperanza de que, se alcanza o peso ideal, deixará de sentir vergoña. Deste modo, os **sentimentos de vulnerabilidade, culpa e vergoña** cara ao propio corpo tamén poden verse como factores mediadores entre trauma e BN.

Diversos estudos achegan que a **impulsividade** é un factor común entre o abuso sexual e o patrón atracón-purga (Castellini *et al.*, 2018; Estévez *et al.*, 2019; Wonderlich *et al.*, 2001a). A dificultade para controlar impulsos é unha característica común en persoas con historia de trauma, o que as pode predispoñer a levar a cabo condutas alimentarias alteradas: atracóns, purgas ou restrición. Ademais, obsérvase que tanto en poboacións con historia de trauma como con bulimia nerviosa, son comúns outras condutas impulsivas como o consumo de sustancias ou as autolesións (Madowitz *et al.*, 2015; Wonderlich *et al.*, 2001b).

## 1.4. Obxectivos

No traballo presente realízase unha revisión dos últimos tres anos acerca da relación existente entre o patrón bulímico e as vivencias previas de experiencia traumática. No eido da investigación dos factores de risco da BN atopámonos con diversas dificultades, como é a escaseza de estudos lonxitudinais, o que dificulta inferir se o trauma é un factor causal da BN, así como a tendencia a estudar traumas específicos en relación con TCA xeral (Solmi *et al.*, 2021). Outra cuestión aberta que expoñen Gerko e colaboradores (2005) é se o trauma é un factor causal da conduta alimentaria alterada, ou ben, se é un moderador entre outros factores e o patrón atracón-purga. Co fin de encher estas brechas na literatura, o obxectivo do presente traballo é revisar os artigos que estuden a relación entre experiencia traumática e bulimia ou patrón atracón-purga, prestando atención á forma na que se relacionan e aos factores

vinculados a ambas variables. Secundariamente, en base á revisión teórica, elaborárase un protocolo de intervención para a poboación estudada.

## Método

Para a realización da revisión bibliográfica do presente traballo utilizáronse dúas bases de datos: Psycinfo e Pubmed. Os termos empregados para realizar a busca foron os seguintes: ("eating disorder" OR "eating disorders" OR "disordered eating" OR bulimia OR bulimic) AND (trauma OR "traumatic experience" OR "sexual abuse" OR "physical abuse" OR "maltreatment" OR "emotional abuse" OR "psychological abuse"). Ao realizar a busca, acotouse por data de publicación entre o 1 de xaneiro de 2020 e o 30 de outubro de 2023.

Os criterios de inclusión utilizados foron: (1) estar redactado en inglés ou español, (2) ser un artigo de revista avaliado por expertos, (3) ser un estudo descritivo, (4) avaliar BN ou comportamentos de atracón e purga, avaliar experiencia traumática e considerar a relación entre ambas variables.

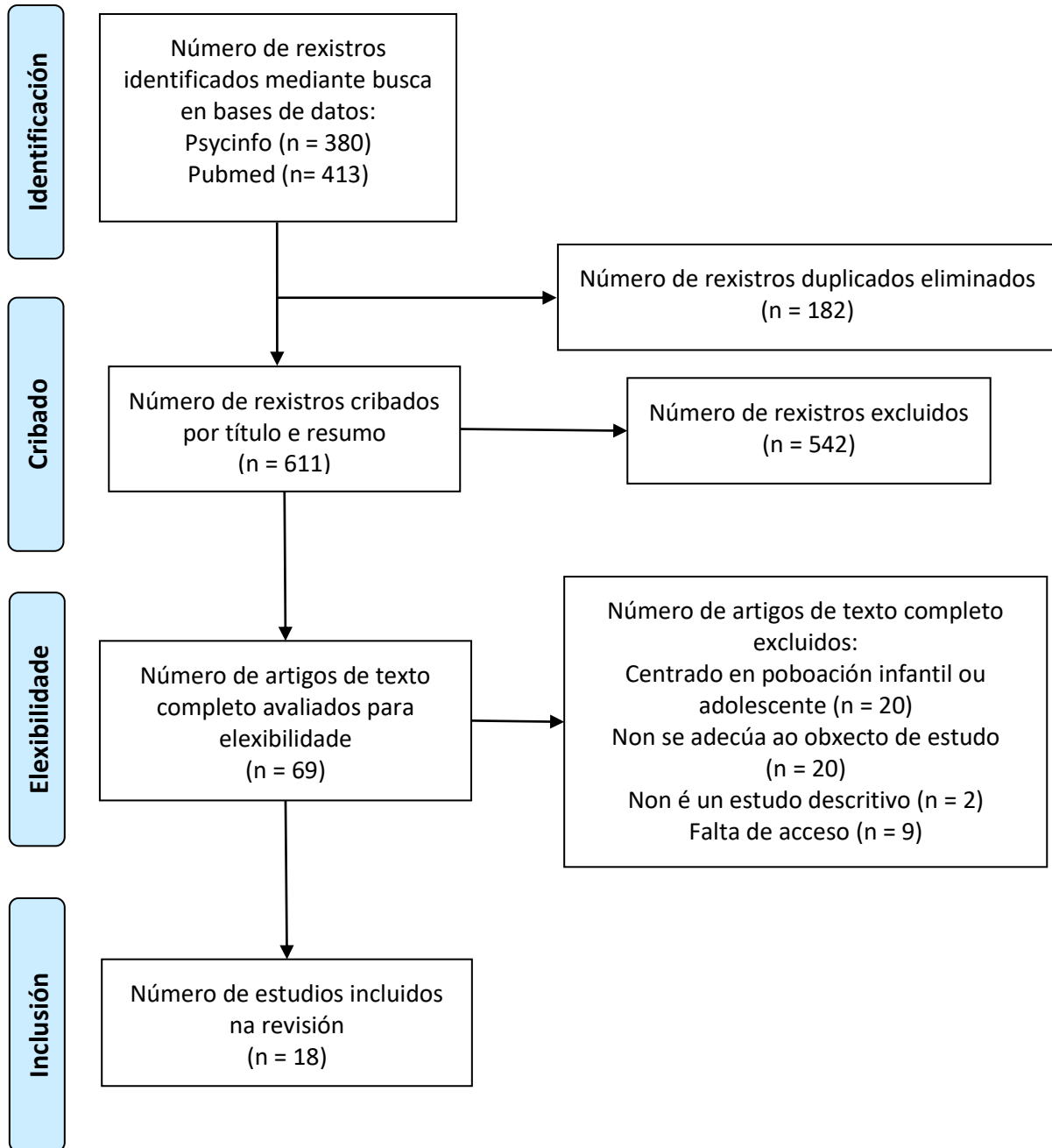
Os criterios de exclusión foron: (1) poboación limitada a nenos e adolescentes, (2) tesis doctorais, (3) falta de acceso, (4) os artigos non se centran no obxectivo do presente traballo: avalía TCA en xeral (sen separar por tipo ou patrón de alteración alimentaria), avalía exclusivamente a conduta de atracón ou a de purga, limítase ao estudo de Trastorno por atracón, o tipo de trauma avaliado non corresponde coa descripción que figura no DSM-5 (APA, 2013), non relaciona ambas variables, enfócase na avaliación dun protocolo de intervención ou enfócase en aspectos biolóxicos.

Na busca inicial obtivéronse 413 artigos en Pubmed e 380 en Psycinfo. Utilizouse o xestor de citas *Zotero* para a eliminación de artigos duplicados, deixando un total de 611.

Este total de artigos revísase mediante a lectura de título e resumo, aplicando os criterios de inclusión e exclusión previamente mencionados. Posteriormente, consérvanse un total de 69 artigos para revisar a texto completo. Destes exclúense 20 por centrarse en poboación de nenos ou adolescentes, 9 por falta de acceso, 20 por non adecuarse ao obxecto de estudo (11 por non avaliar BN ou patrón atracón-purga, 5 por non relacionar as variables de interese e 4 por centrarse en aspectos biolóxicos) e 2 por non ser estudos descritivos. Isto deixa un total de 18 artigos que foron incluídos na presente revisión bibliográfica. Todo o proceso recóllese no diagrama PRISMA da Figura 1.

**Figura 1.**

Diagrama de fluxo PRISMA sobre o proceso de selección de artigos



# Resultados

Neste apartado expóñense os achados de interese dos artigos incluídos na presente revisión sistemática. Inicialmente, describíranse de forma pormenorizada as características dos estudos incluídos: tipo de deseño, tipo de mostra, sexo e idade dos suxeitos e país no que foron levados a cabo os estudos. Posteriormente, méncionanse os métodos de avaliación do patrón atracón-purga e da experiencia traumática. Finalmente, recóllense os resultados de interese para a presente revisión. Co fin de facilitar a exposición dos resultados, categorizáronse en dous bloques:

1. Relación entre experiencia traumática e patrón atracón-purga, considerando as características do trauma e comparando a relación do trauma cos distintos patróns de conduta alimentaria alterada.
2. Outros achados, incluíndo aqueles que consideran variables mediadoras ou conseguintes.

Toda a información descrita neste apartado aparece sintetizada na Táboa 1.

## 1 Características dos estudos

### 1.1 Tipo de deseño

A meirande parte dos estudos incluídos nesta revisión son estudos transversais (Barone *et al.*, 2023; Castellini *et al.*, 2020; Convertino *et al.*, 2022; Ferguson e Brausch, 2022; Hazzard *et al.*, 2022; Kjaersdam-Telléus *et al.*, 2021; Lie *et al.*, 2021; Liebman *et al.*, 2021; Malet-Karas *et al.*, 2022; Monteleone *et al.*, 2022a; Nelson *et al.*, 2023; Pike *et al.*, 2021; Rienecke

*et al.*, 2022; Schaefer *et al.*, 2021; Vidaña *et al.*, 2020; Zerkowitz *et al.*, 2023). Non obstante, engadíronse dous estudos lonxitudinais que avaliaron aos participantes dende a nenez ata a adultéz temperá; un deles avaliou aos participantes dende os 9 ata os 30 anos (Zerkowitz *et al.*, 2021), mentres que o outro contou con participantes de idades diversas durante 9 anos (Ziobrowski *et al.*, 2021).

## 1.2 Tipo e tamaño de mostra

Resulta de interese caracterizar os distintos tipos de mostra dos traballos engadidos nesta revisión. Parte dos estudos recorreron a mostras clínicas de persoas con TCA (Barone *et al.*, 2023; Castellini *et al.*, 2020; Kjaersdam-Tellús *et al.*, 2021; Lie *et al.*, 2021; Pike *et al.*, 2021; Vidaña *et al.*, 2020; Ziobrowski *et al.*, 2021). Soamente dous estudos desta revisión limitaron a súa mostra a participantes con patoloxía do espectro bulímico (Monteleone *et al.*, 2022a; Schaefer *et al.*, 2021). Outros traballos contaron cunha mostra específica de participantes con historia de vivencias traumáticas (Ferguson e Brausch, 2022; Liebman *et al.*, 2021; Malet-Karas *et al.*, 2022; Zerkowitz *et al.*, 2023). Os traballos restantes utilizaron mostras comunitarias da poboación xeral (Convertino *et al.*, 2022; Rienecke *et al.*, 2022), de poboación universitaria (Hazard *et al.*, 2022, Nelson *et al.*, 2023) ou de poboación escolar (Zerkowitz *et al.*, 2021). A meirande parte dos estudos levaron a cabo as análises pertinentes diferenciando por tipo de trastorno alimentario e incluíndo un grupo control (p.e. Barone *et al.*, 2023). Isto facilitou o análise do patrón atracón-purga e permitiu a comparación con perfís restritivos e sans.

No que respecta ao tamaño das mostras, aqueles que utilizaron mostras clínicas oscilan entre  $n=133$  e  $n=890$ . Nos que utilizaron mostras específicas de trauma, o número de participantes oscila entre  $n=120$  e  $n=12.638$ . Os traballos que contan coas mostras máis amplas son as que utilizaron mostras representativas da poboación xeral ( $n=36.309$ ;  $n=214.257$ ).

## 1.3 Sexo dos participantes

En canto ao sexo dos participantes, obsérvase unha maior representación de mulleres en tódolos traballos. Nos artigos que utilizaron poboación clínica, as mostras están compostas por mulleres practicamente na súa totalidade, oscilando entre o 66,3% e o 100% (Barone *et al.*, 2023; Castellini *et al.*, 2020; Kjaersdam-Tellús *et al.*, 2021; Lie *et al.*, 2021; Schaefer *et*

*al.*, 2021; Pike *et al.*, 2021; Vidaña *et al.*, 2020). Aqueles estudos que utilizan mostras específicas de poboación con trauma, tamén contan con mostras maioritariamente de mulleres, oscilando entre o 55% e o 100% (Ferguson e Brausch, 2022; Liebman *et al.*, 2021; Malet-Karas *et al.*, 2022; Zerkowitz *et al.*, 2023). Nos traballos con mostras comunitarias a taxa de homes é un pouco máis elevada, oscilando a participación de mulleres entre 88,2% e o 51,1% (Convertino *et al.*, 2022; Hazzard *et al.*, 2022, Nelson *et al.*, 2023; Rienecke *et al.*, 2022; Zerkowitz *et al.*, 2021; Ziobrowski *et al.*, 2021). Esta desigualdade pode deberse á maior prevalencia de TCA en mulleres, así como a maior vulnerabilidade para vivenciar experiencias traumáticas. Por último, o estudo de Monteleone *et al.* (2022a) non fai referencia ao sexo dos participantes.

## 1.4 Idade dos participantes

Nos traballos cun deseño lonxitudinal, avaliáronse aos participantes dende a nenez ata a adultez temperá (Zerkowitz *et al.*, 2021; Ziobrowski *et al.*, 2021). Nos estudos transversais, a idade máis baixa rexistrada é de 12 anos, rexistrada no traballo de Malet-Karas *et al.* (2022) no grupo de TCA vítimas de abuso sexual. Por outra banda, as idades máis elevadas rexístranse no estudo de Convertino *et al.* (2022), cunha media de idade de 46,6 anos no grupo control e de 39 anos no grupo de bulimia nerviosa. Non obstante, na meirande parte dos estudos, a idade dos participantes sitúase na adultez temperá, oscilando entre os 16,9 e os 37,35 anos (Barone *et al.*, 2023; Castellini *et al.*, 2020; Ferguson e Brausch, 2022; Hazzard *et al.*, 2022; Kjaersdam-Tellés *et al.*, 2021; Lie *et al.*, 2021; Liebman *et al.*, 2021; Monteleone *et al.*, 2022a; Nelson *et al.*, 2023; Pike *et al.*, 2021; Rienecke *et al.*, 2022; Schaefer *et al.*, 2021; Vidaña *et al.*, 2020; Zerkowitz *et al.*, 2023).

## 1.5 País de procedencia

Doce dos estudos engadidos na presente revisión foron publicados en Estados Unidos (Convertino *et al.*, 2022; Ferguson e Brausch, 2022; Hazzard *et al.*, 2022; Liebman *et al.*, 2021; Nelson *et al.*, 2023; Pike *et al.*, 2021; Rienecke *et al.*, 2022; Schaefer *et al.*, 2021; Vidaña *et al.*, 2020; Zerkowitz *et al.*, 2021; Zerkowitz *et al.*, 2023; Ziobrowski *et al.*, 2021). Os estudos restantes son de Italia (Barone *et al.*, 2023; Castellini *et al.*, 2020; Monteleone *et al.*, 2022a), Dinamarca (Kjaersdam-Tellés *et al.*, 2021), Noruega (Lie *et al.*, 2021) e Francia (Malet-Karas *et al.*, 2022).

Así mesmo, algúns estudos consideraron a identidade étnica dos participantes (Nelson *et al.*, 2023; Rienecke *et al.*, 2022) e outros utilizaron mostras de diferentes países; Monteleone *et al.* (2022a) de Italia e Israel e Pike *et al.* (2021) de Xapón e Estados Unidos.

