



UNIVERSIDAD CATÓLICA
SAN ANTONIO
UCAM

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, DE LA
ACTIVIDAD FÍSICA Y DEL DEPORTE

Departamento Ciencias de la Salud

Análisis comparativo de los factores socioculturales
y familiares en población universitaria y pacientes
diagnosticados de trastornos de la alimentación

Diana Jiménez Rodríguez

Directores: Dr. Juan José Hernández Morante
Dra. Magdalena Gómez Díaz
Dra. Pilar Salorio del Moral

Murcia, febrero de 2010



UCAM
Universidad Católica
San Antonio

AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE LA TESIS PARA SU PRESENTACIÓN

El Dr. D. Juan José Hernández Morante, la Dra. D^a. Magdalena Gómez Díaz y la Dra. D^a Pilar Salorio del Moral como Directores⁽¹⁾ de la Tesis Doctoral titulada **“Análisis comparativo de los factores socioculturales y familiares en población universitaria y pacientes diagnosticados de trastornos de la alimentación”** realizada por D^a. Diana Jiménez Rodríguez en el Departamento de Ciencias de la Salud, **autoriza su presentación a trámite** dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firmo, para dar cumplimiento a los Reales Decretos 56/2005 y 778/98, en Murcia a 1 de febrero de 2010.

Dr. Juan José Hernández Morante Dra. Magdalena Gómez Díaz Dra. Pilar Salorio del Moral

⁽¹⁾ Si la Tesis está dirigida por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.

“No tiene ningún sentido abrasarse el alma con lechugas para recuperar la
belleza si uno después no está a la altura del placer cuando llega”

MANUEL VICENT

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer la colaboración de todas las personas que componen nuestra muestra de estudio. A ADANER Murcia y a los directores de titulación y profesores, que dieron su consentimiento para trabajar con sus pacientes y alumnos respectivamente.

A mis directores de tesis, los doctores Juan José Hernández, Magdalena Gómez y Pilar Salorio por su implicación, su excelente profesionalidad y sus palabras de ánimo. Gracias por haber hecho posible la realización de esta tesis.

A toda mi familia y amigos por sus siempre acertadas palabras que me sirvieron de aliento para continuar. Os quiero.

A mi madre por estar ahí en cualquier proyecto que realizo. Gracias por tu amor incondicional.

A José Antonio Puga Rodríguez por formar parte de mi vida y apoyarme en cada momento. Gracias a ti he aprendido lo valioso que es reír.

A N. Jiménez por todos los momentos que has pasado sin mi.

A mis alumnos, por mostrarme su apoyo, su afecto y llenarme de energía positiva.

A mis compañeros y amigos de trabajo. Los momentos más difíciles de esta tesis me regalaron la magia de la amistad.

A Serafín Balanza por guiarme en el maravilloso mundo de lo representativo. Y a Ana M^a Lorente y Francisco Sánchez por “abrirme las puertas”.

A mis más humildes amigos por esos momentos tan dulces que hemos vivido.

A María Jesús Sánchez por su ayuda en mis comienzos, sin saberlo dejó una gran huella en mi corazón, nunca te olvidaremos.

ÍNDICE

ABREVIATURAS.....	13
ÍNDICE DE FIGURAS	14
ÍNDICE DE TABLAS.....	17
ÍNDICE DE ANEXOS.....	21

CAPÍTULO I.- INTRODUCCIÓN Pág.23

1. INTRODUCCIÓN.....	25
1.1 Breve comentario inicial.....	25
1.2 Definición y contextualización de la presente investigación: Trastornos de la conducta alimentaria.....	27
1.2.1 Definición, historia y epidemiología de Anorexia Nerviosa.....	28
1.2.2 Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa.....	30
1.2.3 Clínica de la Anorexia Nerviosa.....	32
1.2.4 Definición, historia y epidemiología de Bulimia Nerviosa.....	33
1.2.5 Criterios diagnósticos de la Bulimia nerviosa.....	35
1.2.6 Clínica de la Bulimia Nerviosa.....	37
1.2.7 Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE)...	39
1.2.8 Criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados.....	39
1.2.9 Comorbilidad asociada a los trastornos del comportamiento alimentario (TCA).....	41
1.2.10 Estudios epidemiológicos sobre los trastornos del comportamiento alimentario (TCA).....	42
1.2.11 Atención primaria en la prevención de los TCA.....	46
1.3 Modelo explicativo del desarrollo de los trastornos de la alimentación.....	49
1.3.1 Factores biológicos.....	53

1.3.2 Factores socioculturales.....	54
1.3.2.1 La construcción del cuerpo ideal.....	56
1.3.2.2 El cuerpo como valor estético y su relación con la insatisfacción corporal.....	57
1.3.2.3. Alteración de la imagen corporal.....	58
1.3.2.4 Los TCA y la alimentación.....	59
1.3.2.5 Los TCA y el deporte.....	60
1.3.2.6 Los medios de comunicación.....	61
1.3.3 Factores psicológicos.....	62
1.3.4 Factores familiares.....	64
1.3.4.1 Factores familiares relacionados con los trastornos alimentarios.....	66
1.3.4.2 Modelos de interacción familiar en los trastornos alimentarios.....	69
1.3.4.3 Estudios previos sobre la influencia de la familia en el riesgo de padecer TCA.....	71

CAPÍTULO II.- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS **Pág.77**

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	79
2.1 Hipótesis.....	79
2.2 Objetivos.....	80
2.2.1 Objetivo principal.....	80
2.2.2 Objetivos específicos.....	80

CAPÍTULO III.- MATERIAL Y MÉTODO **Pág.83**

3. MATERIAL Y MÉTODO.....	85
3.1 Diseño del estudio.....	85
3.2 Población.....	85
3.2.1 Población de estudio.....	85
3.3 Justificación de la elección de la muestra universitaria.....	86
3.4 Tamaño de la muestra de estudio y técnica de muestreo.....	86
3.5 Método de recogida de datos.....	87

3.5.1 Descripción de los cuestionarios.....88

3.6 Variables de estudio.....91

3.7 Procedimiento.....94

3.8 Análisis estadístico.....94

CAPÍTULO IV.- RESULTADOS **Pág.97**

4.RESULTADOS.....99

4.1 Aspectos sociodemográficos de la población universitaria.....99

4.1.1. Facultad.....99

4.1.2. Género.....100

4.1.3 Estado civil.....101

4.1.4 Estudios universitarios previos.....101

4.1.5 Estudios de la madre.....103

4.1.6 Trabajo de la madre.....104

4.1.7 Estudios del padre.....104

4.1.8 Trabajo padre.....105

4.1.8.1 Comparación de estudios y trabajo de padres y
madres.....106

4.1.9 Separación o divorcio.....106

4.1.10 Fallecimiento de los padres.....106

4.1.11 Convivencia.....106

4.1.12 Nivel socioeconómico.....107

4.1.13 Edad, Talla, Peso e IMC.....107

**4.2 Aspectos sociodemográficos de la población ADANER (pacientes
diagnosticados).....109**

4.2.1 Género.....109

4.2.2 Estado civil.....109

4.2.3 Estudios.....110

4.2.4 Estudios de la madre.....110

4.2.5 Trabajo de la madre.....111

4.2.6 Estudios del padre.....111

4.2.7 Trabajo del padre.....	112
4.2.8 Fallecimiento padres.....	113
4.2.9 Convivencia.....	113
4.2.10 Separación o divorcio de los padres.....	113
4.2.11 Nivel socioeconómico.....	113
4.2.12 Talla, Peso e IMC.....	114
4.2.13 Diagnóstico.....	115
4.2.14 Subtipo de diagnóstico.....	115
4.3 Comparativa de los datos descriptivos de ambas muestras.....	116
4.4 Riesgo de TCA en población universitaria.....	117
4.4.1 Relación entre la puntuación del cuestionario EAT-26 y el IMC.....	120
4.5 Influencia de los factores socioculturales en población sin riesgo, con riesgo y diagnosticada.....	121
4.6 Influencia de los factores familiares en población sin riesgo, con riesgo y diagnosticada.....	129
4.7 Relación e influencia de factores socioculturales y riesgo de TCA.....	139
4.8 Relación e influencia de factores familiares y riesgo de TCA.....	147
4.9 Grado de influencia de los factores socioculturales y familiares sobre el riesgo de TCA.....	154
4.10 Curva ROC para el cuestionario CIMEC-26 y el cuestionario FES.....	159
4.10.1 Curvas ROC para el cuestionario CIMEC-26.....	159
4.10.2 Curvas ROC para el cuestionario FES.....	165

5. DISCUSIÓN.....	171
5.1 Metodología empleada.....	171
5.2 Breve comentario de las características sociodemográficas de la muestra de estudio.....	174
5.3 Acerca de la prevalencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.....	177
5.4 Factores socioculturales.....	182
5.4.1 Población no diagnosticada.....	183
5.4.2 Población diagnosticada.....	186
5.5 Factores familiares.....	190
5.5.1. Clima familiar en pacientes con TCA y grupo control.....	191
5.5.2. Clima familiar en grupo control en función del riesgo de padecer TCA.....	192
5.5.3. Clima familiar en pacientes con TCA.....	193
5.5.4. Dimensión 1. Relaciones.....	195
5.5.4.1 Cohesión.....	195
5.5.4.2 Expresividad.....	199
5.5.4.3 Conflicto.....	200
5.5.5. Dimensión 2. Desarrollo.....	203
5.5.5.1 Autonomía.....	203
5.5.5.2 Actuación.....	204
5.5.5.3 Intelectual-cultural.....	204
5.5.5.4 Social-recreativo.....	204
5.5.5.5 Moralidad-religiosidad.....	204
5.5.6. Dimensión 3. Estabilidad.....	206
5.5.6.1 Organización.....	206
5.5.6.2 Control.....	207

5.6. Relación e influencia de los factores socioculturales y familiares en el riesgo de padecer TCA.....	209
5.6.1 Relación entre los factores socioculturales y el riesgo de padecer TCA.....	209
5.6.2 Influencia de los factores socioculturales sobre el riesgo de TCA.....	210
5.6.3 Relación entre los factores familiares y el riesgo de padecer TCA.....	211
5.6.4 Influencia de los factores familiares sobre el riesgo de TCA.....	213
5.6.5 Grado de influencia de los factores socioculturales y familiares sobre el riesgo de TCA.....	214
5.7. Análisis de curvas ROC para los factores socioculturales.....	215
5.8. Análisis de curvas ROC para los factores familiares.....	217
<u>CAPÍTULO VI.- CONCLUSIONES</u>	<u>Pág. 221</u>
6. CONCLUSIONES.....	223
<u>CAPÍTULO VII.- BIBLIOGRAFÍA</u>	<u>Pág. 225</u>
7. BIBLIOGRAFÍA.....	227

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ADANER: Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia

AN: Anorexia nerviosa

ANR: Anorexia nerviosa restrictiva

ANP: Anorexia nerviosa purgativa

AUC: Area Under the Curve (Área bajo la curva).

BN: Bulimia nerviosa

BNNP: Bulimia nerviosa no purgativa

BNP: Bulimia nerviosa purgativa

CIE-10: Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima edición

CIMEC: Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético

DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición. Texto revisado.

EAT: Eating Actitudes Test

EDI-2: Eating disorder inventory (inventario de trastornos de la conducta alimentaria)

ECA: Encuesta de comportamiento alimentario

FES: Escala de clima social familiar

IMC: Índice de masa corporal

OMS: Organización Mundial de la Salud

ROC: Receiver Operating Characteristic

SEEDO: Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad

TCA: Trastornos de la conducta alimentaria

TCANE: Trastornos de la conducta alimentaria no especificado

TOC: Trastorno obsesivo-compulsivo

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 Líneas de actuación en Atención Primaria en los trastornos alimentarios.....	47
Figura 1.2 Características psicológicas en los trastornos alimentarios.....	64
Figura 4.1 Género de la población universitaria.....	100
Figura 4.2 Estado civil de la población universitaria.....	101
Figura 4.3 Estudios previos de la población universitaria.....	101
Figura 4.4 Estudios de la madre referidos a la población universitaria.....	103
Figura 4.5 Estudios del padre referidos a la población universitaria.....	105
Figura 4.6 Patrón de convivencia de la población universitaria.....	106
Figura 4.7 Nivel socioeconómico de la población universitaria.....	107
Figura 4.8 Género de la población diagnosticada.....	109
Figura 4.9 Estado civil de la población diagnosticada.....	109
Figura 4.10 Estudios de la población diagnosticada.....	110
Figura 4.11 Estudios de la madre referidos a la población diagnosticada.....	110
Figura 4.12 Estudios del padre referidos a la población diagnosticada.....	112
Figura 4.13 Patrón de convivencia de la población diagnosticada.....	113
Figura 4.14 Nivel socioeconómico de la población diagnosticada.....	114
Figura 4.15 Población con riesgo de trastornos del comportamiento alimentario.....	118
Figura 4.16 Población con riesgo de padecer TCA en función del género...118	
Figura 4.17 Puntuaciones medias de las subescalas del EAT-26.....	120
Figura 4.18 Porcentaje de sujetos en función de la influencia de los factores socioculturales en los tres grupos estudiados.....	122
Figura 4.19 Puntuaciones medias del cuestionario CIMEC-26 en los tres grupos estudiados.....	123
Figura 4.20 Puntuaciones medias del cuestionario CIMEC-26 en hombres.....	124

Figura 4.21 Puntuaciones medias del cuestionario CIMEC-26 en mujeres.....	124
Figura 4.22 Puntuación media del factor I (malestar por la imagen corporal) en los tres grupos estudiados.....	125
Figura 4.23 Puntuación media del factor II (influencia de la publicidad) en los tres grupos estudiados.....	126
Figura 4.24 Puntuación media del factor III (influencia de los mensajes verbales) en los tres grupos estudiados.....	126
Figura 4.25 Puntuación media del factor IV (influencia de los modelos sociales) en los tres grupos estudiados.....	127
Figura 4.26 Puntuación media del factor V (influencia de las situaciones sociales) en los tres grupos estudiados.....	127
Figura 4.27 Puntuación media del cuestionario FES, clima familiar, en los tres grupos estudiados.....	130
Figura 4.28 Puntuación media del cuestionario FES, clima familiar, en los hombres de los tres grupos estudiados.....	130
Figura 4.29 Puntuación media del cuestionario FES, clima familiar, en las mujeres de los tres grupos estudiados.....	131
Figura 4.30 Puntuación media del cuestionario FES, clima familiar, en función del tipo de diagnóstico.....	135
Figura 4.31 Puntuación media del cuestionario FES, clima familiar, en función del subtipo de diagnóstico.....	136
Figura 4.32 Puntuación media de la subescala cohesión, en función del tipo de diagnóstico.....	137
Figura 4.33 Puntuación media de la subescala cohesión, en función del subtipo de diagnóstico.....	138
Figura 4.34 Curva ROC para el CIMEC-26.....	160
Figura 4.35 Curva ROC para los factores del CIMEC-26.....	161
Figura 4.36 Curva ROC para la puntuación total del CIMEC-26 en hombres.....	162
Figura 4.37 Curva ROC para la puntuación total del CIMEC-26 en mujeres.....	163
Figura 4.38 Curva ROC para las subescalas del FES.....	166
Figura 5.1 Grupos que componen la muestra de estudio.....	173

Figura 5.2 Semejanzas sociodemográficas entre la población universitaria y la población diagnosticada.....	176
Figura 5.3 Cohesión familiar en la población estudiada.....	195
Figura 5.4 Expresividad familiar en la población estudiada.....	200
Figura 5.5 Conflictividad familiar en la población estudiada.....	200
Figura 5.6 Moralidad-religiosidad en la muestra estudiada.....	205
Figura 5.7 Curva ROC para los factores del cuestionario CIMEC-26.....	217

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1	Crterios diagnsticos de la anorexia nerviosa (DSM-IV-TR).....	30
Tabla 1.2	Pautas para el diagnstico de anorexia nerviosa segn CIE-10.....	31
Tabla 1.3	Crterios diagnsticos de la bulimia nerviosa (DSM-IV-TR).....	35
Tabla 1.4	Pautas para el diagnstico de bulimia nerviosa segn CIE-10.....	36
Tabla 1.5	Diferencias entre anorexia y bulimia nerviosa.....	38
Tabla 1.6	Crterios diagnsticos de TCANE (DSM-IV-TR).....	39
Tabla 1.7	Pautas para el diagnstico de TCANE segn CIE-10.....	40
Tabla 1.8	Prevalencia de trastornos de la alimentacin.....	44
Tabla 1.9	Factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de los TCA.....	50
Tabla 1.10	Factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de la anorexia nerviosa.....	51
Tabla 1.11	Factores predisponentes, desencadenantes y de mantenimiento de la bulimia nerviosa.....	52
Tabla 1.12	Caractersticas familiares en los TCA.....	67
Tabla 1.13	Modelos de interaccin familiar en los TCA.....	69
Tabla 1.14	Estudios internacionales referentes a la influencia de la familia en los TCA.....	73
Tabla 3.1	Dimensiones y subescalas del cuestionario FES.....	91
Tabla 4.1	Facultad.....	100
Tabla 4.2	Titulaciones previas de la muestra universitaria.....	102
Tabla 4.3	Trabajo de la madre en la muestra universitaria.....	104
Tabla 4.4	Trabajo del padre en la muestra universitaria.....	105
Tabla 4.5	Edad, talla, peso e IMC poblacin universitaria.....	108
Tabla 4.6	Trabajo de la madre en la poblacin universitaria.....	111
Tabla 4.7	Trabajo del padre en la poblacin universitaria.....	112
Tabla 4.8	Edad, talla, peso e IMC poblacin diagnosticada.....	114
Tabla 4.9	Tipo de diagnostico.....	115
Tabla 4.10	Subtipo de diagnostico.....	116

Tabla 4.11 Puntuaciones medias del test EAT-26 divididas en género y riesgo.....	119
Tabla 4.12 Correlaciones entre IMC y puntuación EAT-26.....	121
Tabla 4.13 Puntuación media de los distintos factores del CIMEC-26 en las mujeres.....	128
Tabla 4.14 Puntuación media de los distintos factores del CIMEC-26 en los hombres.....	128
Tabla 4.15 Dimensión relaciones y sus subescalas en los tres grupos estudiados.....	132
Tabla 4.16 Dimensión desarrollo y sus subescalas en los tres grupos estudiados.....	133
Tabla 4.17 Dimensión estabilidad y sus subescalas en los tres grupos estudiados.....	134
Tabla 4.18 Coeficientes de correlación entre EAT y CIMEC.....	140
Tabla 4.19 Análisis de regresión lineal entre la puntuación total del EAT-26 como variable dependiente y el total del CIMEC-26 como variable independiente.....	141
Tabla 4.20 Modelos de regresión lineal multivariable usando el riesgo de padecer TCA (puntuación EAT-26) como variable dependiente.....	141
Tabla 4.21 Coeficientes de correlación entre EAT y CIMEC en hombres....	143
Tabla 4.22 Coeficientes de correlación entre EAT y CIMEC en mujeres....	143
Tabla 4.23 Análisis de regresión lineal en hombres entre la puntuación total del EAT-26 como variable dependiente y el total del CIMEC-26 como variable independiente.....	144
Tabla 4.24 Análisis de regresión lineal en mujeres entre la puntuación total del EAT-26 como variable dependiente y el total del CIMEC-26 como variable independiente.....	144
Tabla 4.25 Modelos de regresión lineal multivariable en hombres usando el riesgo de padecer TCA (puntuación EAT-26) como variable dependiente.....	145
Tabla 4.26 Modelos de regresión lineal multivariable en mujeres usando el riesgo de padecer TCA (puntuación EAT-26) como variable dependiente.....	145

Tabla 4.27 Coeficientes de correlación entre el EAT (riesgo de padecer TCA) y FES (clima familiar).....	147
Tabla 4.28 Coeficientes de correlación entre el EAT (riesgo de padecer TCA) y FES (clima familiar) en hombres.....	149
Tabla 4.29 Coeficientes de correlación entre el EAT (riesgo de padecer TCA) y FES (clima familiar) en mujeres.....	149
Tabla 4.30 Análisis de regresión lineal entre la puntuación total del EAT-26 como variable dependiente y el total del FES como variable independiente.....	150
Tabla 4.31 Análisis de regresión lineal en hombres entre la puntuación total del EAT-26 como variable dependiente y el total del FES como variable independiente.....	151
Tabla 4.32 Análisis de regresión lineal en mujeres entre la puntuación total del EAT-26 como variable dependiente y el total del FES como variable independiente.....	151
Tabla 4.33 Modelos de regresión lineal multivariable en mujeres usando el riesgo de padecer TCA (puntuación EAT-26) como variable dependiente.....	152
Tabla 4.34 Modelos de regresión lineal multivariable en hombres (n=379) usando el riesgo de padecer TCA (puntuación EAT-26) como variable dependiente.....	153
Tabla 4.35 Modelos de regresión lineal multivariable en mujeres (n=515) usando el riesgo de padecer TCA (puntuación EAT-26) como variable dependiente.....	153
Tabla 4.36 Modelos de regresión lineal multivariable usando el riesgo de padecer TCA (puntuación EAT-26) como variable dependiente.....	154
Tabla 4.37 Modelos de regresión lineal multivariable en hombres usando el riesgo de padecer TCA (puntuación EAT-26) como variable dependiente.....	156
Tabla 4.38 Modelos de regresión lineal multivariable en mujeres usando el riesgo de padecer TCA (puntuación EAT-26) como variable dependiente.....	157
Tabla 4.39 Análisis de curva ROC para la puntuación total del CIMEC-26.....	160

Tabla 4.40 Análisis de curva ROC para los factores del CIMEC-26.....	161
Tabla 4.41 Análisis de curva ROC para la puntuación total del CIMEC-26 en hombres.....	162
Tabla 4.42 Análisis de curva ROC para la puntuación total del CIMEC-26 En mujeres.....	163
Tabla 4.43 Análisis de curva ROC para los factores del CIMEC-26 en hombres.....	164
Tabla 4.44 Análisis de curva ROC para los factores del CIMEC-26 en mujeres.....	164
Tabla 4.45 Análisis de curva ROC para las subescalas del FES en hombres.....	165
Tabla 4.46 Análisis de curva ROC para las subescalas del FES en hombres.....	167
Tabla 4.47 Análisis de curva ROC para las subescalas del FES en mujeres.....	168
Tabla 5.1 Prevalencias de riesgo en distintas poblaciones y presente investigación.....	180
Tabla 5.2 Comparativa de los diferentes factores del CIMEC-26 con Toro et al (2006).....	184
Tabla 5.3 Comparativa de los diferentes factores del CIMEC-26 con Rivarola y Penna (2006).....	185
Tabla 5.4 Comparativa de los diferentes factores del CIMEC-26 con Vázquez y Raich (1997).....	187
Tabla 5.5 Comparativa de las subescalas del FES con Vázquez y Raich (1997).....	197
Tabla 5.6 Principales subescalas del FES tras el análisis de curva ROC en población general.....	218
Tabla 5.7 Principales subescalas del FES tras el análisis de curva ROC en hombres.....	219
Tabla 5.8 Principales subescalas del FES tras el análisis de curva ROC en mujeres.....	219

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I: Cuestionario sociodemográfico para población universitaria.....	253
Anexo II: Cuestionario EAT-26.....	254
Anexo III: Cuestionario CIMEC-26.....	255
Anexo IV: Cuestionario FES.....	257
Anexo V: Cuestionario sociodemográfico para población diagnosticada.....	261
Anexo VI: Hoja de respuestas del cuestionario FES.....	262
Anexo VIII: Plantilla de corrección del cuestionario FES.....	263

CAPÍTULO I.- INTRODUCCIÓN

1.-INTRODUCCIÓN

1.1. BREVE COMENTARIO INICIAL:

A título personal, mi primer acercamiento a los trastornos de la alimentación tuvo lugar en el año 2003, en el contexto de la realización de mis prácticas asistenciales como estudiante de Enfermería, durante un período de tiempo de quince días, en el que permanecí en una Unidad de Salud Mental infanto-juvenil de Almería.

Ya desde entonces me impactó el hecho de que chicas jóvenes con un futuro muy prometedor dejaran “aparcada” su vida, por decirlo de alguna manera, pues estaban hospitalizadas, y no por poco tiempo, por culpa de sufrir trastornos del comportamiento alimentario.

Después de aquello no volví a estudiar estos trastornos hasta que en el año 2006, trabajando como profesora de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM) pude observar de nuevo varios casos de anorexia nerviosa entre mis alumnos/as. Una de ellas me marcó en demasía pues era una alumna que dejó la carrera en su último año. Aún hoy en día me cuesta mucho entender cómo estos pacientes pueden olvidar lo importante que es vivir. Además, me es difícil comprender cómo en algún momento dejan que su vida comience a esfumarse entre básculas, períodos de ayuno, uso indiscriminado de diuréticos y otras sustancias que les ayuden a adelgazar.

Y el hecho es que vivimos en una sociedad de la abundancia, cuya paradoja es tal que las personas se dejan morir de hambre, aún teniendo alimentos en exceso y, sin embargo, en otras sociedades, los individuos mueren de hambre debido a la escasez.

Tras este breve comentario inicial, nuestra meta consiste en estudiar diferentes aspectos etiológicos de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), por constituir un problema de salud pública. Así mismo, ansiamos realizar una

investigación relacionada con aspectos que sean relevantes y pertinentes, como los factores familiares y los factores socioculturales.

Además, los estudios previos acerca de la prevalencia de riesgo de TCA en población universitaria parecen indicar que esta población presenta un mayor riesgo de padecer estas alteraciones que otros grupos poblacionales, aunque los estudios a este respecto son escasos.

Por todo esto, en el presente trabajo estudiaremos los trastornos de la conducta alimentaria y sus conexiones con los distintos factores sociales y culturales. Nuestra pretensión sería ayudar en lo posible a comprender dichos trastornos desde una perspectiva holística. Además, proyectamos analizar, aspectos tan importantes como el clima familiar, pues la familia constituye el núcleo central de la vida de un individuo y, más aún, en la época referida a la adolescencia y juventud.

Del mismo modo, otro aspecto relevante de este estudio es conocer el riesgo de TCA de los estudiantes universitarios, pues nos guiará en el sentido de la prevención, ya que, precisamente, como enfermera de profesión, en lo que más podemos contribuir es en la prevención a través de la educación para la salud y en la detección temprana de la enfermedad y como profesora universitaria en contacto diario con una población importante a tener en cuenta por la elevada prevalencia de TCA en esta edad y en este contexto social.

1.2. DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria lo forman la anorexia (AN), la bulimia nerviosa (BN) y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han llegado a ser para muchos países desarrollados un grave problema sanitario debido a su creciente prevalencia (García-Camba, 2001). Así mismo, debido a las graves alteraciones que producen, llevando incluso a la muerte, se pueden considerar un problema de salud pública (Rueda et al, 2005^a; Fandiño et al, 2007).

Los TCA constituyen un proceso patológico cuya incidencia es mayor en la población femenina adolescente y juvenil (Toro, 2000). De hecho, cerca del 4,5% de la población femenina española de 12 a 25 años precisa atención especializada por el padecimiento de un trastorno alimentario (Toro, 2000).

Se estima una prevalencia general, a nivel nacional, de los trastornos alimentarios del 4,1% al 6,41% en mujeres, mientras que en el caso de hombres se estima una prevalencia menor de 0,6 a 0,9 % (Arrufat Nebot, 2006).

Como podemos observar, parece existir un consenso en la bibliografía revisada respecto a que el porcentaje de TCA en varones es menor que en las mujeres. Además, los varones que padecen TCA poseen características clínicas similares a las de las mujeres afectas (Olivardia et al, 1995 citado en Livianos y Rojo, 2003).

Por otro lado, es importante tener presente que los trastornos de la conducta alimentaria forman un *continuum*. Esto significa que la preocupación corporal es generalizada y con distintos grados de intensidad. Así, pueden existir personas preocupadas por la silueta y que incluso hagan dieta pero que no desarrollen trastornos y otras, por el contrario, sí. Esta hipótesis se abordará más adelante.

1.2.1 Definición, historia y epidemiología de la anorexia nerviosa:

La anorexia nerviosa (AN) es una entidad incluida en los trastornos de la alimentación, pero es considerada por algunos autores como una entidad nosológica independiente. Tal es así que, desde 1965, dicha enfermedad adquirió un estatus propio y, actualmente se ha acrecentado la opción de considerar la anorexia nerviosa como una entidad clínica independiente (Morales García, 1996).

La primera descripción clínica de la anorexia es atribuida a Richard Morton en el año 1689, el cuál describe en un libro de medicina publicado en Londres a dos pacientes con anorexia nerviosa. Llamó a este síndrome “consunción nerviosa”. Posteriormente, no aparece la anorexia nerviosa en la literatura médica hasta el siglo XIX, cuando a través de Luis Víctor Marcé, comenzó mediante un estudio en 1860 a pincelar el cuadro anoréxico (Suárez, 2002).

Una década después, en 1870, W. Gull en Londres y C. H Lasègue en París describieron un número de casos de un patrón de inanición; pero fue W. Gull el que acuñó el término de la enfermedad como Anorexia Nerviosa, destacando su aparición en la adolescencia y principalmente en mujeres (Gull, 1874). Anterior a esta anorexia nerviosa, existía un tipo de anorexia que se remonta a épocas anteriores (siglo XIII- XVI) que se le denominó anorexia santa, pero en este caso, esta enfermedad estaba ligada a la piedad y la fe con el fin de intentar alcanzar la belleza espiritual, a diferencia de la actual patología, que se encuentra asociada a parámetros de belleza física (Russell, 2003).

Actualmente, la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) define a la anorexia nerviosa como “*un trastorno caracterizado por la pérdida deliberada de peso, inducida y/o mantenida por el mismo enfermo*” (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Según el DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición) la anorexia nerviosa es un trastorno específico perteneciente a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), caracterizado por “*el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales*” (López - Ibor y Valdés, 2003).

La anorexia nerviosa es una patología que actualmente recibe una gran atención por parte de la comunidad científica y médica, debido al hecho de que la

anorexia nerviosa ha sufrido en los últimos años un aumento de casos considerable (Chinchilla Moreno, 2003).

En nuestro país, alrededor de 1 de cada 100 adolescentes de entre 14 y 18 años padecen el trastorno (Mitchell y Martínez, 2001). Además, esta patología afecta principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes (Decker, 2000; Organización Mundial de la Salud, 2001). El predominio de mujeres respecto a hombres se da en una proporción de 10/1 (10 mujeres afectadas por cada hombre) (Quiles y Perol, 2008; Buil et al, 2001).

Según Guerra y Barjau (2003) la incidencia de la anorexia nerviosa viene a ser de 20 a 30 mujeres menores de 25 años por 100.000 habitantes con una prevalencia del 0.5 al 1%. Estos mismos datos referidos a la prevalencia de la anorexia nerviosa (0.5-1%) son ratificados por diferentes autores que estudian este trastorno en diferentes países (Garfinkel y Garner, 1982; Mateos-Parra y Solano-Pinto, 1997).

Además, en general la clase social predominantemente afectada por esta enfermedad es la media-alta, donde se ha producido una idealización de la imagen corporal mayor que en otras clases sociales (Buil et al, 2001). También otros autores aluden al nivel social medio/alto como un factor de riesgo (Toro y Vilardell, 1987; Turon Gil, 1997; Vidal Rubio, 1997. Aunque hay que destacar que en los últimos tiempos esta tendencia está cambiando y ya se dan casos en cualquier clase social (Cano et al, 2007).

Las personas con anorexia nerviosa suelen presentar otro tipo de síntomas como un estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio, pérdida de interés por el sexo... (López - Ibor y Valdés, 2003). En muchas ocasiones esto es consecuencia de la desnutrición y resulta difícil diferenciarlo de un verdadero cuadro depresivo.

Por último, el DSM-IV-TR asigna a la cultura, además de a otros factores como la edad y el sexo, una cierta influencia en los síntomas de la anorexia debido a ser más prevalente en las sociedades donde la comida abunda y el ideal de belleza va unido a la delgadez (López - Ibor y Valdés, 2003). Para el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2001) aunque las causas fundamentales de la anorexia no son claras, existen una serie de factores socioculturales y biológicos

que contribuyen en el desarrollo del trastorno y en la que participan además mecanismos psicológicos y vulnerabilidad personal.

A continuación, mostramos los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-IV-TR y otros criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa:

1.2.2 Criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa:

A. Según el DSM-IV-TR:

Tabla 1.1 Criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa (DSM-IV-TR)

- | |
|---|
| <p>A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.</p> <p>C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.</p> <p>D. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)</p> |
|---|

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Fuente: DSM-IV-TR (López-Ibor y Valdés, 2003)

B. - Pautas para el diagnóstico CIE-10

Tabla 1.2 Pautas para el diagnóstico de anorexia nerviosa según CIE-10

El diagnóstico de la anorexia nerviosa debe realizarse de una forma estricta, de modo que deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

- a) Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal¹ de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.