## 2 Métodos de avaliación

### 2.1 Avaliación do patrón bulímico

Para avaliar o patrón atracón-purga utilizáronse distintos métodos. Nalgúns estudos a avaliación baséase no diagnóstico de bulimia nerviosa, anorexia nerviosa purgativa ou outro TCA especificado (Convertino *et al.*, 2022; Rienecke *et al.*, 2022; Schaefer *et al.*, 2021). Non obstante, na meirande parte dos estudos, utilizan adicionalmente instrumentos que avalían especificamente as condutas de atracón e purga. Os instrumentos utilizados foron: *Eating Disorders Inventory-2* (Barone *et al.*, 2023; Fergerson e Brausch, 2022; Monteleone *et al.*, 2022a), *Eating Disorder Examination Questionnaire* (Castellini *et al.*, 2020; Hazzard *et al.*, 2022; Kjaersdam-Tellés *et al.*, 2021; Lie *et al.*, 2021; Pike *et al.*, 2021; Zelkowitz *et al.*, 2023), *Emotional Eating Scale* (Castellini *et al.*, 2020), *Eating Pathology Symptoms Inventory* (Liebman *et al.*, 2021; Nelson *et al.*, 2023, Vidaña *et al.*, 2020) e *Child and Adolescent Psychiatric Assessment* e *Young Adult Psychiatric Assessment* (Zelkowitz *et al.*, 2021). En dous traballos a avaliación levouse a cabo mediante entrevista (Malet-Karas *et al.*, 2022; Ziobrowski *et al.*, 2021).

### 2.2 Avaliación da experiencia traumática

O tipo de trauma considerado varía entre os traballos da presente revisión, así como a forma de avalialo. A meirande parte de artigos avaliaron a presenza de situación ou eventos traumáticos en xeral: illadas na infancia (Liebman *et al.*, 2021; Rienecke *et al.*, 2022) ou ao longo de toda a vida (Convertino *et al.*, 2022; Kjaersdam-Tellés *et al.*, 2021; Lie *et al.*, 2021; Nelson *et al.*, 2023; Pike *et al.*, 2021; Vidaña *et al.*, 2020; Zelkowitz *et al.*, 2021). Outra cantidade representativa dos artigos centráronse en avaliar especificamente maltrato infantil (Barone *et al.*, 2023; Castellini *et al.*, 2020; Monteleone *et al.*, 2022; Schaefer *et al.*, 2021; Ziobrowski *et al.*, 2021). Dous artigos enfocáronse no abuso sexual (Fergerson e Brausch, 2022; Malet-Karas *et al.*, 2022), un artigo limitouse a experiencias de maltrato nos últimos 12 meses (Hazzard *et al.*, 2022) e outro avaliou ET de carácter bélico (Zelkowitz *et al.*, 2023).

Os estudos que avaliaron maltrato infantil utilizaron os seguintes instrumentos: *Childhood Trauma Questionnaire* e *Adverse Childhood Experiences*. O abuso sexual foi avaliado mediante o *Sexual Experiences Survey*. Noutros estudos preguntouse directamente aos participantes sobre eventos específicos e potencialmente traumáticos (Convertino *et al.*, 2022; Hazzard *et al.*, 2022; Kjaersdam *et al.*, 2021; Malet-Karas *et al.*, 2022; Vidaña *et al.*, 2020). Outros instrumentos utilizados foron: *Stressful Life Events Screening Questionnaire* (Lie *et al.*, 2021), *Risk Factors and Antecedents Life Events* (Pike *et al.*, 2021), *Structured Clinical Interview for DSM-5* (Vidaña *et al.*, 2020), CAPA e YAPA (Zelkowitz *et al.*, 2021), *Deployment Risk and Resilience Inventory-2* (Zelkowitz *et al.*, 2023) e *Conflict Tactic Scales* (Ziobrowski *et al.*, 2021).

## 3 Principais achados

### 3.1 Relación entre experiencia traumática e patrón atracón-purga

A continuación, descríbense pormenorizadamente os heteroxéneos resultados atopados nesta revisión respecto ás características das experiencias traumáticas que se relacionan co patrón bulímico, así como, en comparación con outros perfís de conduta alimentaria alterada.

Barone *et al.* (2023) atopan no seu estudo que, en pacientes con BN e AN, hai relación entre abuso emocional e patrón bulímico. En pacientes sans, atopan que hai relación significativa entre negligencia física e patrón bulímico, e entre abuso emocional e insatisfacción corporal.

No traballo de Convertino *et al.* (2022) obsérvase que hai maior porcentaxe de trauma nos grupos con TCA. Por outra parte, atópase relación entre AN e abuso sexual; e entre TA e abuso sexual e outros tipos de trauma (interpersoais e non interpersoais). Porén, non se atopa correlación entre BN con ningún tipo de trauma. Pese aos resultados, débese ter en conta o pequeno tamaño da mostra de BN, así como que os participantes con historia de anorexia consideráronse como diagnósticos de AN, independentemente da sintomatoloxía actual. Do mesmo xeito, tampouco se distingue entre AN restritiva e purgativa. Polo tanto, é probable que parte dos participantes con AN tiveran un patrón atracón-purga.

Hazzard *et al.* (2022) acharon, analizando as variables independentemente, relacións significativas entre abuso emocional e abuso sexual con atracón, purga e síntomas cognitivos de TCA; así como, entre abuso físico e conduta purgativa, sobrevaloración da forma/peso e

insatisfacción corporal. Non obstante, analizando tódalas variables nun modelo único, as relacións significativas que se mantiveron foron: abuso emocional con atracón, purga e síntomas cognitivos; e abuso sexual coa conduta purgativa e a sobrevaloración da forma/peso.

No estudo de Kjaersdam-Telléus *et al.* (2021) obsérvase que os participantes con BN e AN-P son os que reportan maior porcentaxe de experiencia traumática (72-71%, fronte a 56% en AN-R). Adicionalmente, o abuso sexual asóciase en maior medida cos grupos de BN, AN-P e AN atípica. E, aínda que, a maior taxa de agresión sexual ocorre nos grupos purgativos; a agresión sexual de severidade extrema resulta máis frecuente nas pacientes con AN-R.

Lie *et al.* (2021) tamén acharon unha maior porcentaxe de experiencia traumática nos participantes con TCA. Ademais, a frecuencia de trauma é significativamente máis elevada nos grupos con patrón bulímico (AN-P, BN/TA e AN/BN/TA) respecto aos participantes do grupo control. Concretamente, atópanse asociacións significativas entre os grupos con patrón atracón-purga e a vivencia de violación, doutro tipo de abuso sexual e de abuso emocional. No que respecta ao tipo de trauma, o abuso emocional é o máis prevalente en tódolos grupos, a excepción do grupo de AN-R, onde o máis prevalente é o abuso sexual. Por último, obsérvase tamén unha asociación significativa entre ter un TCA con patrón atracón-purga e un maior número de experiencias traumáticas.

Malet-Karas *et al.* (2022) no seu estudo recollen que o 4,3% de vítimas de abuso sexual desenvolveron un TCA, sendo a AN-R a máis prevalente. As principais características das experiencias traumáticas das vítimas que desenvolveron TCA foron: vivencia traumática na infancia, por un membro da familia e maior frecuencia de abuso ou abusos severos. Tamén achan que nos grupos con patrón bulímico, a maior taxa de abusos ocorren na infancia e a idade media de ocorrencia do primeiro abuso é máis baixa respecto ao grupo restritivo. Non obstante, non se atopan diferenzas significativas nas consecuencias entre os distintos patróns de TCA.

Monteleone *et al.* (2022a) buscan relacionar os distintos tipos de maltrato infantil cos síntomas específicos de BN e TA. Os achados indican que o abuso emocional é o único tipo de maltrato relacionado coa psicopatoloxía alimentaria.

Nelson *et al.* (2023) atopan no seu estudo relacións significativas entre a discriminación percibida e a insatisfacción corporal, a restrición cognitiva e condutual e o atracón. Non se

relaciona coa conduta purgativa de forma significativa, mais cómpre asinalar o baixo poder estatístico debido a baixa representación de participantes que teñen comportamentos purgativos. Por outra parte, observan que o maltrato infantil e a sintomatoloxía de TCA non se relacionan cando se inclúe a discriminación percibida como variable, isto pode ser debido a que ambas variables comparten mecanismos similares que poden contribuir ao risco de desenvolver TCA. Finalmente, atopan que as mulleres e os participantes que perciben discriminación debido ao peso ou ao xénero, informan de máis síntomas de TCA, á diferenza de aqueles que perciben discriminación por raza.

No estudo de Pike *et al.* (2021) levan a cabo unha comparación entre participantes con TCA e un grupo control, e entre individuos con TCA de Xapón e Estados Unidos. No grupo de AN e BN, obsérvase unha maior exposición a comentarios sobre o peso/forma, abuso físico e estrés escolar/laboral, así como menor calidade parental, maior desacordo entre proxenitores, maior esixencia parental e ausencia/morte parental. Concretamente nas participantes con BN, atopan unha exposición significativamente maior a experiencias de bullying e privación. Novamente, neste estudo non se distingue entre AN purgativa e restritiva, polo que a delimitación do patrón bulímico pode estar sendo infraestimada. Relativo as variables persoais, o grupo de TCA presenta maior perfeccionismo e afectividade negativa respecto ao grupo control. Comparando por nacionalidade, os achados indican que a mostra xaponesa ten unha maior saúde mental, un menor impacto da calidade das prácticas parentais e das preocupacións familiares sobre o peso/forma; mentres que, na mostra estadounidense, obsérvase unha exposición significativamente maior a eventos traumáticos ou estresantes. Por último, os factores de risco identificado para BN e AN en Xapón foron: perfeccionismo, afectividade negativa e calidade parental.

Novamente, no estudo de Rienecke *et al.* (2022), atópase unha taxa significativamente maior de trauma infantil no grupo de TCA. Neste estudo tamén observan que as mulleres informan de máis abuso sexual caos homes, que os participantes asiáticos informan de menos maltrato infantil e que os pacientes hispánicos informan de máis abuso sexual respecto aos estadounidenses brancos. No que respecta ao patrón atracón-purga, atópase que os participantes con BN informan de maior consumo de substancias no fogar en comparación coa AN-R; nos participantes con TCA non especificado, hai tamén un maior consumo de substancias no fogar, de abuso emocional e de trauma doméstico, respecto ao grupo de AN-R.

Vidaña *et al.* (2020) estudan como inflúe a experiencia traumática en función da idade de exposición. Atopan unha relación significativa entre trauma e conduta purgativa e que os participantes que viviron trauma durante a nenez e idade adulta, informan de máis purga respecto aos grupos que viviron trauma só na nenez ou só na idade adulta. É dicir, a maior exposición a trauma, maior vulnerabilidade a desenvolver condutas purgativas. Por último, non atopan diferenzas respecto ao momento de exposición ao trauma nas condutas de atracón, a insatisfacción corporal, a restrición nin na psicopatoloxía internalizante.

No estudo lonxitudinal de Zerkowicz *et al.* (2021) atopan unha taxa significativamente maior de TCA no grupo que experimentou vivencias traumáticas. Tamén atopan relación entre trauma sexual e trauma non sexual nin violento cunha maior sintomatoloxía bulímica. De forma lonxitudinal, atopan relación na nenez entre a exposición a trauma violento e os síntomas bulímicos e entre o trauma non sexual nin violento e sintomatoloxía xeral de TCA. No obstante, non atopan ningunha relación significativa entre a exposición a trauma na idade adulta e TCA.

Ziobrowski *et al.* (2021) atopan no seu traballo que os grupos que sufriron maltrato infantil amosan máis condutas alimentarias alteradas, especialmente aquelas que conlevan purga. Ademais, atopan que a incidencia de sintomatoloxía de TCA é maior na idade adulta temperá cando o patrón de abuso é complexo, é dicir, prolongado no tempo ou con varios tipos de abuso. A maior incidencia do patrón bulímico amósase en mulleres que sufriron abuso sexual, mais cómpre destacar que non engaden datos da incidencia do patrón bulímico en homes. Diferenciando por sexo, obsérvase que os homes que sufriron abuso emocional e físico de forma prolongada, abuso físico infantil ou emocional na adolescencia, desenvolven máis condutas de atracón e purga, independentemente, respecto ás mulleres e aos homes que non sufriron abuso. No caso das mulleres, as diferenzas co grupo de non abuso son menos elevadas.

### 3.2 Outros achados de interese

Barone *et al.* (2023) achan que a alexitimia funciona como variable mediadora entre o maltrato infantil e a sintomatoloxía de TCA, especificamente, a dificultade para identificar emocións (subcategoría da alexitimia).

Castellini *et al.* (2020) estudan a influencia do trauma na hipersexualidade en pacientes con TCA. Atopan que a mostra de TCA ten taxas máis elevadas de trauma respecto ao GC. Así mesmo, atopan que o grupo con patrón atracón-purga ten taxas máis elevadas de inxestión emocional, desregulación emocional e impulsividade. Respecto á conduta de hipersexualidade, o grupo con patrón bulímico puntúa máis en hipersexualidade, en ter múltiples parellas sexuais e no uso de anticonceptivos de emerxencia, en comparación co grupo con patrón restritivo e o grupo control. Por último, atopan correlación significativa na mostra clínica entre trauma e desregulación emocional, hipersexualidade, atracón e inxestión emocional.

Ferguson e Brausch (2022) atopan unha relación significativa entre o TEPT e a conduta alimentaria alterada, a resiliencia e os síntomas bulímicos en vítimas de abuso sexual. Atopan que a resiliencia funciona como mediadora entre o TEPT e a conduta alimentaria alterada. Tamén observan unha relación mediadora significativa da resiliencia entre TEPT e insatisfacción corporal.

No traballo de Liebman *et al.* (2021) vólvese estudar a relación do TEPT coa sintomatoloxía de TCA, neste caso en vítimas de abuso infantil. Neste traballo atopan que a reexperimentación é o síntoma do TEPT máis relacionado cos síntomas de TCA, e que a restrición cognitiva é o síntoma de TCA que máis se relaciona co TEPT. Elaboran unha rede de interconectividade dos síntomas de ambos cadros psicopatolóxicos e atopan que os principais factores desta rede son: a purga, as alteracións cognitivas, as alteracións do estado de ánimo e o hiperarousal.

Monteleone *et al.* (2022a) observan no grupo de participantes con BN, que a relación entre abuso emocional e patrón bulímico amosa estar mediada polo sentimento de ineficacia e a conciencia interoceptiva. Mentres que, no grupo de TA, esta relación está mediada pola conciencia interoceptiva e a impulsividade.

Schaefer *et al.* (2021) observan nunha mostra de pacientes bulímicas, un efecto indirecto do abuso emocional no consumo de sustancias, mediado pola desregulación emocional. Tamén atopan unha influencia directa da negligencia emocional na impulsividade en pacientes con BN.

Zelkowitz *et al.* (2021) avalían a relación do TEPT coa sintomatoloxía de TCA, e atopan que, na idade adulta, a sintomatoloxía de TEPT está significativamente asociada cun aumento da sintomatoloxía bulímica. Aínda que, esta asociación non amosa ser significativa na nenez.

Zelkowitz *et al.* (2023) estudan a relación entre conduta alimentaria alterada e comportamento imprudente ou autodestrutivo nunha mostra que viviu trauma de carácter bélico. Atopan relación significativa entre o comportamento imprudente ou autodestrutivo do TEPT con condutas autolesivas directas (autolesións, planificación suicida e ideación suicida) e con condutas autolesivas indirectas (consumo de drogas, atracón e purga). Así mesmo, as condutas de atracón e purga correlacionan con outras condutas autolesivas directas e con outra sintomatoloxía de TCA (xaxún e exercicio compulsivo). Tamén observan relación significativa entre o sexo e o desenvolvemento de condutas autolesivas, consumo de drogas, purga e atracóns, sendo maior en mulleres.

En síntese, observamos que múltiples estudos atopan unha maior prevalencia de trauma en mostras clínicas de TCA (Castellini *et al.*, 2020; Convertino *et al.*, 2021; Lie *et al.*, 2021; Rienecke *et al.*, 2022), mentres que outros identifican maiores porcentaxes de TCA en persoas con experiencias traumáticas previas (Nelson *et al.*, 2023; Zelkowitz *et al.*, 2021). Ademais, tamén se observou en dous traballos que hai unha maior incidencia de trauma en persoas con patoloxía alimentaria con patrón atracón-purga (Kjaersdam-Tellés *et al.*, 2021; Lie *et al.*, 2021). Non obstante, cabe destacar que algúns artigos non atopan relacións significativas entre o trauma e o patrón bulímico (Malet-Karas *et al.*, 2022; Convertino *et al.*, 2022).