La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de:

- 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes:
 - 2) vómitos autoprovocados,
 - 3) purgas intestinales autoprovocadas,
 - 4) ejercicio excesivo y
 - 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- b) Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- c) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

¹El IMC (Índice de Masa Corporal) se calcula dividiendo el peso del sujeto, indicado en kilogramos, entre la altura al cuadrado expresada en metros, es decir, IMC: kg. / altura (m)².

d) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (1992)

1.2.3 Clínica de la anorexia nerviosa:

En referencia a su clínica, la anorexia nerviosa da lugar a manifestaciones de diferente índole tales como manifestaciones de tipo físico, cognitivo, conductuales y psicológicas o emocionales (Mateos-Parra y Solano-Pinto, 1997), tal y como describimos a continuación:

A- Manifestaciones físicas: La anorexia (AN) lleva a una desnutrición que puede ser de intensidad variable, y que cursa con alteraciones endocrinas y metabólicas y otra serie de trastornos. Actualmente, persiste la sospecha de si el trastorno endocrino característico deriva simplemente de la desnutrición provocada por el comportamiento (restricción de la dieta, excesivo ejercicio, uso de laxantes) o si, por el contrario, intervienen otros factores que se desconocen (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Los síntomas de desnutrición son muy variables de un individuo a otro. En cualquier caso aquellos síntomas que se producen con mayor frecuencia son los siguientes; (Rodríguez Santos et al, 2006):

- Hipotermia
- Hipotensión
- Bradicardia
- Amenorrea
- Anemia
- Osteoporosis
- Caída de cabello

- Lanugo
- Sequedad de piel
- Uñas quebradizas
- Hinchazón de vientre
- Estreñimiento

B - Manifestaciones cognitivas: Algunas de las más comunes entre los pacientes con AN son: miedo obsesivo e irracional a engordar, preocupación excesiva por el cuerpo, peso y alimentos (Mateos-Parra y Solano-Pinto, 1997).

C - Manifestaciones conductuales: cambios en el patrón de la ingesta, pues comienzan eliminando los hidratos de carbono continuando por las grasas y concluyendo con las proteínas e incluso finalizando con el agua (esta última restricción les llevaría a una deshidratación) (Mateos-Parra y Solano-Pinto, 1997). Otras manifestaciones conductuales consisten en realizar excesivo ejercicio físico, esconder comida, problemas de sueño, problemas sexuales, hiperactividad (como consecuencia de la desnutrición o como medio de perder peso), etc.

D - Manifestaciones emocionales:

Existen distintas manifestaciones emocionales entre la que nos encontramos la ansiedad, como un trastorno constante en la paciente anoréxica. Además de fenómenos obsesivo-compulsivos, fobias y depresión, llegando incluso, a las ideas suicidas (Toro y Vilardell, 2000).

1.2.4 Definición, historia y epidemiología de la Bulimia Nerviosa:

La bulimia nerviosa (BN), al contrario que la anorexia nerviosa, parece haber surgido repentinamente en la sociedad moderna, pues antes de los años setenta y ochenta apenas figuran un número reducidísimo de casos (Russell, 2003). Ya en los noventa, Bruch (1962) y Thoma (1967) observaron casos de sobrealimentación en pacientes con anorexia. Así, en un principio, las conductas bulímicas fueron consideradas como síntomas añadidos a la anorexia (Suárez, 2002). Fue en 1979 cuando G. Russell definió la bulimia nerviosa como síndrome o

enfermedad independiente (Russell, 1979). Además, durante esta década de los 70 aparecieron en la literatura médica diversos casos clínicos que ayudaron a establecer el diagnóstico y los distintos niveles de la enfermedad (Suárez, 2002).

Como indica la CIE- 10 (Organización Mundial de la Salud, 2001), la bulimia nerviosa es un *“síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida”*. Para el DSM-IV-TR (López-Ibor y Valdés, 2003) la bulimia nerviosa consiste en *“atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso”*.

Como vemos, la bulimia nerviosa se caracteriza por la ingesta impulsiva y rápida de grandes cantidades de comida ingerida en un espacio corto de tiempo en el cuál la persona es incapaz de controlar su conducta y poder parar de comer (Chinchilla Moreno, 2003). A su vez puede acompañarse de conductas purgativas (vómitos autoprovocados, abuso de laxantes y diuréticos así como ejercicio excesivo) como forma de contrarrestar los efectos del descontrol alimenticio y también la presencia de una imagen corporal negativa.

Según Guerro y Barjau (2003) la bulimia nerviosa tiene una incidencia del 1 al 13% y una prevalencia del 1 al 20%. Así, la prevalencia de bulimia es mayor que la de anorexia nerviosa. Además, normalmente se da en mujeres más mayores que en las personas con anorexia nerviosa (Raich, 2002).

Una característica del trastorno bulímico es que la mayor parte de las personas con bulimia nerviosa tienen un peso normal e incluso pueden ser ligeramente obesas, debido a esto, el trastorno suele pasar desapercibido durante mucho tiempo (Raich, 2002)

A continuación, mostramos los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-IV-TR y otros criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa:

1.2.5 Criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa:

A. Según el DSM-IV-TR:

Tabla 1.3 Criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa (DSM-IV-TR)

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
 - (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.
- Especificar tipo:
- Tipo purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso
- Tipo no purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Fuente: DSM-IV-TR (López-Ibor y Valdés, 2003)

B. Pautas para el diagnóstico según el CIE-10

Tabla 1.4 Pautas para el diagnóstico de bulimia nerviosa según el CIE-10

Para que pueda hacerse el diagnóstico de bulimia nerviosa, deben estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación de modo que constituyen pautas diagnósticas estrictas. Dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones, tal y como se indica:

- a) Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
- b) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno, o más de uno, de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
- c) La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor u larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (1992)

1.2.6 Clínica de la Bulimia Nerviosa:

Las pacientes con bulimia nerviosa se caracterizan por una pérdida de control de impulsos, intercambian atracones de comida con el posterior sentimiento de culpa que les llevan a purgas mediante el vómito o el uso de laxantes o diuréticos, con complicaciones orgánicas y psicológicas importantes (Chinchilla Moreno, 2003).

Dentro de estas complicaciones orgánicas de la Bulimia podemos destacar las siguientes: (Martín y Mina, 2008 y Chinchilla Moreno, 2003)

- Desequilibrio hidroelectrolítico
- Edema
- Bradicardia
- Hipotensión
- Dolor precordial
- Erosión del esmalte dental (debido al vómito)
- Lesiones en el dorso de la mano (debido al vómito)
- Dilatación o rotura gástrica
- Hernia de hiato
- Anormalidades del intestino grueso (por uso de laxantes)
- Cambios en pelo y piel
- Déficit eje hipotálamo-hipófisis-tiroides
- Muerte súbita

Llegados a este punto, puede ser interesante comparar ambas patologías, ya que existen numerosas características comunes entre ambas, al igual que también presentan ciertas diferencias, sobre todo en aspectos como la edad media de inicio de la patología. Tales aspectos se muestran a continuación en la siguiente tabla:

Tabla 1.5 Diferencias entre anorexia y bulimia nerviosa

ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA
Inicio en edades más tempranas	Inicio más tardío
Más demacradas	Generalmente tienen un aspecto normal
Impulsividad variable	Más impulsivas
Peso bajo	Peso cercano al normal
Controlan su peso mediante la restricción alimentaria	Controlan su peso mediante vómitos, laxantes o diuréticos
Mayor control	Mayor descontrol
Mayor hiperactividad	Menor hiperactividad
Amenorrea	Generalmente menstrua normalmente
Menor psicopatología asociada	Mayor psicopatología asociada
Hipotensiones, bradicardia e hipotermia frecuentes	Hipotensiones, bradicardia e hipotermia poco frecuentes
Menos conductas autolíticas directas	Más frecuentes conductas autolíticas
Puede evolucionar a bulimia nerviosa	Raramente evoluciona hacia anorexia típica, pero sí previa anorexia nerviosa menos severa
Complicaciones muy variadas	

Fuente: Adaptado de Chinchilla Moreno, 2003

1.2.7 Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE):

Este tipo de trastorno alimentario también ha sido descrito recientemente y está constituido por las formas mixtas y parciales de la anorexia o la bulimia, es decir, aquellos casos que no cumplen todos los criterios. Son denominados trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) por el DSM-IV o anorexia atípica, bulimia atípica o trastorno de la conducta alimentaria sin especificación por el CIE- 10 (Organización Mundial de la Salud, 1992). La presentación clínica es diversa pero no por ello son trastornos menos graves. Además, la prevalencia que se observa de esta patología puede ser incluso mayor que la de la anorexia o la de la bulimia, ya que según ciertos autores se ha obtenido una prevalencia del 2,76-4,86% (Arrufat Nebot, 2006).

En la siguiente tabla se muestran los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-IV y otros criterios para el diagnóstico de los TCANE:

1.2.8 Criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados:

A. Criterios diagnósticos del DSM-IV- TR:

Tabla 1.6 Criterios diagnósticos de TCANE (DSM-IV-TR)

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.

4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Fuente: DSM-IV-TR (López-Ibor y Valdés, 2003)

B. Pautas para el diagnóstico según el CIE-10

Tabla 1.7 Pautas para el diagnóstico de TCANE según el CIE-10

Anorexia nerviosa atípica

Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la anorexia nerviosa, como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico. También pueden incluirse aquí enfermos que tengan todos los síntomas importantes de la anorexia nerviosa, pero en grado leve. Este término no debe utilizarse para trastornos de la conducta alimentaria que se parecen a la anorexia nerviosa pero que son debidos a una etiología somática conocida.

Bulimia nerviosa atípica

Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la bulimia nerviosa, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante típico. Los enfermos tienen con frecuencia un peso normal o incluso superior a lo normal, pero presentan episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de vómitos o purgas. No son raros síndromes parciales acompañados de síntomas depresivos (si estos síntomas satisfacen las pautas de un trastorno depresivo debe hacerse un doble diagnóstico).

Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación

Fuente: Organización Mundial de la Salud (1992)

1.2.9 Comorbilidad asociada a los trastornos del comportamiento alimentario (TCA):

De forma general la comorbilidad asociada a los TCA es muy variable, aunque se caracteriza sobre todo por trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, fobia social), trastornos afectivos, trastornos de control de impulsos, adicciones, trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos de personalidad... (Arrufat Nebot, 2006; Behar et al, 2008).

Es importante comentar que, en cuanto a la relación entre la depresión y los TCA, aún no se conoce si estas dos enfermedades coexisten o si la depresión es un síntoma que deriva del TCA, puesto que, en la clínica diaria coexisten ambas circunstancias (Solano, 2006).

En una reciente investigación realizada por Solano (2006), realizada en pacientes diagnosticados de anorexia, bulimia y TACNE con edades comprendidas de 11 a 51 años, se observó que hasta el 63% de los pacientes había presentado un episodio depresivo mayor. Asimismo, otro de los resultados obtenidos fue que la comorbilidad es mayor en los subtipos purgativos de TCA. Si analizamos cada uno de los trastornos alimentarios por separado, se ha descrito que, en la anorexia nerviosa, la comorbilidad más frecuente es con los trastornos afectivos, TOC, ansiedad y trastornos de personalidad. En el caso de la bulimia nerviosa, la relación más frecuente se produce con la depresión, trastornos de personalidad (fundamentalmente histriónico, límite o antisocial) y conductas implicadas en el descontrol de impulsos como por ejemplo el abuso de sustancias o la cleptomanía (Chinchilla Moreno, 2003).

En cuanto a otras comorbilidades aunque las más frecuentes son las psiquiátricas tenemos que la bulimia nerviosa se asocia en un 10% con diabetes mellitus aunque también existen casos de diabetes y anorexia (Chinchilla Moreno, 2003).

1.2.10 Estudios epidemiológicos sobre los trastornos del comportamiento alimentario (TCA):

Antiguamente, los datos derivados de estudios epidemiológicos eran muy variables y poco fiables, ya que como hemos comentado, no se conocía con exactitud estos trastornos, por lo que identificar a aquellos sujetos que padecían estas alteraciones era en cierto modo difícil.

Hoy día, existen estudios epidemiológicos rigurosos que nos suministran datos fiables para conocer la epidemiología de los TCA en España (Ruiz-Lázaro, 2002). Si bien es cierto que los estudios para conocer la epidemiología real de los TCA deberían ser aquellos estudios de dos fases (la primera fase debería corresponder con la de obtención de las personas consideradas de riesgo y una segunda fase de entrevista clínica donde se comprueban los criterios de diagnóstico), prevalecen los estudios de una fase, que son únicamente indicativos de la prevalencia de riesgo del trastorno y no de la prevalencia real. Aunque evidentemente, estos últimos son también muy interesantes.

En España, existen diversos estudios epidemiológicos llevados a cabo en población adolescente no universitaria como el de González Juárez et al (2006) cuyos resultados muestran una prevalencia de riesgo de TCA de un 11,8% de las mujeres y un 4,6% de los varones. Otros estudios similares han sido llevados a cabo en Madrid (Morandé et al, 1997), Navarra (Pérez Gaspar et al, 2000), Valencia (Rojo et al, 2003), etc.

En población universitaria, los estudios epidemiológicos realizados son escasos en nuestro país. Lameiras et al (2002), con una muestra de estudiantes universitarios de Galicia, obtuvieron una prevalencia de TCA en el 6,4% de los casos. Posteriormente, en el trabajo de Sepúlveda et al (2004) encontraron una prevalencia de riesgo de TCA, en población universitaria de Madrid con una edad promedio 18 a 30, de un 14.9% en hombres y un 20.8% de las mujeres.

A nivel internacional existen estudios tanto en población adolescente como en población universitaria. En este sentido, Correa et al (2006) en Santiago De Chile, estimaron la prevalencia de riesgo de TCA en un 8,3% de la población adolescente escolar. Behar et al. (2007^a) realizaron, en Chile una investigación de una fase, cuya muestra fue de 296 estudiantes de enseñanza media. Los

resultados obtenidos de este estudio fueron que un 23% de las mujeres y un 2% de los varones poseían riesgo de desarrollar alguna patología alimentaria.

A continuación, se expone una tabla con la mayoría de los estudios realizados sobre prevalencia o riesgo de trastornos de la alimentación tanto de población adolescente como universitaria de distintos países.

Tabla 1.8. Prevalencia de trastornos de la alimentación

Lugar de realización del estudio	Autores del estudio y año	Población objeto de estudio	Porcentaje de prevalencia	Fases de estudio
Madrid	Morandé y Casas, 1997	Adolescentes de 15 años	Mujeres: 0.69% AN 1.24% BN 2.76% TCANE Hombres: 0.36% BN 0.90% TCANE	Estudio de dos fases
Zaragoza	Ruiz et al, 1998	Adolescentes de 12 a 18 años (n=4.048)	TCA: 4.52% 0,14 % AN 0.55% BN 3.87% TCANE	Estudio de dos fases EAT-40
Madrid	Gandarillas-Grande y Febrel, 2000	Adolescentes escolares (n= 4.500)	Hombres: 2.2% Mujeres: 15.3%	Estudio de una fase
Navarra	Pérez-Gaspar et al, 2000	Mujeres de 12 a 21 años (n= 2.862)	TCA: 4.1% 0.3% AN 0.8% BN 3.1% TCANE	Estudio de dos fases EAT-40
Galicia	Lameiras et al, 2002	Estudiantes universitarios: 298 chicas y 157 chicos	Prevalencia de TCA de 6.4%	Estudio de dos fases
Valencia	Rojo et al, 2003	Adolescentes de 12 a 18 años (n=544)	Mujeres: TCA: 5.17% 0.45% AN 0.41% BN 4.31% TCANE Hombres: TCA: 0.77%	Estudio de dos fases
Madrid	Sepúlveda et al, 2004	Universitaria, 18 a 30 años	Hombres: 14.9% Mujeres: 20.8%	Estudio de una fase EAT
Murcia	Linde Vázquez, 2005	2.005 adolescentes de 12 a 17 años	Prevalencia de 6,29% AN: 0,45% BN:1,4 TCANE: 4,44%	Estudio doble fase EAT
México	Ruiz Martínez et al, 2005	Universidad pública y privada	Pública: Mujeres: 14.5% Privada: Mujeres: 24.59%	Estudio de una fase

Tabla 1.8 Prevalencia de trastornos de la alimentación (continuación)

Lugar de realización del estudio	Autores del estudio y año	Población objeto de estudio	Porcentaje de prevalencia	Fases de estudio
Colombia	Rueda et al, 2005 ^a	Estudiantes adolescentes	TCA: 30% TACNE: 56 BN: 13 AN: 4	Estudio de doble fase ECA
Colombia	Rueda et al, 2005 ^b	n=247	TCA: 29,9% TACNE: 54 BN: 14 AN: 4	Estudio de doble fase SCOFF
Osona (Barcelona)	Arrúfat Nebot, 2006	Escolares de 14 a 16 años	Mujeres: TCA: 3.49% 0.35% AN 0.44% BN 2.7% TCANE Hombres: TCA:0.27% 0.0% AN 0.09% BN 0.18% TCANE	Estudio de dos fases EAT-26
Chile	Correa et al, 2006	1.610 escolares (11 a 19 años)	8.3 % presentó riesgo de TCA	Estudio de una fase EDI-2
Madrid (Leganés)	González Juárez et al, 2006	Adolescentes escolarizados de 12 a 18 años	Mujeres: 11.8% Hombres: 4.6%	Estudio de una fase EAT-26
Viña del Mar Chile	Behar et al, 2007 ^a	296 estudiantes enseñanza	Mujeres: 23% Hombres: 2%	Estudio de una fase EAT- 40
Viña del Mar Chile	Behar et al, 2007 ^b	123 estudiantes universitaria de Nutrición y Dietética	15% poseía riesgo de TCA	Estudio de una fase EAT- 40
Colombia	Cano et al, 2007	165 estudiantes universitarios	Mujeres: 17.3% Hombres: 3.8%	Estudio de una fase EDI-2
Cali, Colombia	Fandiño, 2007	Universitaria	Mujeres: 51.1% Hombres: 26.8%	Estudio de una fase ECA

1.2.11 Atención Primaria en la prevención de los TCA:

Los trastornos de la conducta alimentaria son considerados un problema de salud pública debido a su alta incidencia y a su grave comorbilidad, tal y como hemos descrito. Por tanto, se han creado protocolos de atención y prevención de estos trastornos (Gil Canalda et al, 2003).

Para Gil Canalda et al (2003) y el grupo de Salud Mental del PAPPS (Programa de Actividades preventivas y de Promoción de la Salud) (Grupo de Salud Mental del PAPPS, 2007) la función de atención primaria en los TCA consistiría en la prevención, detección precoz, tratamiento compartido con especialista y evitar recaídas. Además, y siguiendo a los mismos autores, la atención primaria debe tener contacto directo con la familia. De esta forma, se podrían detectar los problemas derivados de las relaciones familiares.

A continuación pasamos a realizar una breve descripción de la actuación que es llevada a cabo a partir de la detección del trastorno de la conducta alimentaria (TCA) en Atención Primaria:

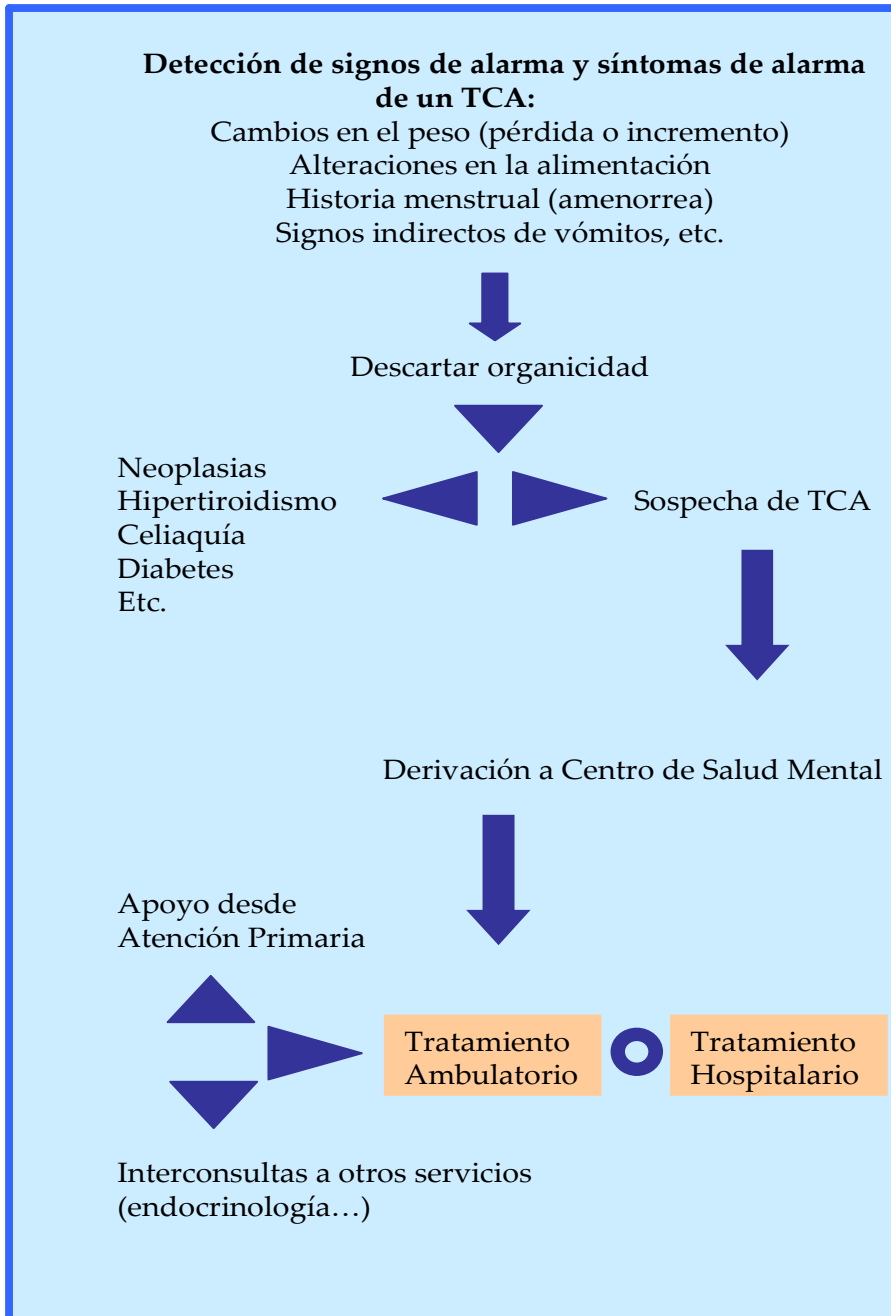


Figura 1.1 Líneas de actuación en Atención Primaria en los trastornos alimentarios
 Fuente: Modificado de Plan Regional de Salud Mental /Atención Primaria
 (Consejería de Sanidad y Consumo, 1999) y (Grupo de Salud Mental del PAPPS,
 2007).

La anorexia y la bulimia son unas patologías muy estudiadas debido a su gravedad y a su alta incidencia (Chinchilla Moreno, 2003). Así, los TCA son un problema que requiere de forma urgente una prevención (López Coutiño et al, 2006). Así, como bien apuntan Fernández Aranda y Turón Gil (2001) para reducir la incidencia del trastorno, debemos de tomar medidas de prevención que puedan reducir la incidencia. Para llevar a cabo una prevención adecuada, lo primero es conocer profundamente el fenómeno y para conseguir este fin debemos de proporcionarle una visión holística.

Esta visión consiste en profundizar en los distintos aspectos que influyen en el desarrollo del trastorno alimentario, es decir, los biológicos, socioculturales y psicológicos y familiares, puesto que, los TCA son un problema de salud complejo, multifactorial o multicausal (Toro y Vilardell, 1987; Vandereycken et al, 1991; Paredes Sierra, 2005; Lenoir y Silber, 2006) en las que intervienen, por ende, factores diversos y, efectivamente, como otros muchos más problemas de salud reclaman la atención de diferentes puntos de vista acerca de la génesis y la posible resolución (Hersch Martínez y Haro, 2007). Así pues, en el presente trabajo hemos intentado adoptar un enfoque que englobe factores biológicos, psicológicos, socioculturales y familiares.

A continuación, vamos a intentar describir el estado actual del conocimiento acerca de los factores que influyen en la etiología y desarrollo de los trastornos del comportamiento alimentario.

1.3 MODELO EXPLICATIVO DEL DESARROLLO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN:

Acerca del origen, desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios, se ha descrito con anterioridad la existencia de factores condicionantes o predisponentes, desencadenantes o precipitantes, y mantenedores del trastorno (Toro y Vilardell, 1987; Calvo Sagardoy, 2002; Perera Figueredo, 2002).

En primer lugar, los factores condicionantes o predisponentes son aquellos que participan en el origen y desarrollo de la enfermedad. Posteriormente, los factores desencadenantes o precipitantes actúan generando una vulnerabilidad en el sujeto que le hace propenso al trastorno. De otra parte, estos factores precipitantes llevan a la aparición del trastorno en un momento preciso, lo cual puede derivarse a partir de situaciones de estrés. Y por último, tenemos los factores mantenedores que influyen o contribuyen a que el trastorno persista (Toro y Vilardell, 1987).

En los trastornos alimentarios se da una relación de interacción entre los distintos factores anteriormente citados, tal y como se refleja en la siguiente tabla:

Tabla 1.9 Factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de los TCA:

<p style="text-align: center;">Factores Predisponentes</p>	<p>Individuales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biológicos: mujer adolescente, pubertad, hermanos de enfermos - Psicológicos: baja autoestima, perfeccionistas, alto rendimiento escolar, tendencia a la sobrecarga de actividades, trastornos afectivos. <p>Familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> - Historia familiar de TCA, trastornos afectivos, abuso del alcohol (BN). - Entorno familiar rígido y poco tolerante. - Relaciones familiares alteradas. <p>Culturales</p>
<p style="text-align: center;">Factores Precipitantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alejamiento o separación del entorno familiar - Muerte o separación de un familiar próximo - Fracaso escolar - Confrontación, incluso indirecta, de la problemática sexual
<p style="text-align: center;">Factores de mantenimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consecuencias biopsicológicas de la desnutrición - Distorsión de la imagen corporal - Estado emocional - Ansiedad - Afrontamiento ineficaz por parte de la familia

Fuente: Rubio y Sebastián, 1999

En la siguiente tabla se indican los factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento específicos de la anorexia nerviosa.

Tabla 1.10 Factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de la anorexia nerviosa

<p>Factores Predisponentes</p>	<p>Factores genéticos Edad Trastorno afectivo Introversión/inestabilidad Sobrepeso en la pubertad y adolescencia Nivel social medio/alto Familiares con trastorno afectivo Familiares con adicciones Familiares con trastornos de la ingesta Obesidad materna Valores estéticos dominantes</p>
<p>Factores Precipitantes</p>	<p>Cambios corporales Separaciones y pérdidas Rupturas conyugales con el padre Contactos sexuales Incremento rápido de peso Críticas sobre el peso Enfermedad adelgazante Traumatismo desfigurador Incremento en la actividad física Acontecimientos vitales</p>

<p style="text-align: center;">Factores perpetuantes</p>	<p>Consecuencias de la inanición Interacción familiar Aislamiento social Cogniciones anoréxicas Actividad física excesiva Yatrogenia</p>
---	---

Fuente: Adaptado de Toro y Vilardell (1987)

Tabla 1.11 Factores predisponentes, desencadenantes y de mantenimiento de la bulimia nerviosa

<p style="text-align: center;">Factores Predisponentes</p>	<p>Exceso de peso Ayuno Autoestima baja Perfeccionismo Personalidad caótica Predisposición biológica Conflictos familiares</p>
<p style="text-align: center;">Factores Desencadenantes</p>	<p>Situación estresante Trastornos emocionales Restricción alimentaria Anorexia nerviosa</p>
<p style="text-align: center;">Factores de mantenimiento</p>	<p>Dietas Conductas alimentarias anómalas Otras conductas anómalas Imagen negativa Reaparición de la ansiedad</p>

Fuente: Cervera, 1996

De forma general, hemos descrito los distintos factores que participan en el desarrollo, precipitación y mantenimiento de los trastornos alimentarios. Como vemos, no es un único factor el causante de la enfermedad, sino que se debe a una conjugación de distintos factores lo que genera el desarrollo del trastorno alimentario.

Quizá, la mejor explicación de los factores que conducen al desarrollo de TCA es la argumentada por Calvo Sagardoy (2002), ya que según esta autora, lo que hace que un sujeto inicie una serie de conductas que derivarán en trastornos alimentarios es la conjunción de factores biológicos, psicológicos, socioculturales y familiares.

Por tanto, el modelo explicativo del desarrollo de trastornos de la alimentación es un modelo integrador, ya que como ya citamos anteriormente, los TCA son trastornos multifactoriales o multicausales (Toro y Vilardell, 1987; Vandereycken et al, 1991; Gandarillas et al, 2003; Lenoir y Silber, 2006).

1.3.1 Factores biológicos:

Los factores derivados de las características genéticas y biológicas de cada individuo también están implicados en el desarrollo de este tipo de trastornos alimentarios. En este sentido, diversos estudios realizados en hermanos gemelos y otros estudios genealógicos establecen que los factores genéticos desempeñan un papel importante en la etiopatogenia de la enfermedad (Toro, 2001).

En el 2004, J. Toro, tras realizar una revisión de los distintos estudios de prevalencia familiar de TCA en pacientes con anorexia, concluyó que en dichas familias aparecen de forma significativa mayor frecuencia de TCA que en las familias controles.

Existen investigaciones realizadas en hermanas gemelas, donde se obtiene mayor concordancia de patología (anorexia y bulimia nerviosa) entre gemelas monocigóticas que entre gemelas dicigóticas (mellizas). Pero dentro de este contexto, hay que aclarar que estos factores conducen a una predisposición genética y, por lo tanto, existen ciertos individuos genéticamente más susceptibles de padecer TCA que otros, sin embargo, esto no implica necesariamente tener que padecer obligatoriamente el trastorno (Calvo Sagardoy, 2002).

En la misma línea, un estudio llevado a cabo por Karwautz (2003) concluye, tras realizar un análisis de los riesgos genéticos, personales y familiares, que la carga genética no es suficiente para explicar los trastornos de la ingesta, pues aun existiendo evidencias de la importancia de estos factores, los factores ambientales también lo son y es difícil diferenciar en estos estudios cuál es el factor desencadenante o responsable de la etiología de estas patologías alimentarias.

El verdadero papel de la genética en la anorexia, así como en los demás trastornos alimentarios, dio un gran salto gracias a la aparición de las modernas técnicas de genética molecular. Así, gracias a esta nueva ciencia, se ha podido demostrar la existencia de una disfunción serotoninérgica en los sujetos predispuestos a padecer trastornos de la conducta alimentaria. En concreto, el gen 5HT-2A aparece mutado o modificado (polimorfismos) con más frecuencia en pacientes con anorexia (Toro, 2001). También se han observado en estos pacientes alteraciones en los sistemas de neurotransmisión (en especial del sistema DOPA) pero se cree que estas alteraciones pueden ser una consecuencia de la desnutrición, y no al revés (Toro, 2004).

Para reforzar esta idea, Mateos-Parra y Solano-Pinto (1997) aluden a la existencia de una relación entre variables biológicas y los trastornos de la alimentación, asociándolas con las disfunciones del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, concluyendo que puede ser que la patología biológica esté determinada por la patología psicológica.

En resumen, según diversos autores (Vandereycken et al, 1991) aunque ciertos factores biológicos parecen estar relacionados con la predisposición y el desarrollo de padecer estos trastornos, no se ha podido confirmar de forma definitiva que los factores biológicos sean causa o consecuencia del trastorno.

1.3.2 Factores socioculturales:

Para clarificar la importancia de los factores sociales en los trastornos del comportamiento alimentario vamos a comentar diversos aspectos que han sido elucidados previamente por diversos autores:

En primer lugar, Ballester y Guirado (2003) pudieron constatar que se debe de tener en cuenta el entorno social que envuelve a los adolescentes para poder entender los comportamientos alimentarios alterados que se producen en estas

edades. Este entorno social condiciona a los adolescentes debido al hecho de tener que ajustarse a ciertos valores e ideales de belleza, lo que les lleva a una situación de constante autoevaluación corporal.

Posteriormente, Lugli y Vivas (2006^a) observaron que las personas en riesgo de TCA reportan mayor influencia de los factores socioculturales que los sujetos sin riesgo. Así, estos autores realizaron diversos estudios donde demuestran que de forma general más del 80% de la población en riesgo de TCA presenta una influencia de los factores socioculturales. Pero a la hora de valorar estos datos tenemos que tener en cuenta que, en primer lugar, esta investigación no se realizó en nuestro país, y en segundo lugar, la muestra representativa es relativamente pequeña. En cualquier caso, no cabe duda de que esta observación de Lugli y Vivas (2006^a) es realmente llamativa.

La influencia sociocultural es considerada por diversos autores como una de las principales causas del incremento de la incidencia en nuestro medio de los trastornos alimentarios (Vandereycken et al, 1991). Para Toro (2003), son los factores socioculturales los únicos factores que considera verdaderamente etiológicos de los TCA. Tal es así que llega a denominar a la anorexia y bulimia nerviosa como “trastornos culturales”. Gracia (2002) también argumenta que los trastornos alimentarios tienen su base en la llamada cultura de la delgadez, en la que está inmersa la sociedad occidental.