Na presente revisión, atópase que o tipo de trauma máis relacionado co patrón bulímico é o abuso emocional (Barone *et al.* 2023; Lie *et al.*, 2021; Monteleone *et al.*, 2022a; Rienecke *et al.*, 2022), seguido do abuso sexual (Hazzard *et al.*, 2022; Lie *et al.*, 2021; Zelkowitz *et al.*, 2021). Pola contra, outros autores destacan a relación entre anorexia ou un patrón de TCA restritivo có abuso sexual (Convertino *et al.*, 2021; Kjaersdam-Tellés *et al.*, 2021; Malet-Karas *et al.*, 2022).

No que respecta ao sexo, a meirande parte dos artigos destacan que as mulleres amosan maiores taxas de TCA e son máis vulnerables de sufrir abuso sexual. Mais cómpre destacar o estudo de Ziobrowski *et al.* (2021), no que atopan que os homes que sufriron abuso infantil presentan taxas moito máis elevadas cas mulleres de atracón e purga. En relación á

nacionalidade, os resultados son escasos, pero resultan de interese. Obsérvase que os participantes asiáticos informan de menos experiencias traumáticas, en comparación cos estadounidenses (Pike *et al.*, 2021; Rienecke *et al.*, 2022), así como unha mellor saúde mental e un menor impacto dos comentarios sobre o peso (Pike *et al.*, 2021).

Por último, varios artigos comparan o impacto da exposición traumática en función do momento de exposición. Atopan que cando a exposición ao trauma é prolongada, desenvólvense máis condutas de TCA (Ziobrowski *et al.*, 2021), especificamente atópase relación coa purga (Vidaña *et al.*, 2020). Tamén se observa que nos patróns purgativos a ocorrencia da primeira experiencia traumática adoita darse antes que nos patróns restritivos (Malet-Karas *et al.*, 2023).

**Táboa 1.**

*Principais características dos artigos revisados*

Referencia e tipo de deseño	Obxectivos	Participantes				Avaliación			Resultados principais
		N total	Tipo de poboación	Sexo M/H	Idade media	Patrón bulímico	Trauma	Outras variables	
Barone <i>et al.</i> , 2023 Estudo descritivo transversal	Demostrar a asociación entre tipos de maltrato infantil e sintomatoloxía de TCA central, a través do papel mediador da alexitimia.	N=614 TCA=253 GC=108	Mostra clínica de TCA: AN-R=103 AN-P=40 BN=110 País: Italia	M: 100%	25,52	Diagnóstico conforme o DSM-5  Afán de adelgazar, bulimia e insatisfacción corporal: EDI-2	Maltrato infantil: CTQ	Alexitimia: Toronto Alexithymia Scale-20	Nos grupos de BN e AN, obsérvase un efecto directo entre abuso emocional e insatisfacción corporal, e unha asociación indirecta entre o abuso emocional e o afán de adelgazar e a bulimia, mediado pola dificultade para identificar emocións.  No GC, hai unha asociación directa (sen o efecto mediador da alexitimia) entre negligencia física con afán de adelgazar e bulimia, e entre o abuso emocional e a insatisfacción corporal.  A dimensión da alexitimia de identificación de emocións media entre maltrato infantil e síntomas de TCA. A dimensión da alexitimia de expresar emocións non amosa ser mediadora.

*Nota.* N: tamaño da mostra; M: muller; H: home; TCA: trastorno da conduta alimentaria; AN-R: anorexia nerviosa restritiva; AN-P: anorexia nerviosa purgativa; BN: bulimia nerviosa; GC: grupo control; EDI-2: *Eating Disorders Inventory-2*; CTQ: *Childhood Trauma Questionnaire*

Referencia e tipo de deseño	Obxectivos	Participantes				Avaliación		Resultados principais	
		N total	Tipo de poboación	Sexo M/H	Idade media	Patrón bulímico	Trauma		Outras variables
Castellini <i>et al.</i> , 2020 Estudo descritivo transversal	<p>Proporcionar evidencia da influencia do trauma infantil na sexualidade desregulada en TCA, como sinal da desregulación emocional.</p> <p>Estudar o nivel predictivo de factores psicolóxicos e biolóxicos da conduta sexual descontrolada en persoas con TCA.</p> <p>Estudar como o trauma infantil modera variables psicopatolóxicas relacionadas coa hipersexualidade en persoas con TCA.</p>	N= 133 TCA= 72 GC= 61	Mostra clínica de TCA: Grupo R, restritivo= 27 Grupo AP, atracón-purga= 45 País: Italia	M: 100%	Grupo R: 25,77 Grupo AP: 33,29	EDE-Q 6.0 Inxestión emocional: EES	Maltrato infantil: CTQ	<p>Psicopatoloxía xeral: SCL-90-R GSI</p> <p>Impulsividade: BIS-11</p> <p>Regulación emocional: DERS</p> <p>Funcionamento sexual: FSFI</p> <p>Hipersexualidade: HBI</p> <p>Niveis sanguíneos de hormonas esteroideas, hormonas pituitarias e grelina: mostra de sangue en xaxún</p>	<p>Grupo AP amosan taxas significativamente máis elevadas de inxestión emocional e desregulación emocional respecto ao grupo R e ao GC; e de impulsividade respecto ao GC.</p> <p>A mostra clínica amosa taxas significativamente máis elevadas de trauma respecto ao GC.</p> <p>Grupo AP amosa taxas significativamente máis elevadas de hipersexualidade, múltiples parellas sexuais e uso de anticonceptivos de emerxencia, respecto ao grupo R e GC.</p> <p>Na mostra clínica, interacción significativa entre trauma e desregulación emocional, hipersexualidade, atracón subxectivo e inxestión emocional.</p>

*Nota.* EDE-Q: *Eating Disorder Examination Questionnaire*; EES: *Emotional Eating Scale*; SCL-90-R GSI: *Global Severity Index Symptom Checklist-90-Revised*; BIS-11: *Barrat Impulsiveness Scale*; DERS: *Difficulties in Emotion Regulation Scale*; FSFI: *Female Sexual Function Index*; HBI: *Hypersexual Behaviour Inventory*



Referencia e tipo de deseño	Obxectivos	Participantes					Avaliación		Resultados principais
		N total	Tipo de poboación	Sexo M/H	Idade media	Patrón bulímico	Trauma	Outras variables	
Ferguson e Brausch, 2022 Estudo descritivo transversal	Estudar a influencia mediadora da resiliencia entre a sintomatoloxía de TEPT e a conduta alimentaria alterada en vítimas de abuso sexual.	N= 275	Mostra universitaria de vítimas de abuso sexual ou violación despois dos 14 anos. País: Estados Unidos	M: 100%	19,3	Afán de adelgazar, bulimia e insatisfacción corporal: EDI-2	Experiencia de abuso o acoso sexual: SES	Síntomas TEPT: PCL-5 Resiliencia: BRS	Relación significativa entre o TEPT coa conduta alimentaria alterada, resiliencia e síntomas bulímicos.  Relación mediadora negativa significativa da resiliencia entre TEPT e conduta alimentaria alterada.  Relación mediadora significativa da resiliencia entre TEPT e insatisfacción corporal, pero non con síntomas bulímicos nin afán de adelgazar.

Nota. SES: *Sexual Experiences Survey*; TEPT: Trastorno de estrés postraumático; PCL-5: *Postraumatic Stress Disorder Checklist 5*; BRS: *Brief Resilience Scale*

Referencia e tipo de deseño	Obxectivos	Participantes				Avaliación			Resultados principais
		N total	Tipo de poboación	Sexo M/H	Idade media	Patrón bulímico	Trauma	Outras variables	
Hazzard <i>et al.</i> , 2022 Estudo descritivo transversal	Examinar a asociación entre sintomatoloxía de TCA e abuso emocional, sexual ou físico vivido no último ano.	N= 10.204	Mostra comunitaria universitaria País: Estados Unidos	M: 54,4% H: 44,3%	23,38	Condutas de atracón e purga nos últimos 28 días: 4 ítems do EDE-Q  Síntomas cognitivos (control da dieta, sobrevaloración da forma/peso e insatisfacción corporal) nos últimos 28 días: S-EDE-Q	Preguntas sobre experiencia de abuso emocional, sexual ou físico nos últimos 12 meses	Non avalía	O abuso emocional e sexual correlacionan significativa e independentemente con maior prevalencia de atracón e purga e cos síntomas cognitivos de TCA.  O abuso físico correlaciona independente e significativamente coa conduta purgativa, coa sobrevaloración da forma/peso e coa insatisfacción corporal.  Tendo en conta tódalas variables nun mesmo modelo, as relacións significativas que se manteñen son: abuso emocional con atracón, purga e síntomas cognitivos; e o abuso sexual coa purga e sobrevaloración da forma/peso.

Nota. EDE-Q: *Eating Disorder Examination-Questionnaire*; S-EDE-Q: *Short-Eating Disorder Examination-Questionnaire*

Referencia e tipo de diseño	Obxectivos	Participantes					Avaliación		Resultados principais
		N total	Tipo de poboación	Sexo M/H	Idade media	Patrón bulímico	Trauma	Outras variables	
Kjaersdam-Tellés et al., 2021 Estudo descritivo transversal	<p>Analizar e prevalencia de distintos tipos de eventos traumáticos nunha mostra de nenas, adolescentes e adultas con TCA.</p> <p>Explorar diferencias potenciais entre nenas/adolescentes e adultas con TCA conforme a natureza do trauma sexual.</p> <p>Explorar se o trauma sexual ocorreu antes ou despois do comezo do TCA.</p>	N= 329	<p>Mostra clínica de TCA:</p> <p>AN-R=70 AN-P=42 BN=57 AN atípica=69 Outro TCA especificado=91</p> <p>País: Dinamarca</p>	<p>M: 95%</p> <p>H: 5%</p>	16,9	EDE-16	Entrevista semiestruturada realizada por un psicólogo clínico para explorar a experiencia de trauma.	Non avalía	<p>O 72% dos pacientes con BN reportan vivencia de, polo menos, unha ET. O 71% en AN-P, o 56% en AN-R, o 65% en AN atípica e o 69% en outro TCA.</p> <p>O trauma sexual ten maior asociación con AN-P, BN e AN atípica.</p> <p>A maior taxa de agresión sexual amósase nos suxeitos con AN-P. E a maior taxa de agresión sexual extrema amósase en AN-R.</p>

Nota. EDE-16: *Eating Disorder Examination*, edición 16.0

Referencia e tipo de diseño	Obxectivos	Participantes				Avaliación			Resultados principais
		N total	Tipo de poboación	Sexo M/H	Idade media	Patrón bulímico	Trauma	Outras variables	
Lie <i>et al.</i> , 2021  Estudo descritivo transversal	<p>Explorar en que medida a exposición a eventos traumáticos difire entre persoas con TCA e un grupo control.</p> <p>Determinar se a asociación entre trauma e TCA é maior cando a exposición é a máis dun evento.</p> <p>Explorar como se asocian os distintos eventos cos distintos subtipos de TCA.</p>	<p>N= 890 TCA=495 GC= 395</p>	<p>Mostra clínica de TCA, obtida do proxecto EDGE.</p> <p>AN-R=65 AN-P=114 BN/TA=180 AN/BN/TA=133</p> <p>País: Noruega</p>	<p>M: 95% H: 5%</p>	<p>TCA: 29,08 CG: 30,16</p>	<p>Diagnóstico conforme o DSM-5: autoinforme ED100K  EDE-Q</p>	<p>SLESQ</p>	<p>Non avalía</p>	<p>O 81% das persoas con TCA experimentaron algún suceso traumático, fronte ao 65% do GC.</p> <p>Nos grupos con patrón bulímico (AN-P, BN/TA e AN/BN/TA) a frecuencia de ET é significativamente máis elevada respecto ao GC.</p> <p>O abuso emocional é o máis informado en tódolos grupos, excepto en AN-R, sendo outro abuso sexual (non violación) o máis prevalente.</p> <p>En comparación co GC, nos grupos con patrón bulímico, hai unha asociación significativa con violación, outro tipo de abuso sexual e abuso emocional.</p> <p>Maior probabilidade de que o grupo de TCA presente 3 ou máis eventos traumáticos. E asociación significativa entre os TCA con patrón atracón-purga é máis eventos traumáticos vivenciados.</p>

Nota. EDGE: *Eating Disorders: Genes & Environment*; SLESQ: *Stressful Life Events Screening Questionnaire*

Referencia e tipo de deseño	Obxectivos	Participantes					Avaliación		Resultados principais
		N total	Tipo de poboación	Sexo M/H	Idade media	Patrón bulímico	Trauma	Outras variables	
Liebman <i>et al.</i> , 2021 Estudo descritivo transversal	Explorar a interconectividade entre TEPT e TCA, a través da busca de asociación entre os síntomas centrais da comorbilidade entre TEPT e patoloxía alimentaria.	N= 120	Mostra específica con vivencia de mínimo unha experiencia de abuso infantil e unha puntuación >0 no PCL-5.  País: Estados Unidos	M: 55% H: 45%	37,35	EPSI	Trauma infantil: ACE	Síntomas TEPT: PCL-5	A reexperimentación é a subescala da sintomatoloxía do TEPT máis central e fortemente relacionada con síntomas de TCA.  Restrición cognitiva é o síntoma de TCA máis relacionado cos síntomas de TEPT.  A purga, as alteracións cognitivas, as alteracións do estado de ánimo e o hiperarousal son os principais factores da rede de conectividade entre TEPT e TCA.

Nota. EPSI: *Eating Pathology Symptoms Inventory*; ACE: *Adverse Childhood Experiences Questionnaire*

Referencia e tipo de deseño	Obxectivos	Participantes				Avaliación			Resultados principais
		N total	Tipo de poboación	Sexo M/H	Idade media	Patrón bulímico	Trauma	Outras variables	
Malet-Karas <i>et al.</i> , 2022 Estudo descritivo transversal	Estudar nunha mostra grande de vítimas de violencia sexual as características e diferenzas entre as que desenvolven TCA e as que non, co obxectivo comprender a relación entre TCA e violencia sexual.	N= 12.638 TCA= 546	Mostra específica de vítimas de abuso sexual, obtida da organización ‘Colectif Feministe contre le Viol’  País: Francia	M: 94,6% H: 5,4%	Idade media do primeiro abuso sexual:  N: 16  TCA: 12	Entrevista. Clasificados en categorías de TCA conforme os síntomas.	Entrevista, momento de primeiro abuso, características do agresor e agresión.	Consecuencias derivadas do abuso sexual: TEPT, ansiedade, outros problemas psiquiátricos e problemas de esfínter.	Un 4,3% das vítimas de abuso sexual desenvolveron un TCA. A AN-R foi a máis prevalente (41%).  As características das vítimas que desenvolven un TCA foron: máis asaltadas durante a infancia, por un membro da familia e maior frecuencia de abuso infantil e/ou abusos máis severos.  A idade media da ocorrencia do primeiro abuso é significativamente máis alto en AN-R que no grupo anorexia-bulimia e o grupo atracón. Nestes dous últimos, a maior taxa de abusos ocorren na infancia.  Non hai diferenzas significativas na prevalencia das consecuencias avaliadas entre os grupos de TCA.

Referencia e tipo de diseño	Obxectivos	Participantes				Avaliación			Resultados principais
		N total	Tipo de poboación	Sexo M/H	Idade media	Patrón bulímico	Trauma	Outras variables	
Monteleone <i>et al.</i> , 2022a  Estudo descritivo transversal	Explorar a asociación entre tipo de maltrato infantil e síntomas específicos de TCA en pacientes con BN e TA.	N= 325	Mostra clínica con TCA  BN=181 TA=144  País: Israel e Italia	Non avalía	BN= 28,41  TA= 37,33	Diagnóstico conforme o DSM-5: SCID-RV  EDI-2	Maltrato infantil: CTQ	Non avalía	O abuso emocional configura a ruta máis corta de relación entre tipos de maltrato e psicopatoloxía alimentaria. Non se atopa conexión entre outro tipo de abuso infantil e síntomas de TCA.  En BN, hai conexión indirecta, mediada polo sentimento de ineficacia, entre o abuso emocional e síntomas específicos (insatisfacción corporal e conciencia interoceptiva). A súa vez, a conciencia interoceptiva conecta directamente co patrón bulímico. En TA, a relación entre abuso emocional e patrón bulímico está mediada pola conciencia interoceptiva e a impulsividade.

Nota. SCID-RV: *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Research Version.*

Referencia e tipo de deseño	Obxectivos	Participantes					Avaliación		Resultados principais
		N total	Tipo de poboación	Sexo M/H	Idade media	Patrón bulímico	Trauma	Outras variables	
Nelson <i>et al.</i> , 2023  Estudo descritivo transversal	Investigar o impacto de experiencias traumáticas na infancia e da discriminación percibida, na sintomatoloxía de TCA nunha mostra universitaria étnica e racialmente diversa.	N=331	Mostra comunitaria universitaria  País: Estados Unidos	M: 66%  H: 34%	18,54	EPSI	Trauma infantil: ACE  Discriminación percibida: EDS	Identidade de xénero e identidade étnica.	<p>A discriminación asóciase significativamente con insatisfacción corporal, atracón, restrición cognitiva e condutas restritivas. Non se relaciona significativamente coa purga.</p> <p>O maltrato infantil non amosa asociación significativa coa sintomatoloxía de TCA cando a discriminación se inclúe como factor, debido á varianza compartida.</p> <p>As mulleres puntúan máis en insatisfacción corporal, restrición e purga.</p> <p>Aqueles individuos que perciben discriminación debido ao peso ou ao xénero, informan máis síntomas de TCA. Non se atopa relación entre a discriminación percibida por raza e a sintomatoloxía de TCA.</p>

Nota. EDS: *Everyday Discrimination Scale*.

Referencia e tipo de deseño	Obxectivos	Participantes				Avaliación			Resultados principais
		N total	Tipo de poboación	Sexo M/H	Idade media	Patrón bulímico	Trauma	Outras variables	
Pike <i>et al.</i> , 2021 Estudo descritivo transversal	Ampliar os datos transversais existentes sobre os factores familiares e a historia de abuso para determinar en que medida son factores de risco para desenvolver AN e BN en Xapón.	N=290 TCA=233 GC=57	Mostra clínica TCA País: Xapón, AN: 60 BN: 36 País: Estados Unidos, AN: 71 BN: 66	M: 100%	Mostra Xapón: AN: 26,37 BN: 24,14 GC: 24,23 Mostra Estados Unidos: AN: 26,45 BN: 28,73	Diagnóstico conforme o DSM-5: SCID EDE-Q	Factores de risco e eventos antecedentes: RFI	Prácticas parentais: PBI	<p>Ambos grupos de TCA, amosan maior perfeccionismo e afectividade negativa de forma significativa en comparación co GC. Na mostra clínica tamén se observa, menor calidade parental, maior desacordo entre pais, maior esixencia parental e ausencia/morte parental.</p> <p>No grupo de BN, maior exposición significativa a experiencias de bullying e deprivación, respecto ao GC, ao longo de toda a vida.</p> <p>Ambos grupos de TCA, respecto ao GC, informan de maior exposición no último ano a comentarios sobre o peso/forma, abuso físico e estrés escolar/laboral.</p> <p>Comparando por nacionalidade, obsérvase de forma significativa na mostra de BN xaponesa, en comparación coa de EEUU: maior saúde mental, menor impacto da calidade das prácticas parentais, menor impacto das preocupacións familiares sobre o peso/forma e menor exposición a eventos estresantes.</p> <p>Os factores de risco para BN e AN en Xapón foron: perfeccionismo, afectividade negativa e calidade parental.</p>

Nota. RFI: Risk Factor Interview; PBI: Parental Bonding Instrument

Referencia e tipo de deseño	Obxectivos	Participantes				Avaliación			Resultados principais
		N total	Tipo de poboación	Sexo M/H	Idade media	Patrón bulímico	Trauma	Outras variables	
Rienecke <i>et al.</i> , 2022  Estudo descritivo transversal	Examinar e comparar tipo de experiencia traumática infantil entre unha mostra de adultos buscando tratamento para TCA e unha mostra de adultos representativa.  Distinguir tipo de ET infantil en base á información demográfica da mostra con TCA.  Clasificar estatisticamente os perfís de trauma infantil utilizando Análise de Clase Latente.  Examinar as asociacións entre tipos de TCA e perfís de trauma infantil.	N= 214.257  TCA= 1061	Mostra comunitaria  AN-R= 278 AN-P= 298 BN= 134 TA= 78 Outro TCA= 273  País: Estados Unidos	TCA: M: 88,2%  H: 10,7%	TCA: 27,14	Diagnóstico conforme o DSM-5	Trauma infantil: ACE	Identidade étnica	Pacientes con diagnóstico TCA amosan maior media significativa de trauma infantil respecto a mostra nacional, concretamente de abuso sexual, divorcio intrafamiliar e enfermidade mental no fogar.  Os homes informan menos de historia de abuso sexual cás mulleres. Pacientes asiáticos menos experiencias traumáticas infantís que os pacientes brancos. E os pacientes hispánicos maior informe de historia de abuso sexual respecto a pacientes brancos.  Pacientes con TCA non especificado, máis abuso emocional e consumo de sustancias no fogar respecto AN-R. Pacientes con BN, maior consumo de sustancias no fogar respecto a AN-R.  As asociacións significativas entre diagnóstico e perfil de ET foron: trauma doméstico, maior en TCA non especificado respecto a AN-R. E abuso maior en TA respecto a AN-R.

Referencia e tipo de diseño	Obxectivos	Participantes					Avaliación			Resultados principais
		N total	Tipo de poboación	Sexo M/H	Idade media	Patrón bulímico	Trauma	Outras variables		
Schaefer <i>et al.</i> , 2021  Estudo descritivo transversal	Explorar as vías mecánicas polas que os distintos tipos de maltrato infantil poden levar a problemas de consumo de sustancias en individuos con patoloxía de espectro bulímico.	N=204	Poboación clínica con patoloxía do espectro bulímico.  País: Estados Unidos	M: 100%	25,7	Avalía diagnóstico de BN e BN subclínica: SCID-P	Maltrato infantil: CTQ-SF	Desregulación emocional: DAPP-BQ  Impulsividade: BIS-11  Consumo de alcol e drogas: MAST/AD	Obsérvase un efecto indirecto do abuso emocional no consumo de sustancias, mediado pola desregulación emocional, en pacientes bulímicas.  Atópase unha influencia directa da negligencia emocional na impulsividade en pacientes bulímicas.	
Vidaña <i>et al.</i> , 2020  Estudo descritivo transversal	Examinar o efecto da exposición traumática durante a nenez, durante a idade adulta ou durante ambas etapas, sobre a sintomatoloxía de TCA e a psicopatoloxía internalizante xeral.	N=225	Poboación clínica con TCA. AN=7 BN=93 TA=13 Outro TCA=113  País: Estados Unidos	M: 83,1% H: 16,9%	24,72	Diagnóstico conforme o DSM-5: SCID  EPSI	ET e idade de exposición: SCID + LEC-5	Síntomas internalizantes: Inventory of Depression and Anxiety Symptoms-II	Asociación significativa entre trauma e conduta purgativa.  O grupo de trauma vivido durante nenez e idade adulta informa máis conduta purgativa respecto aos outros grupos.  Non hai diferenzas significativas entre grupos conforme a idade de exposición á ET en: conduta de atracón, insatisfacción corporal, restrición e psicopatoloxía internalizante.	

Nota. SCID-P: *Structured Clinical Interview for DSM-IV, patient edition*; CTQ-SF: *Short form of the Childhood Trauma Questionnaire*; DAPP-BQ: *Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire*; MAST/AD: *Michigan Assessment Screening Test/Alcohol-Drug*; LEC-5: *Life Events Checklist for DSM-5*.

Referencia e tipo de deseño	Obxectivos	Participantes					Avaliación			Resultados principais
		N total	Tipo de poboación	Sexo M/H	Idade media	Patrón bulímico	Trauma	Outras variables		
Zelkowitz <i>et al.</i> , 2021 Estudo descritivo lonxitudinal	Confirmar a investigación previa que asocia a exposición ao trauma coa sintomatoloxía de TCA, a través de avaliar esta asociación durante a nenez e idade nun mesmo cohorte.  Avaliar a asociación lonxitudinal entre a exposición ao trauma e TCA.  Avaliar a asociación da sintomatoloxía TEPT coa subseguinte de TCA.	N= 1420	Poboación comunitaria escolar obtida do estudo Great Smoky Mountains.  País: Estados Unidos	M: 51,1% H: 48,9%	Os participantes avaliados nas seguintes idades: 9, 11, 13, 19, 21, 25 e 30.	Na nenez: CAPA Na idade adulta: YAPA	Listaxe de eventos traumáticos do CAPA/ YAPA. Divididos en 3 categorías: sexual, violenta e nin sexual nin violento.	Síntomas TEPT: 3 preguntas sobre presenza de reexperimentación, hiperarousal e evitación	Os participantes con exposición a evento traumático violento amosan significativamente maior consecuencia de TCA respecto ao grupo de non trauma.  A exposición a trauma sexual e a trauma nin violento nin sexual asóciase a maiores niveis de sintomatoloxía de BN, cambios de apetito e preocupación pola comida na idade adulta. A exposición a trauma na idade adulta relacionouse con cambios de apetito e preocupación pola comida na idade adulta.  Exposición a trauma violento asocíase significativamente de forma lonxitudinal con síntomas bulímicos. O trauma nin sexual nin violento relaciónase coa sintomatoloxía de TCA na idade adulta. E ningún trauma na idade adulta asocíase significativamente con sintomatoloxía de TCA na idade adulta.  Non hai asociación de síntomas de TEPT con sintomatoloxía de TCA na idade adulta. Na idade adulta, a sintomatoloxía de TEPT si está asociada significativamente cun aumento da sintomatoloxía bulímica.	

Nota. CAPA: *Child and Adolescent Psychiatric Assessment*; YAPA: *Young Adult Psychiatric Assessment*.

Referencia e tipo de diseño	Obxectivos	Participantes					Avaliación		Resultados principais
		N total	Tipo de poboación	Sexo M/H	Idade media	Patrón bulímico	Trauma	Outras variables	
Zelkowitz <i>et al.</i> , 2023  Estudo descritivo transversal	Estudar a asociación entre o Criterio E2 do TEPT (comportamento imprudente e autodestrutivo) con condutas alimentarias alteradas, autolesións e uso de sustancias.  Analizar as interaccións entre o Criterio E2 do TEPT en relación con tales condutas, tendo en conta a evidencia existente entre diferenzas de xénero.	N= 1010	Veteranos de guerra que serviron nos ataques terroristas do 11 de setembro de 2001 e cumpriron co Criterio A do diagnóstico de TEPT do DSM-5  País: Estados Unidos	M: 61,49% H: 38,51%	M: 29,1 H: 30,3	EDE-Q	Experiencias de trauma previas, durante e posteriores ao servizo militar: DRRI-2	Síntomas TEPT: PCL-5  Condutas suicidas e autolesivas: CSSRS e SITBI  Consumo de sustancias: AUDIT e DUDIT	O xénero feminino relacionouse significativamente coas condutas autolesivas, consumo de drogas, purga e atracón.  A purga correlaciona significativamente con: condutas autolesivas, atracón, xaxún e exercicio compulsivo.  O atracón correlaciona significativamente con: condutas autolesivas, planificación suicida, purga, xaxún e exercicio compulsivo.  O Criterio E2 relaciónase significativamente coas consideradas condutas autolesivas directas (autolesións, planificación suicida e ideación suicida) e coas indirectas (consumo de drogas, purga e atracón).

*Nota.* DRRI-2: *Deployment Risk and Resilience Inventory-2*; CSSRS: *Columbia Suicide Severity Rating Scale*; SITBI: *Self-Injurious Thoughts and Behavior Interview, Self-Report version*; AUDIT: *Alcohol Use Disorder Identification Test*; DUDIT: *Drug Use Disorder Identification Test*

Referencia e tipo de deseño	Obxectivos	Participantes				Avaliación			Resultados principais
		N total	Tipo de poboación	Sexo M/H	Idade media	Patrón bulímico	Trauma	Outras variables	
Ziobrowski <i>et al.</i> , 2021  Estudo descritivo lonxitudinal	Determinar se homes e mulleres, con distintas experiencias de maltrato infantil e adolescente, teñen maior risco de desenvolver condutas alimentarias alteradas na idade temperá.	N= 7010	Mostra clínica obtida do GUTS. Incluíronse os suxeitos que non informaron de condutas de TCA previas aos 18 anos e que as informaron mínimo unha vez entre os 18 e os 30 anos.  País: Estados Unidos	M: 66,3%  H: 33,7%	Participantes avaliados dende 1996 ata 2007. En 2007 a media de idade era de 22,7 anos.	Preguntas validadas sobre episodios de atracón e purga, a súa frecuencia e o nivel de perda de control durante os episodios de atracón	Abuso físico: CTS  Abuso emocional: CTQ  Abuso sexual: SES	Non avalía	As condutas de TCA subclínico foron as de maior incidencia durante a idade temperá  Os grupos que sufriron maltrato amosan maior risco de ter condutas alimentarias alteradas, especialmente aquelas que conlevan purga.  Aqueles grupos nos que o maltrato é prolongado (na idade e adolescencia) ou hai varios tipos de abuso, amosan maior incidencia de condutas de TCA na idade temperá.  Os homes que sufriron abuso emocional e físico prolongado amosan a maior incidencia de condutas de atracón e purga. Obsérvase maior incidencia ca no grupo de mulleres.  As mulleres que sufriron abuso sexual prolongado amosan maior incidencia de patrón atracón-purga. A conduta de atracón sen purga ten maior incidencia no grupo de mulleres que sufriron abuso emocional e físico prolongado.

Nota. GUTS: *Growing Up Today Study*

## Discusión

O presente traballo revisa as liñas actuais de investigación sobre o patrón bulímico e a experiencia traumática. Os estudos atopados centráronse en analizar a asociación entre tipo de maltrato e tipo de TCA, as variables mediadoras entre o maltrato e o TCA e en estudar características concretas de poboacións con psicopatoloxía alimentaria e trauma. Tamén se analizaron aqueles estudos que investigaron a relación entre TCA e TEPT.

En primeiro lugar, os achados desta revisión están en consonancia coa relación existente entre a historia de trauma e unha maior incidencia de TCA e de patrón atracón-purga. Nos estudos que avalían síntomas concretos de TCA en relación coa ET, áchanse resultados congruentes que amosan maior incidencia de condutas de atracón e purga en relación co trauma. Non obstante, só se atopou en dous estudos unha relación entre trauma e diagnóstico de bulimia nerviosa, de forma significativamente maior en comparación con outros trastornos da conduta alimentaria. En primeira instancia, estes resultados poden explicarse pola forma na que se categorizan os participantes conforme a psicopatoloxía. Certamente, a principal característica da BN é este patrón de atracón seguido da conduta purgativa, mais tamén é un patrón que se presenta noutros TCA, como é o caso da AN-P ou noutros cadros de TCA especificados. Algúns dos artigos desta revisión non separaron entre AN-R e AN-P, o cal resultaba relevante para poder extraer os datos do noso interese. De feito, esta limitación obsérvase xustamente neses artigos nos que a incidencia entre trauma e BN é menos significativa respecto a outros grupos. Deste xeito, tería sido de maior interese que as mostras se dividiran en patrón purgativo e restritivo, como no estudo de Castellini *et al.* (2020), ou que avaliasen os síntomas de TCA, como tamén se fixo nalgúns dos artigos da revisión. Ben é certo que a categorización conforme tipo de TCA permitiunos levar a cabo

esta revisión bibliográfica, xa que unicamente sabendo o diagnóstico dos participantes puidéronse levar a cabo as comparacións intragrúps e extraer os datos concretos de BN e AN-P. Pola contra, consideraríamos que adoptar un enfoque transdiagnóstico, centrado en relacionar a experiencia traumática coa sintomatoloxía central dos participantes, aportaría máis información e permitiría facer inferencias máis precisas. O enfoque transdiagnóstico considera os trastornos psicolóxicos en base aos procesos cognitivos e condutuais etipatoxénicos causais e/ou de mantemento, procurando integrar as disfuncións dos individuos baixo procesos e factores dimensionais comúns (Sandín *et al.*, 2012). Por esta razón, considérase que resultaría máis interesante que os artigos deste eido utilizasen un enfoque transdiagnóstico en lugar dun enfoque categorial.