En todas las culturas existen representaciones ideológicas de género que asignan roles distintos a cada género. De este modo, se configura una identidad masculina y otra femenina propia de cada cultura (Téllez, 2001). Pero la cultura social actual conduce a las mujeres a situaciones de estrés y competencia pero estando siempre perfectas físicamente. Así, los valores de nuestra sociedad han cambiado, se persigue poder, éxito, respeto y dinero. En este sentido, diversos autores apuntan que la delgadez se asocia a la belleza y al éxito social (Gracia, 2002) y para Bruch (2002) la delgadez es sinónimo de poder, éxito y respeto. Todos estos factores, han llevado a Uribe Merino (2007) a describir que el cuerpo de una mujer con anorexia nerviosa es el reflejo de las presiones y exigencias de nuestra sociedad.

Y es que, en nuestra sociedad, el canon actual ideal de belleza es la delgadez, lo cual conduce a una preocupación hacia la pérdida de peso (Raich, 1994). La influencia de los factores socioculturales sobre el riesgo de padecer TCA

se trata de un efecto global, porque la presión social de tener una imagen corporal concreta, es decir, delgada, es igual para todos los sujetos, y de hecho todos tenemos pensamientos referidos al aspecto (todos deseamos ser más atractivos) pero podemos decir que un paciente ha desarrollado un trastorno del comportamiento alimentario cuando persisten estos pensamientos, convirtiéndose en una temática prácticamente exclusiva de los pacientes con TCA (Perera Figueredo, 2002).

En definitiva, en relación a la anorexia nerviosa y, en general, de los TCA, no cabe duda de que existe una gran influencia de los factores socioculturales como son el ideal estético imperante basado en la delgadez y los medios de comunicación como grandes difusores de ese modelo estético.

A continuación vamos a intentar explicar con más detalle cuales son los factores socioculturales más influyentes respecto al desarrollo de los trastornos del comportamiento alimentario:

1.3.2.1 La construcción del cuerpo ideal:

Desde un punto de vista sociocultural, para emprender la andadura a través del tema que nos ocupa, es fundamental comenzar definiendo el concepto de cuerpo y como se llega a construir el cuerpo ideal.

Nuestro cuerpo, la conexión cognitiva más directa con el mundo exterior es individual y singular, pero también es común a toda la humanidad, siendo a la vez sujeto y objeto. Asimismo, además de ser carne y hueso, es una entidad social y ello significa que nuestra estructuración sensorial y experimental se va a ver afectada por lo social y lo histórico (García, 1994).

Para Devillard (2002) el cuerpo posee la capacidad de representar lo social. Esto es, el organismo humano, debido al nivel de realidad en que se encuentra, no podría ser reducido al cuerpo-objeto completamente despersonalizado de las ciencias biomédicas. Al mismo tiempo, el cuerpo es visto por Devillard (2002) como un operador social, pues para esta autora, el cuerpo muestra el orden social y no sólo lo representa sino que además, contribuye a su mantenimiento debido a que es constituido y constituyente.

En referencia al cuerpo, existe un problema que consiste en el reemplazamiento actual del sujeto por su cuerpo pues, como bien apunta Walder

(2004), ya no existe el sujeto social como organismo global sino que existen cuerpos estandarizados según los patrones de la moda. Pero un matiz importante a tener en cuenta es que si el cuerpo equivale al sujeto, su deterioro deriva en la exclusión social (Walder, 2004).

1.3.2.2 El cuerpo como valor estético y su relación con la insatisfacción corporal:

Según Gracia (2002) es a comienzos del siglo XX cuando el cuerpo de la mujer se convierte en un valor estético. Esto es debido, al surgimiento de la alta costura que convierte el cuerpo delgado en moda y, por tanto, las mujeres de las élites empiezan a cuidar su figura para adaptarse al canon de belleza. Además, Fischler (1990) mantiene que en la cultura urbana el fenómeno de la lipofobia, el rechazo de las grasas, tiene que ver con el cambio habido en las normas de peso y el cambio paralelo de las representaciones del cuerpo. El estereotipo del obeso, sobre todo del “gordo-glotón”, es el que se considera rechazable, de manera que este tipo de gordo, imagen de grasa, se convierte en un ser criticable. Este modelo conductual, y su consecuencia física pasa a convertirse en nuestra cultura en el ejemplo de aquello que no se ha de hacer ni ser: comer en exceso y estar gordo. De esta forma, y prosiguiendo con la idea de Gracia (2002) la delgadez pasa a convertirse en un valor moral.

La delgadez, en un principio, fue un objetivo médico y de salud pero ahora también se liga a los modelos de moda, la belleza y éxito social. Así, como a referentes estéticos y de identidad (Gracia, 2002). Como dice Bruch (2002) la obsesión por la delgadez se relaciona con el éxito, poder y respeto y no sólo con la salud. De esta forma, la presión ejercida por parte de la sociedad acerca de la imagen corporal es asumida, en muchos casos, como la única vía de acceso a la consecución de un estatus social, un empleo o un novio (Uribe Merino, 2006).

Pero si en un principio sólo las mujeres de las clases más altas se preocupaban por el peso, en la actualidad, esta preocupación es generalizada al resto de mujeres. Además, este ideal de delgadez ha ido popularizándose y haciéndose más estricto de manera que se rechaza cualquier tipo de adiposidad, incluso llegando al extremo de desafiar la propia estructura física de la mujer (Gracia, 2002).

Este modelo actual de belleza, ligado a la delgadez es difícil de conseguir por ser extremo, y precisamente esa diferencia tan amplia entre el cuerpo real e

ideal hace que muchas mujeres estén siempre en una situación de insatisfacción corporal (Rigol, 2006) por no poder conseguir poseer el cuerpo ideal demandado actualmente. Como consecuencia de dicha insatisfacción corporal, las mujeres tienden a realizar dietas restrictivas para intentar alcanzar el cuerpo ideal (Merino et al, 2001; Acosta García y Gómez Peresmitré, 2003).

Es visible que el ideal estético de nuestra sociedad en esta época no es el mismo que el que existía hace décadas, por ejemplo, siguiendo los cánones actuales, la misma Marilyn Monroe no se adaptaría al ideal, al contrario, se consideraría que estaba algo “rellenita”.

En definitiva, toda esta presión social hacia un canon impuesto de “cuerpo ideal”, nos conduce hacia una insatisfacción por nuestro esquema corporal, a pesar que el peso se encuentre dentro del rango considerado como saludable. Tal es así que, según ciertos estudios epidemiológicos como el realizado en población universitaria por Lameiras et al (2003), el 84,2% de las universitarias no están satisfechas con su aspecto físico, aún teniendo normopeso en la mayoría de los casos.

1.3.2.3 Alteración de la imagen corporal:

La imagen corporal se puede describir como una representación del cuerpo que cada individuo forma en su mente (Raich, 2001). Ésta está integrada por componentes perceptivos (precisión del tamaño corporal), cognitivos-afectivos (sentimientos hacia el propio cuerpo) y actitudinales (Sepúlveda et al, 2001).

Abreu de la Torre (2006) en referencia a la percepción alterada de la forma o el tamaño corporal, alude a que algunas personas con TCA se encuentran obesas mientras que otras se dan cuenta de que son delgadas pero una parte de su cuerpo no les gusta por considerarlo demasiado gordo. Esta teoría ha sido ampliamente estudiada y aceptada (Raich, 2001).

Por otra parte, algunos estudios (Perpiñá, 1988; Wardle, 1987) pusieron de manifiesto la importancia de las actitudes y conductas asociadas a conseguir el cuerpo demandado en la sociedad actual (Perpiñá y Baños, 2007).

A partir de un estudio meta-analítico realizado por Sepúlveda et al (2001), se observó que las personas con trastornos alimentarios poseen una mayor alteración de la imagen corporal si atendemos a medidas actitudinales o

cognitivas que si tenemos en cuenta medidas perceptivas. Este estudio reafirma lo expresado por Perera Figueredo (2002) que indicaba que los pacientes con TCA, más que una distorsión en la percepción del tamaño corporal, lo que parece ser más característico es una evaluación errónea de su aspecto. Su percepción es objetiva, sin embargo, están convencidos de que este aspecto es inaceptablemente gordo. Pero como hemos comentado anteriormente otros trabajos plantean la existencia de una distorsión de la imagen corporal capaz de dar lugar a una percepción distorsionada de sí mismo (Suárez González, 2002).

En definitiva, tenemos que las personas con TCA poseen un trastorno de la imagen corporal que puede ser perceptivo, cognitivo o actitudinal.

1.3.2.4 Los TCA y la alimentación:

Para entender la relación existente entre los TCA y la alimentación comenzaremos diciendo que los alimentos poseen otro tipo de significación diferente a la de cubrir las necesidades biológicas. Esta otra significación es la hedónica y la social. Por este motivo, el ser humano no come todo lo que es comestible, sino que es selectivo. Tal es así que el aspecto cultural influye en las actitudes acerca de la ingesta en cuanto al tipo de alimento que consumimos, a la cantidad, a la calidad y a la distribución diaria de éstos (Salgado Serrano, 1997).

Debido a esto, realizamos comidas en ciertas ocasiones claramente desequilibradas, como lo son las fiestas, las celebraciones, etc. Pero para las personas que poseen trastornos de alimentación, el acto de la celebración se pierde, es decir, falla la dimensión cultural y simbólica (Jáuregui Balenciaga, 2006).

Al igual que hemos aludido anteriormente a la idea de que comer puede tener diferentes significados más allá del ámbito nutricional, el no comer también tiene dichos significados (Gracia, 2002). Históricamente, el no comer era la actitud de huelguistas, santas, inmigrantes, etc. Pero este significado ha variado actualmente. Hoy en día se entiende la idea de no comer como una protesta, demanda de atención, malestar, conflicto, descontento, abandono... (Gracia, 2005), en cualquier ámbito.

Saber el porqué del hecho de dejar de comer es la clave en el tratamiento de los trastornos alimentarios, es decir, conocer la significación social y cultural que

se le atribuye actualmente al ayuno. En este sentido, la costumbre alimentaria puede tener diversos significados como por ejemplo el religioso (restricción alimentaria de ciertos alimentos), indicar relaciones culturales o étnicas o pueden ser medio de expresión de ciertos sentimientos como el afecto, la hostilidad, el prestigio (Wardlaw et al, 2004).

Y es que, como bien indica Sánchez Hernández (2004) el alimento tiene un fuerte componente simbólico y, comer puede usarse como una expresión inconsciente de un reflejo emocional que puede consistir en ansiedad, ira, frustración...

1.3.2.5 Los TCA y el deporte:

Según Toro (2004) otra característica de los pacientes que sufren TCA es la práctica excesiva de ejercicio. En concreto, según este autor, este fenómeno se produce en el 80% de las pacientes con anorexia, con el fin de aumentar el gasto calórico (Raich, 2002). Además, parece existir consenso en que los deportistas poseen un mayor riesgo (seis veces mayor) de padecer TCA que el resto de la población (Toro, 2004). Toro (2004) explica la asociación entre la práctica deportiva y los TCA a través de las siguientes circunstancias:

- Ciertos deportes atraen a personas con características que ya son de riesgo de TCA.
- Personas que tienden a buscar en el ejercicio su forma de controlar el peso pudiendo o no tener a presente un TCA.
- Ciertos deportes promueven tipos corporales o un peso concreto.
- Puede ser una asociación debida al azar

Asimismo, algunos deportes enfatizan la delgadez de la silueta. Por ejemplo, la gimnasia rítmica o la natación sincronizada tienen una mayor prevalencia de trastornos que otros deportes (Vila i Camps, 2001). Así, determinadas profesiones (ballet) o deportes influyen en el desarrollo o mantenimiento del trastorno alimentario por priorizar el cuerpo delgado (modelos, bailarinas, gimnastas, azafatas, etc.) (Torresani, 2003) y premiar la figura esbelta (Morales et al, 2002).

1.3.2.6. Los Medios de Comunicación:

Debemos de tener en cuenta que los medios de comunicación juegan un papel importante en la promoción del modelo estético corporal consistente en la delgadez como signo de belleza femenina (Vázquez, Álvarez y Mancilla, 2000). Recordemos que actualmente el ideal estético de la mujer consiste en la juventud, delgadez y belleza (Pastor y Bonilla, 2000).

En los últimos tiempos la atención a la figura y a la apariencia han alcanzado unas proporciones sin precedentes (De la Serna, 2004). Así, desde el siglo XX vivimos una época de culto al cuerpo que lleva, principalmente a las mujeres, a una obligación por llegar a conseguir una belleza imposible. (Herrero Aguado, 2005).

Además, los medios de comunicación inculcan a los jóvenes valores tales como el culto al cuerpo, a la belleza y a la eterna juventud, además de un totalitarismo estético. (García Reina, 2005). Así, existe un constante bombardeo de imágenes que nos recuerdan que el éxito social se alcanza a través de la silueta.

Algunos autores afirman que de los tipos femeninos estudiados que aparecían en medios de comunicación, el 94% eran mujeres con un peso visiblemente inferior al de la media poblacional. Esto crea una situación de confusión, una imagen distorsionada de la realidad, ya que se trata de un ideal inalcanzable por muchas de las chicas receptoras de dicha información (Díez Fernández et al, 2002).

Además, y como apunta Bruch (2002) en las campañas publicitarias aparecen modelos extremadamente delgadas, cuya imagen en muchos casos está retocada (PhotoShop®), y que en otros la salud de la modelo no es precisamente la ideal. Así, debido a las presiones existentes acerca de la delgadez encontramos muchos modelos que rozan los trastornos alimentarios y llevan a la población, en especial las más jóvenes, a estar obsesionadas por la idea de la obesidad (Vera Guerrero, 1998). Pues como bien sabemos, el cuerpo de una modelo es el estándar a seguir para la inclusión social (Walder, 2004), es el cuerpo por el que se miden muchas jóvenes.

Llegados a este punto, una idea interesante y a veces reiterativa es la propuesta de Bruch (2002), que consiste en añadir una advertencia sanitaria a los anuncios de moda, al igual que se hace con el tabaco: La advertencia sería la

siguiente: *“La modelo de este anuncio no tiene un cuerpo sano. Su imagen ha sido alterada, no llega al peso mínimo deseable y sufre de anorexia nerviosa”*. Puesto que, los medios de comunicación no propagan figuras sanas sino figuras extremadamente delgadas.

Resumiendo, podríamos decir que nos encontramos ante un círculo vicioso, puesto que, los medios de comunicación son un potente difusor de modelos y conductas sociales. Pero además, éstos mismos se hacen eco de lo que demanda la sociedad, que a su vez se ha gestado en el seno de los medios (Jiménez Rodríguez, 2007). El resultado es que los medios de comunicación favorecen la aparición de ciertas enfermedades en personas previamente sanas, como pueden ser la anorexia nerviosa o la bulimia, por no hablar de la aparición de depresión debido a no aceptar su propio cuerpo.

Por último, es importante añadir respecto a los medios de comunicación que muchas chicas usan tanto la televisión como las revistas juveniles, y en especial Internet para adquirir conocimientos sobre la alimentación (Sánchez Hernández, 2004), además existen numerosas páginas web en las que aparecen consejos para adelgazar y hasta información para intentar enmascarar las alteraciones producidas por estas enfermedades. Todo ello favorece la aparición y el desarrollo de los trastornos del comportamiento alimentario.

1.3.3 Factores psicológicos:

Para Calvo Sagardoy (2002) la persona que desarrolla un TCA es aquella que no ha tenido o no ha sabido desarrollar los recursos psíquicos suficientes para afrontar la demanda de delgadez de la sociedad a través de los medios de comunicación, las presiones del grupo de iguales, etc.

Según las revisiones de Espina Eizaguirre (1998) a este respecto, las características psicológicas de estos pacientes aluden a una personalidad premórbida consistente en una persona modélica, obediente, reservada, ambiciosa y con baja autoestima. También describe trastornos de personalidad, depresión, ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo. Pero concluye que es difícil saber qué es específico de la desnutrición y qué no.

Otra característica de personalidad encontrada es la alexitimia,² que es atribuida a conflictos o déficit en las relaciones tempranas de los infantes. Así estas personas tendrían una personalidad alterada, puesto que, su identidad no ha sido bien conformada, poseen una autoimagen deficiente y un inadecuado control de sus impulsos. Por lo que, el trastorno aumentaría rasgos de personalidad previos y añadiría las alteraciones propias derivadas de la desnutrición (Espina Eizaguirre, 1998).

En cuanto a la baja autoestima, para Perera Figuerero (2002) estos pacientes suelen identificar su autoestima con la imagen corporal y trascienden, es decir, que se valoran negativamente en general. Esta idea es reafirmada por otros autores los cuáles argumentan que basan su autoestima en aspectos estéticos (Castillo et al, 2005).

En un estudio llevado a cabo por Lugli y Vivas (2006^b) obtuvieron como resultado que existía una menor autoestima en las mujeres con TCA que las personas de riesgo y las mujeres de la población general.

Como anteriormente hemos comentado la distorsión corporal consiste a la discordancia entre la percepción corporal y la creencia acerca de la talla o figura corporal (Espina et al, 2001).

En el estudio realizado por Espina et al (2001) observaron que la insatisfacción corporal y la sobrevaloración del mismo se deben a que se depositan en el cuerpo otras problemáticas, tanto psíquicas como relacionales. Así su terapia fue dirigida a minimizar la importancia de la apariencia física y desarrollar aspectos emocionales que no han podido desarrollarse antes por problemas de crianza, experiencias traumáticas o conflictos relacionales, obteniendo grandes resultados pues éstos avalan la eficacia de este tipo de intervenciones para mejorar la imagen corporal.

A continuación podemos observar un diagrama con las principales características psicológicas que hemos comentado.

² Alexitimia es definida como la incapacidad de verbalizar las emociones (Gil, 2007)

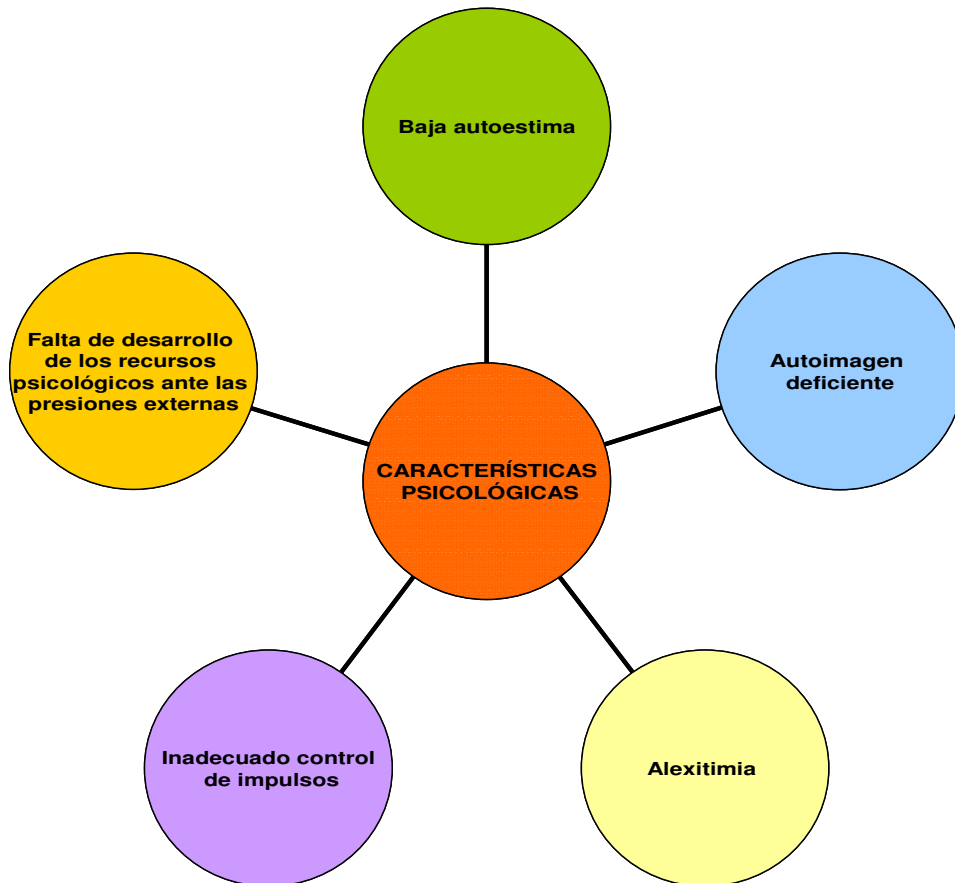


Figura 1.2 Características psicológicas en los trastornos alimentarios

1.3.4. Factores familiares:

Desde hace un cierto periodo de tiempo, el papel de la familia acapara el mayor interés, ya que se demostró como uno de los factores más importantes en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios. En este sentido, existen diversos trabajos, como los de Minuchin et al (1978) y Selvini-Palazzoli (1978 citado en Espina Eizaguirre, 1998), entre otros, que evalúan esta idea.

Sin embargo, tal como indican Vandereycken et al (1991), aún existiendo diversas publicaciones, éstas no se encuentran respaldadas por datos derivados de investigaciones metodológicamente fiables.

No obstante, otros estudios más actuales indican que es probable que se de una relación entre sintomatología TCA y ambiente familiar deteriorado (Ruiz

Martínez et al, 2007); sin embargo, no existen en la actualidad ninguna investigación en este campo que nos confirme si realmente existe esta relación.

Existen múltiples teorías al respecto de la influencia de la familia en los trastornos alimentarios, pero antes de entrar en la revisión de las distintas investigaciones, consideramos necesario comenzar por contextualizar el concepto de familia.

En primer lugar hay que señalar que el concepto de familia es bastante complejo en sí mismo, aunque una posible definición puede ser la siguiente: La familia es *“un grupo de personas vinculadas por algún tipo de relación biológica, emocional o legal”* (Mc Daniel et al, 1998). Otra definición es la propuesta por Mc Daniel et al (1998), por la que para estos autores, la familia es la unidad de relación básica de nuestra sociedad. Más actualmente, Donati (2003) define la familia como *“una amplia gama de formas sociales primarias que presentan estructuras relacionales diversificadas y diferentes”*.

Además, y siguiendo a este autor (Donati, 2003) la familia realiza tres funciones de interacción importantes que pasamos a comentar:

- **Relación de mediación individuo-sociedad**, pues la familia posee una función primordial en las relaciones de cada individuo. Es en ella donde el sujeto configura su identidad.

- **Relación de mediación naturaleza-cultura**, debido a que en la familia los elementos naturales y culturales se forman. Así, en ésta se aprende a canalizar instintos.

- **Relación público-privado**. Es en la familia donde se adquiere los criterios diferenciadores entre la esfera pública y la esfera privada del individuo que es básica para la formación de la personalidad, de la identidad y para aprender a relacionarse con los otros.

La relación de los trastornos alimentarios con los factores familiares radica en la función de la familia como transmisora primaria del entramado social y cultural, por ser el primer lugar de socialización del ser humano. Así, como bien indica Lerner Matiz (2003), la familia no sólo se restringe a la crianza biológica sino que además es el lugar en el cuál se va a transmitir la cultura.

En principio, la familia ideal debe ser capaz de dejar a cada individuo su espacio para alcanzar su propia identidad y autonomía para poder relacionarse

con los demás entornos de socialización del ser humano, es decir, los que existen fuera del núcleo familiar (Hernández, 2006).

1.3.4.1 Factores familiares relacionados con los trastornos alimentarios:

La relación de los factores familiares y los trastornos alimentarios no es algo nuevo. Ya en los años 90, Espina Eizaguirre (1998) llega a la conclusión de que las relaciones familiares pueden influir en la aparición de anorexia nerviosa en personas vulnerables. Unas características concretas como las alteraciones en la comunicación y la dificultad de autonomía dentro del núcleo familiar pueden llegar a influir en la aparición de un TCA, según este autor.

Existen numerosos factores que están determinados por la dinámica familiar o por las relaciones familiares que ejercen cierta influencia o parece estar relacionado con la anorexia nerviosa y, en general, con los trastornos de la alimentación.

En este sentido, Minuchin et al (1978) definieron lo que se denomina “teoría de la familia psicopatológica”. Según esta teoría se dan características como el aglutinamiento (no existen límites diferenciados entre los distintos subsistemas que componen una familia), la sobreprotección por parte de los padres, rigidez, falta de resolución de conflictos, la implicación de la hija en el conflicto parental y la vulnerabilidad fisiológica del hijo o la hija, que pueden influir en el desarrollo de los trastornos del comportamiento alimentario.

Numerosos autores han profundizado en el estudio de las características familiares que pueden influir en la etiología de los trastornos del comportamiento alimentario, tal y como se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 1.12 Características familiares en los TCA:

Autor (Año)	Factores familiares
Selvinni- Palazolli et al (1988 citado en Espina Eizaguirre, 1998)	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Problemas de comunicación 2.- Los padres no asumen el liderazgo 3.- Alianzas y coaliciones negadas 4.- No asumen responsabilidades en la relación 5.- Divorcio emocional
González et al (2002)	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Evitación de conflictos 2.- Paciente identificado en los conflictos familiares 3.- Límites familiares 4.- Rigidez
Mitchell y Martínez (2001)	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Familia "Disfuncional", con importante dependencia madre-hija. 2.- "Madre" dominante, rígida, impulsiva y ambivalente. 3.- "Cultura familiar" más bien estricta, rígida, exigente, normativa, que valora la disciplina, el empeño y la dedicación a los estudios así como la búsqueda del éxito social. 4.- Familias que dan mucha importancia a la imagen, la apariencia y presentan conductas adelgazantes 5.- Existencia de problemas de pareja 6.- Hermanos con enfermedad grave 7.- Muerte de un familiar

Ciertas situaciones familiares pueden considerarse como factores de predisposición, precipitación o mantenimiento de la anorexia nerviosa (Jáuregui Lobera, 2004). Así, para Morandé y Graell (2000) el primer factor mantenedor del trastorno es el ámbito familiar. Este es un dato importante porque nos apunta la importancia de la familia en el pronóstico del trastorno.

Dentro de la relación entre familia y trastornos alimentarios, es necesario hablar sobre el grupo más desfavorecido en este ámbito, que es el grupo formado por los adolescentes. Este grupo es el que presenta mayor riesgo de padecer trastornos alimentarios, ya que es un colectivo que se caracteriza porque en la adolescencia, existe mayor incidencia del trastorno alimentario, ya que es el momento en el que *“la presión de las normas puede tener efectos perniciosos en los procesos de formación de la identidad, produciendo alteraciones de la imagen corporal, como las que se manifiestan en los trastornos alimentarios”* (Pastor y Bonilla, 2000). Espina Eizaguirre (1998) también argumenta que la adolescencia es el momento clave en cuanto a las influencias sociales pues es una época de mayor vulnerabilidad.

Pero además de la influencia sociocultural, en la adolescencia se da gran influencia por parte de su grupo de pares y de su familia. Así, la familia normalmente *“impone controles estrictos a los desafíos del ser adolescente y viven la separación de manera conflictiva y con gran ansiedad, incluyendo los cambios”* (Morales et al, 2002), que determinan el perfil psicológico del adolescente.

Según Quintero Gutiérrez et al (2003) la dinámica familiar es un factor que influye de forma importante en la adolescencia, puesto que, cuando ésta se encuentra alterada aumenta el riesgo de que el adolescente desarrolle un trastorno alimentario.

Existen diversas explicaciones acerca de este hecho, es decir, de la desestructuración familiar como factor etiológico de los TCA. Algunos autores entienden que la desestructuración es una consecuencia de la enfermedad y otros argumentan que el trastorno alimentario es un intento del adolescente por equilibrar a su familia, es decir, que la desestructuración ya estaba presente antes del inicio de la patología (Quintero Gutiérrez et al, 2003).

A continuación podemos observar un cuadro en el quedan reflejados los principales modelos de interacción familiar en la anorexia nerviosa y, en general, en los trastornos alimentarios.

1.3.4.2 Modelos de interacción familiar en los trastornos alimentarios:

Tabla 1.13 Modelos de interacción familiar en los TCA:

MODELOS UNIDIMENSIONALES

- Estructural
Familia psicopatológica (Minuchin et al, 1978)
Según esta teoría el desarrollo de la enfermedad psicopatológica se relaciona con tres factores:
 - a) Pautas transaccionales características
 - Aglutinamiento: no existen límites diferenciados entre los distintos subsistemas que componen una familia.
 - Sobreprotección (padres sobreprotectores)
 - Rigidez
 - Falta de resolución de conflictos
 - b) Involucración del niño en el conflicto parental:
 - Rodeo (se olvidan los problemas de pareja centrándose en el hijo)
 - Triangulación (cada padre intenta que el hijo se ponga de su parte)
 - Coalición estable (el hijo se une a uno de sus padres en contra del otro)
 - c) Vulnerabilidad fisiológica del niño
- Comunicacional (Selvini et al, 1988 citado en Espina Eizaguirre, 1998)
Características familiares:
 - Problemas de comunicación
 - Los padres no asumen el liderazgo
 - Alianzas y coaliciones negadas
 - No asumen responsabilidades en la relación
 - Divorcio emocional

La paciente con anorexia se implica en el conflicto conyugal porque:

 - a) Después de estar muy ligada a la madre, ésta se vuelca en otro hermano. Ella se alía con el padre.
 - b) Ha sido favorita del padre hasta que en la adolescencia la situación es insostenible y debe negar esa relación.

- Transgeneracional (White, 1983,1986 citado en Espina Eizaguirre, 1998)
 1. La familia de la paciente con anorexia funciona como un sistema rígido de creencias implícitas que se transmiten de generación en generación, destacando las siguientes características:
 - Lealtad
 - La prescripción específica de un rol para la paciente con anorexia
 - Clarividencia (creen que pueden ver y conocer la verdad de las conductas)
 2. Existen dificultades para la individualización de sus miembros y la solución de problemas.

MODELO BIDIMENSIONAL:

Dos tipos de familias (Strober y Yager, 1985 citado en Espina Eizaguirre, 1998)

- a) CENTRÍPETAS
 - Aglutinadas (excesiva cohesión)
 - Falta de permisividad
 - Poca expresión emocional
 - Pobres contactos extrafamiliares
- b) CENTRÍFUGAS
 - Desligados (poca cohesión)
 - Fuerte conflictividad
 - Miedo al abandono
 - Excesiva dependencia
 - Conflicto de pareja

MODELO MULTIDIMENSIONAL acuñado por Garfinkel y Garner, 1982 y Stierlin, 1991 citado en Espina Eizaguirre, 1998.

Se alude que no existe una tipología específica

Fuente: Modificado de Espina Eizaguirre (1998)

1.3.4.3 Estudios previos sobre la influencia de la familia en el riesgo de padecer TCA.

Existen diversos estudios que han abordado el estudio de la relación o la influencia de la familia sobre el riesgo de padecer trastornos del comportamiento alimentario. En este sentido, resultados previos de Gual García confirman que efectivamente existe una clara relación entre clima familiar y patología alimentaria (Gual García, 1991). Otro estudio de Morales et al., cuya muestra constaba de únicamente 22 adolescentes con diagnóstico de anorexia o bulimia, se obtuvo como resultado una dinámica disfuncional familiar, caracterizada por la existencia de conflictos a nivel del subsistema parental (Morales et al, 2002), unos resultados que se parecen confirmar en el trabajo de López Coutiño et al, 2006.

En el estudio realizado por Ruiz Martínez et al (2007) en población adolescente femenina (87 mujeres estudiantes de licenciatura) se estudió la relación entre sintomatología TCA (riesgo de TCA) y funcionamiento familiar, obteniendo como resultados que el ambiente familiar deteriorado se asocia a un mayor riesgo de TCA. Según la percepción de las jóvenes se daba una mayor cohesión, conflicto y desorganización familiar en sus familias, comparados con sujetos sin sintomatología TCA control.

Por el contrario, el trabajo de González et al (2002) extrae como resultados que aumenta el riesgo de padecer un TCA la percepción de conflicto y la carencia de cohesión. Los autores (González et al, 2002) argumentan en sus conclusiones que se debe de hacer un análisis más profundo de este hecho, pues indica que la variable depresión puede ser la causa de que en otros estudios se encuentre mayor cohesión. La explicación consiste en que la adolescente depresiva, tiende a concentrar mayor apoyo por parte de su familia que el resto de adolescentes.

Otro estudio de Kog y Vandereycken (2006), que constaba de 30 familias con hijas con trastornos y 30 familias controles, concluyó que tanto las familias cuyas hijas padecían anorexia como las que tenían bulimia poseían un modelo de interacción enfrentado (mayor conflicto). En el caso bulímico, las pacientes describen su familia como conflictiva, incohesiva, y mal organizada, pero en el caso anoréxico, aún existiendo problemas de barreras interpersonales, se daba una manera estable de interactuar evitando conflictos, la cual ha sido vivida como no conflictiva y cohesiva por el paciente y su familia. Estos datos son, en nuestra opinión, de gran interés, ya que resaltan la idea de que la dinámica familiar puede

ser variable en función de cada uno de los trastornos alimentarios, y no se puede generalizar un modelo familiar que sirva para explicar todos los problemas asociados a los TCA en general. Recordemos que el modelo multidimensional (Garfinkel y Garner, 1982 y Stierlin, 1991, citado en Espina Eizaguirre, 1998) exponía que no existe una única tipología de familia, lo que si creen es que existe una serie de factores de riesgo y dificultades familiares que actuarían como factores predisponentes de la patología alimentaria.

En general, como cabría esperar, tras una amplia revisión de la bibliografía, podemos definir que no se ha encontrado un único patrón de interacción familiar (Tozzi et al, 2003; Cruzat et al, 2008).

En la siguiente tabla podemos observar distintos estudios en los que se investiga acerca de la influencia de la familia en los TCA y sus resultados más relevantes.

Tabla 1.14 Estudios internacionales referentes a la influencia de la familia en los TCA

Año	Autor	Muestra	Resultados principales
1991	Gual García	Pacientes con anorexia y grupo control	Relación entre clima familiar y patología alimentaria
1999	Torres Salvador et al	Anorexia y grupo control	Bajo autoconcepto como factor precipitante al trastorno anoréxico
2002	Morales et al	Adolescentes con diagnóstico de anorexia o bulimia (n=22)	Dinámica disfuncional con conflictos a nivel del subsistema parental
2005	González	Estudiantes de enseñanza media (n=395)	Correlación positiva entre anorexia y conflicto familiar y una correlación negativa en cohesión familiar
2006	Kog y Vandereycken	30 familias con hijas con trastornos y 30 familias controles	Las familias anoréxicas y las bulímicas tenían un modelo de interacción enfrentado

Tabla 1.14 Estudios internacionales referentes a la influencia de la familia en los TCA (cont.)

Año	Autor	Muestra	Resultados principales
2006	López Coutiño, Nuño Gutiérrez y Arias Ibáñez	Anorexia y bulimia	Disfunción familiar en ambos casos
2007	Ruiz Martínez et al	Mujeres estudiantes de licenciatura (n=87)	Ambiente familiar deteriorado asociado a sintomatología TCA. Se daba mayor cohesión, conflicto y desorganización familiar.
2008	Cruzat et al	Estudiantes de secundaria (n=296 mujeres)	Relación entre el nivel de cohesión familiar y la presencia de TCA. Se observó manejo inadecuado de conflicto y comunicación con el padre
2008	Ma	Familias y jóvenes diagnosticados	Existencia de distintos tipos de conflictos parentales

En definitiva, aunque parece evidente que existe una relación entre funcionamiento familiar y alteraciones del comportamiento alimentario, no parece existir en la actualidad un consenso sobre cuáles son las características familiares de estos pacientes, ya que mientras ciertos autores, como Waller et al (1990) parecen decantarse a una familia con escasa cohesión, otros autores como Ruiz Martínez et al (2007) encuentran que se da una familia altamente cohesiva. Asimismo, ciertos autores indican que las pacientes con TCA perciben mayor conflicto familiar (Ruiz Martínez et al, 2007; Ma, 2008) mientras que existen trabajos que nos indican la percepción de menor conflicto (Gual et al, 1995).

Pero quizá, la cuestión más importante y que tampoco ha sido evaluada, es, en nuestra opinión, si la dinámica familiar va a afectar al desarrollo de trastornos alimentarios, o si es por el contrario, la aparición de un trastorno alimentario es el que produce una modificación del tipo de familia.

Debido a esta controversia, abordamos esta investigación para profundizar en el conocimiento de este campo y aportar resultados actuales que puedan ayudar a esclarecer, por un lado, cuáles son las características familiares relacionadas con los trastornos alimentarios y, por otro, si el medio ambiente familiar puede ser considerado causante de patología alimentaria o si por el contrario es el trastorno alimentario el que determina el ambiente familiar. Además, de tener en cuenta la influencia que ejercen las variables socioculturales en el desarrollo de dichos trastornos alimentarios.

CAPÍTULO II.- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1 HIPÓTESIS:

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), que son una grave patología, se dan con una elevada frecuencia en la población adolescente. Tras una amplia revisión de la bibliografía, hemos podido constatar que la mayoría de los estudios realizados a este respecto se centran en esta población, dejando de lado, a nuestro parecer, a la población universitaria.

Sin embargo, recientemente han aparecido algunos estudios que evidencian que el riesgo de padecer TCA es un problema tan importante en la población universitaria (Fandiño, 2007) como en la adolescente, aunque no existen datos en este sentido en nuestra región.

Por otro lado, hay que recordar que el desarrollo del trastorno alimentario es multicausal, ya que participan diversos factores biológicos, socioculturales, psicológicos y familiares (Paredes Sierra, 2005; Lenoir y Silber, 2006). Así, nos planteamos que tanto los factores socioculturales como los familiares pueden influir en el riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria. Por tanto, pretendemos comprobar este hecho así como medir su alcance en la población objeto de estudio: sujetos que poseen riesgo de padecer TCA (grupo de riesgo), sujetos sin riesgo (grupo control) y sujetos diagnosticados de TCA.

Por todo lo anteriormente comentado, nos planteamos una serie de hipótesis que esperamos demostrar a través de la presente investigación:

1. En la población universitaria se da un porcentaje de riesgo de TCA equiparable con los estudios en población adolescente.
2. Los factores socioculturales afectan significativamente a la población de riesgo de TCA y pacientes diagnosticados a diferencia de la población sin riesgo.
3. Existe relación entre los factores socioculturales y el riesgo de padecer TCA.

4. Los factores familiares afectan significativamente a la población de riesgo de TCA y pacientes diagnosticados a diferencia de la población sin riesgo.
5. Existe relación entre los factores familiares y el riesgo de padecer TCA.
6. Las pacientes afectas de un desorden alimentario perciben a sus familias más disfuncionales que la población universitaria existiendo un menor grado de cohesión familiar y mayor conflicto en los sujetos con riesgo de padecer un TCA y pacientes diagnosticados que en sujetos sin riesgo.
7. Es posible predecir un trastorno alimentario a través de los factores socioculturales y familiares.

2.2 OBJETIVOS:

2.2.1 Objetivo principal:

Analizar comparativamente los factores socioculturales y familiares en tres grupos de sujetos que se forman con sujetos diagnosticados de TCA, sujetos que poseen riesgo de padecer TCA (grupo de riesgo) y sujetos sin riesgo (grupo control).

2.2.2 Objetivos específicos:

1. Estimar el porcentaje de sujetos que presentan riesgo de padecer trastornos relacionados con la alimentación (TCA) en una muestra representativa de población universitaria, concretamente en la UCAM.
2. Evaluar el porcentaje de sujetos que presentan un elevado grado de influencia de factores socioculturales y familiares en los diferentes grupos (sin riesgo, con riesgo y diagnosticado)
3. Comparar si existen diferencias en las puntuaciones indicadoras de los factores socioculturales y/o familiares entre la población universitaria, en función de la presencia o no de riesgo y además comparar estos datos con el grupo de pacientes ya diagnosticados de TCA.
4. Analizar la relación entre los factores socioculturales y el riesgo de padecer TCA, y en caso afirmativo, calcular el grado de influencia de estos factores en la población universitaria.

5. Analizar la relación entre los factores familiares y el riesgo de padecer TCA, y en caso afirmativo, calcular el grado de influencia de estos factores en la población universitaria.

6. Estimar un criterio basado en parámetros socioculturales y familiares para poder predecir con mayor precisión aquellos individuos que presentan elevado riesgo de padecer TCA.

CAPÍTULO III.- MATERIAL Y MÉTODO

3.- MATERIAL Y MÉTODO:

3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se trata de un estudio transversal, analítico-comparativo.

3.2 POBLACIÓN:

3.2.1 Población de estudio:

La población objeto de estudio está formada por los estudiantes universitarios de la Universidad Católica "San Antonio" de Murcia (UCAM) y pacientes diagnosticados con trastornos del comportamiento alimentario (TCA) pertenecientes a la Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia (ADANER) de Murcia.

✓ Criterios de inclusión:

Los criterios de inclusión para la muestra de la población universitaria fueron: ser estudiante de la UCAM en el momento de la realización de la investigación y aprobar el consentimiento de participación voluntaria.

Para la muestra clínica los criterios de inclusión fueron: estar diagnosticado de un trastorno alimentario, pertenecer a ADANER y aprobar el consentimiento de participación voluntaria.

✓ Criterios de exclusión:

Los criterios de exclusión para la muestra de la población universitaria fue estar diagnosticado previamente de un trastorno alimentario y no cumplimentar adecuadamente el cuestionario.

Para la muestra clínica el criterio de exclusión fue no cumplimentar adecuadamente el cuestionario.

3.3 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DE LA MUESTRA UNIVERSITARIA:

La muestra se eligió de ambos sexos pues aunque actualmente son las mujeres las más afectadas por los trastornos de la alimentación (Sepúlveda et al, 2004), lo cierto es que, debido a los cambios de roles que van aconteciendo en nuestra sociedad va afectando cada vez más al hombre (Suárez González, 2002), por tanto, consideramos importante incluirlos en nuestro estudio.

El campo de estudio elegido fue la Universidad Católica "San Antonio" de Murcia situada en Guadalupe.

La justificación de la realización del trabajo en dicho campo universitario concreto consiste en que para Gordon (1994), Buil et al (2001) y Herrero y Viña (2005) el riesgo de trastorno alimentario es mayor en escuelas privadas, como es este caso.

3.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA DE ESTUDIO Y TÉCNICA DE MUESTREO:

La muestra total de alumnos matriculados en titulaciones oficiales de 1º y 2º ciclo de la UCAM (2007/2008) está conformada por 5.204 alumnos distribuidos en las distintas facultades o escuelas que componen la universidad.

El cálculo de la muestra del estudio se ha realizado en base a la estimación, por estudios previos realizados en población universitaria (Sepúlveda et al, 2004; Ruiz Martínez et al, 2005), sabiendo que el riesgo de trastornos del comportamiento alimentario oscila entre 14,9% (11,6% - 18,0%) en varones y 20,8 (18,7% - 22,8%) en mujeres. Tomamos como referencia teórica el valor que más favorece al tamaño de la muestra, el valor de las mujeres. Con una precisión de $\pm 2,5\%$ y un nivel de confianza del 95%, error α de 5%, para poblaciones finitas de 5.204 sujetos, resultando una muestra necesaria final de 848 alumnos.

Se utilizó una técnica de muestreo estratificado. La muestra se dividirá de forma proporcional entre los distintos estratos definidos en la población, es decir, cada una de las distintas facultades que componen la universidad. De esta forma la muestra representará adecuadamente a la población objeto de estudio. La variable usada para la estratificación fue el número de alumnos que constituyen cada estrato (cada facultad).

La muestra de individuos diagnosticados estará compuesta por pacientes diagnosticados con trastornos del comportamiento alimentario (TCA) de la

Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia (ADANER) de Murcia. Se seleccionará una muestra de tamaño similar a la población con riesgo de TCA (que obtendremos a partir de la muestra universitaria).

3.5 MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS:

La técnica empleada para la recogida consiste en el uso de diversos test, pues lo que nos interesa es una medición de los comportamientos y de ciertos datos necesarios para nuestra investigación.

Por tanto, se elaboraron dos cuestionarios generales uno para la población universitaria y otro para la población diagnosticada.

El cuestionario de la **población universitaria** se compuso de los siguientes test:

- Un cuestionario de datos sociodemográficos de elaboración propia (ver anexo I).
- Test EAT-26 (Eating attitudes Test-26) (ver anexo II)
- CIMEC-26 (Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético) (ver anexo III).
- Escala de clima familiar (FES family environment scale) (ver anexo IV)

En referencia a la **población diagnosticada** el cuestionario fue compuesto por:

- Un cuestionario de datos sociodemográficos de elaboración propia (ver anexo V).
- CIMEC-26 (Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético) (ver anexo III).
- Escala de clima familiar (FES family environment scale) (ver anexo IV)

Como podemos observar para la población diagnosticada no se administró el cuestionario EAT- 26 debido a que este test es usado en la población universitaria para discriminar a la población con riesgo de la sin riesgo. Algo

innecesario en la población de ADANER, puesto que, ya están diagnosticados de un TCA.

3.5.1 Descripción de los cuestionarios

- Cuestionario de datos sociodemográficos: Su finalidad es describir algunas características sociodemográficas de los individuos estudiados. Para ello indagamos acerca de la edad, sexo, estudios universitarios, estudios y trabajo de los padres, convivencia, nivel socioeconómico y otras variables que se describirán a continuación, en el apartado específico de variables de estudio. Existe un cuestionario sociodemográfico para la población universitaria y otro para la población diagnosticada, éstos son similares (ver anexo I y V).

- Cuestionario EAT-26: deriva del cuestionario EAT-40, escala de actitudes alimentarias, creado por Garner y Garfinkel (1979) y validado en castellano por Castro et al (1991). El EAT se usaba inicialmente de forma exclusiva para la anorexia nerviosa, aunque hoy día se usa para otros trastornos alimentarios (Arrufat Nebot, 2006). Actualmente se considera como uno de los cuestionarios más aceptados universalmente para la evaluación psicométrica en los trastornos de la alimentación (Zagalaz et al, 2002). Así, EAT-40 y, sobre todo, la versión reducida el EAT-26 es el cuestionario más usado para el cribado de trastornos de la alimentación en la población general (Olesti et al, 2008).

El cuestionario consta de 26 ítems, con un rango de valores que puede tomar desde 0 a 78. El punto de corte del cuestionario en la validación española (Castro et al, 1991), se sitúa en 20, es decir, aquellos individuos con una puntuación final del test igual o superior a 20 se consideran como individuos con alto riesgo de padecer trastornos alimentarios. Con este test se obtiene en población anoréxica una sensibilidad que asciende al 91%, mientras que la especificidad se sitúa en 69% (Castro et al, 1991).

Todos los ítems son de respuesta múltiple, van desde “siempre” a “nunca” y cuya puntuación se encuentra desde 0 a 3. Por ejemplo:

1. Me aterroriza llegar a tener exceso de peso	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
	3 puntos	2 puntos	1 punto	0 puntos	0 puntos	0 puntos

Excepto para el ítem número 25 que puntúa al contrario:

25. Disfruto probando nuevos platos ricos en calorías	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
	0 puntos	0 puntos	0 puntos	1 punto	2 puntos	3 puntos

El test posee tres factores:

1. Restricción alimentaria (ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25).
2. Bulimia y preocupación por la alimentación (ítems 3, 4, 9, 18, 21 y 26).
3. Control oral (ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20).

- CIMEC-26: cuestionario elaborado y validado por Toro, Salamero y Martínez (1994) que pretende determinar la influencia que ejercen los factores socioculturales sobre el individuo. Consta de 26 preguntas, con un rango de valores que pueden tomar de 0 a 52. El punto de corte se sitúa en 15. Al igual que en el caso anterior, si un sujeto obtiene una puntuación total igual o mayor de 15 puntos se considera que el sujeto tiene una gran influencia de los factores socioculturales.

Consta de 26 preguntas que puntúan de 0 a 2. Por ejemplo:

1. Cuando estás viendo una película, ¿miras a las actrices y actores fijándote especialmente en si son gruesas o delgadas?	Sí, siempre	Sí, a veces	No, nunca
	2 puntos	1 puntos	0 puntos

Posee 5 factores:

1. Malestar por la imagen corporal (incluye las preguntas 3, 4, 8, 10, 12, 13, 17, 19).
2. Influencia de la publicidad (incluye las preguntas 5, 6, 7, 11, 15, 20, 22, 25).
3. Influencia de mensajes verbales (incluye las preguntas 14, 16, 18).
4. Influencia de los modelos sociales (incluye las preguntas 1, 9, 19, 24).
5. Influencia de las situaciones sociales (incluye las preguntas 2, 27, 26).

- Escala de Clima Social en la Familia (FES: Family Environment Scale) creado por Moos, Moos y Trickett (1989 en Seisdedos, Cruz y Cordero 1984). Es la escala más ampliamente usada a nivel internacional, e incluso es empleada en la mayoría de las validaciones de nuevos instrumentos de evaluación familiar (Equipo METRA, 2003). Este cuestionario fue estandarizado en España por Seisdedos, Cruz y Cordero (1984).

La escala FES está formada por 90 ítems, con un rango de valores que pueden tomar de 0 a 90. El cuestionario está agrupado en 10 subescalas que forman tres grandes dimensiones. Cada subescala oscila de 0 a 9. Las respuestas son dicotómicas: verdadero/falso. Se puntúa 0 ó 1 dependiendo de la pregunta, es decir, que en algunos casos la respuesta verdadera se puntúa como 0 y en otros casos como 1 (ver anexo VII: plantilla de corrección del cuestionario FES).

A continuación se muestran las distintas dimensiones y subescalas, además de los ítems que la componen (ver anexo VI).

Tabla 3.1 Dimensiones y subescalas del cuestionario FES:

<p>Relaciones</p> <p>Cohesión (ítems 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81)</p> <p>Expresividad (ítems 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82)</p> <p>Conflicto (ítems 3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83)</p>
<p>Desarrollo</p> <p>Autonomía (ítems 4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84)</p> <p>Actuación (ítems 5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85)</p> <p>Intelectual-Cultural (ítems 6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86)</p> <p>Social-Recreativo (ítems 7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87)</p> <p>Moralidad-Religiosidad (ítems 8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88)</p>
<p>Estabilidad</p> <p>Organización (ítems 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89)</p> <p>Control (ítems 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90)</p>

Fuente: Seisdedos, Cruz y Cordero, 1984

3.8 VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables estudiadas en la presente investigación se pueden clasificar en función del instrumento de recogida de datos.

De este modo, hemos analizado las siguientes variables sociodemográficas:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Estudios universitarios previos
- Estudios universitarios actuales
- Facultad
- Nivel de estudios de los padres
- Trabajo de los padres

- Convivencia
- Separación o divorcio de los padres
- Nivel socioeconómico
- Índice de masa corporal

Además, a través del cuestionario **EAT-26** hemos analizado las siguientes variables relacionadas con el riesgo de padecer un trastorno alimentario:

- Riesgo de trastorno de alimentación: como comentamos anteriormente una puntuación igual o mayor de 20 es indicativo de riesgo de TCA.
- Bulimia y preocupación por la alimentación: variable que indaga en comportamientos y conductas típicas del trastorno bulímico.
- Control oral: factor que evalúa comportamientos y conductas típicas del trastorno anoréxico.
- Restricción alimentaria: variable que indaga en el hábito alimentario de la persona.

Las variables relacionadas con la influencia de los factores socioculturales son derivadas del cuestionario **CIMEC-26**, en concreto, obtenemos:

- Malestar por la imagen corporal: muestran ansiedad al enfrentarse a situaciones que cuestionan el propio cuerpo o que propician el deseo de igualarse a los modelos sociales de delgadez.
- Influencia de la publicidad: evalúa el interés que despierta la publicidad de productos adelgazantes.
- Influencia de los mensajes verbales: investiga el interés que suscitan los artículos, reportajes, libros y conversaciones sobre el adelgazamiento,
- Influencia de los modelos sociales: inspecciona el interés que despiertan los cuerpos de las actrices, de los modelos publicitarios y de las transeúntes.

- Influencia de las situaciones sociales: evalúa la presión social subjetiva experimentada en situaciones alimentarias, y a la aceptación social atribuida a la delgadez.

Finalmente, para analizar la influencia del clima familiar, a través de la **Escala de Clima Familiar de MOOS**, estudiamos las siguientes variables:

- Cohesión (CO). Grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan y apoyan entre sí.
- Expresividad (EX). Grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos.
- Conflicto (CT). Grado en que se expresan libre y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.
- Autonomía (AU). Grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son autosuficientes y toman sus propias decisiones.
- Actuación (AC). Grado en que las actividades (tal como la escuela o trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competitiva.
- Intelectual-Cultural (IC). Grado de interés en las actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales.
- Social-Recreativo (SR). Grado de participación en este tipo de actividades.
- Moralidad-Religiosidad (MR). Importancia que se da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.
- Organización (OR). Importancia que se da a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.
- Control (CN). Grado en que la dirección de la vida familiar se atiende a reglas y procedimientos establecidos.

3.9 PROCEDIMIENTO

Para acceder a la población universitaria se pidieron los permisos correspondientes a los Decanos y Directores de titulaciones de la UCAM. Una vez obtenidos, se administraron los cuestionarios a la población universitaria los días y hora indicada por cada titulación. El cuestionario fue administrado en el aula y el tiempo invertido para su cumplimentación fue entre 45-60 minutos.

Los datos se recogieron a través de un cuestionario estructurado y autoadministrado, tras una amplia explicación del modo de cumplimentar el cuestionario por parte de una especialista (Diana Jiménez) con amplia experiencia en la realización de este tipo de procedimientos.

Se realizó una prueba piloto con dicho instrumento en la misma institución (UCAM) y con un grupo de alumnos que poseía las mismas características, es decir, los mismos criterios de inclusión y exclusión que la muestra de estudio posterior. Esta prueba nos permitió ajustar la redacción y contenido del cuestionario, así como la duración aproximada del proceso completo.

En cuanto a la muestra clínica, se estableció un contacto con ADANER-Murcia, presentando a la Junta Directiva una memoria del proyecto de investigación y tras su correspondiente revisión fue aprobada. Posteriormente se tuvo contacto con los psicólogos del centro, los cuáles fueron los encargados de proporcionar y recoger los cuestionarios a las pacientes. Todo ello se realizó para que existiera anonimato de las pacientes, criterio exigido por la asociación.

3.10 ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Los datos se procesaron en la base de datos de Microsoft Excel y fueron exportados al programa estadístico SPSS versión 15.0 para la realización de los diversos análisis estadísticos. En los contrastes de hipótesis se aceptará como significativos los resultados obtenidos para $P < 0,05$.

Utilizamos la determinación de frecuencias absolutas y relativas expresadas en porcentajes. Cálculo de medias y desviaciones estándar con las puntuaciones totales de los cuestionarios. Determinación de la relación de independencia sobre variables categóricas por el procedimiento de Chi cuadrado de Pearson.

Para comprobar la distribución normal de las variables cuantitativas utilizamos el test de Kolmogorov-Smirnov, además, antes de decidir el tipo de test estadístico para las variables cuantitativas utilizamos la prueba de homogeneidad de Levene para las varianzas.

Con el fin de analizar diferencias entre los distintos grupos de estudio (universitarios sin riesgo de TCA, universitarios con riesgo de TCA y diagnosticados), realizamos un ANOVA de una vía (grupo) en las diferentes variables de estudio. Los análisis estadísticos fueron aplicados en las dos muestras (población universitaria y población diagnosticada) y segmentadas en función del género (hombres y mujeres), y del riesgo de TCA según el caso. También se realizó un análisis de correlación y de regresión lineal uni- y multivariante, utilizando en este caso el método paso a paso "stepwise", con el fin de conseguir el modelo más adecuado.

Por último, empleamos la técnica de análisis estadístico de las curvas ROC (Receiver Operating Characteristic) para determinar la calidad de los test usados en nuestra muestra de estudio, CIMEC-26 y FES, como predictores de riesgo de TCA. Para la comprensión de este procedimiento estadístico debemos definir dos conceptos necesarios, debido a que, definen la precisión diagnóstica:

1. Sensibilidad: *"Es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo enfermo, es decir, la probabilidad de que para un sujeto enfermo se obtenga en la prueba un resultado positivo. La sensibilidad es, por lo tanto, la capacidad del test para detectar la enfermedad"* (Pita y Pértegas, 2003).

2. Especificidad: *"Es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo sano, es decir, la probabilidad de que para un sujeto sano se obtenga un resultado negativo. En otras palabras, se puede definir la especificidad como la capacidad para detectar a los sanos"* (Pita y Pértegas, 2003).

Así, la curva ROC es uno de los métodos más usados para determinar la calidad diagnóstica (Martínez- Cambor, 2007). Para poder comprender el gráfico debemos de tener en cuenta que dicha curva debe de ser creciente, puesto que, este hecho muestra la relación que existe entre sensibilidad y especificidad. De tal manera que, si variamos el valor de corte para alcanzar mayor sensibilidad, será a expensas de disminuir al mismo tiempo la especificidad (López de Ullibarri y Pita, 1998).

La prueba será más exacta a razón de que la curva siga su camino desde la diagonal hasta el vértice superior izquierdo. Por el contrario, si la curva es la diagonal que ensambla el vértice superior izquierdo y el superior derecho significa que la prueba no permite discriminar entre grupos (López de Ullibarri y Píta, 1998).

CAPÍTULO IV.- RESULTADOS

4.- RESULTADOS

La muestra total de esta investigación está compuesta, por un lado, por 894 alumnos pertenecientes a la UCAM y, por otro lado, por 60 individuos diagnosticados de trastornos del comportamiento alimentario (TCA) procedentes de la Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia (ADANER) de Murcia.

4.1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA:

Recordemos que la muestra representativa para la población universitaria quedó definida en 848 alumnos tras realizar el cálculo de la muestra en base a estimación por estudios previos (Sepúlveda et al 2004; Ruiz Martínez, et al 2005), teniendo en cuenta una precisión de $\pm 2,5\%$ y un nivel de confianza del 95% y error α de 5%, para poblaciones finitas de 5204 sujetos. Una vez realizado el trabajo de campo nuestra muestra se compuso de un total de 894 individuos de los 848 calculados como necesarios.

El análisis descriptivo de los factores sociodemográficos nos arrojaron datos acerca de la composición de la población universitaria referente a distintos aspectos como la facultad a la que pertenecen, el sexo, la edad, estado civil, posesión de otros estudios universitarios, estudios y trabajo de la madre y del padre, etc., que pasamos a comentar:

4.1.1. Facultad:

En la siguiente tabla (4.1) se puede observar la distribución de los sujetos de la muestra universitaria estudiados en función de la facultad a la que pertenecen. La distribución de la población en las distintas facultades no es al azar, puesto que la técnica de muestreo fue estratificada. Así, la muestra se dividió de forma proporcional entre los distintos estratos definidos en la población, es decir, cada una de las distintas facultades que componen la universidad, con el fin de que la muestra representara adecuadamente a la población objeto de estudio. La variable

usada para la estratificación fue el número de alumnos que constituyen cada estrato.

Tabla 4.1 Facultad

Facultad	N	%
CSS Salud	433	48,4
CSS Jurídicas	118	13,2
Politécnica	185	20,7
CSS Comunicación	158	17,7

4.1.2. Género:

De los 894 individuos de nuestra muestra, encontramos 515 mujeres y 379 hombres, lo que refleja un ligero predominio de mujeres respecto a hombres (figura 4.1).

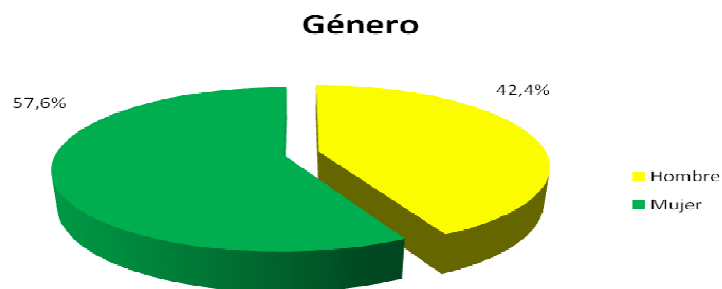


Figura 4.1 Género de la población universitaria

4.1.3 Estado civil:

Observamos una clara tendencia de solteros/as (94,9%) respecto a casados/as (38%) y 4% de separado o divorciados y de sujetos que se encuentran en otras circunstancias, como por ejemplo viudedad, pareja de hecho... (Figura 4.2).

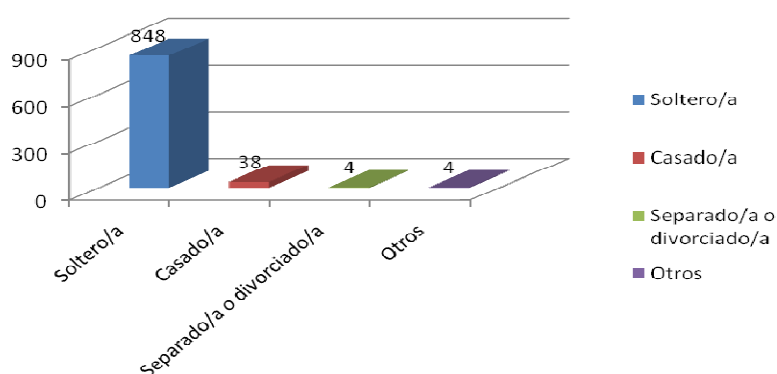


Figura 4.2 Estado civil de la población universitaria

4.1.4 Estudios universitarios previos:

El total de la población se encuentra realizando una carrera universitaria, puesto que uno de los criterios de inclusión de la muestra era estar matriculado en la UCAM en el momento de la realización del cuestionario. Por otra parte, en cuanto a estar en posesión de otros estudios universitarios, un 6,5% (58 sujetos) de la población poseía una carrera universitaria previa (figura 4.3).

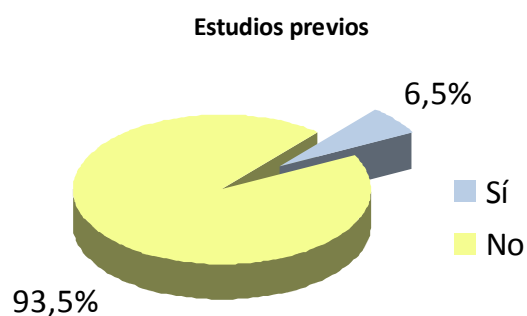


Figura 4.3 Estudios previos de la población universitaria

En cuanto al tipo de estudios universitarios previos, de los 58 individuos que poseen dichos estudios, aparecen más de veinte titulaciones diferentes, siendo las que presentaban mayor porcentaje Informática con un 24,13% y Fisioterapia con un 13,8%. En la siguiente tabla aparecen distribuidas las diversas titulaciones en función de la frecuencia observada:

Tabla 4.2 Titulaciones previas de la muestra universitaria

Titulaciones	Frecuencia	Porcentaje (%)
ADE	2	3,4
Ciencias ambientales	1	1,7
Económicas	1	1,7
Educación social	1	1,7
Enfermería	1	1,7
Fisioterapia	8	13,8
Informática	14	24,13
Ingeniero Agrónomo	2	3,4
Ingeniero técnico	1	1,7
Magisterio	2	3,4
Matemáticas	1	1,7
Nutrición	2	3,4
Óptica	3	5,2
Pedagogía	1	1,7
Periodismo	1	1,7
Podología	2	3,4
Psicología	1	1,7
Químicas	1	1,7
Relaciones laborales	3	5,2
Sin especificar	1	1,7
Técnico sonido	1	1,7

Telecomunicaciones	2	3,4
Terapia ocupacional	2	3,4
Trabajador social	1	1,7
Turismo	2	3,4
Total	58	100

4.1.5 Estudios de la madre:

Los estudios de las madres de nuestros 894 sujetos de estudio quedan distribuidos de la siguiente forma: 51 madres (5,7%) no poseen estudios, 242 (27,1%) poseen estudios primarios, 169 de las madres (18,9%) tienen estudios secundarios, 128 (14,3%) hicieron FP o similar y 304 (34%) están en posesión de estudios universitarios.

Como podemos observar existe un predominio de madres con estudios universitarios seguidos de los estudios primarios.

Para una mayor comprensión de los datos a continuación aparecen representados en el siguiente gráfico:

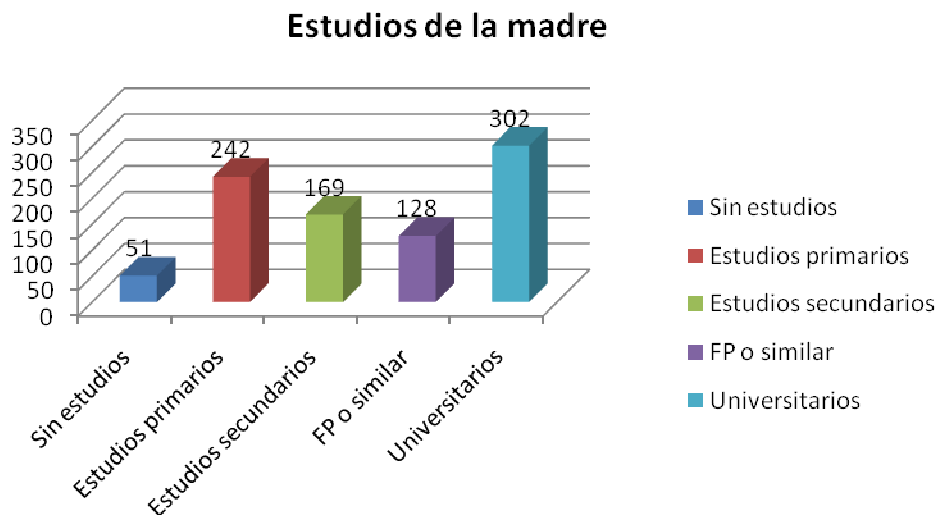


Figura 4.4 Estudios de la madre referidos a la población universitaria

4.1.6 Trabajo de la madre:

Para categorizar el trabajo de la madre usamos la misma secuencia de profesiones que emplearon el equipo METRA (2003) en su estudio acerca de menores y trastornos psiquiátricos realizado en la comunidad de Madrid.

En la siguiente tabla se puede observar la distribución del trabajo de las madres de la población universitaria. Resaltamos que el 34% de las madres son amas de casa (304 mujeres), seguidos de 22,4% que son profesional/técnico y un 14,7% que son profesionales sanitarios.