A continuación, discutírase acerca das relacións atopadas entre o tipo de trauma e o TCA. A literatura identifica o **abuso emocional** como a forma de maltrato máis relacionada coa psicopatoloxía alimentaria. Isto podería deberse a que o abuso emocional abarca todos aqueles comentarios negativos acerca do peso/forma, que contribúen a incrementar as preocupacións pola comida e o corpo. Deste xeito, a vitimización por burlas relacionadas coa aparencia identificouse como un dos factores de risco principais para desenvolver un TCA (Solmi *et al.*, 2021). Tralo análise dos resultados, obsérvase congruentemente coa literatura existente, que o abuso emocional é o que amosa maiores relacións significativas co TCA, especialmente co patrón atracón-purga. Barone *et al.* (2023) observaron que o abuso emocional relaciónase coa **insatisfacción corporal** en pacientes sans. Nelson *et al.* (2023) amosaron que a discriminación percibida é un estresor diario importante que pode contribuír ao desenvolvemento dun TCA mediante as **crenzas internalizantes negativas** sobre un mesmo e a insatisfacción corporal. Por outra banda, identifícase o papel mediador do **sentimento de ineficacia** entre abuso emocional e patrón bulímico (Monteleone *et al.*, 2022a), tamén identificado na recente revisión paraugas de Solmi *et al.* (2021). Ademais o abuso emocional supón un factor de risco para desenvolver condutas alimentarias alteradas porque axudan a lidar co afecto negativo (p.e. o atracón) e a modificar a aparencia física (p.e. a purga ou a restrición). En síntese, podemos inferir que o abuso emocional se relaciona co TCA a través do impacto que ten sobre a imaxe corporal e as preocupacións sobre o peso e a forma.

Por outra parte, o abuso emocional conleva inherentemente invalidación emocional, causando nos individuos dificultades para identificar e expresar emocións, ou mesmo

afectando no feito de considerarse en dereito de expresar as emocións propias. En consonancia, nos artigos revisados obsérvase o papel mediador da **alexitimia**, da conciencia interoceptiva e do sentimento de ineficacia como mediadores entre o abuso emocional e a conduta bulímica (Barone *et al.*, 2023; Monteleone *et al.*, 2022a). As condutas de atracón e purga cumpren con esa función de regulación emocional, funcionan como unha estratexia substitutiva da inexpressión emocional e, xunto cos outros factores mediadores, facilitan o desenvolvemento dun trastorno da conduta alimentaria.

De acordo coa investigación existente, o **abuso sexual** tamén supón un factor de risco para desenvolver un TCA con condutas de atracón e purga. Algúns estudos atopan relación significativa entre abuso sexual e BN e TA, pero non con AN (Caslini *et al.*, 2016; Molendijk *et al.*, 2017). Groff e Wilke (2016) achan, nunha mostra de 6000 estudantes, que o abuso sexual presaxia condutas purgativas, e que canto máis severo é o abuso sexual, maior é a incidencia de conduta purgativa. Pola contra, outros autores atopan elevadas taxas de abuso sexual en mostras de persoas con anorexia, cunha maior taxa de ET no subtipo de anorexia restritiva (Reyes-Rodríguez *et al.*, 2011). Actualmente, existe unha brecha na literatura acerca do tipo de TCA que se relaciona co abuso sexual, atopándonos con achados opostos.

Nos presentes resultados obsérvase relación entre abuso sexual e patrón bulímico. Non obstante, tamén se obtiveron resultados que relacionan o abuso sexual coa anorexia restritiva (Convertino *et al.*, 2021; Kjaersdam-Tellús *et al.*, 2021; Malet-Karas *et al.*, 2022). Cómpre salientar certas características destes estudos que poden estar influíndo nas relacións achadas entre abuso sexual e patrón restritivo. Por unha parte, e como xa se mencionou previamente, no estudo de Convertino *et al.* (2021) cóntase coa limitación da infraestimación do patrón purgativo así como da pequena mostra de pacientes con BN. Kjaersdam-Tellús *et al.* (2021) atopan que a relación depende da gravidade do suceso, pois aínda que en pacientes con patrón purgativo (BN e AN-P) hai maior taxa de abuso sexual, nos casos de anorexia restritiva hai maior taxa de abuso sexual extremo. Por último, Malet-Karas *et al.* (2022) destacan a limitación de que non se utilizou un método sistemático para a avaliación da conduta alimentaria, impedindo realizar unha avaliación precisa do tipo de TCA.

As discrepancias acerca da relación entre o abuso sexual e o patrón de TCA poden estar sendo influídos por múltiples factores. Esta relación está mediada por multitude de circunstancias como son tipo de evento traumático, gravidade, duración de exposición, características persoais e estratexias coas que conta a vítima. Por outra banda, a finalidade

coa que se leven a cabo as condutas de TCA, tamén pode influír na predisposición a desenvolver un cadro psicopatolóxico ou outro, xa que as condutas de atracón-purga e a restrición cumpren funcións diferentes. Mentres que a conduta de atracón-purga funciona como unha estratexia de regulación emocional, resultado da necesidade de esquecer ou distraerse para evitar a dor; a conduta restritiva ten a función de proporcionar a sensación de control e poder que se lles quita ás vítimas de abuso sexual (Malet-Karas *et al.*, 2022).

Seguidamente, discutirase acerca doutros aspectos que poden estar influíndo na relación entre trauma e bulimia. Na literatura existente, amósase unha alta comorbilidade entre **TEPT** e TCA, especialmente co patrón atracón-purga. Así mesmo, os pacientes con este cadro comórbido, amosan ser máis desinhibidos, impulsivos e emocionalmente desregulados, así como a estar máis predispostos á retraumatización e perpetuación do TEPT (Brewerton *et al.*, 2023). Varios dos artigos da presente revisión centráronse en estudar a relación entre TEPT e TCA, amosando resultados consonantes coa bibliografía revisada acerca da asociación entre ambos trastornos (p.e. Zerkowitz *et al.*, 2021). Por outra banda, atópanse a resiliencia, a reexperimentación e a restrición cognitiva como factores mediadores entre ambos trastornos. Outros síntomas que amosan estar presentes en pacientes con ambos trastornos son a purga, as alteracións cognitivas, as alteracións do estado de ánimo e o hiperarousal (Liebman *et al.*, 2021). Así mesmo, tamén se acharon relacións significativas entre síntomas concretos de ambos cadros psicopatolóxicos, como é o caso da correlación entre o comportamento imprudente ou autodestrutivo do TEPT e as condutas de atracón e purga (Zerkowitz *et al.*, 2023). Estes achados amosan consistencia con que a reexperimentación mantén as reaccións de hiperarousal do TEPT, reforzadas negativamente por estratexias de evitación (p.e. atracón, purga, autolesións, consumo de sustancias). Desta forma, cando as condutas de TCA se utilizan como unha estratexia para evitar a angustia asociada aos pensamentos e sentimentos intrusivos, conlevan a que se perpetúe o TEPT. Isto resulta de interese cara á intervención, xa que interromper os síntomas principais da rede de conectividade entre TEPT e TCA podería romper a cadea de síntomas entre ambas patoloxías que as están perpetuando.

A investigación amosa que o consumo de sustancias, as autolesións e a conduta sexual desregulada son condutas comúns nestas poboacións. Identifícase que a **impulsividade** e a **desregulación emocional** son factores explicativos do desenvolvemento destas condutas (Madowitz *et al.*, 2015; Wonderlich *et al.*, 2001a; Wonderlich *et al.*, 2001b). Nos traballos da

presente revisión atópase que a experiencia traumática e o consumo de sustancias están mediados pola desregulación emocional (Schaefer *et al.*, 2021). Por outra banda, o abuso emocional e a negligencia emocional relaciónanse coa impulsividade (Monteleone *et al.*, 2022a; Schaefer *et al.*, 2021). Nos resultados da presente revisión atópase que, efectivamente, as condutas de atracón e purga adoitan estar relacionadas con condutas autolesivas, co consumo de sustancias e coa hipersexualidade. Tendo en conta que a impulsividade é un trazo características de pacientes con TCA patrón atracón-purga, non é de sorprender a coexistencia doutras condutas altamente impulsivas en pacientes con bulimia.

No que respecta ao **sexo**, a investigación en TCA enfócase en mulleres. Nesta mesma revisión, obsérvase que a meirande parte das mostras están compostas por mulleres, xa que tanto as mostras clínicas de TCA, como as vítimas de abuso sexual, adoitan ser mulleres. A literatura existente adoita amosar unha maior taxa de TCA e maior vulnerabilidade de desenvolver condutas alimentarias alteradas na poboación feminina (Peláez *et al.*, 2010). En consonancia, Zelkowitz *et al.* (2023) atopan maior vulnerabilidade nas mulleres de desenvolver condutas purgativas e de atracón, así como condutas autolesivas e consumo de drogas, tras a exposición a unha ET de carácter bélico. Non obstante, na investigación de Ziobrowski *et al.* (2023) obtéñense resultados opostos. Atopan que os homes que sufriron abuso físico e emocional prolongado no tempo teñen un risco tres veces maior de desenvolver condutas de atracón e purga, en comparación cos homes que non sufriron abuso. No caso das mulleres, as diferencias son menos salientables entre o grupo que sufriu abuso e o grupo de non abuso. Ademais, amósanse asociacións entre abuso e conduta alimentaria máis fortes nos homes ca nas mulleres. Estes achados salientan a necesidade de investigar máis acerca do impacto do trauma na sintomatoloxía alimentaria alterada en mostras masculinas.

Respecto a **nacionalidade** dos participantes tamén se atoparon resultados de interese. Observouse que os participantes estadounidenses refiren máis experiencias traumáticas en comparación cos asiáticos (Pike *et al.*, 2021; Rienecke *et al.*, 2022), cómpre ter isto presente debido a que a meirande parte dos artigos incluídos nesta revisión utilizan mostras estadounidenses. Ademais, os participantes asiáticos informan dunha mellor saúde mental e un menor impacto dos comentarios sobre o peso. Estes autores explican que isto pode deberse a unha menor preocupación polo peso debido as baixas taxas de obesidade que hai en Xapón. Mentres que en Estados Unidos os comentarios sobre o peso e forma de forma reiterada chegan a considerarse como unha experiencia de abuso e precipitar condutas alimentarias

alteradas, en Xapón isto non supón un precipitante. Polo tanto, destácase a influencia cultural como un factor mediador entre os comentarios sobre o peso e a forma e a psicopatoloxía alimentaria. Outro achado salientable é a identificación da calidade parental como un factor de risco para desenvolver BN e AN en Xapón, xa que non é un factor de risco que se atope na investigación sobre factores de risco de TCA en Europa ou Norteamérica. Pike *et al.* (2021) atribúen isto ás longas xornadas laborais e á común ausencia parental a causa do traballo en Xapón.

Por último, a investigación establece que a exposición a eventos traumáticos na **infancia** ten un maior impacto no desenvolvemento de psicopatoloxía alimentaria e de condutas desadaptativas, xa que debido á maior plasticidade do cerebro na infancia, este é máis vulnerable a ser afectado por sucesos traumáticos (Ruglass e Kendall-Tackett, 2014). En congruencia cos achados previos, os nosos resultados amosan que cando o evento ocorre na infancia ou é prolongado durante a infancia e a adolescencia, hai unha maior incidencia de condutas de TCA (Malet-Karas *et al.*, 2022; Vidaña *et al.*, 2020; Ziobrowski *et al.*, 2021). Tamén se observou que a experiencia traumática temperá se relaciona máis co patrón purgativo ca co restritivo (Malet-Karas *et al.*, 2022). Non obstante, conforme aos nosos resultados, non se atopa evidencia de que o momento de exposición ao trauma sexa un factor determinante para desenvolver un patrón de TCA purgativo ou restritivo.

A presente revisión non está libre de **limitacións**. Como xa se mencionou con anterioridade, destacamos a dificultade para extraer os datos concretos do patrón atracón-purga. A hora de realizar o cribado dos artigos, obtivemos que a meirande parte dos artigos tiveron que ser extraídos da revisión porque se estudaba o trauma en relación coa psicopatoloxía alimentaria xeral, incluíndo patróns restritivos ou patróns de atracón sen purga. Por outra banda, gran parte dos artigos incluídos na revisión, clasificaron aos participantes conforme diagnóstico do DSM-5. A clasificación categorial permitiunos analizar os datos considerando a BN e a AN-P como TCAs de patrón atracón-purga, mais nesta clasificación pérdese moita información acerca da sintomatoloxía. Por exemplo, nos artigos nos que non se diferenciou entre os cadros de AN-R e AN-P, ou naqueles que consideraron a categoría de ‘Outro trastorno alimentario especificado’, onde teñen cabida tanto cadros restritivos como purgativos de cadros de AN e BN subclínica. Ben é certo que a clasificación categorial tamén supón unha fortaleza, pois que gran parte dos artigos incluían os diagnósticos principais de TCA, así como grupos control, permitiu facer comparacións

precisas entre trastornos e en comparación con pacientes sans. A súa vez, varios artigos avaliaron adicionalmente as condutas de atracón e purga, facilitando a correlación destas condutas co trauma. Para investigacións futuras suxírese saír do enfoque categorial á hora de investigar a relación entre psicopatoloxía alimentaria con outras variables. En lugar diso, parece que centrarse no patrón sintomatolóxico pode aportar resultados máis certos acerca dos factores de risco do TCA.

Outra limitación dos artigos engadidos nesta revisión, así como da investigación en TCA en xeral, é a baixa representatividade de mostra masculina. Ben é certo que a incidencia de TCA é maior en mulleres e que na poboación clínica de TCA hai unha taxa moi baixa de homes. Non obstante, resultaría de interese investigar máis acerca dos factores que inflúen no desenvolvemento de condutas alimentarias alteradas en homes.

En relación coa avaliación da experiencia traumática, atópase a limitación de que a meirande parte dos estudos son transversais e non se considera o momento do suceso traumático e o inicio do cadro psicopatolóxico. Por esta razón, na meirande parte dos artigos os resultados limítanse a correlacións entre ET e síntomas ou diagnósticos. Isto supón unha limitación á hora de investigar se a experiencia traumática supón un factor de risco do desenvolvemento de TCA, xa que non se considera se o trauma era previo ou posterior ao inicio da sintomatoloxía alterada. Consideraríase necesario levar a cabo máis estudos lonxitudinais que permitan ver o efecto do trauma na psicopatoloxía alimentaria a longo prazo.

Por último, advírtese a falta de estudos que avalíen sintomatoloxía ansioso-depresiva. Por unha parte, resultaría de interese comparar a influencia da experiencia traumática en distintos cadros psicopatolóxicos, coa finalidade de estudar se o trauma constitúe un factor de risco específico de TCA. Así mesmo, tampouco se avaliou o papel mediador das alteracións no estado de ánimo e da sintomatoloxía ansiosa, as cales son consecuencias comúns de vivir experiencias traumáticas e son un factor de risco para desenvolver psicopatoloxía alimentaria.

# Proposta aplicada

## 1. Xustificación

Na presente revisión obsérvase a elevada incidencia da experiencia traumática en persoas con bulimia nerviosa. Por esta razón, cabe destacar a importancia de considerar a historia de trauma en persoas con TCA, así como a importancia de explorar sintomatoloxía alimentaria alterada en pacientes que acuden a consulta por vivencias traumáticas.

Para o tratamento da BN, a guía NICE (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004) e as guías prácticas da APA (Crone *et al.*, 2023) recomendan como terapia de elección a Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para bulimia nerviosa. Distintas revisións da literatura (Bhadoria *et al.*, 2010; Monteleone *et al.*, 2022b) tamén determinan a existencia doutras intervencións psicolóxicas eficaces para o tratamento da bulimia nerviosa: Terapia Interpersoal, Terapia Dialéctico Conductual, intervencións de autoaxuda, Terapia Familiar.