Tabla 4.3 Trabajo de la madre en la muestra universitaria

Trabajo madre	N	%
Ama de casa	304	34
Profesional/técnico	200	22,4
Administrativo	72	8,1%
Comerciante/vendedor	76	8,5
Hostelería/servicios	13	1,5
Agricultura/ganadería	5	0,6
Industria	3	0,3
Profesional sanitario	131	14,7
Sin especificar	34	3,8
Otros	56	6,3

4.1.7 Estudios del padre:

Los estudios de los padres de nuestros sujetos quedan distribuidos de la siguiente forma: 40 padres (4,5%) no poseen estudios, 203 (22,7%) poseen estudios primarios, 157 de los padres (17,6%) tienen estudios secundarios, 139 (15,5) hicieron FP o similar, 340 (38%) están en posesión de estudios universitarios y 15 (1,7%) sin especificar.

Como podemos observar en la siguiente figura (4.5), existe un predominio de padres con estudios universitarios seguidos de los estudios primarios.

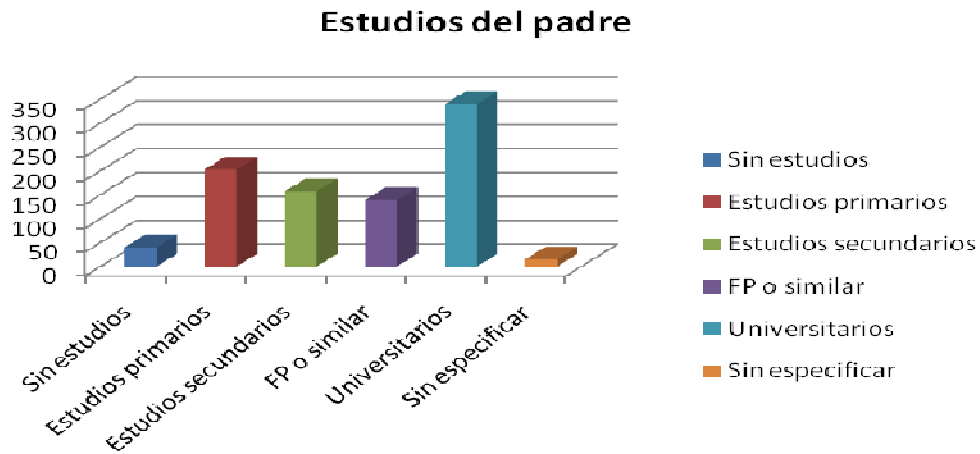


Figura 4.5 Estudios del padre referidos a la población universitaria

4.1.8 Trabajo padre:

Al igual que hicimos con el trabajo de la madre, empleamos las categorías usadas por el equipo METRA (2003) para categorizar el trabajo del padre.

El porcentaje mayor corresponde al profesional/técnico seguido de profesionales sanitarios.

Tabla 4.4 Trabajo del padre en la muestra universitaria

Trabajo padre	N	%
Profesional/técnico	527	58,9
Administrativo	20	2,2
Comerciante/vendedor	75	8,4
Hostelería/servicios	13	1,5
Agricultura/ganadería	16	1,8
Industria	2	0,2
Profesional sanitario	90	10,1
Sin especificar	85	9,5
Otros	66	7,4

4.1.8.1 Comparación de estudios y trabajo de padres y madres:

Tanto en las madres como en los padres existe el mismo patrón de estudios, es decir, el mayor porcentaje de ambos se refiere a la posesión de estudios universitarios seguidos de estudios primarios. Asimismo, también es importante comentar los porcentajes de madres y padres sin estudios, que es de 5,7 y 4,5% respectivamente.

En cuanto al trabajo de los padres resaltamos que el trabajo que desempeñan coinciden en hombres y mujeres, siendo el más prevalente el de tipo profesional/técnico y profesionales sanitarios (excluyendo amas de casa).

4.1.9 Separación o divorcio:

El 90,5% (n= 809) de los padres de la muestra universitaria no están separados ni divorciados.

4.1.10 Fallecimiento de los padres:

A un 0,7% de los sujetos estudiados le ha fallecido su madre, mientras que a un 3,1% (n= 28) le ha fallecido su padre, mientras que a un individuo le han fallecido ambos padres.

4.1.11 Convivencia:

En la figura que se muestra a continuación aparecen representados los datos referentes a la convivencia.

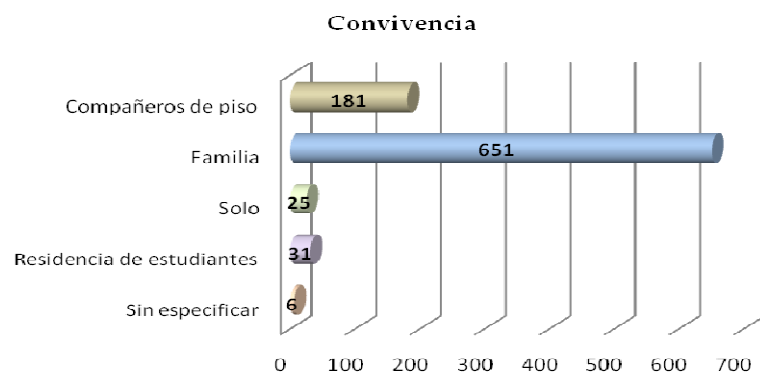


Figura 4.6 Patrón de convivencia de la población universitaria

Como vemos en el gráfico anterior, el patrón de convivencia más representativo fue la convivencia en familia con un 72,8%, seguido de la convivencia con compañeros de piso con un 20,2%.

4.1.12 Nivel socioeconómico:

Al igual que en el caso anterior, representamos los datos referentes al nivel socioeconómico en un histograma de frecuencias para una mejor interpretación de los resultados.

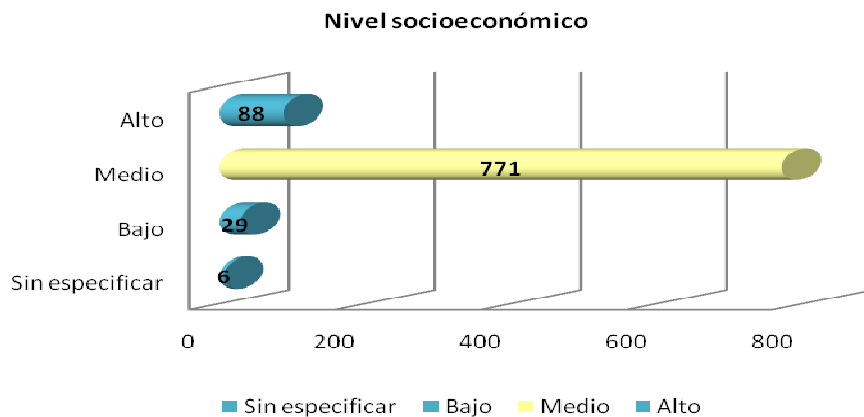


Figura 4.7 Nivel socioeconómico de la población universitaria

Como vemos, el nivel socioeconómico predominante en la población estudiada fue el nivel medio, con un 86,2%, según declararon los participantes del presente estudio. Al contrario de lo que cabría esperar por tratarse de una universidad privada, sólo un 9,8% de los sujetos indicó su nivel socioeconómico como alto.

4.1.13 Edad, Talla, Peso e IMC:

En la tabla 4.5 podemos observar los resultados derivados de la edad, talla e IMC. Así, tenemos que la media de edad de la población universitaria se sitúa aproximadamente en 22 años. El IMC se encuentra entorno a una media de 22,7 Kg. /m² dentro de los valores de normalidad (18,5-24,9) según la clasificación de la SEEDO (Salas Salvado et al, 2007) y de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1998).

Tabla 4.5 Edad, talla, peso e IMC población universitaria

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	18	51	21,83	4,68
IMC	15,19	36,93	22,70	3,18
Peso	40	117	67,1	13,2
Talla	1,50	2,10	1,71	0,09

Si agrupamos a la población en función de la clasificación de la OMS para la obesidad (WHO, 1998), nuestros datos indican que 193 sujetos tenían un IMC mayor de 24,9. Concretamente un 89,1% de estos sujetos se encuentran en situación de sobrepeso y un 10,4% en Obesidad Grado I. Es importante comentar la presencia de un sujeto con Obesidad Grado II.

Por último, un 6,8% de la población total (61 sujetos) poseen un peso insuficiente (IMC<18,5).

4.2 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN DE ADANER (PACIENTES DIAGNOSTICADOS):

4.2.1 Género:

De los 60 individuos que componen nuestra muestra, casi la totalidad, es decir, el 96,7% son mujeres y el 3,3% son hombres.

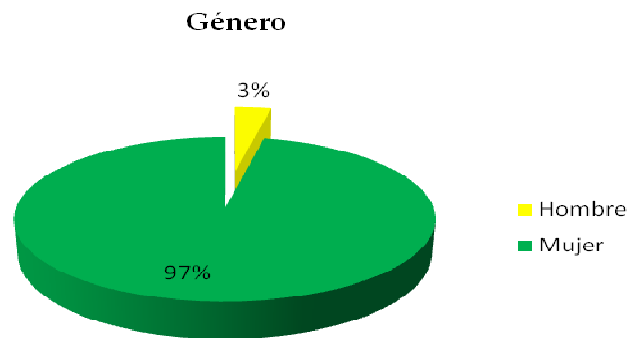


Figura 4.8 Género de la población diagnosticada

4.2.2 Estado civil:

En la siguiente figura aparecen representados los datos referentes al estado civil de estos pacientes. Como vemos, existe una preponderancia de solteros/as, seguido de los casados/as.

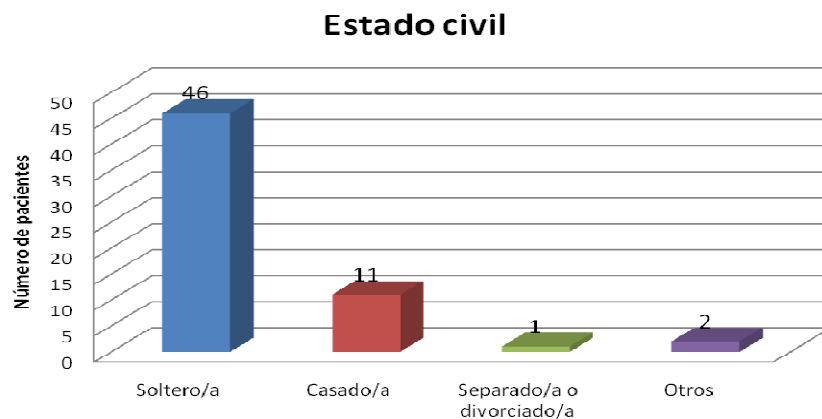


Figura 4.9 Estado civil de la población diagnosticada

4.2.3 Estudios:

En referencia al nivel de estudios, los datos reflejan que la mayoría de los sujetos poseen estudios universitarios (41,7%). También consideramos importante destacar que ningún miembro de la muestra indicó que perteneciera a la categoría “sin estudios”.

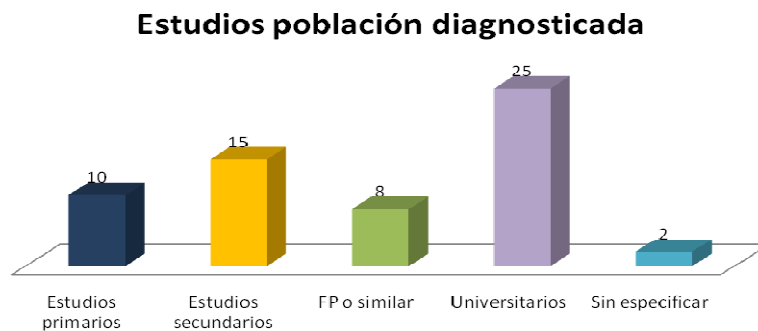


Figura 4.10 Estudios de la población diagnosticada

4.2.4 Estudios de la madre:

En esta población perteneciente a ADANER observamos que, al igual que ocurría con la población universitaria, la mayoría de las madres de los sujetos poseen estudios universitarios y primarios, aunque en este caso es más elevado el porcentaje de madres con estudios primarios. En la siguiente figura (4.11) se muestran detalladamente los datos obtenidos a raíz del cuestionario de datos sociodemográficos.

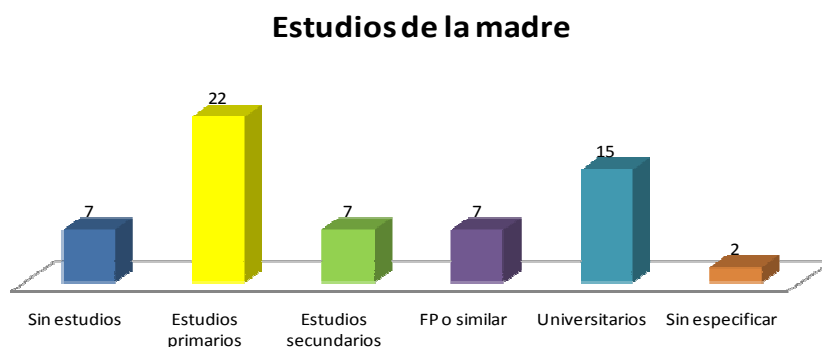


Figura 4.11 Estudios de la madre referidos a la población diagnosticada

4.2.5 Trabajo de la madre:

En la siguiente tabla (4.6) podemos observar la distribución del trabajo de las madres de nuestra muestra de población diagnosticada. Comprobamos que el trabajo que se dio con mayor frecuencia corresponde a las amas de casa, con un 45% del total, seguido a mucha distancia (13,3%) del profesional/técnico.

Tabla 4.6 Trabajo de la madre en la población diagnosticada

Trabajo madre	N	%
Ama de casa	27	45
Profesional/técnico	8	13,3
Administrativo	4	6,7
Comerciante/vendedor	4	6,7
Hostelería/servicios	3	5
Agricultura/ganadería	0	0
Industria	0	0
Profesional sanitario	4	6,7
Sin especificar	3	5
Otros	7	11,7

4.2.6 Estudios del padre:

En referencia a los estudios de los padres, encontramos que el 36,7% posee estudios primarios, un 20% universitarios, al igual que ocurría con los estudios de la madre de estos pacientes.

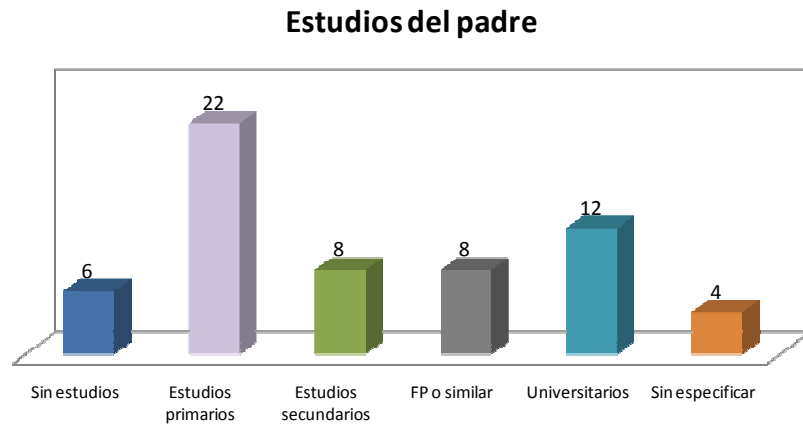


Figura 4.12 Estudios del padre referidos a la población diagnosticada

4.2.7 Trabajo del padre:

Al igual que ocurría con la muestra perteneciente a la población universitaria, no aparece ningún hombre catalogado como amo de casa. Así, el mayor porcentaje, un 35%, corresponde al profesional/técnico (tabla 4.7).

Tabla 4.7 Trabajo del padre en la población diagnosticada

Trabajo padre	N	%
Profesional/técnico	21	35
Administrativo	4	6,7
Comerciante/vendedor	4	6,7
Hostelería/servicios	3	5
Agricultura/ganadería	2	3,3
Industria	5	8,3
Profesional sanitario	2	3,3
Sin especificar	7	11,7
Otros	12	20

4.2.8 Fallecimiento de los padres:

En la muestra de población diagnosticada no existe ningún fallecimiento ni de la madre ni del padre.

4.2.9 Convivencia:

Existe un claro predominio de convivencia con la familia con un 80%, mientras que sólo un 1,7% vive en una residencia de estudiantes. Se puede observar el patrón completo de convivencia de la muestra diagnosticada en la siguiente figura 4.13:

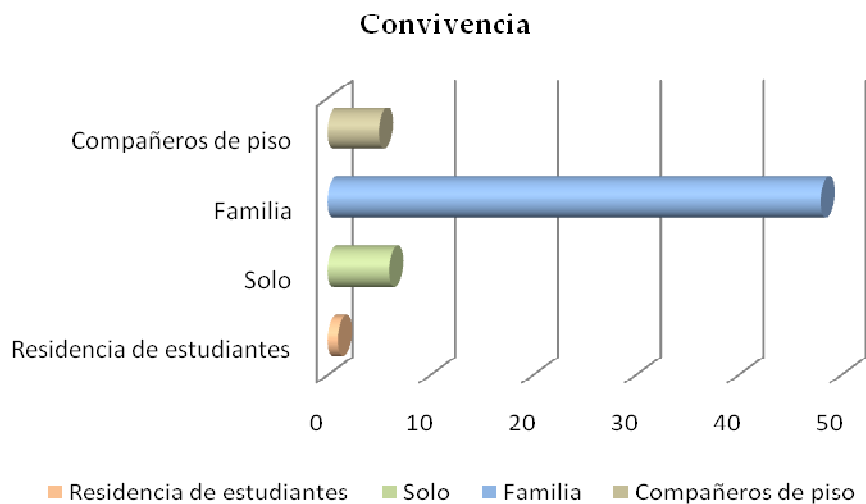


Figura 4.13 Patrón de convivencia de la población diagnosticada

4.2.10 Separación o divorcio de los padres:

Un 10% (n=6) de los padres de la muestra se encontraban en situación de separación o divorcio.

4.2.11 Nivel socioeconómico:

El nivel socioeconómico más destacable es el nivel medio, con un 96,7% (n=58) de los casos.

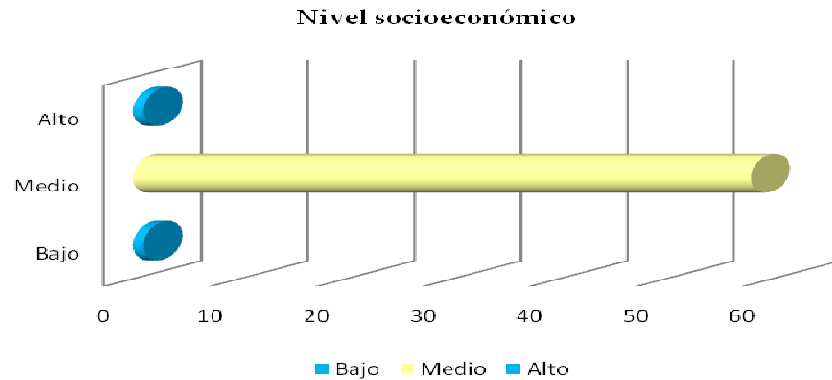


Figura 4.14 Nivel socioeconómico de la población diagnosticada

4.2.12 Talla, Peso e IMC:

A continuación, en la siguiente tabla representamos los datos de edad, talla, peso e IMC de la población de ADANER (diagnosticada).

Tabla 4.8 Edad, talla, peso e IMC población diagnosticada (n=60)

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	14	41	23,62	6,65
IMC	15,82	36,92	21,23	3,98
Peso	39	99	57,2	11,4
Talla	1,48	1,87	1,64	0,07

Tal y como se indica en la tabla, la media de edad se sitúa en torno a 24 años, media ligeramente mayor a la de la población universitaria, que se situaba en 22 años.

El IMC se sitúa en una media de 21,23 Kg. /m², dentro de los valores de normalidad según la clasificación de la SEEDO (Salas Salvado et al, 2007) y de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1998), al igual que ocurría con la media de la población universitaria.

Si dividimos a la población en función del grado de Obesidad según los criterios de la OMS (WHO, 1998) obtenemos 7 sujetos con un IMC > 24,9. Así, 4 de ellos mostraron sobrepeso, 2 Obesidad Grado I y sorprendentemente, a pesar de estar diagnosticado de un TCA, 1 sujeto se encontraba en situación de Obesidad Grado II.

4.2.13 Diagnóstico:

De la población diagnosticada el mayor porcentaje pertenece al trastorno de tipo Bulimia Nerviosa, seguido de la Anorexia Nerviosa, y, por último, el TCANE. Así lo representamos en la siguiente tabla:

Tabla 4.9 Tipo de diagnostico

Diagnóstico	Frecuencia	%
ANOREXIA NERVIOSA	21	35
BULIMIA NERVIOSA	23	38,3
TCANE	16	26,6

4.2.14 Subtipo de diagnóstico:

Si atendemos a los subtipos de trastornos alimentarios que existen, nos encontramos que la muestra queda dividida de la siguiente forma:

La patología más predominante fue la Bulimia Nerviosa Purgativa, seguida de los TCANE y la Anorexia Nerviosa Restrictiva. Por otro lado, la patología con menor prevalencia fue la Bulimia Nerviosa No Purgativa.

Tabla 4.10 Subtipo de diagnóstico

Subtipo de diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
ANOREXIA NERVIOSA RESTRICTIVA	16	26,6
ANOREXIA NERVIOSA PURGATIVA	5	8,3
BULIMIA NERVIOSA NO PURGATIVA	2	3,3
BULIMIA NERVIOSA PURGATIVA	21	34,9
TCANE	16	26,6

4.3 COMPARATIVA DE LOS DATOS DESCRIPTIVOS DE AMBAS MUESTRAS:

En relación al género, la muestra universitaria se encuentra distribuida casi equitativamente, con un ligero predominio de mujeres (57,6%) respecto a hombres (42,4%), distribución que no se cumple en la población diagnosticada en la que prácticamente la totalidad de la muestra (96,7%) son mujeres.

En ambas muestras existe un mayor porcentaje de sujetos con estado civil soltera/o, seguido de casada/o.

En cuanto a las madres, existe una prevalencia de madres con estudios universitarios para la muestra universitaria seguidos de los estudios primarios, ocurriendo la situación inversa en la población diagnosticada. Cabe resaltar que en ambas muestras existe un cierto número de madres que son identificadas como sin estudios. Por otra parte, si atendemos al trabajo de las madres, en ambas muestras observamos que la mayoría de ellas son amas de casa, seguidas a gran distancia por profesionales/técnicas.

En referencia a los padres, en primer lugar, nuestros datos muestran que el porcentaje es mayor para los estudios universitarios seguidos de los estudios primarios ocurriendo lo inverso en la población diagnosticada. En segundo lugar, no se especificó como amo de casa a ningún padre en ninguna de las muestras

estudiadas. El porcentaje mayor corresponde en las dos muestras al profesional/técnico.

En cuanto a la situación de separación o divorcio de los padres, nuestros datos reflejan que se encontraban en esta situación aproximadamente un 10% de los padres de ambas muestras.

La convivencia es, en el mayor número de casos, con la familia, tanto en la población diagnosticada como en la universitaria. Por otro lado, mientras que en el grupo diagnosticado, vivir sólo sería la segunda opción mayoritaria de convivencia, en la población universitaria, la segunda opción de convivencia más elegida fue la convivencia con compañeros.

En cuanto a los parámetros relacionados el IMC, observamos la misma tendencia en ambos grupos, ya que la media se sitúa dentro del grupo de normopeso. También es importante citar que en ambas muestras encontramos sujetos con situación de sobrepeso/obesidad, así como sujetos con peso insuficiente.

4.4 RIESGO DE TCA EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA

Para evaluar si un sujeto se encuentra en situación de riesgo de padecer un trastorno del comportamiento alimentario (TCA) hemos empleado el cuestionario Eating Attitudes Test (EAT-26). Dicho cuestionario tiene un punto de corte para definir el riesgo que es igual a 20 puntos. De esta forma, una puntuación <20 nos indica que no existe riesgo de TCA y una puntuación ≥ 20 es indicativa del riesgo.

Teniendo en cuenta este punto de corte dividimos a la población en riesgo o no riesgo de padecer un TCA.

En la siguiente figura (4.15) se muestran el porcentaje de sujetos de la población universitaria con riesgo de padecer TCA.



Figura 4.15 Población con riesgo de trastornos del comportamiento alimentario (Número de sujetos; porcentaje %)

De los 65 sujetos que mostraron una puntuación igual o mayor de 20, el 81,5% eran mujeres, tal y como se muestra en la siguiente figura:

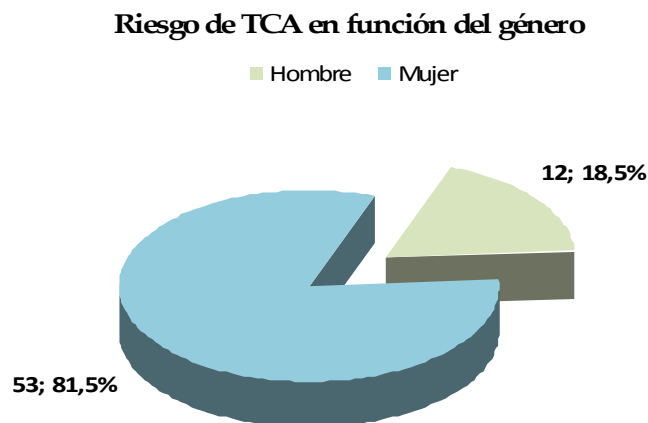


Figura 4.16 Población con riesgo de padecer TCA en función del género

Posteriormente, dividimos a la población total universitaria en función del género, para confirmar si el porcentaje de riesgo era mayor en hombres o en mujeres, obteniendo los siguientes resultados. En este sentido, en las mujeres observamos que un 10,3% de las alumnas del grupo universitario presentaba un

elevado riesgo de padecer TCA, mientras que en el caso de los hombres dicho porcentaje desciende al 3,2%.

Para comprobar si estas diferencias eran estadísticamente significativas realizamos una prueba de la *t* de Student, para comparar la puntuación media del cuestionario EAT-26 en función del sexo en el grupo de población con riesgo, obteniendo un valor de $P < 0,001$ lo que nos indica que efectivamente las mujeres presentan mayor riesgo que los hombres.

En la siguiente tabla podemos observar las puntuaciones medias del cuestionario EAT-26 en función del género y del riesgo de padecer un TCA.

Tabla 4.11 Puntuaciones medias del test EAT-26 divididas en género y riesgo.

	Población	Hombres		Mujeres	
	total	(n=379)		(n=515)	
	(n=894)	Sin riesgo	Con	Sin riesgo	Con riesgo
		(n=367)	riesgo	(n=462)	(n=53)
			(n=12)		
Puntuación					
media del	8,0±7,3	5,6±3,8	26,9±7,1	7,1±4,8	28,1±7,8
test EAT-	(0-56)	(0-19)	(21-42)	(0-19)	(20-56)
26					

Los datos representan la puntuación media \pm desviación estándar. Entre paréntesis se representa el rango de los datos.

El cuestionario EAT-26, además de indicarnos si un sujeto presenta riesgo o no de padecer TCA, también nos sirve para evaluar diferentes subescalas (control oral, bulimia, dieta) con el fin de determinar la tendencia de ese sujeto a padecer un TCA específico. En este sentido, una mayor puntuación en la subescala de "control oral" nos indica que ese sujeto presenta mayor probabilidad de padecer Anorexia Nerviosa, mientras que la subescala "bulimia" indica evidentemente mayor tendencia hacia la Bulimia. Además, existe una tercera subescala más genérica llamada "dieta", que no es específica, pero nos indica la preocupación excesiva por la dieta. En la siguiente figura (4.17) se muestran las puntuaciones medias de las diferentes subescalas de la población universitaria.

Evidentemente, debido a que la puntuación total del cuestionario depende de las subescalas y teniendo en cuenta el hecho de que los sujetos con mayor puntuación de dicho cuestionario son los que presentan riesgo, todas las subescalas aparecen más elevadas en la población que presenta dicho riesgo, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($P < 0,001$ para todas las subescalas, test de la *t*- Student).

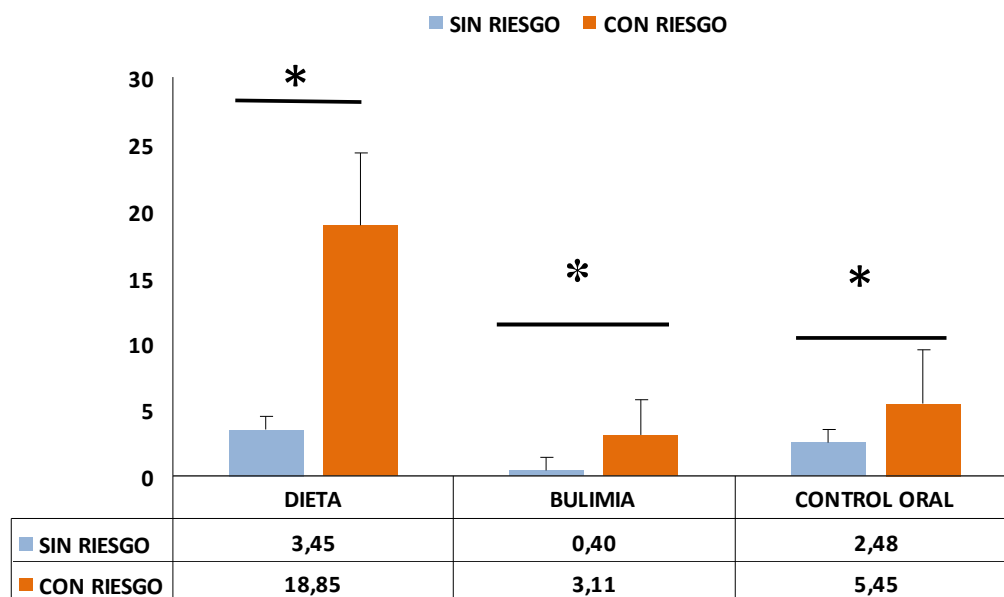


Figura 4.17 Puntuaciones medias de las subescalas del EAT-26

* indica la existencia de diferencias significativas

4.4.1 Relación entre la puntuación del cuestionario EAT-26 y el IMC:

Nos planteamos analizar una posible relación entre el riesgo de padecer un TCA y el grado de obesidad de los sujetos medidos en función del IMC. Para ello calculamos los coeficientes de correlación de Spearman.

Nuestros datos indican que en la población total existe una correlación significativa y positiva entre el IMC y la puntuación total del EAT ($r = 0,079$, $P = 0,019$), aunque es importante destacar el valor tan reducido del coeficiente de correlación r .

Esta misma situación se reproduce al dividir la población en función del género, ya que tanto en hombres como en mujeres se da la misma tendencia que en la población total ($r= 0,147$, $P=0,004$; $r=0,148$, $P=0,001$ en hombres y en mujeres respectivamente).

Tabla 4.12 Correlaciones entre IMC y puntuación EAT-26

	<i>RHO DE SPEARMAN</i>	<i>SIGNIFICACIÓN (P)</i>
<i>Población total</i>	0,079	0,019
<i>Hombres</i>	0,147	0,004
<i>Mujeres</i>	0,148	0,001

4.5 INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES EN POBLACIÓN SIN RIESGO, CON RIESGO Y DIAGNOSTICADA.

Para evaluar la influencia de los factores socioculturales hemos empleado el cuestionario CIMEC-26 cuyo punto de corte se sitúa en 15. Así, una puntuación por encima de 15 nos indica que a esos sujetos les influyen en cierta medida dichos factores socioculturales.

En referencia a la población universitaria ($n=894$), un 69,13% ($n= 618$) supera el punto de corte del cuestionario CIMEC- 26. Con todo esto, si atendemos a las personas en las que existe influencia de los factores socioculturales y las dividimos en función de la presencia o no de riesgo de TCA ($EAT-26 \geq 20$) o el hecho de estar diagnosticado de un TCA, obtenemos que de los 829 sujetos sin riesgo ($EAT-26 < 20$), sobrepasan el punto de corte del CIMEC-26 sólo el 26,3% de dicha muestra. En cuanto a la población con riesgo ($n=65$) el 89,2% de los universitarios estudiados presentó una cierta influencia de los factores socioculturales.

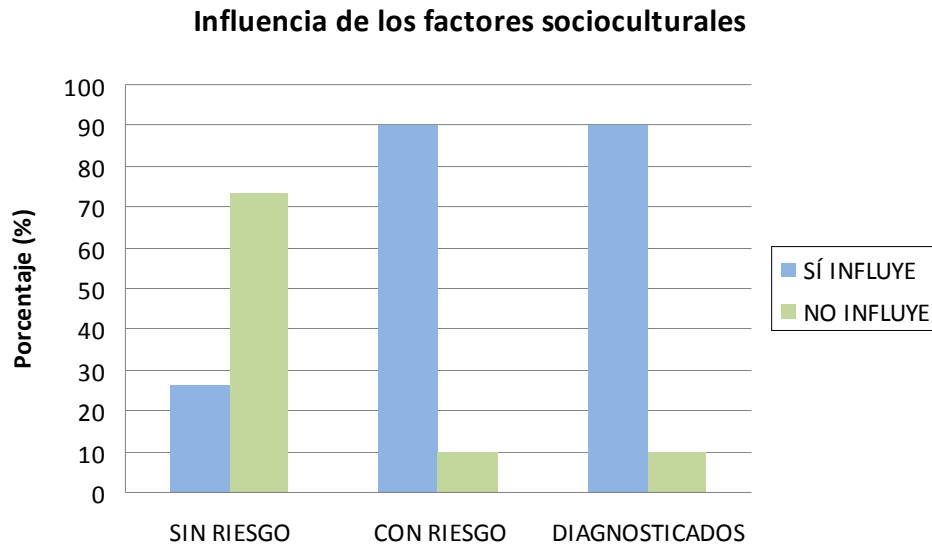


Figura 4.18 Porcentaje de sujetos en función de la influencia de los factores socioculturales en los tres grupos estudiados.