No que respecta á intervención en trastornos relacionados co trauma, Trastorno por Estrés Postraumático ou Trastorno de Estrés Agudo, na guía APA (Ursano *et al.*, 2004) establécense como terapias eficaces a Terapia Cognitivo-Conductual e o EMDR. A súa vez, outras intervencións que amosan ser eficaces son a Terapia de Procesamento Cognitivo (TPC), a Inoculación do Estrés, o Ensaio en Imaxinación e as Técnicas de Exposición Prolongada (Ruglass e Kendall-Tackett, 2014; Mitchell *et al.*, 2021).

Como se pode observar, a investigación sobre intervención en trastornos da conduta alimentaria e en trastornos relacionados co trauma é extensa. Non obstante, os tratamentos baseados na evidencia para poboacións de TCA con historia de trauma son limitados, a

pesares da súa alta concorrencia. A evidencia suxire que levar a cabo tratamentos cun enfoque nun trastorno único, sen ter en consideración a presenza de trauma ou comorbilidade con outros trastornos, resulta limitante, menos efectivo e incluso pode repercutir a perpetuar a psicopatoloxía (Brewerton, 2023).

A historia de trauma relaciónase con cadros máis severos de TCA, así como cun transcurso máis complicado do cadro psicopatolóxico, maiores taxas de recaída e peores respostas ao tratamento (Brewerton *et al.*, 2020; Castellini *et al.*, 2018; Molendijk *et al.*, 2017). Aínda que en diversos estudos (Anderson *et al.*, 1997; Convertino e Mendoza, 2023) se observa que as persoas con vivencias traumáticas se benefician dos programas convencionais de TCA, adoitan requirir de procesos terapéuticos máis longos e as taxas de recaída son maiores. Polo tanto, é preciso que o protocolo de intervención de TCA teña en consideración a severidade dos cadros e os compoñentes específicos de intervención en trauma. Na actualidade, publicouse unha intervención psicolóxica con boas taxas de recuperación para o tratamento de sintomatoloxía comórbida de TCA e TEPT (Brewerton *et al.*, 2023; Trottier e Monson, 2021). Esta intervención integra a Terapia de Procesamento Cognitivo (Resick e Schnicke, 1992; Resick *et al.*, 2008) para o tratamento do trauma e a Terapia Cognitivo-Conductual para a intervención en sintomatoloxía bulímica (Fairburn *et al.*, 2003; Fairburn y Cooper, 2018).

Un aspecto clave a consideran desta intervención integrada é o estado nutritivo dos pacientes. A desnutrición ten consecuencias salientables nas capacidades cognitivas, repercutindo nun detrimento da capacidade atencional, motivacional, dos procesos de aprendizaxe e da función motora (Ilochi *et al.*, 2019). Deste xeito, unha mala función cerebral dificulta obter cambios terapéuticos. Por ende, previamente á intervención en trauma é necesario levar a cabo unha rehabilitación nutricional en casos de desnutrición extrema. Por outra banda, se as condutas de atracón e purga son moi frecuentes, é preciso reducilas antes de intervir en trauma, xa que estas condutas teñen unha función de evitación do procesamento do trauma.

Non obstante, non é necesario un restablecemento do peso total ou a remisión completa da sintomatoloxía de TCA para comezar a intervención en trauma. De feito, traballos recentes atopan que a intervención centrada en trauma pode facilitar a redución dos síntomas de TCA a longo prazo (Brewerton *et al.*, 2023; Trottier e Monson, 2021). Nas primeiras sesións é fundamental facer unha pofunda avaliación e focalizarse en traballar a

alianza terapéutica, xa que é habitual a reticencia inicial a falar das experiencias traumáticas. Polo tanto, a intervención centrada en trauma deberá comezar tan pronto como os pacientes recuperen certo peso (en casos de desnutrición), logren reducir as condutas de atracón e purga e estean preparados para traballar o procesamento do trauma.

A continuación, propónse un programa de intervención destinado a persoas con patrón de conduta alimentaria alterado, con condutas de atracón e purga e con historia de experiencias traumáticas previas. A intervención basease no programa integrado de TCC e TPC, tendo en conta as carencias deste programa, así como os achados da presente revisión acerca das variables relacionadas cos cadros de TCA e trauma (alteracións do estado de ánimo, alexitimia, desregulación emocional, sentimento de ineficacia, impulsividade, consumo de sustancias, condutas autolesivas, sexualidade desregulada).

O protocolo de referencia conta cun total de 16 sesións e parte da base de que os pacientes teñen a sintomatoloxía de TCA parcialmente controlada, centrándose principalmente na intervención en trauma. A nosa proposta de intervención procura abarcar a intervención en TCA pormenorizadamente e ir engadindo progresivamente o traballo en trauma. Así mesmo, porase máis atención na intervención do estado de ánimo, por seren a principal carencia que atopou o protocolo de referencia e debido á alta comorbilidade que se atopa coa sintomatoloxía ansioso-depresiva.

Outro dos principais cambios que engade o noso protocolo é a modificación das tarefas intersesión. Tanto na TPC como na TCC para BN utilízanse múltiples autorrexistros e fichas como tarefas entre sesións. Neste protocolo procúranse sintetizar os autorrexistros e que as tarefas intersesión sexan máis adaptables a rutina dos pacientes. Con isto preténdese aumentar a adherencia e o compromiso terapéutico, así como aumentar a probabilidade de que os cambios se manteñan unha vez remate a intervención. As principais tarefas que se eliminan son aquelas baseadas no rexistro e a discusión de patróns de pensamento problemático. Pola contra, porase máis atención en traballar isto durante as sesións mediante diálogo socrático e reestruturación cognitiva. Por estas razóns, o noso protocolo conta inicialmente cun total de 20 sesións, coa posibilidade de aumentalas se se considera preciso.

## 2. Protocolo de intervención

### a. Poboación diana

A intervención presente está dirixida a persoas adultas con TCA e historia de trauma. O patrón do TCA ha de ser de tipo purgativo, ben sexa bulimia nerviosa, anorexia nerviosa purgativa, anorexia nerviosa atípica, outro trastorno alimentario especificado ou cadros de TCA subclínicos que inclúan condutas de atracón e purga.

Na primeira entrevista de avaliación, realizarase un cribado por un psicólogo/a xeral sanitario/a con coñecementos específicos no ámbito dos trastornos da conduta alimentaria e con formación específica de intervención en trauma. Nesta sesión inicial, o profesional sanitario ofrecerá beneficiarse desta intervención aos participantes que cumpran os criterios de inclusión que figuran na Táboa 2. Aquelas persoas que queden excluídas deste programa recibirán asesoramento individual para a busca doutros programas, intervencións ou profesionais axeitados para o seu caso. En casos de desnutrición extrema, os pacientes serán derivados á Unidade de Trastornos da Conduta Alimentaria e se lles ofrecerá a posibilidade de beneficiarse desta intervención cando logren a rehabilitación nutritiva.

#### **Táboa 2.**

*Criterios de inclusión e exclusión da proposta de intervención*

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
- Conduta alimentaria alterada con patrón atracón-purga	- Risco inminente de suicidio
- Historia de experiencia traumática previa	- Estarse beneficiando doutro tipo de terapia ou intervención psicolóxica.
- Interese voluntario por participar na intervención	
- O paciente está nutrido e é capaz de procesar a información emocional e cognitiva	
- O paciente ten disposición para procesar o trauma	

## **b. Obxectivos**

Os obxectivos xerais do programa son:

- Acadar unha relación saudable coa alimentación e o seu corpo
- Reducir o impacto da experiencia traumática

Os obxectivos específicos son:

- Aumentar a motivación cara o cambio do patrón alimentario e lograr compromiso coa terapia
- Establecer un patrón de comida regulado eliminando as condutas de atracón, purga e dietas restritivas
- Establecer un patrón de realización de exercicio físico regulado
- Comprender o trastorno e os factores mantedores do mesmo
- Eliminar outras condutas de evitación do trauma (distintas ao atracón e a purga)
- Mellorar a regulación emocional
- Aumentar a autoestima
- Adquirir estratexias de afrontamento funcionais
- Integrar e procesar a experiencia traumática
- Modificar as distorsións cognitivas respecto ao corpo e relacionadas coa experiencia traumática

## **c. Contidos**

### **i. Avaliación**

A sesión de avaliación inicial ten unha duración de 90 minutos. Nesta sesión procúrase obter un esquema xeral do paciente e da súa sintomatoloxía, así como comezar a traballar a alianza terapéutica e a motivación para a consecución do cambio. As áreas a explorar mediante a entrevista son as seguintes:

- Atracóns: tipo de comida ingerida, frecuencia, cantidade, antecedentes, conseguintes e exemplos.
- Condutas purgativas e compensatorias: tipo (vómitos autoinducidos, laxantes ou diuréticos, exercicio intenso, dietas restritivas), frecuencia e motivación para a súa realización.
- Distorsións cognitivas relacionadas coa figura e o peso.
- Apoio social percibido e actitude da súa contorna.
- Estratexias de afrontamento que emprega o paciente ante os acontecementos estresantes da súa vida.
- Experiencias traumáticas: tipo de trauma, cando ocorreu, impacto da ET na actualidade e distorsións cognitivas relacionadas. Como se mencionou con anterioridade, a exploración desta área está suxeita á predisposición do paciente a falar do trauma, outorgando a posibilidade de abordalo máis adiante.
- Peso actual, altura e percepción do peso.

Así mesmo, deberanse cumprimentar unha serie de enquisas para avaliar obxectivamente a sintomatoloxía de TCA, a presenza de ET e o seu impacto. Así mesmo, as enquisas servirán para poder realizar a posterior avaliación da efectividade do protocolo de intervención. As enquisas a cumprimentar serán: *Disorder Examination Questionnaire* (EDEQ), *Eating Disorder Inventory-2* (EDI-2), Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), *Life Events Checklist for DSM-5* (LEC-5) y *Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5* (PCL-5).

Neste primeiro encontro, elaboraranse conxuntamente os obxectivos e o plan terapéutico. Tamén se xustificará a utilización do programa integrado de TCC e TPC e anticiparanse as áreas sobre as que se traballará ao longo de todo o proceso e a forma na que serán abordadas. Por último, se se conta co consentimento e a disposición do paciente, fixaranse as próximas sesións para comezar coa intervención.

## ii. Intervención

A intervención componse de 17 sesións nun período de 16 semanas. As sesións 1-8 teñen unha frecuencia de 2 sesións por semana; as sesións 9-15 contan cunha frecuencia semanal; e as sesións 16-17 teñen unha separación de dúas semanas.

As 4 primeiras sesións teñen unha duración 50 minutos e enfócanse en intervir na sintomatoloxía de TCA e en traballar a alianza terapéutica. Dende a primeira sesión, o principal obxectivo é regular o patrón de alimentación, eliminar os atracóns e a conduta purgativa. Para isto, trabállase inicialmente con psicoeducación e cun autorrexistro das inxestións. O autorrexistro utilizado amósase na Figura 2, con esta tarefa procúrase obter información así como aumentar a conciencia do paciente das condutas alimentarias alteradas e dos antecedentes e conseguintes da conduta. Outra medida utilizada para eliminar os atracóns e a purga é o control de estímulos e outras condutas asociadas, por exemplo: non realizar outra actividade mentres come, comer sempre no mesmo sitio, practicar deixarse comida no prato e tirala (para evitar comela despois), non preparar comida para outros... Outras medidas útiles cando o autocontrol é baixo son evitar a exposición a comidas asociadas ao atracón e planificar a lista da compra. Na cuarta sesión tamén se comeza a establecer o hábito dun patrón de exercicio físico regulado.

### Figura 2.

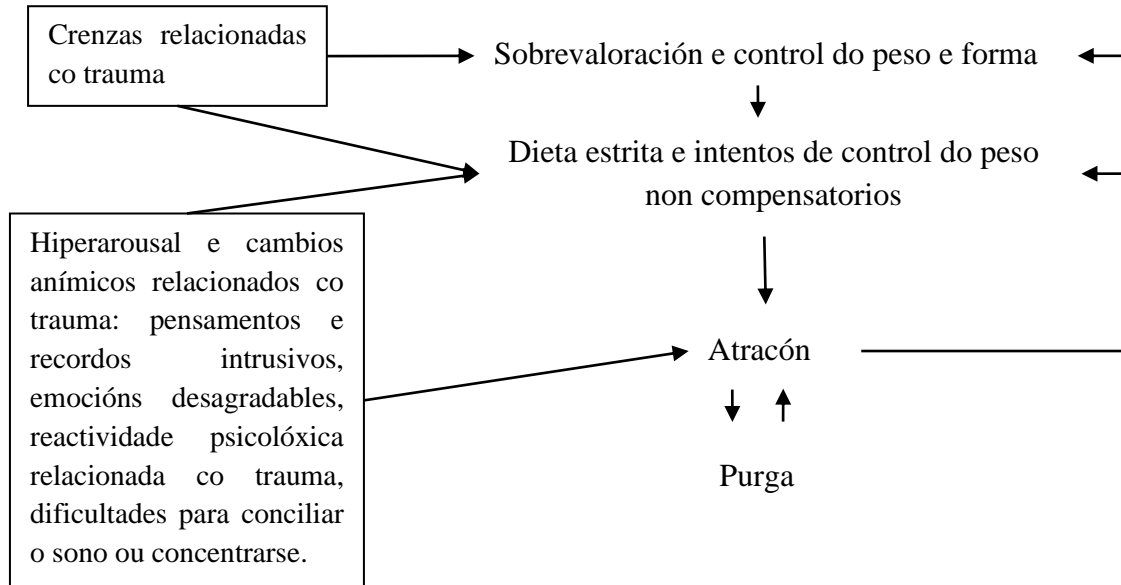
#### *Autorrexistro das inxestións*

<b>Data e hora</b>	<b>Comida e bebida</b>	<b>Percepción de atracón (si/no)</b>	<b>Vómito ou laxantes</b>	<b>Contexto, pensamentos, sentimentos asociados</b>

A partir da quinta sesión comeza a intervención en trauma, polo que a duración das sesións aumenta a 90 minutos para poder abordar os contidos da TCC e da TPC. Na quinta sesión, o paciente e o terapeuta elaboran conxuntamente unha formulación da sintomatoloxía, unificando e relacionando os síntomas de TCA e derivados do trauma. Na Figura 3 expónse un exemplo desta formulación. Cómpre ter en conta a importancia de utilizar as palabras do paciente á hora de elaborar tal esquema, como figura no exemplo da Figura 4.

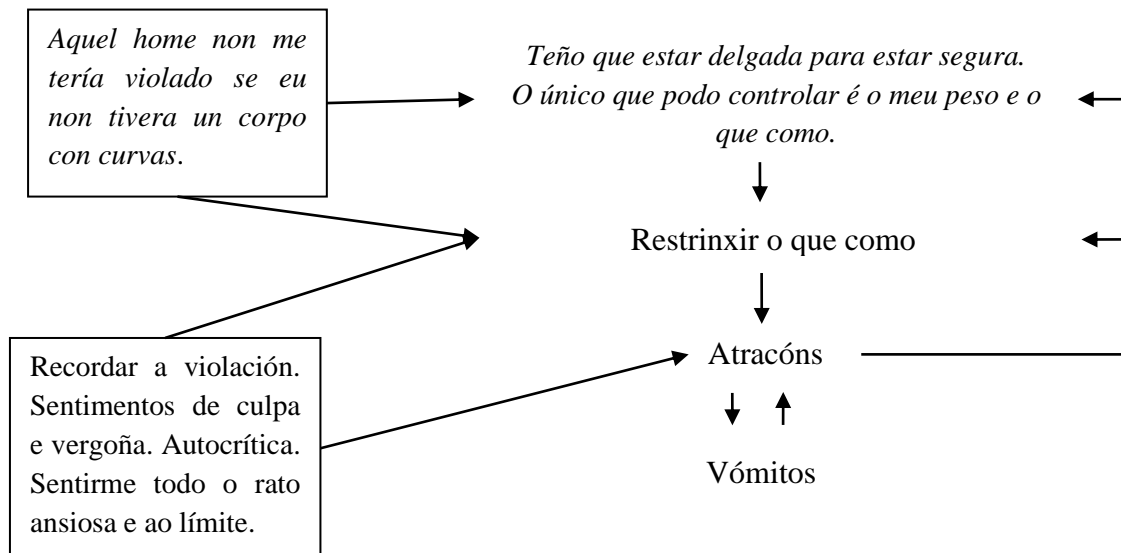
**Figura 3.**

Formulación da relación sintomatolóxica entre TCA e trauma. Adaptado de Trottier e Monson (2021).



**Figura 4.**

Formulación personalizada da relación sintomatolóxica entre TCA e trauma. Adaptado de Trottier e Monson (2021).



Na sexta sesión, a paciente comezará co procesamento do trauma. Nesta sesión explícase a tarefa de escribir un Relato de Impacto, que consiste en que a persoa escriba: (1) por que ese suceso lle sucedeu a el ou ela e (2) acerca do impacto que tivo a ET nas emocións e crenzas sobre si mesma, sobre os outros e sobre o mundo. Nas sesións posteriores o paciente irá expoñéndose ao trauma: falando da experiencia, escribindo sobre ela, expresando as emocións e pensamentos asociados... Simultaneamente, iranse traballando as crenzas asociadas. Na sétima sesión, modifícase o autorregistro, engadindo o rexistro de crenzas disfuncionais relacionadas co corpo, a alimentación ou a experiencia traumática (Figura 5). Por outra banda, procurárase que continúe co rexistro das inxestións ata que logre eliminar as condutas de atracón e purga durante mínimo dúas semanas.

**Figura 5.**

*Autorregistro das inxestións e crenzas*

<b>Data e hora</b>	<b>Comida e bebida</b>	<b>Percepción de atracón (si/no)</b>	<b>Vómito ou laxantes</b>	<b>Pensamento</b>	<b>Pensamento alternativo</b>	<b>Emocións</b>	<b>Como actúo?</b>

Nas seguintes sesións, explícanse os puntos de estancamento. Son crenzas conflitivas ou moi negativas que xeran emocións desagradables e problemáticas ou insanas. Poden ser conflitos entre as crenzas previas e as crenzas tras o acontecemento traumático, ou ben, poden formarse cando tes crenzas negativas previas e a experiencia traumática confírmaas e refórzaas. Trala realización do Relato de Impacto e a cumprimentación do rexistro de pensamentos, identifícanse estes puntos de estancamento e explícase o que reflicten: acomodación (cambiar as crenzas o suficiente para integrar a nova información), sobreacomodación (cambiar as crenzas sobre un mesmo e o mundo de forma extrema para gañar sensación de control e seguridade) ou asimilación (alterar a información entrante co fin de encaixala nas crenzas previas). O obxectivo é desmontar estas crenzas e traballar cara a acomodación. A súa vez, continúanse traballando as distorsións cognitivas do TCA, mediante reestruturación cognitiva e experimentos condutuais.

A partir da sesión 11, abórdanse as condutas de evitación do trauma: autolesiões, agresividade, consumo de sustancias, illamento social, redución de actividades, conduta sexual desregulada. Para eliminalas, utilízase a psicoeducación e o adestramento de resolución de problemas. Non obstante, a abordaxe destas condutas dependerá das

necesidades de cada paciente. Simultaneamente, comezará o traballo das cinco áreas problema que se definen na TPC: seguridade, confianza, poder/control, estima e intimidade. Estas crenzas adoitan estar detrás de medos sobrexeralizados que elicitan respostas de ansiedade, polo que é fundamental exploralas e abordalas. Na Táboa 3 figuran algúns exemplos destas distorsións cognitivas. Para traballar estas áreas o proceso que se segue é: (1) identificación, (2) validación e recoñecemento, (3) introducir autoafirmacións alternativas, (4) poñer a proba as crenzas mediante experimentos condutuais e (4) resolución.

**Táboa 3.**

*Exemplos de crenzas negativas das áreas problema*

<b>Seguridade</b>	Relacionada cun mesmo	<i>Non teño a capacidade de protexerme</i>
	Relacionada cos outros	<i>A xente quere causarme dano</i>
<b>Confianza</b>	Relacionada cun mesmo	<i>Non podo confiar no meu criterio de perigo</i>
	Relacionada cos outros	<i>Vaime traizoar todo o mundo</i>
<b>Poder/control</b>	Relacionada cun mesmo	<i>Non teño control sobre o que me sucede</i>
	Relacionada cos outros	<i>Non teño poder sobre as miñas relacións</i>
<b>Estima</b>	Relacionada cun mesmo	<i>Son despreziable e defectuosa</i>
	Relacionada cos outros	<i>As persoas son malas e desapiadadas</i>
<b>Intimidade</b>	Relacionada cun mesmo	<i>Eu soa non podo xestionar esta situación</i>
	Relacionada cos outros	<i>Non podo conectar con ninguén</i>

Na sesión 16 os cambios terapéuticos xa deberían estar consolidados, as condutas de atracón e purga ser infrecuentes e a experiencia traumática estar procesada. Por último, nestas últimas sesións, o foco ponse en reforzar os progresos acadados, en prever futuras recaídas e en axustar as expectativas do paciente.

Na Táboa 4 desenvólvese o transcurso da intervención, explicitando os obxectivos e as tarefas de cada sesión.

**Táboa 4.**

*Programación das sesión de intervención*

<b>Sesión</b>	<b>Obxectivo</b>	<b>Tarefas</b>
1	-Traballar a alianza terapéutica -Motivar ao paciente na implicación terapéutica -Regular o patrón alimentario	- Entrevista motivacional - Psicoeducación: TCA, fluctuacións normais de peso - Monitorizar as inxestións mediante autorregistro  <u>Tarefas intersesión:</u> autorregistro
2	-Regular patrón alimentario -Traballar a alianza terapéutica -Modificar distorsións cognitivas	- Revisar tarefas intersesión - Psicoeducación: as consecuencias das condutas de atracón e purga - Diálogo socrático  <u>Tarefas intersesión:</u> autorregistro
3	-Regular patrón alimentario -Modificar distorsións cognitivas	- Revisar tarefas intersesión - Psicoeducación: xestionar a impulsividade - Control de estímulos e medidas asociadas ao atracón e a purga - Diálogo socrático  <u>Tarefas intersesión:</u> autorregistro e control de estímulos
4	-Regular patrón alimentario -Modificar distorsións cognitivas - Establecer patrón de exercicio físico - Adquirir estratexias de afrontamento funcionais	- Psicoeducación: exercicio físico e funcionalidade do corpo - Búsqueda de condutas alternativas ao atracón e á purga: actividade física. <u>Tarefas intersesión:</u> autorregistro, implementar o exercicio físico na súa rutina

Sesión	Obxectivo	Tarefas
5	<ul style="list-style-type: none"><li>-Regular patrón alimentario</li><li>- Modificar distorsións cognitivas</li><li>-Comprender a relación entre os síntomas de TCA e os relacionados co trauma</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Revisar tarefas intersesión</li><li>- Elaborar conxuntamente unha formulación da relación entre a sintomatoloxía do TCA e o trauma (Figura 1; Figura 2)</li><li>- Diálogo socrático</li><li>- Psicoeducación: relación mantedora e perpetuante entre os síntomas de TCA e trauma</li></ul> <p><u>Tarefas intersesión:</u> autorrexistro</p>
6	<ul style="list-style-type: none"><li>- Regular o patrón alimentario</li><li>- Aumentar a autoestima</li><li>- Coñecer e normalizar as consecuencias derivadas da ET</li><li>- Comezar o procesamento do trauma</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Revisar tarefas intersesión</li><li>- Búsqueda de condutas alternativas ao atracón e á purga: actividades agradables</li><li>-Psicoeducación: trauma, TEPT, reaccións loita-fuxida, evitación</li><li>-Falar da ET (se non se fixo previamente)</li><li>- Explicar o Relato de Impacto</li></ul> <p><u>Tarefas intersesión:</u> Relato de Impacto, autorrexistro, implementar as actividades alternativas agradables</p>
7	<ul style="list-style-type: none"><li>-Regular o patrón alimentario</li><li>-Mellorar a regulación emocional</li><li>-Modificar distorsións cognitivas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Revisar tarefas intersesión</li><li>- Psicoeducación: emocións e cognicións relacionadas co TCA e o trauma</li><li>- Diálogo socrático</li><li>- Explicación e introducción de crenzas nos autorrexistros</li></ul> <p><u>Tarefas intersesión:</u> autorrexistro</p>

Sesión	Obxectivo	Tarefas
8	<ul style="list-style-type: none"><li>-Regular o patrón alimentario</li><li>-Mellorar a regulación emocional</li><li>- Modificar distorsións cognitivas</li><li>- Procesar a experiencia traumática</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Revisar tarefas intersesión</li><li>- Psicoeducación: puntos de estancamento, asimilación, sobreacomodación e acomodación das crenzas</li><li>- Reestruturación cognitiva</li><li>- Explicar a tarefa: escribir a suceso traumático incluíndo detalles sensoriais, emocións e pensamentos</li></ul> <p><u>Tarefas intersesión:</u> autorregistro, experimentos condutuais, relato da ET</p>
9	<ul style="list-style-type: none"><li>-Regular o patrón alimentario</li><li>-Mellorar a regulación emocional e a autoestima</li><li>-Modificar distorsións cognitivas</li><li>- Procesar a experiencia traumática</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Revisar tarefas intersesión</li><li>- Psicoeducación: autculpa, culpa e responsabilidade</li><li>- Traballar co relato da ET: lectura, expresión emocional, identificación dos puntos de estancamento</li><li>- Reestruturación cognitiva</li></ul> <p><u>Tarefas intersesión:</u> autorregistro e reescribir o relato da ET con máis detalles</p>
10	<ul style="list-style-type: none"><li>-Regular o patrón alimentario</li><li>-Mellorar a regulación emocional</li><li>-Modificar distorsións cognitivas</li><li>- Adquirir estratexias de afrontamento funcionais</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Revisar tarefas intersesión</li><li>- Psicoeducación: perfeccionismo e sobrevaloración do peso/forma</li><li>- Reestruturación cognitiva</li><li>- Identificar e explicar patróns de pensamento problemático: minimización, esaxeración, pensamento de todo/nada</li></ul> <p><u>Tarefas intersesión:</u> autorregistro e experimentos condutuais</p>

Sesión	Obxectivo	Tarefas
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Regular o patrón alimentario</li> <li>- Eliminar condutas de evitación</li> <li>- Modificar distorsións cognitivas</li> <li>- Procesar a experiencia traumática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar tarefas intersesión</li> <li>- Identificación e psicoeducación das condutas de evitación: illamento social e redución de actividades</li> <li>- Traballar as áreas problemas: seguridade</li> </ul> <p><u>Tarefas intersesión:</u> autorrexistro, continuar lendo o relato da ET (se as emocións continúan sendo intensas), experimentos condutuais relacionados coa seguridade</p>
12	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regular o patrón alimentario</li> <li>- Eliminar condutas de evitación</li> <li>- Modificar distorsións cognitivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar tarefas intersesión</li> <li>- Identificación e psicoeducación das condutas de evitación: consumo de sustancias</li> <li>- Traballar as áreas problemas: confianza</li> </ul> <p><u>Tarefas intersesión:</u> autorrexistro, experimentos condutuais relacionados coa confianza</p>
13	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regular o patrón alimentario</li> <li>- Eliminar condutas de evitación</li> <li>- Modificar distorsións cognitivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar tarefas intersesión</li> <li>- Identificación e psicoeducación das condutas de evitación: agresividade e autolesións</li> <li>- Traballar as áreas problemas: poder/control</li> </ul> <p><u>Tarefas intersesión:</u> autorrexistro e experimentos condutuais relacionados co poder/control</p>
14	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regular o patrón alimentario</li> <li>- Eliminar condutas de evitación</li> <li>- Modificar distorsións cognitivas</li> <li>- Mellorar a autoestima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar tarefas intersesión</li> <li>- Identificación e psicoeducación das condutas de evitación: conduta sexual desregulada</li> <li>- Traballar as áreas problemas: estima</li> </ul> <p><u>Tarefas intersesión:</u> autorrexistro e experimentos condutuais relacionados coa estima</p>

Sesión	Obxectivo	Tarefas
15	<ul style="list-style-type: none"><li>- Regular o patrón alimentario</li><li>- Eliminar condutas de evitación</li><li>- Adquirir estratexias de afrontamento funcionais</li><li>- Modificar distorsións cognitivas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Revisar tarefas intersesión</li><li>- Adestramento en resolución de problemas</li><li>- Traballar as áreas problemas: intimidade</li></ul> <p><u>Tarefas intersesión:</u> autorrexistro e experimentos condutuais relacionados coa intimidade</p>
16	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prever posibles recaídas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Revisar tarefas intersesión</li><li>- Repasar e consolidar os contidos e progresos acadados</li><li>- Psicoeducación: caída e recaída</li></ul> <p><u>Tarefas intersesión:</u> Relato de Impacto actual</p>
17	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prever posibles recaídas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Comparar Relato de Impacto orixinal e final e reforzar progresos</li><li>- Discutir as metas para o futuro</li><li>- Comprobar que as expectativas do paciente sexan realistas</li></ul>

### iii. Seguemento e avaliación

Unha vez rematada a intervención fíxanse dúas sesións de seguemento, ao mes seguinte e aos seis meses. Na fase de seguemento explorarase se se cumpriron os obxectivos expostos inicialmente, poñendo o foco nos progresos e as habilidades adquiridas polo paciente. Nesta última fase tamén é importante explorar a presenza de episodios de caída ou recaída.

Por outra banda, co fin de avaliar a efectividade da intervención, o paciente deberá volver a cumprimentar as enquisas utilizadas na primeira sesión de avaliación.

## Conclusións

O obxectivo xeral da presente revisión era coñecer a investigación recente acerca da relación entre a experiencia traumática e os trastornos da conduta alimentaria con patrón atracón-purga, así como, propoñer unha intervención que abordase ambas circunstancias. Tras acadar os obxectivos pódese concluír o seguinte:

- A experiencia traumática relaciónase cunha maior taxa de TCAs con patrón bulímico e de condutas de atracón e purga.
- As ET máis estudadas que se relacionan co patrón bulímico son o abuso emocional e o abuso sexual.
- As variables mediadoras atopadas entre o patrón bulímico e a experiencia traumática foron: alexitimia, insatisfacción corporal, desregulación emocional, sentimento de ineficacia e impulsividade.
- É frecuente a concorrencia doutras condutas impulsivas (consumo de sustancias, hipersexualidade, autolesións) en persoas con TCA con patrón bulímico e historia de trauma.
- As cadros de abuso complexo, é dicir, exposición ao trauma en distintas formas e de forma prolongada, correlacionan cunha maior gravidade na psicopatoloxía alimentaria.

- Precísase máis investigación que considere as diferenzas de sexo e as influencias culturais como variables moderadoras entre o impacto da ET sobre o patrón atracón-purga.
- Os pacientes con cadro comórbido de TCA e TEPT amosan sintomatoloxía máis grave, tardan máis en beneficiarse das intervencións para TCA e presentan maiores taxas de recaída.
- As intervencións cun enfoque único para cadros concurrentes de TCA e trauma teñen unha eficacia limitada.