Respecto al grado de influencia de los factores socioculturales en la población diagnosticada, nuestros datos muestran que del total de la población de ADANER ($n= 60$), un 90% de sujetos sobrepasaban el punto de corte de dicho cuestionario.

Si nos centramos en las puntuaciones obtenidas en el cuestionario CIMEC-26, en el siguiente gráfico representamos las puntuaciones medias de dicho cuestionario en los tres grupos de sujetos estudiados (con riesgo, sin riesgo y diagnosticado).

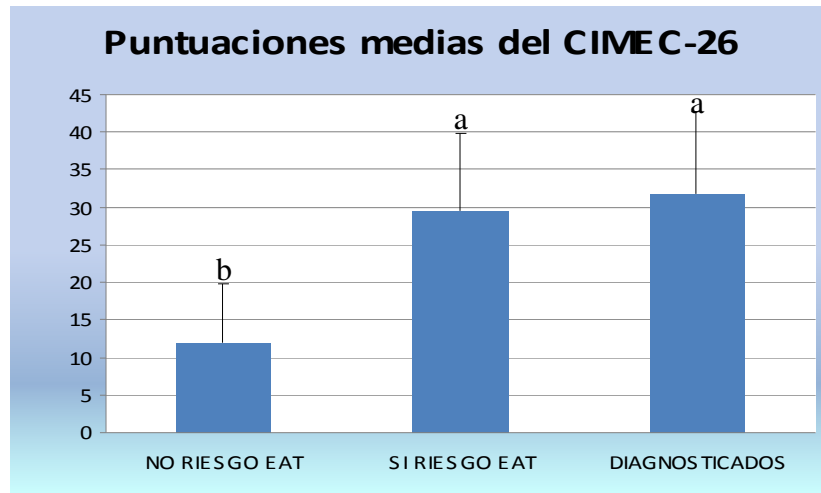


Figura 4.19 Puntuaciones medias del cuestionario CIMEC-26 en los tres grupos estudiados

Media \pm d.e. Las diferencias se analizaron mediante un test ANOVA de una vía, con un test post hoc de Bonferroni ($P < 0,001$). Las diferencias significativas se representan con diferentes caracteres.

Los resultados del cuestionario CIMEC-26 son ligeramente mayores en los diagnosticados que en los no diagnosticados con riesgo y muy superior al grupo sin riesgo. Tras hacer un test de ANOVA de una vía con un test *post hoc* de Bonferroni, hemos observado diferencias significativas entre el grupo sin riesgo y el diagnosticado y entre el grupo con riesgo y el sin riesgo con una $P < 0,001$, aunque no hemos encontrado diferencias significativas entre el grupo con riesgo y el diagnosticado, en cuanto a las puntuaciones medias del CIMEC-26.

Si dividimos la población en función del género, obtenemos la misma tendencia que la observada en la población total, ya que tanto en hombres como en mujeres, el grupo sin riesgo obtiene una puntuación significativamente menor en la puntuación total del CIMEC-26 que los grupos con riesgo y diagnosticados ($p < 0,001$ en ambos sexos). A continuación se presentan los distintos gráficos de las medias del CIMEC-26 en hombres y en mujeres.

Media del CIMEC-26 en hombres

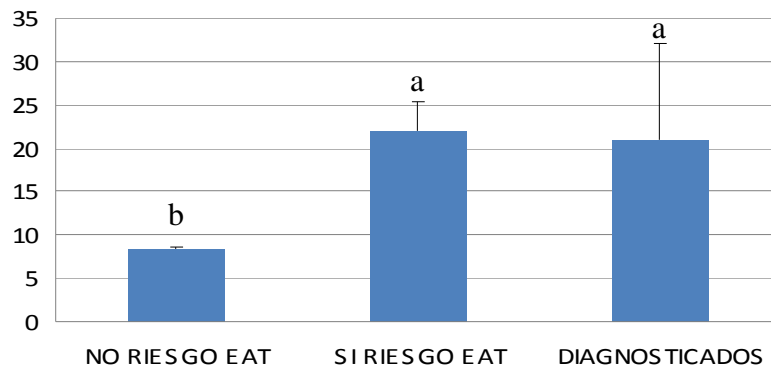


Figura 4.20 Puntuaciones medias del cuestionario CIMEC-26 en hombres

Media \pm d.e. Las diferencias se analizaron mediante un test ANOVA de una vía, con un test post hoc de Bonferroni ($P < 0,001$). Las diferencias significativas se representan con diferentes caracteres.

Media del CIMEC-26 en mujeres

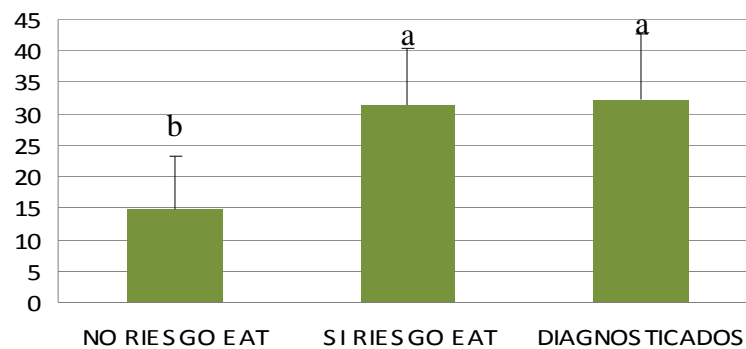


Figura 4.21 Puntuaciones medias del cuestionario CIMEC-26 en mujeres

Media \pm d.e. Las diferencias se analizaron mediante un test ANOVA de una vía, con un test post hoc de Bonferroni ($P < 0,001$). Las diferencias significativas se representan con diferentes caracteres.

En cuanto a las diferentes subescalas del cuestionario CIMEC-26 (malestar por la imagen corporal, influencia de la publicidad, influencia de mensajes verbales, influencia de los modelos sociales, influencia de las situaciones sociales), a continuación pasamos a describir las diferencias existentes entre los tres grupos:

Para los factores I, III y IV (malestar por la imagen corporal, influencia de mensajes verbales e influencia de los modelos sociales) se han obtenido diferencias significativas entre el grupo sin riesgo y los grupos con riesgo y diagnosticado, con una $P < 0,001$ (figura 4.22, 4.24, 4.25). Sin embargo, no existen diferencias estadísticas entre el grupo diagnosticado y el grupo con riesgo (ANOVA de una vía).

Por el contrario, para el factor II y V (influencia de la publicidad, influencia de las situaciones sociales) existen diferencias significativas entre los tres grupos, es decir, entre el grupo con riesgo y sin riesgo, entre el grupo sin riesgo y el diagnosticado y entre el grupo con riesgo y el diagnosticado ($P < 0,001$) (figura 4.23, 4.26).

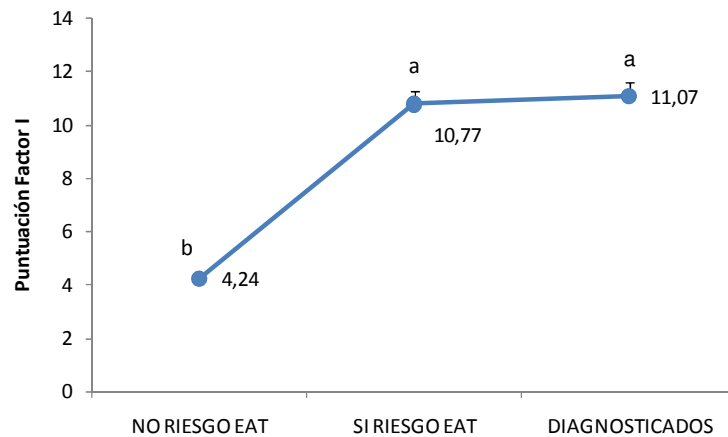


Figura 4.22 Puntuación media del factor I (malestar por la imagen corporal) en los tres grupos estudiados.

Media \pm d.e. Las diferencias se analizaron mediante un test ANOVA de una vía, con un test post hoc de Bonferroni ($P < 0,001$). Las diferencias significativas se representan con diferentes caracteres.

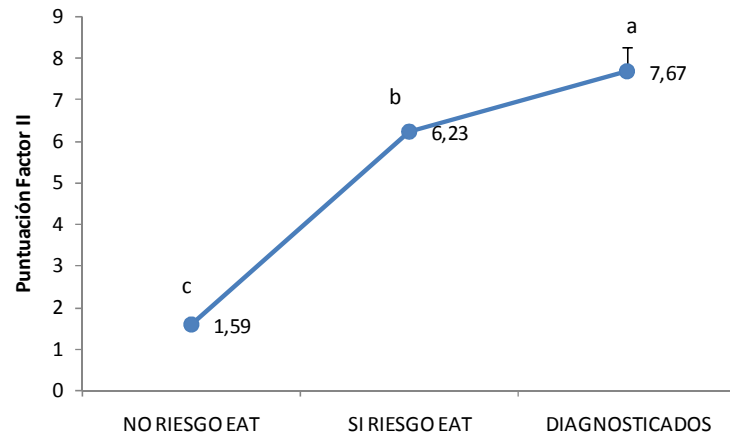


Figura 4.23 Puntuación media del factor II (influencia de la publicidad) en los tres grupos estudiados.

Media \pm d.e. Las diferencias se analizaron mediante un test ANOVA de una vía, con un test post hoc de Bonferroni ($P < 0,001$). Las diferencias significativas se representan con diferentes caracteres.

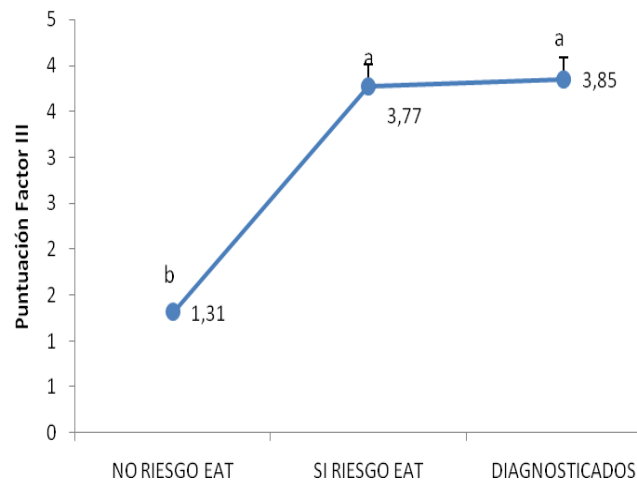


Figura 4.24 Puntuación media del factor III (influencia de los mensajes verbales) en los tres grupos estudiados.

Media \pm d.e. Las diferencias se analizaron mediante un test ANOVA de una vía, con un test post hoc de Bonferroni ($P < 0,001$). Las diferencias significativas se representan con diferentes caracteres.

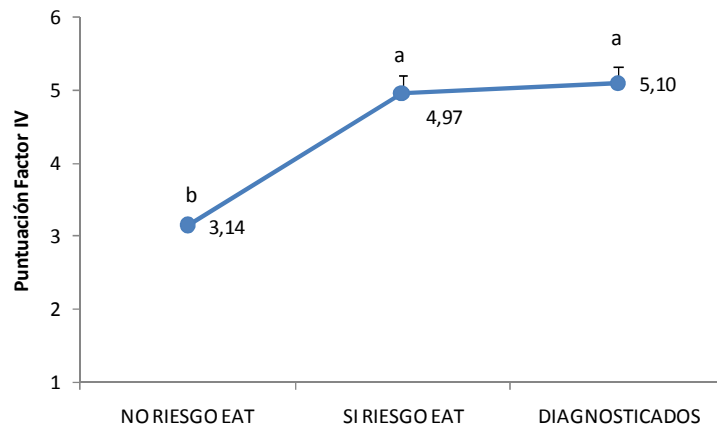


Figura 4.25 Puntuación media del factor IV (influencia de los modelos sociales) en los tres grupos estudiados.

Media \pm d.e. Las diferencias se analizaron mediante un test ANOVA de una vía, con un test post hoc de Bonferroni ($P < 0,001$). Las diferencias significativas se representan con diferentes caracteres.

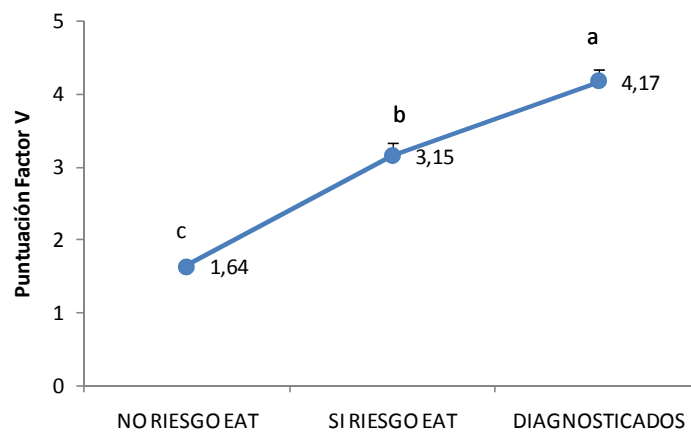


Figura 4.26 Puntuación media del factor V (influencia de las situaciones sociales) en los tres grupos estudiados.

Media \pm d.e. Las diferencias se analizaron mediante un test ANOVA de una vía, con un test post hoc de Bonferroni ($P < 0,001$). Las diferencias significativas se representan con diferentes caracteres.

Este mismo análisis se realizó dividiendo a la población en función del género.

Los resultados obtenidos nos muestran prácticamente la misma tendencia observada en la población general que en las mujeres. En el caso de los hombres, para los factores del I-IV existen diferencias significativas ($p < 0,001$) entre el grupo con riesgo y sin riesgo pero, sin embargo, el grupo diagnosticado no presentó diferencias significativas con ningún grupo, mientras que en el factor V todos los grupos difieren entre sí, con una clara tendencia a aumentar la puntuación de este factor a medida que avanzamos en el riesgo o diagnóstico del trastorno (diagnosticados > con riesgo > sin riesgo).

4.13 Puntuación media de los distintos factores del CIMEC-26 en las mujeres

	<i>Sin riesgo</i>	<i>Con riesgo</i>	<i>Diagnosticado</i>	<i>P (ANOVA)</i>
Factor I	5,53 ± 3,76 ^b	11,74 ± 3,38 ^a	11,22 ± 4,09 ^a	<0,001
Factor II	2,27 ± 2,65 ^b	7,08 ± 4,18 ^a	7,81 ± 4,57 ^a	<0,001
Factor III	1,7 ± 1,61 ^b	3,96 ± 1,71 ^a	3,91 ± 1,79 ^a	<0,001
Factor IV	3,45 ± 1,70 ^b	5,18 ± 1,91 ^a	5,14 ± 1,63 ^a	<0,001
Factor V	1,81 ± 1,16 ^c	3,32 ± 1,31 ^b	4,14 ± 1,33 ^a	<0,001

Media ± d.e. Las diferencias se analizaron mediante un test ANOVA de una vía, con un test post hoc de Bonferroni ($P < 0,001$). Las diferencias significativas se representan con diferentes caracteres

4.14 Puntuación media de los distintos factores del CIMEC-26 en los hombres

	<i>Sin riesgo</i>	<i>Con riesgo</i>	<i>Diagnosticado</i>	<i>P (ANOVA)</i>
Factor I	2,62±2,68 ^b	8,25 ± 4,2 ^a	6,5 ± 4,9 ^a	<0,001
Factor II	0,71±1,41 ^b	4 ± 5,15 ^a	3,5 ± 3,53 ^a	<0,001
Factor III	0,83±1,19 ^b	3,33 ± 2,42 ^a	2 ± 2,82 ^{a,b}	<0,001
Factor IV	2,77±1,53 ^b	4 ± 1,34 ^a	4 ± 2,82 ^{a,b}	<0,001
Factor V	1,44±0,98 ^c	2,33 ± 1,77 ^b	5 ± 1,41 ^a	<0,001

Media ± d.e. Las diferencias se analizaron mediante un test ANOVA de una vía, con un test post hoc de Bonferroni ($P < 0,001$). Las diferencias significativas se representan con diferentes caracteres

Por otro lado, al dividir la población diagnosticada en función de la patología alimentaria concreta que padece (AN, BN, TCANE), observamos que no existen diferencias significativas entre ningún tipo de patología ni en la puntuación total del test CIMEC-26 ni en ninguno de los factores que lo componen ($P>0,05$ en todos los casos). Esto mismo ocurre al dividir la población que padece trastornos alimentarios en los diferentes subtipos. Es decir, no encontramos diferencias entre los pacientes que sufren anorexia nerviosa purgativa, restrictiva, bulimia nerviosa purgativa o no purgativa y pacientes con TCANE ($P>0,05$ en todos los casos).

4.6 INFLUENCIA DE LOS FACTORES FAMILIARES EN POBLACIÓN SIN RIESGO, CON RIESGO Y DIAGNOSTICADA.

El cuestionario FES (Family Environment Scale) mide el clima familiar y está dividido en tres dimensiones y 9 subescalas. En cuanto a la puntuación total del cuestionario, no existe punto de corte que nos indique que a partir de una puntuación concreta exista un inadecuado clima familiar; aunque de forma general, se acepta que a mayor puntuación del test FES el individuo presenta un clima familiar más adecuado, no obstante deberemos centrar nuestra atención en cada una de las subescalas.

Nuestros resultados muestran que las puntuaciones derivadas del cuestionario FES son mayores en el grupo no diagnosticado (sin riesgo y con riesgo) que en el diagnosticado (figura 4.27) lo que nos indica que la población ya diagnosticada presente un clima familiar más deteriorado que los grupos no diagnosticados. Tras hacer un test de ANOVA de una vía con un test *post hoc* de *Bonferroni* comprobamos la existencia de diferencias significativas entre el grupo diagnosticado y el grupo formado por la población no diagnosticada (los grupos sin riesgo y con riesgo) con una $P<0,001$. Pero no existen diferencias significativas entre el grupo con riesgo y sin riesgo.

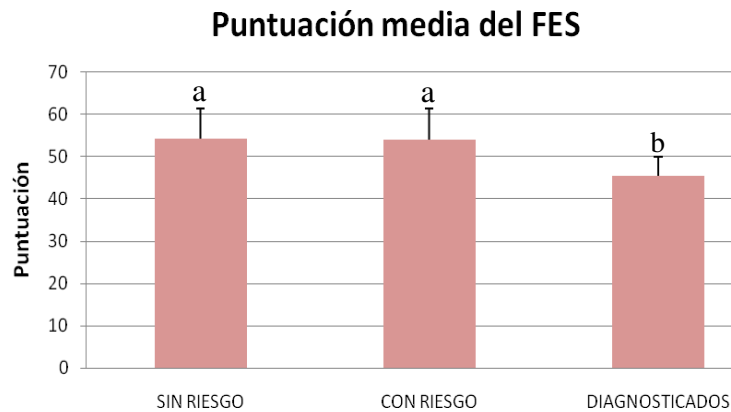


Figura 4.27 Puntuación media del cuestionario FES, clima familiar, en los tres grupos estudiados.

Media \pm d.e. Las diferencias se analizaron mediante un test ANOVA de una vía, con un test post hoc de Bonferroni ($P < 0,001$). Las diferencias significativas se representan con diferentes caracteres

Tras dividir la población en función del género, obtenemos que en los hombres no se dieron diferencias significativas entre ningún grupo de sujetos ($P=0,565$). Hay que recordar que en el grupo diagnosticado sólo existen dos sujetos lo cuál limita considerablemente la capacidad estadística de este test. Estos resultados se muestran a continuación:

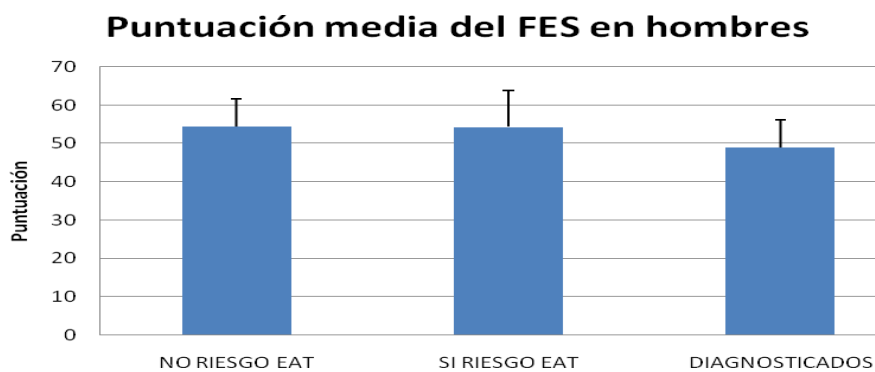


Figura 4.28 Puntuación media del cuestionario FES, clima familiar, en los hombres de los tres grupos estudiados.

Sin embargo, en el caso de las mujeres, los datos son similares a los de la población total, esto es, que el grupo diagnosticado presenta una puntuación significativamente menor que los otros grupos (sin riesgo, con riesgo) ($P < 0,001$).

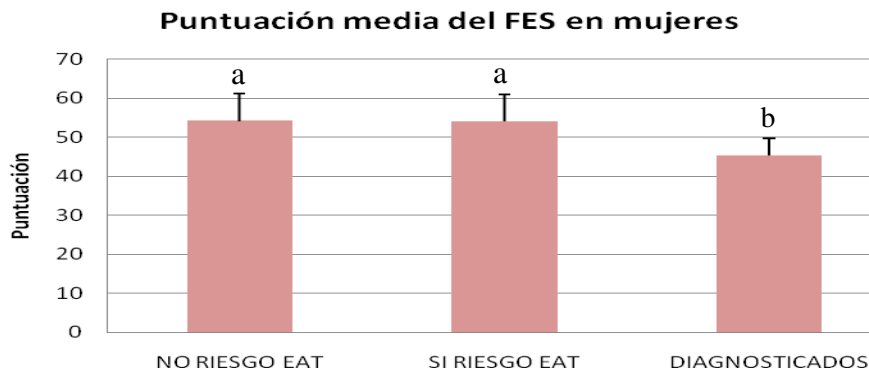


Figura 4.29 Puntuación media del cuestionario FES, clima familiar, en las mujeres de los tres grupos estudiados.

Media \pm d.e. Las diferencias se analizaron mediante un test ANOVA de una vía, con un test post hoc de Bonferroni ($P < 0,001$). Las diferencias significativas se representan con diferentes caracteres

Como hemos comentado anteriormente, el cuestionario FES, que mide el clima familiar, está dividido en tres dimensiones y 9 subescalas. A continuación vamos a describir los datos obtenidos en cada una de estas variables:

Dimensión 1. Relaciones

La dimensión relación a su vez está compuesta por tres factores o subescalas:

- Cohesión
- Expresividad
- Conflicto

En la siguiente tabla se representan los valores medios obtenidos por los diferentes grupos (con riesgo, sin riesgo y diagnosticado) así como los resultados del test de ANOVA de una vía (grupos).

Tabla 4.15 Dimensión relaciones y sus subescalas en los tres grupos estudiados

	Sin riesgo	Con riesgo	Diagnosticado	P (ANOVA)
Cohesión	7,22 ± 2,07 ^a	7,13± 2,04 ^a	4,83±1,61 ^b	<0,001
Expresividad	6,05±1,70 ^a	5,95±1,60 ^a	4,87±1,38 ^b	<0,001
Conflicto	2,93±1,49 ^b	3,24±1,61 ^b	4,47±1,26 ^a	<0,001
RELACIONES	16,20±2,98 ^a	16,32±2,68 ^a	14,17±2,30 ^b	<0,001

Los datos representan el valor medio ± desviación estándar. El valor P corresponde al test de ANOVA de una vía con un test Post Hoc de Bonferroni. Los diferentes superíndices indican diferencias significativas.

Nuestros datos nos muestran que existen diferencias estadísticamente significativas en la dimensión relaciones y en todas las subescalas que la componen (cohesión, expresividad y conflicto) entre el grupo diagnosticado y el grupo de población universitaria, no existiendo diferencias significativas entre los grupos con riesgo y sin riesgo.

Lo recién expuesto parece indicar que la modificación del clima familiar acontece una vez se ha establecido el trastorno de la alimentación en el individuo, sin que el hecho de que se presente un elevado riesgo modifique a priori el clima familiar.

Dimensión 2. Desarrollo

La dimensión desarrollo a su vez está compuesta por cinco factores o subescalas:

- Autonomía
- Actuación
- Intelectual-Cultural
- Social-Recreativo
- Moralidad-Religiosidad

Al igual que en el caso anterior, en la siguiente tabla representamos los valores medios obtenidos por los diferentes grupos (con riesgo, sin riesgo y diagnosticado) así como los resultados del test de ANOVA .

Tabla 4.16 Dimensión desarrollo y sus subescalas en los tres grupos estudiados

	<i>Sin riesgo</i>	<i>Con riesgo</i>	<i>Diagnosticado</i>	<i>P</i> (ANOVA)
Autonomía	5,70 ± 1,55 ^a	5,73± 1,41 ^a	4,40±1,18 ^b	<0,001
Actuación	5,62±1,56	5,89±1,68	5,52±1,33	0,412
Intelectual- Cultural	5,94±1,93 ^a	5,66±2,10 ^a	4,03±1,92 ^b	<0,001
Social- Recreativo	5,65±1,69 ^a	5,40±1,78 ^a	4,08±1,41 ^b	<0,001
Moralidad- Religiosidad	4,18±1,72 ^b	4,50±2,08 ^{a,b}	5,12±1,21 ^a	<0,001
DESARROLLO	27,09±4,61 ^a	27,18±4,72 ^a	23,15±3,49 ^b	<0,001

Los datos representan el valor media ± desviación estándar. El valor P corresponde al test de ANOVA de una vía con un test post hoc de Bonferroni. Los diferentes superíndices indican diferencias significativas.

Según podemos inferir de la tabla anterior, existen diferencias estadísticamente significativas en la dimensión desarrollo así como en las subescalas que la componen excepto la subescala actuación.

En la población universitaria (al igual que ocurría con la dimensión relaciones), la dimensión desarrollo y sus subescalas son significativamente mayores que en la población diagnosticada, excepto en la subescala moralidad-religiosidad en la que el grupo diagnosticado presentó una mayor puntuación que la población universitaria sin riesgo.

Estos datos parecen indicar, (como ocurría con las relaciones familiares), que los pacientes diagnosticados tienen un menor desarrollo familiar, mientras que el grupo sin riesgo y con riesgo tiene un desarrollo familiar similar.

Dimensión 3. Estabilidad

La dimensión estabilidad a su vez está compuesta por dos factores o subescalas:

- Organización
- Control

En la siguiente tabla se representan los valores medios obtenidos por los diferentes grupos estudiados (con riesgo, sin riesgo y diagnosticado) así como los resultados del test de ANOVA.

Tabla 4.17 Dimensión estabilidad y sus subescalas en los tres grupos estudiados

	<i>Sin riesgo</i>	<i>Con riesgo</i>	<i>Diagnosticado</i>	<i>P (ANOVA)</i>
Organización	6,69±1,66 ^a	6,40±1,88 ^a	3,55±1,29 ^b	<0,001
Control	4,27±1,80	4,15±1,76	4,57±1,11	0,275
ESTABILIDAD	10,96±2,70 ^a	10,55±2,90 ^a	8,12±1,72 ^b	<0,001

Los datos representan el valor media ± desviación estándar. El valor P corresponde al test de ANOVA de una vía con un test Post Hoc de Bonferroni. Los diferentes superíndices indican diferencias significativas.

Observamos de nuevo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo diagnosticado y el grupo de población universitaria para la dimensión estabilidad y su subescala organización, pero no así para la variable control en la que no existen tales diferencia. Al igual que ocurre con las dimensiones anteriores, la estabilidad familiar del grupo diagnosticado es significativamente menor que en los otros grupos, lo que nos sugiere, como hemos comentado anteriormente, que el diagnóstico de un trastorno alimentario parece ser el desencadenante de la pérdida de estabilidad familiar.

Otro objetivo de la presente investigación fue analizar si la tipología alimentaria *per se* afecta al clima familiar. Para ello, en los pacientes diagnosticados, realizamos otro test de ANOVA de una vía (tipo de diagnóstico) para evaluar posibles diferencias en el clima familiar en función de la patología.

En este sentido, nuestros datos indican que los pacientes diagnosticados de Anorexia Nerviosa muestran una menor puntuación total del cuestionario FES que los pacientes diagnosticados de Bulimia Nerviosa y los diagnosticados de TCANE. En la siguiente figura se representan las puntuaciones medias obtenidas en función de la patología:

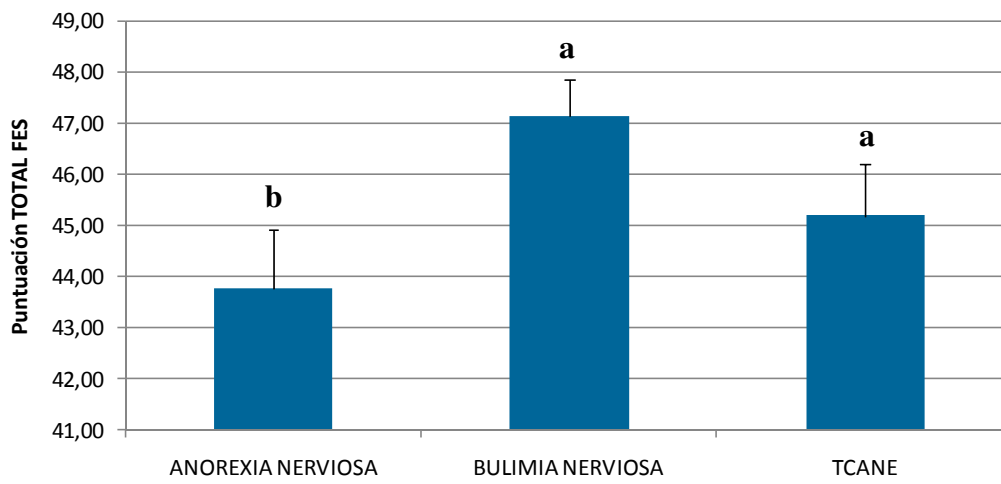


Figura 4.30 Puntuación media del cuestionario FES, clima familiar, en función del tipo de diagnóstico.

Media ± d.e. Las diferencias se analizaron mediante un test ANOVA de una vía, con un test post hoc de Bonferroni ($P < 0,001$). Las diferencias significativas se representan con diferentes caracteres

Con el fin de estudiar si existe algún subtipo que presente una peor dinámica familiar, realizamos otro análisis de ANOVA para analizar posibles diferencias en la puntuación total del test FES. Nuestros datos indican que no existen diferencias significativas entre ninguno de los subtipos estudiados en el presente trabajo ($P=0,097$), tal y como se muestra en la siguiente figura.

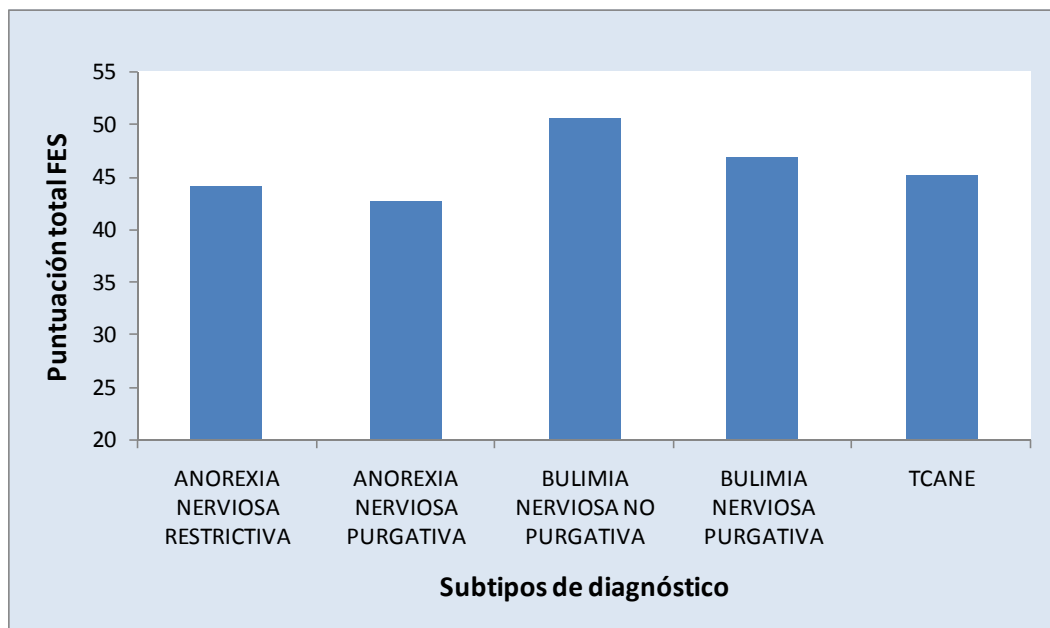


Figura 4.31 Puntuación media del cuestionario FES, clima familiar, en función del subtipo de diagnóstico.