## Referencias bibliográficas<sup>1</sup>

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Anderson, K. P., LaPorte, D. J., Brandt, H. & Crawford, S. (1997). Sexual abuse and bulimia: response to inpatient treatment and preliminary outcome. *Journal of Psychiatric Research*, 31(6), 621–633. [https://doi.org/10.1016/S0022-3956\(97\)00026-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3956(97)00026-5)

Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., Touyz, S. & Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(8), 1-32. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>

---

<sup>1</sup> As referencias marcadas cun asterisco (\*) indican os 18 estudos que foron utilizados na revisión sistemática

- \*Barone, E., Carfagno, M., Cascino, G., Landolfi, L., Colangelo, G., Della Rocca, B. & Monteleone, A. M. (2023). Childhood maltreatment, alexithymia and eating disorder psychopathology: A mediation model. *Child Abuse & Neglect*, 146. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106496>
- Bhadoria, R., Webb, K. & Morgan, J. F. (2010). Treating eating disorders: a review of the evidence. *Evidence - Based Mental Health*, 13(1), 1. <https://doi.org/10.1136/ebmh.13.1.1>
- Brewerton, T. D. (2018). An overview of trauma-informed care and practice for eating disorders. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 1-18. <https://doi.org/10.1080/10926771.2018.1532940>
- Brewerton, T. D., Perlman, M. M., Gavidia, I., Suro, G., Genet, J. & Bunnell, D. W. (2020). The association of traumatic events and posttraumatic stress disorder with greater eating disorder and comorbid symptom severity in residential eating disorder treatment centers. *International Journal of Eating Disorders*, 53(12), 2061–2066. <https://doi.org/10.1002/eat.23401>
- Brewerton, T. D. (2023). The integrated treatment of eating disorders, posttraumatic stress disorder, and psychiatric comorbidity: a commentary on the evolution of principles and guidelines. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1149433>
- Brewerton, T. D., Gavidia, I., Suro, G. & Perlman, M. M. (2023). Eating disorder patients with and without PTSD treated in residential care: discharge and 6-month follow-up results. *Journal of Eating Disorders*, 11(48). <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00773-4>
- Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M. & Carrà, G. (2016). Disentangling the association between child abuse and eating disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, 78(1), 79–90. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000233>

Castellini, G., Lo Sauro, C., Lelli, L., Godini, L., Vignozzi, L., Rellini, A. H., Faravelli, C., Maggi, M. & Ricca, V. (2013). Childhood sexual abuse moderates the relationship between sexual functioning and eating disorder psychopathology in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A 1-year follow-up study. *Journal of Sexual Medicine*, 10(9), 2190–2200. <https://doi.org/10.1111/jsm.12232>

Castellini, G., Lelli, L., Cassioli, E., Ciampi, E., Zamponi, F., Campone, B., Monteleone, A. M. & Ricca, V. (2018). Different outcomes, psychopathological features, and comorbidities in patients with eating disorders reporting childhood abuse: A 3-year follow-up study. *European Eating Disorders Review*, 26(3), 217–229. <https://doi.org/10.1002/erv.2586>

\*Castellini, G., D’Anna, G., Rossi, E., Cassioli, E., Appignanesi, C., Monteleone, A. M., Rellini, A. H. & Ricca, V. (2020). Dysregulated sexuality in women with eating disorders: the role of childhood traumatic experiences. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46(8), 793-806. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1822484>

\*Convertino, A. D., Morland, L. A. & Blashill, A. J. (2022). Trauma exposure and eating disorders: results from a United States nationally representative sample. *The International Journal of Eating Disorders*, 55(8), 1079-1089. <https://doi.org/10.1002/eat.23757>

Convertino, A. D. & Mendoza, R. R. (2023). Posttraumatic stress disorder, traumatic events, and longitudinal eating disorder treatment outcomes: A systematic review. *The International Journal of Eating Disorders*, 56(6), 1055–1074. <https://doi.org/10.1002/eat.23933>

Costin, C. (1996). *The Eating Disorder Sourcebook: A Comprehensive Guide to the Causes, Treatments, and Prevention of Eating Disorders*. Lowell House.

Crone, C., Fochtmann, L. J., Attia, E., Boland, R., Escobar, J., Fornari, V., Golden, N., Guarda, A., Jackson-Triche, M., Manzo, L., Mascolo, M., Pierce, K., Riddle, M., Seritan, A., Uniacke, B., Zucker, N., Yager, J., Craig, T. J., Hong, S. H. & Medicus, J. (2023). The american psychiatric association practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 180(2), 167–171. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.23180001>

- Crosby, R., Wonderlich, S., Engel, S., Simonich, H., Smyth, J. & Mitchell, J. (2009): Daily mood patterns and bulimic behaviors in the natural environment. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 181–188. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.11.006>
- Crowther, J. H., Hobfoll, S. E., Stephens, M. A. & Tennenbaum, D. L. (1990). *The Etiology Of Bulimia Nervosa: The Individual And Familial Context*. Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9780203782286>
- Estévez, A., Ozerinjauregi, N., Herrero-Fernández, D. & Jauregui, P. (2019). The mediator role of early maladaptive schemas between childhood sexual abuse and impulsive symptoms in female survivors of CSA. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(4), 763-784. <https://doi.org/10.1177/0886260516645815>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, C. G. & Cooper, Z. (2018). Trastornos alimentarios: un protocolo transdiagnóstico. En D. H. Barlow (ed.), *Manual Clínico de Trastornos Psicológicos: Tratamiento paso a paso* (pp. 1195-1259). Manual Moderno.
- \*Ferguson, A. K. & Brausch, A. M. (2022). Resilience mediates the relationship between PTSD symptoms and disordered eating in college women who have experienced sexual victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(1-2), NP1013-NP1030. <https://doi.org/10.1177/0886260520918581>
- Gerko, K., Hughes, M. L., Hamill, M. & Waller, G. (2005). Reported childhood sexual abuse and eating-disordered cognitions and behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 29(4), 375–382. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.11.002>
- Groff, S. & Wilke, D. J. (2016). Sexual violence, weight perception, and eating disorder indicators in college females. *Journal of American College Health*, 64(1), 38–47. <https://doi.org/10.1080/07448481.2015.1074237>
- Hall, R. C., Tice, L., Beresford, T. P., Wooley, B. & Klassen, A. (1989). Sexual abuse in patients with anorexia nervosa and bulimia. *Psychosomatics*, 30(1), 73-70. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(89\)72320-3](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(89)72320-3)

- \*Hazzard, V. M., Ziobrowski, H. N., Borg, S. L., Schaefer, L. M., Mangold, A. C., Herting, N. A., Lipson, S. K., Crosby, R. D. & Wonderlich, S. A. (2022). Past-year abuse and eating disorder symptoms among U.S. college students. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(15-16). <https://doi.org/10.1177/08862605211005156>
- Hsu, L. K. G. (1990). *Eating disorders*. Guilford Press.
- Ilochi, O. N., Kolawole, T. A., Oluwatayo, B. O. & Chuemere, A. N. (2019). Starvation-induced changes in memory sensitization, habituation and psychosomatic responses. *International Journal of TROPICAL DISEASE & Health*, 35(3), 1–7. <https://doi.org/10.9734/ijtdh/2019/v35i330126>
- Kearney-Cooke, A. & Striegel-Moore, R. H. (1994). Treatment of childhood sexual abuse in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A feminist psychodynamic approach. *International Journal of Eating Disorders*, 15(4), 305-319.
- \*Kjaersdam-Tellús, G., Lauritsen, M. B. & Rodrigo-Domingo, M. (2021). Prevalence of various traumatic events including sexual trauma in a clinical sample of patients with an eating disorder. *Frontiers in Psychology*, 12, 687452. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.687452>
- \*Lie, S. Ø., Bulik, C. M., Andreassen, O. A., Rø, Ø. & Bang, L. (2021). Stressful life events among individuals with a history of eating disorders: A case-control comparison. *BMC Psychiatry*, 21(1), 501. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03499-2>
- \*Liebman, R. E., Becker, K. R., Smith, K. E., Cao, L., Keshishian, A. C., Crosby, R. D., Eddy, K. T. & Thomas, J. J. (2021). Network analysis of posttraumatic stress and eating disorder symptoms in a community sample of adults exposed to childhood abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 34(3), 665-674. <https://doi.org/10.1002/jts.22644>
- Madowitz, J., Matheson, B. E. & Liang, J. (2015). The relationship between eating disorders and sexual trauma. *Eating and Weight Disorders*, 20(3), 281–293. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0195-y>
- \*Malet-Karas, A., Bernard, D., Piet, E. & Bertin, E. (2022). Disordered eating as a repercussion of sexual assault: a consequence to consider. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 27(6), 2095-2106. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01356-5>

- Mitchell, K. S., Scioli, E. R., Galovski, T., Belfer, P. L. & Cooper, Z. (2021). Posttraumatic stress disorder and eating disorders: maintaining mechanisms and treatment targets. *Eating Disorders*, 29(3), 292-306. <https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1869369>
- Molendijk, M. L., Hoek, H. W., Brewerton, T. D. & Elzinga, B. M. (2017). Childhood maltreatment and eating disorder pathology: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(8), 1402–1416. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003561>
- \*Monteleone, A. M., Tzischinsky, O., Cascino, G., Alon, S., Pellegrino, F., Ruzzi, V. & Latzer, Y. (2022a). The connection between childhood maltreatment and eating disorder psychopathology: A network analysis study in people with bulimia nervosa and with binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders*, 27(1), 253-261. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01169-6>
- Monteleone, A. M., Pellegrino, F., Croatto, G., Carfagno, M., Hilbert, A., Treasure, J., Wade, T., Bulik, C. M., Zipfel, S., Hay, P., Schmidt, U., Castellini, G., Favaro, A., Fernandez-Aranda, F., Il Shin, J., Voderholzer, U., Ricca, V., Moretti, D., Busatta, D., ... Solmi, M. (2022b). Treatment of eating disorders: A systematic meta-review of meta-analyses and network meta-analyses. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 142, 104857–104857. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104857>
- National Collaborating Centre for Mental Health (2004). *Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders*. British Psychological Society (UK).
- \*Nelson, J. D., Martin, L. N., Izquierdo, A., Kornienko, O., Cuellar, A. E., Cheskin, L. J. & Fischer, S. (2023). The role of discrimination and adverse childhood experiences in disordered eating. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00753-8>
- Peláez, M. A., Raich, R. M. & Labrador, F. J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1), 62-75.

- Perpiñá, C (2008). Trastornos Alimentarios. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (eds), *Manual de Psicopatología* (pp. 403-421). Mc Graw Hill.
- \*Pike, K. M., So, M., Hilbert, A., Maekawa, H., Shimanouchi, T., Wilfley, D., Dohm, F.-A., Fairburn, C. G. & Weissman, R. S. (2021). Risk factors for anorexia nervosa and bulimia nervosa in Japan and compared to a U.S. sample. *The International Journal of Eating Disorders*, 54(2), 155-167. <https://doi.org/10.1002/eat.23442>
- Preti, A., Incani, E., Camboni, M. V., Petretto, D. R. & Masala, C. (2006). Sexual abuse and eating disorder symptoms: the mediator role of bodily dissatisfaction. *Comprehensive Psychiatry*, 47(6), 475–481. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.03.004>
- Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748–756. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.60.5.748>
- Resick, P. A., Monson, C. M. & Chard, K. M. (2008). *Cognitive processing therapy veteran/military version: Therapist Manual*. Department of Veterans Affairs.
- Reyes-Rodríguez, M. L., Von Holle, A., Ulman, T. F., Thornton, L. M., Klump, K. L., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Huber, T., Johnson, C., Jones, I., Kaplan, A. S., Mitchell, J. E., Strober, M., Treasure, J., Woodside, D. B., Berrettini, W. H., Kaye, W. H., & Bulik, C. M. (2011). Posttraumatic stress disorder in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 73(6), 491–497. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31822232bb>
- \*Rienecke, R. D., Johnson, C., Le Grange, D., Manwaring, J., Mehler, P. S, Duffy, A., McClanahan, S. & Blalock, D. V. (2022). Correction: adverse childhood experiences among adults with eating disorders: comparison to a nationally representative sample and identification of trauma profiles. *Journal of Eating Disorders*, 10(72). <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00639-1>
- Ruglass, L. & Kendall, K. (2014). *Psychology of trauma 101*. Springer Publishing Company, Incorporated.

Sandín, B., Chorot, P. & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>

\*Schaefer, L. M., Hazzard, V. M., Smith, K. E., Johnson, C. A., Cao, L., Crosby, R. D., Peterson, C. B., Crow, S. J., Bardone-Cone, A. M., Joiner, T. E., Le Grange, D., Klein, M. H., Mitchell, J. E. & Wonderlich, S. A. (2021). Examining the roles of emotion dysregulation and impulsivity in the relationship between psychological trauma and substance abuse among women with bulimic-spectrum pathology. *Eating Disorders*, 29(3), 276-291. <https://doi.org/10.1080/10640266.2021.1891370>

Solmi, M., Radua, J., Stubbs, B., Ricca, V., Moretti, D., Busatta, D., Carvalho, A. F., Dragioti, E., Favaro, A., Monteleone, A. M., Shin, J. I., Fusar-Poli, P. & Castellini, G. (2021). Risk factors for eating disorders: an umbrella review of published meta-analyses. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 43(3), 314–323. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1099>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Tripp, M. M. & Petrie, T. A (2001). Sexual Abuse and Eating Disorders: A Test of a Conceptual Model. *Sex Roles*, 44(1-2), 17-32. <https://doi.org/10.1023/A:1011081715575>

Trottier, K. & Monson, C. M. (2021). Integrating cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder with cognitive behavioral therapy for eating disorders in PROJECT RECOVER. *Eating Disorders*, 29(3), 307-325. <https://doi.org/10.1080/10640266.2021.1891372>

Ursano, R. J., Bell, C., Eth, S., Friedman, M., Norwood, A., Pfefferbaum, B., Pynoos, J. D., R. S., Zatzick, D. F., Benedek, D. M., McIntyre, J. S., Charles, S. C., Altshuler, K., Cook, I., Cross, C. D., Mellman, L., Moench, L. A., Norquist, G., Twemlow, S. W., Woods, S. & Yager, J. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161(11), 1–30.

Vanderlinden, J. & Vandereycken, W. (1997). *Trauma, dissociation and impulse dyscontrol in eating disorders*. Routledge.

\*Vidaña, A. G., Forbush, K. T., Barnhart, E. L., Mildrum-Chana, S., Chapa, D. A. N., Richson, B. & Thomeczek, M. L. (2020). Impact of trauma in childhood and adulthood on eating-disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 39, 101426. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101426>

Örge, E., & Volkan, E. (2023). Effect of childhood traumas on eating disorders: systematic review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 15(4), 652–664. <https://doi.org/10.18863/pgy.1216836>

Wonderlich, S., Crosby, R., Mitchell, J., Thompson, K., Redlin, J., Demuth, G. & Smyth, J. (2001a). Pathways mediating sexual abuse and eating disturbance in children. *International Journal of Eating Disorders*, 29(3), 270–279. <https://doi.org/10.1002/eat.1018>

Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Thompson, K. M., Redlin, J., Demuth, G., Smyth, J. & Haseltine, B. (2001b). Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *The International Journal of Eating Disorders*, 30(4), 401–412. <https://doi.org/10.1002/eat.1101>

\*Zelkowitz, R. L., Zerubavel, N., Zucker, N. L. & Copeland, W. E. (2021). Longitudinal associations of trauma exposure with disordered eating: Lessons from the Great Smoky Mountains Study. *Eating Disorders: Journal of Treatment & Prevention*, 29(3), 208-225. <https://doi.org/10.1080/10640266.2021.1921326>

\*Zelkowitz, R. L., Kehle-Forbes, S. M., Smith, B. N., Vogt, D. S. & Mitchell, K. S. (2023). Associations between DSM-5 posttraumatic stress disorder Criterion E2 endorsement and selected self-destructive behaviors in recent-era veterans: A focus on disordered eating. *Journal of Traumatic Stress*, 36(5), 1001-1009. <https://doi.org/10.1002/jts.22960>

\*Ziobrowski, H. N., Buka, S. L., Austin, S. B., Duncan, A. E., Simone, M., Sullivan, A. J., Horton, N. J. & Field, A. E. (2021). Child and adolescent maltreatment patterns and risk of eating disorder behaviors developing in young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 120, 9. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105225>

# Índice de táboas

<b>Táboa 1.</b> <i>Principais características dos artigos revisados</i> .....	26
<b>Táboa 2.</b> <i>Criterios de inclusión e exclusión da proposta de intervención</i> .....	53
<b>Táboa 3.</b> <i>Exemplos de crenzas negativas das áreas problema</i> .....	59
<b>Táboa 4.</b> <i>Programación das sesión de intervención</i> .....	60

# Índice de figuras

<b>Figura 1.</b> <i>Diagrama de fluxo PRISMA sobre o proceso de selección de artigos.....</i>	14
<b>Figura 2.</b> <i>Autorregistro das inxestións.....</i>	56
<b>Figura 3.</b> <i>Formulación da relación sintomatolóxica entre TCA e trauma.....</i>	57
<b>Figura 4.</b> <i>Formulación personalizada da relación sintomatolóxica entre TCA e trauma.....</i>	57
<b>Figura 5.</b> <i>Autorregistro das inxestións e crenzas.....</i>	58