De todos modos, según nuestra opinión, estos datos tienen que ser considerados con bastante cautela, ya que por ejemplo, los pacientes con anorexia nerviosa purgativa tienen una puntuación media del test FES de 42,6 puntos, mientras que los pacientes con bulimia nerviosa no purgativa tienen una media de 50,5 puntos, es decir, una puntuación bastante superior, lo que indica que seguramente, si incrementamos el número de pacientes de la muestra (que en el caso de los pacientes diagnosticados de bulimia nerviosa no purgativa fue sólo de 2 pacientes) aumentaríamos también el poder estadístico de este análisis.

Como hemos comentado anteriormente, los datos derivados del test FES son poco orientativos, por lo que en la práctica es más interesante analizar las distintas subescalas que componen el test, que la propia puntuación total del cuestionario.

A continuación vamos a describir los resultados obtenidos en las distintas subescalas y dimensiones en función del diagnóstico (y sus subtipos).

En primer lugar, en referencia a la dimensión Relaciones, ninguno de los tipos de diagnóstico de TCA mostró una puntuación significativamente mayor que los otros ($P=0,084$).

En cuanto a las subescalas que forman esta dimensión (cohesión, expresividad y conflicto), tampoco observamos diferencias significativas entre los tipos de diagnóstico: cohesión ($P=0,072$), expresividad ($P=0,799$) y conflicto ($P=0,242$). A pesar de que no existen diferencias significativas, nuestros datos parecen indicar que efectivamente, los pacientes con Anorexia Nerviosa presentan una menor cohesión (4,19 puntos) que los pacientes con Bulimia Nerviosa (5,22 puntos).

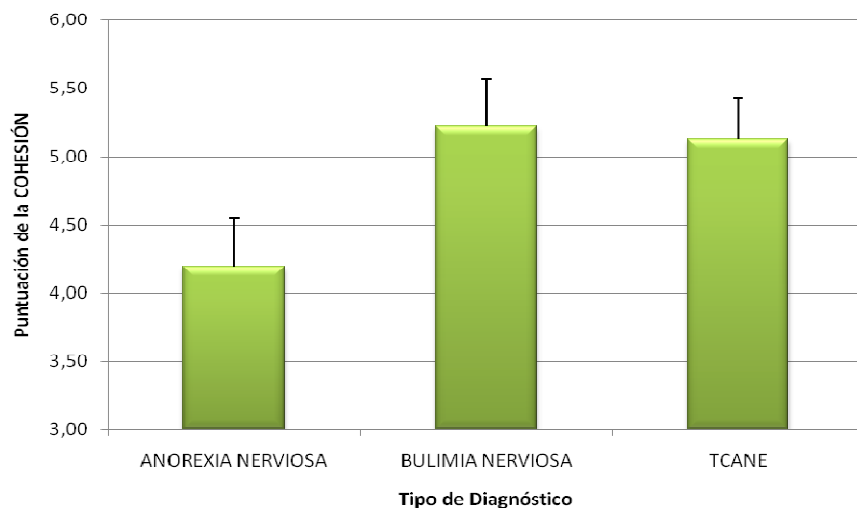


Figura 4.32 Puntuación media de la subescala cohesión, en función del tipo de diagnóstico.

Sin embargo, si estudiamos posibles diferencias entre los distintos subtipos de diagnóstico, nuestros datos muestran, como vemos en el siguiente gráfico, que los pacientes diagnosticados con Bulimia nerviosa no purgativa poseen una mayor puntuación del apartado de Cohesión, mientras que la Anorexia nerviosa restrictiva es la patología con una menor puntuación en este apartado, aunque estas diferencias no alcanzaron una significación estadística ($P > 0,05$ en todos los casos).

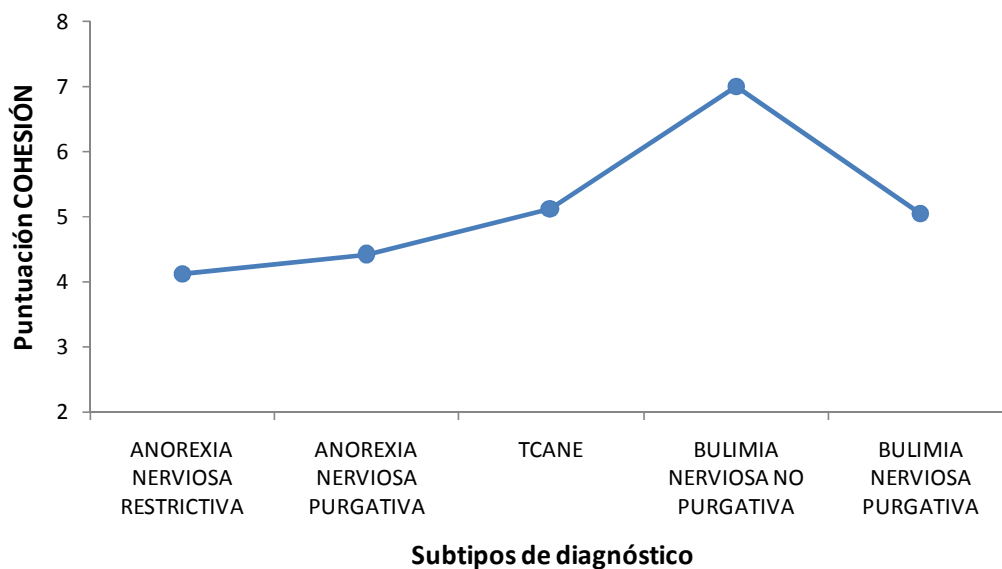


Figura 4.33 Puntuación media de la subescala cohesión, en función del subtipo de diagnóstico.

La siguiente dimensión que forma parte de este cuestionario sobre el clima familiar (FES) es la que hace referencia al desarrollo familiar, que está compuesta por las subescalas autonomía, actuación, intelectual-cultural, social-recreativo y moralidad-religiosidad. En esta ocasión, nuestros datos muestran que no existen diferencias significativas entre ninguno de los tipos de trastorno alimentario analizados ($P=0,233$). La misma situación se presenta cuando analizamos posibles diferencias entre los distintos subtipos ($P=0,163$).

Al analizar las distintas subescalas del desarrollo familiar, ni en los tipos de TCA (AN, BN y TCANE) ni en los subtipos de TCA (ANR, ANP, BNP, BNNP, TCANE) hemos encontrado diferencias significativas.

Por último, la dimensión que hace referencia a la estabilidad familiar y a sus subescalas también fue muy homogénea entre los distintos tipos de TCA, ya que no encontramos diferencias significativas entre ellos ($P=0,603$) ni en los diferentes subtipos de diagnóstico ($P=0,868$).

Esta dimensión está a su vez dividida en las subescalas organización y control. En cualquier caso, al realizar el test de ANOVA de una vía, tanto para los tipos de diagnóstico de TCA como para los diferentes subtipos, no encontramos diferencias significativas en ninguna de estas variables ($P>0,05$ en todos los casos).

4.7 RELACIÓN E INFLUENCIA DE FACTORES SOCIOCULTURALES Y RIESGO DE TCA

Además de analizar las diferencias entre los distintos grupos en los que hemos dividido la población del presente estudio, otro objetivo fue analizar si existe alguna relación entre el riesgo de padecer un trastorno del comportamiento alimentario y los factores socioculturales.

Para ello, analizamos los coeficientes de correlación de *Pearson* (r) entre la puntuación obtenida en el cuestionario EAT-26, como medida de riesgo de padecer TCA, y la puntuación del cuestionario CIMEC-26, así como los diferentes factores que componen este último test. Hay que recordar que el CIMEC-26 posee 5 factores:

1. Malestar por la imagen corporal
2. Influencia de la publicidad
3. Influencia de mensajes verbales
4. Influencia de los modelos sociales
5. Influencia de las situaciones sociales

Todos los coeficientes obtenidos se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 4.18 Coeficientes de correlación entre EAT y CIMEC

		Total EAT	Total CIMEC	FactorI_CIMEC	FactorII_CIMEC	FactorIII_CIMEC	FactorIV_CIMEC
Total EAT	r	1					
	P						
Total CIMEC	r	0,647(**)	1				
	P	<0,001					
FactorI_CIMEC	r	0,573(**)	0,913(**)	1			
	P	<0,001	<0,001				
FactorII_CIMEC	r	0,544(**)	0,878(**)	0,715(**)	1		
	P	<0,001	<0,001	<0,001			
FactorIII_CIMEC	r	0,551(**)	0,768(**)	0,601(**)	0,646(**)	1	
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		
FactorIV_CIMEC	r	0,386(**)	0,707(**)	0,556(**)	0,499(**)	0,476(**)	1
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
FactorV_CIMEC	r	0,465(**)	0,709(**)	0,578(**)	0,543(**)	0,485(**)	0,507(**)
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tras calcular los coeficientes de correlación de Pearson (r), observamos que en la población universitaria existe una fuerte correlación positiva entre el riesgo de padecer un trastorno alimentario (EAT-26) y la influencia de los factores socioculturales (CIMEC-26) ($r=0,647$, $P<0,001$).

Como la puntuación del test CIMEC-26 deriva de las distintas subescalas, era de esperar que todas ellas también mostraran una fuerte correlación con el test EAT. En cualquier caso, cabe destacar que de todos los factores, el malestar por la imagen corporal, seguido de la influencia de mensajes verbales y de la influencia de la publicidad fueron los que obtuvieron un mayor coeficiente de correlación (ver tabla 4.16).

Estos datos indican que en la población universitaria estudiada, a mayor influencia de los factores socioculturales, y más concretamente, mayor malestar por la imagen corporal, mayor riesgo de padecer TCA.

Una vez conocida la existencia de correlación significativa entre estas variables, investigamos el grado de influencia de los factores socioculturales a través de un análisis de regresión lineal. En este sentido, nuestros datos muestran que efectivamente la puntuación obtenida en el test CIMEC-26 está determinando la variabilidad de la puntuación del test EAT-26 en un 41,9%.

Tabla 4.19 Análisis de regresión lineal entre la puntuación total del EAT-26 como variable dependiente y el total del CIMEC-26 como variable independiente

Variable Dependiente	Variable Independiente	Coef. Regresión (BETA)	SIG.	R2x 100	ANOVA
Total EAT	Total CIMEC	0,647	<0,001	41,9	<0,001

A su vez, realizamos un análisis de regresión lineal multivariante de pasos sucesivos (*stepwise*) para determinar si alguna de las cinco subescalas era más influyente o más determinante que las demás, respecto al posterior desarrollo de padecer TCA.

Tras analizar estos resultados de regresión, el malestar por la imagen corporal se mostró como el factor más determinante, mientras que el factor IV (modelos sociales) parecen no tener influencia en el riesgo de padecer TCA.

Tabla 4.20 Modelos de regresión lineal multivariable usando el riesgo de padecer TCA (puntuación EAT-26) como variable dependiente

Variable Dependiente	Variable Independiente	Coef. Regresión (BETA)	SIG.	R2x 100	ANOVA
Total EAT	Modelo 1			32,8	<0,001
	Factor I	0,573	<0,001		
	Modelo 2			40,7	<0,001
	Factor I	0,386	<0,001		
	Factor III	0,337	<0,001		
	Modelo 3			43,1	<0,001
	Factor I	0,314	<0,001		
	Factor III	0,300	<0,001		
	Factor V	0,184	<0,001		
	Modelo 4			44,2	<0,001
	Factor I	0,246	<0,001		

	Factor III	0,251	<0,001		
	Factor V	0,179	<0,001		
	Factor II	0,149	<0,001		

A continuación, dividimos la población universitaria en función del sexo, para determinar si los coeficientes de correlación obtenidos en la población total se mantienen en los sexos por separado, es decir, si los factores que influyen o afectan a las mujeres son los mismos que a los hombres.

Tras ello, encontramos que en las mujeres, los coeficientes de correlación son prácticamente iguales a los de la población total universitaria, mientras que los hombres presentan unos coeficientes ligeramente inferiores.

En cualquier caso, tanto en hombres como en mujeres, se mantiene la observación previa de que la puntuación del test CIMEC-26 así como todos sus factores se correlacionan positivamente con la puntuación total del cuestionario EAT-26.

A continuación, mostramos las matrices de correlaciones en hombres y en mujeres por separado:

Tabla 4.21 Coeficientes de correlación entre EAT y CIMEC en hombres

		Total EAT	Total CIMEC	FactorI_CIMEC	FactorII_CIMEC	FactorIII_CIMEC	FactorIV_CIMEC
Total EAT	r	1					
	P						
Total CIMEC	r	0,538(**)	1				
	P	<0,001					
FactorI_CIMEC	r	0,478(**)	0,853(**)	1			
	P	<0,001	<0,001				
FactorII_CIMEC	r	0,423(**)	0,746(**)	0,520(**)	1	0,470(**)	0,277(**)
	P	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001
FactorIII_CIMEC	r	0,446(**)	0,661(**)	0,424(**)	0,470(**)	1	0,252(**)
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001
FactorIV_CIMEC	r	0,187(**)	0,613(**)	0,351(**)	0,277(**)	0,252(**)	1
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
FactorV_CIMEC	r	0,327(**)	0,644(**)	0,414(**)	0,354(**)	0,367(**)	0,443(**)
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 4.22 Coeficientes de correlación entre EAT y CIMEC en mujeres

		Total EAT	Total CIMEC	FactorI_CIMEC	FactorII_CIMEC	FactorIII_CIMEC	FactorIV_CIMEC
Total EAT	r	1					
	P						
Total CIMEC	r	0,660(**)	1				
	P	<0,001					
FactorI_CIMEC	r	0,572(**)	0,905(**)	1			
	P	<0,001	<0,001				
FactorII_CIMEC	r	0,542(**)	0,881(**)	0,701(**)	1		
	P	<0,001	<0,001	<0,001			
FactorIII_CIMEC	r	0,555(**)	0,757(**)	0,572(**)	0,636(**)	1	
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		
FactorIV_CIMEC	r	0,430(**)	0,717(**)	0,572(**)	0,511(**)	0,500(**)	1
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
FactorV_CIMEC	r	0,490(**)	0,704(**)	0,577(**)	0,543(**)	0,464(**)	0,485(**)
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Respecto al grado de influencia del test CIMEC sobre el riesgo de padecer trastornos del comportamiento alimentario, nuestros datos muestran que en los hombres se mantiene la influencia de los factores socioculturales, aunque el grado de variabilidad explicado en este caso es sensiblemente menor que en la población total (solamente un 28,9%)

Tabla 4.23 Análisis de regresión lineal en hombres entre la puntuación total del EAT-26 como variable dependiente y el total del CIMEC-26 como variable independiente

Variable Dependiente	Variable Independiente	Coef. Regresión (BETA)	SIG.	R ² x 100	ANOVA
Total EAT	Total CIMEC	0,538	<0,001	28,9	<0,001

En el caso de las mujeres, los datos obtenidos tras el análisis de regresión son similares a los de la población universitaria total, tal y como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 4.24 Análisis de regresión lineal en mujeres entre la puntuación total del EAT-26 como variable dependiente y el total del CIMEC-26 como variable independiente

Variable Dependiente	Variable Independiente	Coef. Regresión (BETA)	SIG.	R ² x 100	ANOVA
Total EAT	Total CIMEC	0,660	<0,001	43,4	<0,001

En cuanto a los diferentes factores y su grado de influencia en función del sexo, nuestros datos indican que en el hombre, solamente los factores I, II y III están determinando en cierta medida la variabilidad del test EAT-26. Estos datos se muestran a continuación:

Tabla 4.25 Modelos de regresión lineal multivariable en hombres usando el riesgo de padecer TCA (puntuación EAT-26) como variable dependiente

Variable Dependiente	Variable Independiente	Coef. Regresión (BETA)	SIG.	R ² x 100	ANOVA
Total EAT	Modelo 1			22,7	<0,001
	Factor I	0,478	<0,001		
	Modelo 2			29,9	<0,001
	Factor I	0,354	<0,001		
	Factor III	0,299	<0,001		
	Modelo 3			34,4	<0,001
	Factor I	0,293	<0,001		
	Factor III	0,252	<0,001		
	Factor II	0,158	0,003		

En cuanto a las mujeres, los datos obtenidos por este mismo procedimiento se muestran a continuación:

Tabla 4.26 Modelos de regresión lineal multivariable en mujeres usando el riesgo de padecer TCA (puntuación EAT-26) como variable dependiente

Variable Dependiente	Variable Independiente	Coef. Regresión (BETA)	SIG.	R ² x 100	ANOVA
Total EAT	Modelo 1			32.6	<0,001
	Factor I	0,572	<0,001		
	Modelo 2			41.3	<0,001
	Factor I	0,387	<0,001		
	Factor III	0,349	<0,001		
	Modelo 3			44.9	<0,001
	Factor I	0,297	<0,001		
	Factor III	0,311	<0,001		

	Factor V	0,224	<0,001		
	Modelo 4			45,6	<0,001
	Factor I	0,238	<0,001		
	Factor III	0,265	<0,001		
	Factor V	0,214	<0,001		
	Factor II	0.133	0,006		

A la luz de nuestros resultados, podemos destacar que el factor IV (influencia de los modelos sociales) apenas influye en el riesgo de padecer un TCA ni en hombres ni en mujeres. Sin embargo, el factor V (influencia de las situaciones sociales) parece tener una gran influencia en mujeres (es el tercer factor más influyente) mientras que en los hombres no parece ser responsable de la puntuación del test EAT-26.

4.8 RELACIÓN E INFLUENCIA DE FACTORES FAMILIARES Y RIESGO DE TCA

Del mismo modo que analizamos la relación entre la escala CIMEC-26 y la escala EAT-26, otro objetivo de la presente tesis fue estudiar las relaciones familiares a través del cuestionario FES y la influencia que pudiera existir sobre el riesgo de padecer trastornos del comportamiento alimentario (TCA).

Para ello, igual que en el caso anterior, analizamos en primer lugar los coeficientes de correlación de *Pearson* entre todas las variables que componen el test FES y la puntuación total del EAT-26.

En la siguiente tabla se muestran los datos obtenidos por este procedimiento en la población total:

Tabla 4.27 Coeficientes de correlación entre el EAT (riesgo de padecer TCA) y FES (clima familiar)

Coeficientes de Correlación de Pearson

	Total EAT
Total FES	-0,076(*)
COHESIÓN	-0,071(*)
EXPRESIVIDAD	-0,038
CONFLICTO	0,112(**)
AUTONOMÍA	-0,017
ACTUACIÓN	0,074(*)
INTELECTUAL_CULTURAL	-0,090(**)
SOCIAL_RECREATIVO	-0,107(**)
MORALIDAD_RELIGIOSIDAD	-0,021
ORGANIZACIÓN	-0,081(*)
CONTROL	-0,034
RELACIONES	-0,015
DESARROLLO	-0,066(*)
ESTABILIDAD	-0,073(*)

* $P < 0,05$. ** $P < 0,01$.

Como podemos comprobar, la mayoría de los componentes del test FES se relaciona negativamente con el riesgo de padecer TCA. Es decir, a mayores (mejores) relaciones familiares, menor riesgo de padecer TCA. Sin embargo, es importante resaltar que los coeficientes obtenidos son muy bajos (rango: $-0,066$ - $-0,107$), lo que probablemente sea una consecuencia del elevado número de sujetos del presente estudio, por lo que consideramos que estos datos deben ser considerados con cierta cautela.

Por el contrario, la variable CONFLICTO presenta una correlación positiva con la puntuación del EAT-26, lo cual indica que aquellas familiar con mayor conflicto se asocian con un mayor riesgo de padecer TCA.

Al dividir la población en función del género, observamos que en los hombres se aprecian menos correlaciones, debido evidentemente a que se ha reducido el tamaño de la población. En cualquier caso, esto refuerza los resultados de los coeficientes obtenidos.

En resumen, como vemos en la siguiente tabla, las asociaciones más significativas que podemos destacar en el grupo de los hombres son las asociaciones negativas observadas entre las variables ORGANIZACIÓN y SOCIAL-RECREATIVO, y una asociación positiva con la variable CONFLICTO.

Las correlaciones observadas en el grupo de los hombres siguen una tendencia similar a la observada en la población total. Esto es, de nuevo las variables SOCIAL-RECREATIVO y el CONFLICTO son las que mostraron mayor asociación con el riesgo de padecer trastornos del comportamiento alimentario.

Tabla 4.28 Coeficientes de correlación entre el EAT (riesgo de padecer TCA) y FES (clima familiar) en hombres

Coeficientes de Correlación de Pearson

Hombres (n=379)	Total EAT
Total FES	-0.075
COHESIÓN	-0.091
EXPRESIVIDAD	-0.096
CONFLICTO	0.109*
AUTONOMÍA	0.005
ACTUACIÓN	0.084
INTELECTUAL_CULTURAL	-0.091
SOCIAL_RECREATIVO	-0.114*
MORALIDAD_RELIGIOSIDAD	-0.012
ORGANIZACIÓN	-0.139**
CONTROL	0.044
RELACIONES	-0.058
DESARROLLO	-0.044
ESTABILIDAD	-0.059

* $P < 0,05$. ** $P < 0,01$.

Por otro lado, en el caso de las mujeres, los coeficientes de correlación que obtuvimos se muestran también en la siguiente tabla:

Tabla 4.29 Coeficientes de correlación entre el EAT (riesgo de padecer TCA) y FES (clima familiar) en mujeres

Coeficientes de Correlación de Pearson

Mujeres (n=515)	Total EAT
Total FES	-0.073
COHESIÓN	-0.065
EXPRESIVIDAD	-0.029
CONFLICTO	0.110*
AUTONOMÍA	-0.018

ACTUACIÓN	0.113*
INTELLECTUAL_CULTURAL	-0.097*
SOCIAL_RECREATIVO	-0.106*
MORALIDAD_RELIGIOSIDAD	-0.034
ORGANIZACIÓN	-0.061
CONTROL	0.055
RELACIONES	-0.008
DESARROLLO	-0.061
ESTABILIDAD	-0.075

De nuevo, el conflicto se asoció positivamente con la puntuación del test EAT-26 en las mujeres. Sin embargo, la variable con mayor coeficiente de correlación fue la ACTUACIÓN, en el mismo sentido que el conflicto familiar, es decir, a mayor grado en el que las actividades diarias (tales como la escuela o el trabajo) se encuadren en una estructura orientada a la competitividad dentro de la familia, mayor riesgo de padecer TCA.

Una vez comprobado que existe relación entre el test FES (y sus variables) y el test EAT-26, realizamos un análisis de regresión lineal con el fin de comprobar si las relaciones familiares influyen sobre el riesgo de padecer TCA.

Así, en la población total, la puntuación obtenida en el cuestionario FES está determinando ligeramente, aunque de forma significativa, la variabilidad obtenida en el cuestionario EAT-26, que recordamos que indicaba el riesgo de padecer TCA.

Tabla 4.30 Análisis de regresión lineal entre la puntuación total del EAT-26 como variable dependiente y el total del FES como variable independiente

Variable Dependiente	Variable Independiente	Coef. Regresión (BETA)	SIG.	R ² x 100	ANOVA
Total EAT	Total FES	-0,076	0,023	5	0,023

Sin embargo, al realizar este mismo análisis dividiendo la población en hombres y en mujeres, nuestros datos no alcanzaron una significación estadística, tal y como se observa en las siguientes tablas:

Tabla 4.31 Análisis de regresión lineal en hombres entre la puntuación total del EAT-26 como variable dependiente y el total del FES como variable independiente

Variable Dependiente	Variable Independiente	Coef. Regresión (BETA)	SIG.	R ² x 100	ANOVA
Total EAT	Total FES	-0,075	0,147	3	0,147

Tabla 4.32 Análisis de regresión lineal en mujeres entre la puntuación total del EAT-26 como variable dependiente y el total del FES como variable independiente

Variable Dependiente	Variable Independiente	Coef. Regresión (BETA)	SIG.	R ² x 100	ANOVA
Total EAT	Total FES	-0,073	0,100	3	0,100

En cualquier caso, como hemos comentado anteriormente, la utilidad de la puntuación total del test FES es bastante relativa, por lo que en general, se suele tener en mayor consideración a las distintas dimensiones y escalas que componen dicho test.

Por eso, realizamos un nuevo análisis de regresión lineal multivariante para saber cuál de estas variables es la más influyente a la hora de determinar el riesgo de padecer un TCA.

Así, en la población total, nuestros datos muestran que la variable más relevante fue el CONFLICTO, ya que por sí sola es capaz de explicar la variabilidad de la puntuación del test EAT-26 en un 1,1%.

De nuevo, hay que remarcar que los datos obtenidos son relativamente bajos en comparación con los datos obtenidos a través del test CIMEC-26, y el hecho de que sean estadísticamente significativos se puede deber al elevado número de sujetos. En cualquier caso, existe esta significación y debe tenerse en cuenta.

A continuación mostramos los diferentes modelos significativos obtenidos a partir de todas las variables del test FES en la población total:

Tabla 4.33 Modelos de regresión lineal multivariable en mujeres usando el riesgo de padecer TCA (puntuación EAT-26) como variable dependiente

Variable Dependiente	Variable Independiente	Coef. Regresión (BETA)	SIG.	R ² x 100	ANOVA
Total EAT	Modelo 1			1,1	0,001
	CONFLICTO	0,112	0,001		
	Modelo 2			1,7	<0,001
	CONFLICTO	0,093	0,006		
	SOCIAL-RECREATIVO	-0,086	0,011		
	Modelo 3			2,1	<0,001
	CONFLICTO	0,086	0,012		
	SOCIAL-RECREATIVO	-0,090	0,008		
	ACTUACIÓN	0.068	0,004		
	Modelo 4			2,4	<0,001
	CONFLICTO	0.076	0.026		
	SOCIAL-RECREATIVO	-0.084	0.014		
	ACTUACIÓN	0.083	0.015		
	ESTABILIDAD	-0.069	0.045		

Tras esto, realizamos este mismo procedimiento dividiendo la población en función del sexo, con el fin de estudiar si la influencia de estos factores varía en hombres o en mujeres.

Concretamente, en los hombres, los únicos factores que parecen influir en el riesgo de padecer trastornos del comportamiento alimentario fueron la

organización y la actuación, siendo la organización la más influyente (1,7%), tal y como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 4.34 Modelos de regresión lineal multivariable en hombres (n=379) usando el riesgo de padecer TCA (puntuación EAT-26) como variable dependiente

Variable Dependiente	Variable Independiente	Coef. Regresión (BETA)	SIG.	R2x 100	ANOVA
Total EAT	Modelo 1			1,7	0,007
	ORGANIZACIÓN	-0,139	0,007		
	Modelo 2			2,5	0,003
	ORGANIZACIÓN	-0,155	0,003		
	ACTUACIÓN	0,107	0,037		

Mientras que en las mujeres, los datos son los siguientes:

Tabla 4.35 Modelos de regresión lineal multivariable en mujeres (n=515) usando el riesgo de padecer TCA (puntuación EAT-26) como variable dependiente

Variable Dependiente	Variable Independiente	Coef. Regresión (BETA)	SIG.	R2x 100	ANOVA
Total EAT	Modelo 1			1,1	0,011
	ACTUACIÓN	0,113	0,011		
	Modelo 2			2,2	0,001
	ACTUACIÓN	0,163	0,001		
	DESARROLLO	-0,127	0,008		

La actuación vuelve a determinar en cierta medida el riesgo de padecer TCA, según nuestros datos, aunque en este caso, la variable actuación se convierte en la más influyente. Posteriormente, es el desarrollo el otro factor que determina la variabilidad. No obstante, debemos de tener en cuenta que el desarrollo es una

dimensión que engloba a su vez diferentes subescalas (autonomía, actuación, Intelectual-Cultural, Social-Recreativo, Moralidad-Religiosidad).

4.9 GRADO DE INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES Y FAMILIARES SOBRE EL RIESGO DE TCA:

Hasta ahora hemos analizado el grado de influencia de los factores socioculturales y familiares sobre el riesgo de padecer trastornos alimentarios de forma individualizada. Pero si tenemos en cuenta que ambos factores ejercen una cierta influencia sobre el riesgo de padecer trastornos alimentarios, tal y como acabamos de demostrar, es lógico pensar que al combinar todas las variables anteriores, en un mismo análisis de regresión, podemos obtener una apreciación más exacta de en qué grado están influyendo estos factores en esta población universitaria.

En este sentido, en la población total, nuestros datos muestran que hasta un 46,1% de la variabilidad del test EAT-26 se puede explicar gracias a los factores socioculturales y familiares, tal y como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 4.36 Modelos de regresión lineal multivariable usando el riesgo de padecer TCA (puntuación EAT-26) como variable dependiente

Variable Dependiente	Variable Independiente	Coef. Regresión (BETA)	SIG.	R ² x 100	ANOVA
Total EAT	Modelo 1			33,5	<0,001
	Total CIMEC	0,580	<0,001		
	Modelo 2			40,5	<0,001
	Total CIMEC	0,520	<0,001		
	ORGANIZACIÓN	-0,272	<0,001		
	Modelo 3			42,2	<0,001
	Total CIMEC	0,511	<0,001		
	ORGANIZACIÓN	-0,269	<0,001		
	AUTONOMÍA	-0,131	<0,001		
	Modelo 4			43,5	<0,001

Total CIMEC	0,393	<0,001		
ORGANIZACIÓN	-0,258	<0,001		
AUTONOMÍA	-0,125	<0,001		
FACTOR V	0,170	<0,001		
Modelo 5			44,8	<0,001
Total CIMEC	0,146	0,018		
ORGANIZACIÓN	-0,257	<0,001		
AUTONOMÍA	-0,122	<0,001		
FACTOR V	0,210	<0,001		
FACTOR II	0,249	<0,001		
Modelo 6			45,7	<0,001
Total CIMEC	0,160	0,009		
ORGANIZACIÓN	-0,269	<0,001		
AUTONOMÍA	-0,109	<0,001		
FACTOR V	0,203	<0,001		
FACTOR II	0,230	<0,001		
Moralidad/Rel	0,099	<0,001		
Modelo 7			46,1	<0,001
Total CIMEC	0,295	<0,001		
ORGANIZACIÓN	-0,271	<0,001		
AUTONOMÍA	-0,105	<0,001		
FACTOR V	0,194	<0,001		
FACTOR II	0,169	0,002		
Moralidad/Rel	0,102	<0,001		
FACTOR IV	-0,107	0,003		

De nuevo, consideramos bastante relevante realizar el mismo análisis pero dividiendo la población en hombres y mujeres, con el fin de estimar si estos factores siguen destacando como los más relevantes o por el contrario existen otros factores que son más específicos de cada sexo.

Según esto, los datos que obtuvimos en hombres se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 4.37 Modelos de regresión lineal multivariable en hombres usando el riesgo de padecer TCA (puntuación EAT-26) como variable dependiente

Variable Dependiente	Variable Independiente	Coef. Regresión (BETA)	SIG.	R ² x 100	ANOVA
Total EAT	Modelo 1			14,2	<0,001
	Total CIMEC	0,379	<0,001		
	Modelo 2			16,3	<0,001
	Total CIMEC	0,363	<0,001		
	ORGANIZACIÓN	-0,152	0,001		
	Modelo 3			17,4	<0,001
	Total CIMEC	0,358	<0,001		
	ORGANIZACIÓN	-0,172	<0,001		
	Moralidad/Rel	0,117	0,014		
	Modelo 4			18,3	<0,001
	Total CIMEC	0,442	<0,001		
	ORGANIZACIÓN	-0,170	<0,001		
	Moralidad/Rel	0,113	0,016		
	FACTOR IV	-0,137	0,020		

Mientras que en las mujeres, obtuvimos los siguientes datos:

Tabla 4.38 Modelos de regresión lineal multivariable en mujeres usando el riesgo de padecer TCA (puntuación EAT-26) como variable dependiente

Variable Dependiente	Variable Independiente	Coef. Regresión (BETA)	SIG.	R ² x 100	ANOVA
Total EAT	Modelo 1			33,3	<0,001
	Total CIMEC	0,578	<0,001		
	Modelo 2			43,3	<0,001
	Total CIMEC	0,495	<0,001		
	ORGANIZACIÓN	-0,329	<0,001		
	Modelo 3			45,7	<0,001
	Total CIMEC	0,488	<0,001		
	ORGANIZACIÓN	-0,313	<0,001		
	AUTONOMÍA	-0,159	<0,001		
	Modelo 4			47,6	<0,001
	Total CIMEC	0,354	<0,001		
	ORGANIZACIÓN	-0,295	<0,001		
	AUTONOMÍA	-0,145	<0,001		
	FACTOR V	0,198	<0,001		
	Modelo 5			48,7	<0,001
	Total CIMEC	0,349	<0,001		
	ORGANIZACIÓN	-0,307	<0,001		
	AUTONOMÍA	-0,131	<0,001		
	FACTOR V	0,189	<0,001		
	Moralidad/Rel	0,112	<0,001		
	Modelo 6			49,6	<0,001
Total CIMEC	0,453	<0,001			
ORGANIZACIÓN	-0,311	<0,001			
AUTONOMÍA	-0,122	<0,001			

	FACTOR V	0,184	<0,001		
	Moralidad/Rel	0,116	<0,001		
	FACTOR IV	-0,141	0,001		
	Modelo 7			50,0	<0,001
	Total CIMEC	0,453	<0,001		
	ORGANIZACIÓN	-0,255	<0,001		
	AUTONOMÍA	-0,093	0,004		
	FACTOR V	0,170	<0,001		
	Moralidad/Rel	0,161	<0,001		
	FACTOR IV	-0,136	0,002		
	Total FES	-0,109	0,015		
	Modelo 8			50,4	<0,001
	Total CIMEC	0,635	<0,001		
	ORGANIZACIÓN	-0,255	<0,001		
	AUTONOMÍA	-0,092	0,005		
	FACTOR V	0,150	0,001		
	Moralidad/Rel	0,153	<0,001		
	FACTOR IV	-0,163	<0,001		
	Total FES	-0,109	0,015		
	FACTOR I	-0,164	0,028		

Como hemos podido observar en el caso de las mujeres (tabla 4.34) la variabilidad es algo mayor que en la población total ascendiendo hasta un 49,6% de la variabilidad del test EAT-26 se explica a través de los factores socioculturales y familiares. En el caso del hombre (tabla 4.33) este dato desciende hasta el 18,3%. A grandes rasgos los factores más importantes que contribuyen son: el total del test CIMEC-26, la organización, autonomía (no relevante en el caso de los hombres que es sustituido por la dimensión moralidad-religiosidad) y el factor V del CIMEC, es decir, la influencia de las situaciones sociales en mujeres y población general a diferencia de los hombres que consistió en el factor IV (influencia de los modelos sociales).

4.10 CURVA ROC PARA EL CUESTIONARIO CIMEC-26 Y EL CUESTIONARIO FES

Para comprender los siguientes resultados relacionados con el estudio de los distintos test usados (CIMEC-26 y FES) como predictores de riesgo de padecer trastornos del comportamiento alimentario (TCA), debemos exponer que la curva ROC es uno de los métodos más usados para determinar la calidad diagnóstica de un parámetro o de una variable (Martínez- Camblor, 2007).

Brevemente, el procedimiento estadístico de las curvas ROC (Receiver Operating Characteristics) sirve para determinar un punto de corte a partir del cual un sujeto puede decirse que sufre o no una patología. La principal ventaja de este método es que es capaz de analizar simultáneamente la especificidad y la sensibilidad del punto de corte elegido, en cuanto al diagnóstico se refiere.

En el presente estudio, la patología es el riesgo de padecer trastornos del comportamiento alimentario (TCA), y nuestro objetivo es saber a partir de qué puntuación de los test CIMEC-26 y FES o una combinación de ambos, se puede obtener una puntuación capaz de definir a un sujeto como individuo con riesgo de padecer TCA, con la mayor sensibilidad y especificidad posible.

4.10.1 Curva ROC para el cuestionario CIMEC-26

Analizamos las variables del test CIMEC-26 como diagnósticas del riesgo de padecer TCA. En la población total, en la siguiente figura se muestra el análisis de curvas ROC para el total del CIMEC:

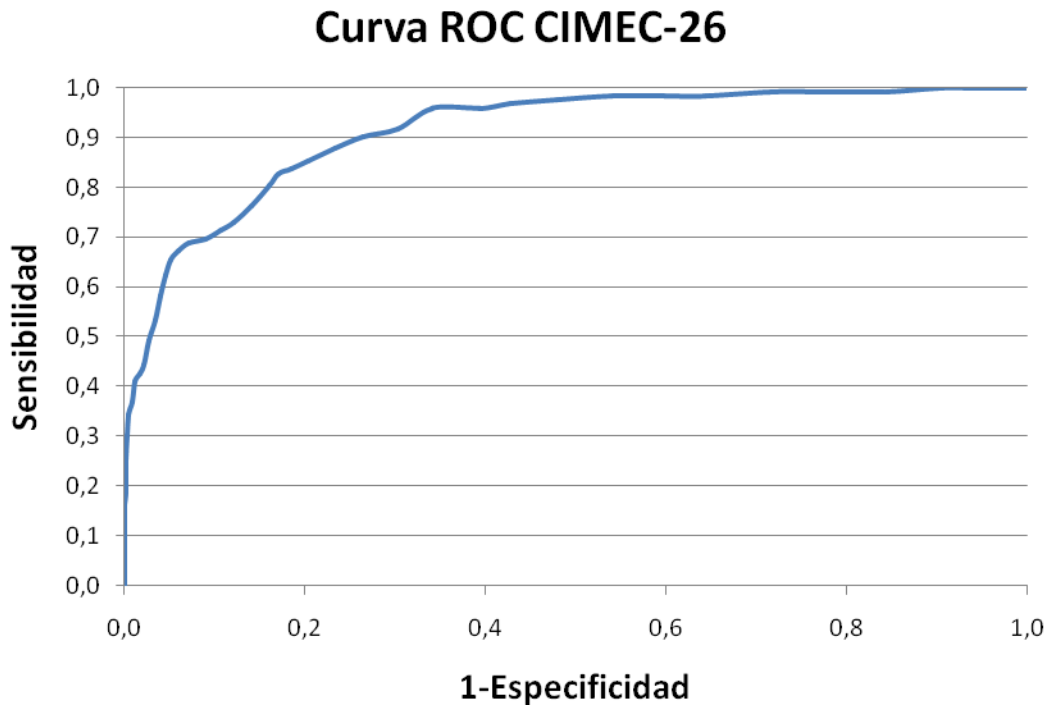


Figura 4.34 Curva ROC para la puntuación total del CIMEC-26

Tabla 4.39 Análisis de curva ROC para la puntuación total del CIMEC-26

	<i>Criterio</i>	<i>Sensibilidad (%)</i>	<i>Especificidad (%)</i>	<i>AUC ± d.e.</i>
Total CIMEC	19,5	82,8	82,9	0,912 ± 0,014

Además, como el test CIMEC-26 está compuesto por cinco factores, nos planteamos la posibilidad de que algún factor tuviese mayor criterio que el propio cuestionario CIMEC-26. Por este motivo, volvimos a realizar este mismo análisis pero usando los factores de forma individualizada. Los resultados se muestran a continuación:

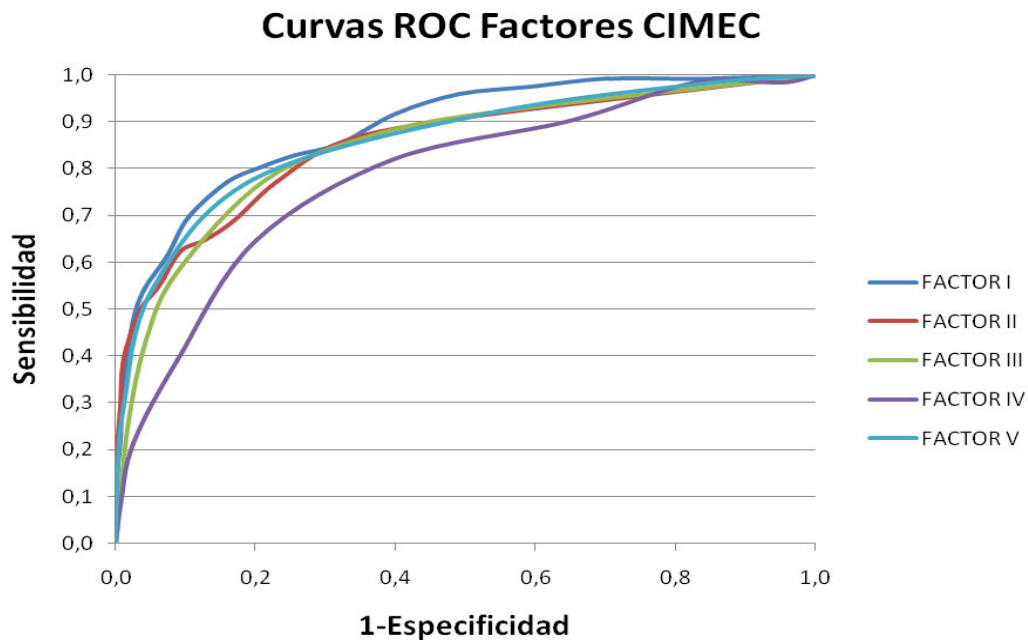


Figura 4.35 Curva ROC para los factores del CIMEC-26

Tabla 4.40 Análisis de curva ROC para los factores del CIMEC-26

	<i>Criterio</i>	<i>Sensibilidad (%)</i>	<i>Especificidad (%)</i>	<i>AUC ± d.e.</i>
Total CIMEC	19,5	82,8	82,9	0,912 ± 0,014
Factor I	8,5	77	84	0,885 ± 0,016
Factor II	2,5	77	77	0,849 ± 0,021
Factor III	2,5	77,9	78,4	0,842 ± 0,021
Factor IV	4,5	64,8	79,9	0,780 ± 0,023
Factor V	2,5	77,9	80,3	0,850 ± 0,021

Según estos datos, después de la puntuación total del CIMEC-26, el mejor criterio parece ser el factor I, seguido del factor V y el factor II.

Este mismo procedimiento se llevó a cabo en hombres y en mujeres, tras lo cual obtuvimos los siguientes resultados. Así, cuando analizamos a los hombres del presente estudio, obtuvimos los siguientes datos:

Tabla 4.41 Análisis de curva ROC para la puntuación total del CIMEC-26 en hombres

	<i>Criterio</i>	<i>Sensibilidad (%)</i>	<i>Especificidad (%)</i>	<i>AUC ± d.e.</i>
Total CIMEC	13,5	85,7	83,1	0,889 ± 0,039

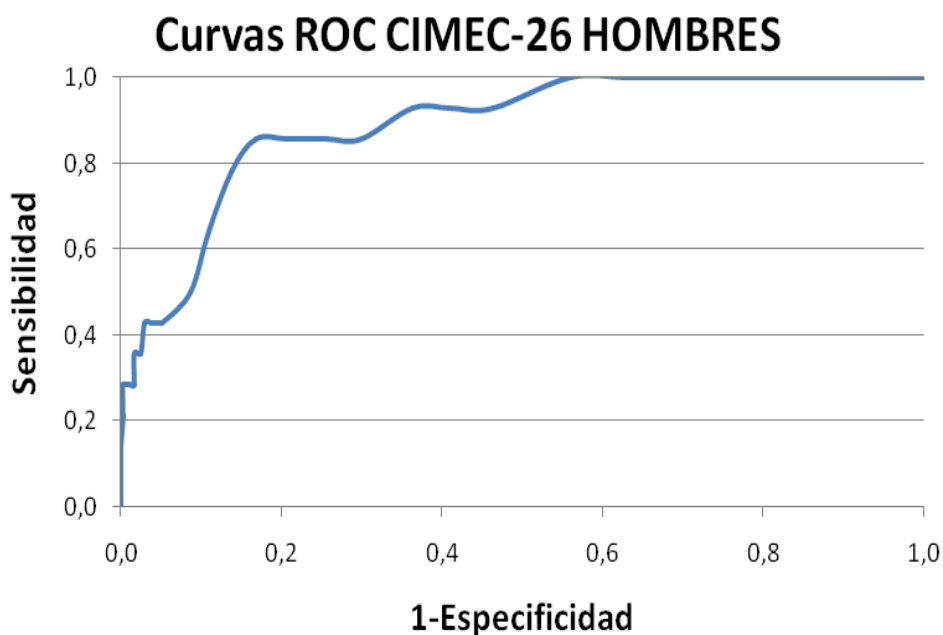


Figura 4.36 Curva ROC para la puntuación total del CIMEC-26 en hombres

En este caso, el criterio de corte para los hombres es de 13,5, un punto mucho más bajo que el de la población total. Además, este dato resulta sorprendente puesto que es una puntuación, a nuestro parecer excesivamente

baja, teniendo en cuenta el punto de corte del cuestionario que se sitúa en 15 puntos (Toro, Salamero y Martínez, 1994). Sin embargo, el criterio 13,5 que proponemos tiene una mayor sensibilidad (85,7% frente a 64,3%) aunque tiene una menor especificidad (83,1% frente a 89,1%).

En cuanto a las mujeres, nuestros datos indican los siguientes resultados:

Tabla 4.42 Análisis de curva ROC para la puntuación total del CIMEC-26 en mujeres

	<i>Criterio</i>	<i>Sensibilidad (%)</i>	<i>Especificidad (%)</i>	<i>AUC ± d.e.</i>
Total CIMEC	25,5	74,1	88,2	0,894 ± 0,017

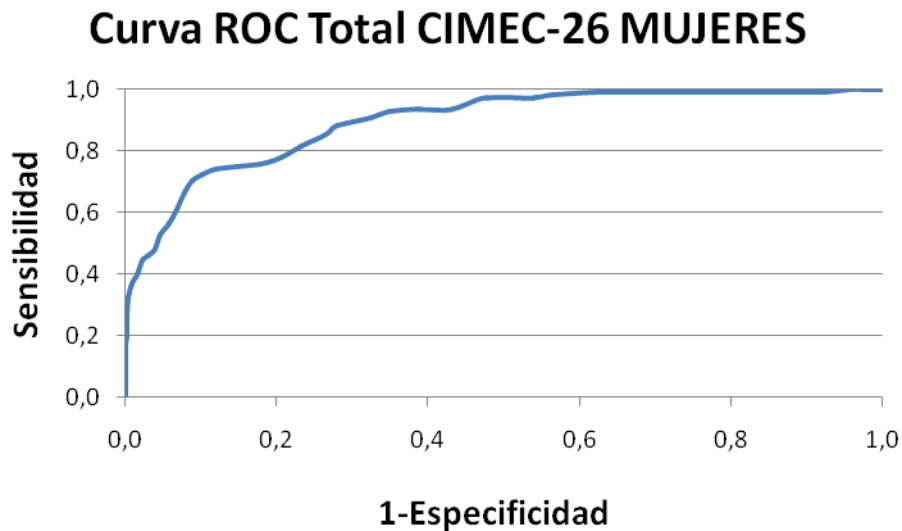


Figura 4.37 Curva ROC para la puntuación total del CIMEC-26 en mujeres

Realmente es llamativo el elevado criterio que hemos seleccionado ya que en las mujeres del presente estudio, la puntuación a partir de la cual se puede definir como con riesgo de padecer TCA es de 25,5 puntos, para una sensibilidad del 74,1% y una especificidad del 88,2%. Sin embargo, hay que recordar que el

punto de corte propuesto en la bibliografía revisada es de 15 puntos, que en nuestro estudio muestra una mayor sensibilidad (93,5%) pero una menor especificidad (62,3%). En este caso, parece más relevante obtener un índice con la mayor sensibilidad posible, ya que la sensibilidad de un test indica la capacidad que posee éste para detectar la enfermedad que es precisamente lo que más nos interesaba, detectar personas con riesgo.

Al igual que en la población total, realizamos el análisis de las curvas ROC teniendo en cuenta los diferentes factores que componen el test CIMEC-26. En este sentido, en hombres, obtuvimos los siguientes datos:

Tabla 4.43 Análisis de curva ROC para los factores del CIMEC-26 en hombres

	<i>Criterion</i>	<i>Sensibilidad (%)</i>	<i>Especificidad (%)</i>	<i>AUC ± d.e.</i>
Total CIMEC	13,5	85,7	83,1	0,889 ± 0,039
Factor I	4,5	78	79,6	0,878 ± 0,038
Factor II	1,5	64,3	84,2	0,780 ± 0,071
Factor III	2,5	57,1	87,2	0,779 ± 0,078
Factor IV	4,5	50	67,5	0,710 ± 0,070
Factor V	2,5	50	87,5	0,701 ± 0,090

Mientras que en las mujeres, los datos se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 4.44 Análisis de curva ROC para los factores del CIMEC-26 en mujeres

	<i>Criterion</i>	<i>Sensibilidad (%)</i>	<i>Especificidad (%)</i>	<i>AUC ± d.e.</i>
Total CIMEC	25,5	74,1	88,2	0,894 ± 0,017
Factor I	8,5	81,5	74,6	0,860± 0,021
Factor II	5,5	66,7	84,9	0,832± 0,024
Factor III	2,5	80,6	71,4	0,818± 0,023
Factor IV	4,5	66,7	74,2	0,759± 0,026
Factor V	2,5	81,5	74,6	0,850± 0,021

4.10.2 Curvas ROC para el cuestionario FES

Asimismo, realizamos el análisis de las curvas ROC comparando la puntuación total del test FES, así como la puntuación de cada una de sus dimensiones y sus subescalas. Sin embargo, como hemos comentado con anterioridad, la puntuación total del FES es un dato que carece de valor práctico, por lo que hemos analizado directamente las diferentes subescalas que componen este cuestionario. En la población total, obtuvimos los siguientes resultados:

Tabla 4.45 Análisis de curva ROC para las subescalas del FES:

	<i>Criterio</i>	<i>Sensibilidad (%)</i>	<i>Especificidad (%)</i>	<i>AUC ± d.e.</i>	
	Cohesión	7,5	27,9	42,4	0,324 ± 0,026
	Expresividad	5,5	51,6	32,0	0,380 ± 0,025
	Conflicto	3,5	56,6	77,7	0,675 ± 0,026
	Autonomía	5,5	36,1	43,3	0,380 ± 0,026
	Actuación	5,5	55,7	48,6	0,514 ± 0,028
	Intelectual-cultural	6,5	28,7	56,3	0,355 ± 0,028
	Social-recreativo	5,5	38,5	43,9	0,359 ± 0,027
	Moralidad religiosa	4,5	57,4	59,9	0,612 ± 0,028
	Organización	6,5	27,9	38,3	0,270 ± 0,028
	Control	4,5	50,8	55,6	0,517 ± 0,025

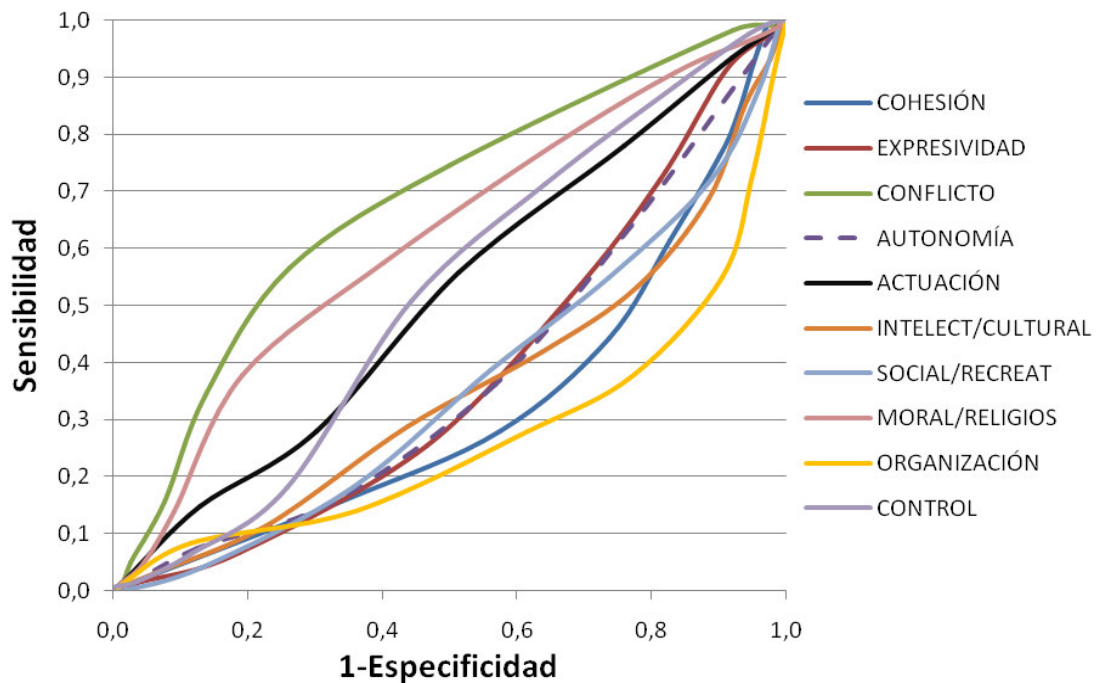


Figura 4.38 Curva ROC para las subescalas del FES

A la luz de nuestros resultados, podemos destacar que de todas las subescalas que definen el clima familiar, solamente el conflicto, la actuación, la moralidad/religiosidad y el control presentaron un $AUC > 0,5$, lo que indica cierta validez de estas variables como predictores del riesgo de TCA, mientras que las otras subescalas, al tener un AUC tan bajo no se deberían usar para el pronóstico de estas alteraciones.

De todas formas, estos datos hacen referencia a la población total, sin embargo, quizá sea más preciso realizar este mismo análisis dividiendo la población en función del sexo. Al analizar el grupo formado por los hombres obtenemos los siguientes resultados:

Tabla 4.46 Análisis de curva ROC para las subescalas del FES en hombres:

	<i>Criterio</i>	<i>Sensibilidad (%)</i>	<i>Especificidad (%)</i>	<i>AUC ± d.e.</i>
COHESIÓN	7,5	42,9	42,0	0,380±0,084
EXPRESIVIDAD	6,5	42,9	55,0	0,478±0,069
CONFLICTO	3,5	50,0	73,6	0,622±0,081
AUTONOMÍA	5,5	64,3	39,5	0,529±0,075
ACTUACIÓN	7,5	28,6	85,6	0,542±0,077
INTELECTUAL CULTURAL	6,5	42,9	57,5	0,472±0,077
SOCIAL RECREATIVO	6,5	75,7	64,3	0,456±0,084
MORALIDAD RELIGIOSIDAD	4,5	71,4	58,6	0,648±0,084
ORGANIZACIÓN	7,5	21,4	62,4	0,281±0,088
CONTROL	4,5	57,1	52,9	0,538±0,071

Como vemos en la tabla 4.42, en los hombres se mantienen las mismas variables a las que se le suma la autonomía, como las de mejor criterio, sin embargo, la relevancia de cada una de ellas sí cambia, ya que en este caso, la subescala que obtuvo un mayor AUC, y por lo tanto, una mejor relación sensibilidad por especificidad fue sorprendentemente la variable moralidad/religiosidad. La siguiente en importancia fue el conflicto, que recordamos que era la subescala más importante en la población total.

Al mismo tiempo, en las mujeres, obtuvimos los siguientes resultados:

Tabla 4.47 Análisis de curva ROC para las subescalas del FES en mujeres:

	<i>Criterio</i>	<i>Sensibilidad (%)</i>	<i>Especificidad (%)</i>	<i>AUC ± d.e.</i>
COHESIÓN	6.5	43.5	28.0	0,319±0,028
EXPRESIVIDAD	5.5	50.0	29.0	0,355±0,028
CONFLICTO	3.5	57.4	73.8	0,681±0,029
AUTONOMÍA	5.5	32.4	46.2	0,366±0,029
ACTUACIÓN	5.5	55.6	55.1	0,541±0,030
INTELECTUAL CULTURAL	6.5	26.9	55.3	0,337±0,030
SOCIAL RECREATIVO	6.5	37.0	44.9	0,350±0,028
MORALIDAD RELIGIOSIDAD	4.5	55.6	60.9	0,611±0,030
ORGANIZACIÓN	6.5	28.7	39.6	0,269±0,030
CONTROL	4.5	50.0	57.8	0,526±0,028

En este caso, encontramos que al igual que en la población general, los mejores criterios son los de conflicto, moralidad/religiosidad, actuación y control, por ese orden. Únicamente varía respecto a la población general el orden de la actuación y el control, que están invertidas respecto a la población total.

En conclusión, según nuestros datos podemos concluir que el mejor criterio diagnóstico para predecir personas con riesgo de padecer trastornos alimentarios, además del propio test EAT-26, debería ser aquellos sujetos con una puntuación mayor o igual a 19,5 en el test CIMEC-26 en población general (13,5 para los hombres y 25,5 para las mujeres) y mayor o igual a 3,5 en la variable de CONFLICTO FAMILIAR tanto para población general como para hombres o mujeres.

CAPÍTULO V.- DISCUSIÓN

5.-DISCUSIÓN

5.1. JUSTIFICACIÓN DE LA METODOLOGÍA EMPLEADA

En nuestra investigación, nos planteamos inicialmente abordar ciertos aspectos relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) que aún no se encontraban clarificados. En este sentido, hemos analizado comparativamente los factores socioculturales y familiares de población universitaria y población diagnosticada, y concretamente, para llegar a estudiar dichos factores dividimos la población en tres grupos de sujetos: por un lado se encuentra la muestra universitaria, que tras estudiar la prevalencia de riesgo de TCA se divide en sujetos que poseen riesgo de padecer TCA (grupo de riesgo) y sujetos sin riesgo (grupo control) y, por otro lado, la muestra perteneciente a la Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia y Bulimia (ADANER) de Murcia, compuesta por sujetos diagnosticados de TCA.

Como se ha descrito en la sección de material y métodos, la selección de la muestra se realizó a partir de una población finita compuesta por 5.204 alumnos pertenecientes a la UCAM. El cálculo de la muestra del estudio se realizó en base a estimación, por estudios previos realizados en población universitaria (Sepúlveda, et al, 2004; Ruiz Martínez et al, 2005). Finalmente nuestra muestra estuvo compuesta por 894 alumnos, 515 mujeres y 379 hombres. De esta forma, los resultados obtenidos en este estudio, libres de errores sistemáticos, poseen validez externa. De esta forma, son perfectamente extrapolables a la población universitaria de la UCAM que cumplan los criterios de inclusión y de exclusión fijados.

En cuanto a la población de ADANER (población diagnosticada) intentamos alcanzar una "n" que pudiera compararse a la población de riesgo de TCA (n= 65). Al final, la muestra quedó compuesta por 60 individuos, 58 mujeres y 2 hombres. De hecho, en nuestra opinión, uno de los inconvenientes de la presente investigación es que existen pocos hombres diagnosticados de TCA, aunque tenemos que recordar que es bastante difícil encontrar varones diagnosticados, puesto que, el trastorno alimentario es menos prevalente que en

mujeres. Debido a esto los datos que obtenemos al dividir la población diagnosticada en función del género hay que considerarlos con mucha precaución. En todo caso, nos servirán sólo como un indicador de lo que puede estar ocurriendo en estos pacientes.

Consideramos que la presente investigación es de gran interés pues aporta información relevante debido a las distintas novedades que se dieron en nuestro trabajo. Por un lado, estudiar a la población universitaria y, por otro, incluir a los varones tal como demandaba Ruiz-Lázaro (2002), Sepúlveda et al (2004) Correa et al (2006) que abogaban, algunos de estos autores, por la necesidad de incrementar los estudios dirigidos a delimitar los problemas alimentarios en el ámbito universitario y, otros a incluir a la población masculina. Además, también era demandado un estudio en el que se incluyera población general y población diagnosticada en el mismo estudio (Cruzat et al, 2008) para poder realizar un estudio comparativo, puesto que, existen numerosos trabajos con una u otra muestra de estudio pero no con ambas simultáneamente.

Si bien es cierto que los estudios más rigurosos para conocer la epidemiología real de los trastornos alimentarios (TCA) son los estudios de dos fases (primera fase de obtención de las personas consideradas de riesgo y segunda fase de entrevista clínica donde se comprueban los diagnósticos de los distintos tipos de TCA), prevalecen los estudios de una fase, que son indicativos de la prevalencia de riesgo del trastorno y no de la prevalencia real.

No obstante, la presente investigación no tenía por objetivo estudiar la prevalencia real y sí el porcentaje de riesgo, por dicho motivo, nuestra investigación se realizó a través de una metodología de una fase con el propósito de dividir a la población universitaria en función del riesgo de TCA y a su vez comparar sus datos con la población diagnosticada, para poder realizar una comparativa de los factores socioculturales y familiares en los tres grupos. Estos grupos quedaron distribuidos tal como podemos observar en la siguiente figura:

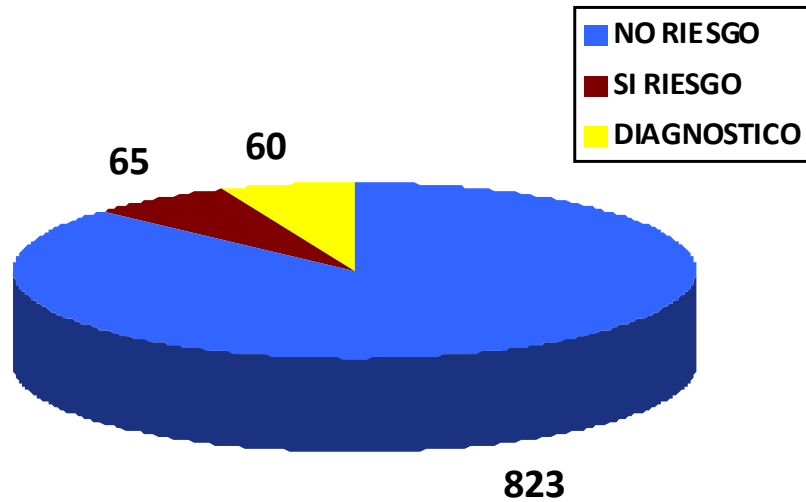


Figura 5.1 Grupos que componen la muestra de estudio

Por otro lado, el instrumento empleado para realizar la división de la población universitaria en función del riesgo de TCA fue el cuestionario EAT-26 y, por tanto, a través de su punto de corte discriminamos a la población con riesgo de la sin riesgo.

Además del cuestionario comentado anteriormente, empleamos en este caso para toda la población objeto de estudio, tanto en la población universitaria como en la diagnosticada, otros tres cuestionarios. El primero, un cuestionario sociodemográfico cuya función fue conocer las características sociodemográficas de la población objeto de estudio. Y los cuestionarios CIMEC- 26 y FES para evaluar la influencia de los factores socioculturales y el clima familiar respectivamente.

5.2 BREVE COMENTARIO DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA DE ESTUDIO:

Se estudiaron diversas variables sociodemográficas en las dos poblaciones estudiadas (universitaria y diagnosticada), donde algunas de ellas son dignas de resaltar.

En referencia al género, la muestra universitaria se encuentra distribuida casi equitativamente, con un ligero predominio de mujeres respecto a hombres (ver figura 4.1) distribución que no se cumple en la población diagnosticada en la que prácticamente la totalidad de la muestra está compuesta por mujeres. De esta forma, en el caso de la población universitaria nos permite dividir la población en función del género y los datos son totalmente fiables; no obstante, en el caso de la población diagnosticada debemos de comentar que los resultados extraídos en función del género deben ser analizados con cautela. Lo cierto es que debido a la menor prevalencia de TCA en hombres que en mujeres, tal y como han descrito previamente Lugli y Vivas (2006^a), nos resultó prácticamente imposible aumentar el número de varones diagnosticados para su inclusión en nuestro estudio. Lo mismo situación se produjo en la investigación de Vázquez y Raich (1997) en la que sólo incluyeron a un varón.

El dato más representativo de las características sociodemográficas de nuestro estudio fue que coincidió el patrón de convivencia en familia para la población universitaria y para la diagnosticada (ver figura 4.6 y figura 4.13) Además, mientras que en el grupo diagnosticado “vivir sólo” sería la segunda opción mayoritaria de convivencia, en la población universitaria la segunda opción más elegida fue la “convivencia con compañeros de piso”.

El nivel socioeconómico predominante tanto en la población universitaria como en la población diagnosticada es el nivel medio, muy por encima de los otros niveles socioeconómicos, siempre desde el punto de vista del propio sujeto de estudio (ver figura 4.7 y figura 4.14).

Además, en ambas muestras las edades medias son similares ya que en la población diagnosticada la media de edad se sitúa en torno a 24 años y en la población universitaria se sitúa en 22 años (ver tabla 4.5 y tabla 4.8). El IMC autopercebido se sitúa en una media de 21,23 kg/m², dentro de los valores de normalidad según la clasificación de la SEEDO (Salas Salvado et al, 2007) y de la

Organización Mundial de la Salud (WHO, 1998), al igual que ocurre con la media de la población universitaria que se encuentra dentro de los parámetros de normopeso (22,7 Kg. /m²). Aunque pudiera parecer una paradoja el hecho de que los pacientes con TCA se encuentren en situación de normopeso, en realidad no lo es, pues esta situación deriva del óptimo resultado del tratamiento dietético que están siguiendo o, en otros casos, que ya han completado. Además, en ambas muestras existe un mayor porcentaje de sujetos solteros. Dato que no nos resulta sorprendente debido a la media de edad de los sujetos de estudio. Este predominio de solteros también se daba en otros estudios como el de Chávez (2006).

Finalmente, nos gustaría indicar que al igual que otros estudios, como los de García Iriarte et al (2006), Gil García et al (2007), las puntuaciones del EAT para la población total se correlacionan con el IMC autopercebido, sin embargo, el coeficiente de correlación obtenido en el presente estudio fue tan bajo ($r= 0.079$, $P= 0,019$) que apenas se le puede atribuir un significado clínico, sino que probablemente, la correlación observada se debe al elevado tamaño de la muestra. Este hecho queda patente cuando dividimos la población en función del género ya que obtenemos coeficientes de correlación más elevados ($r= 0,147$ y $r= 0,148$ para hombres y mujeres respectivamente).

Existe un trabajo reciente de Jáuregui Lobera et al (2009) en el que para el total de la muestra no encuentran correlación significativa entre IMC y EAT, sin embargo, estos autores obtuvieron un índice de correlación similar al nuestro ($r=0,105$), lo que confirma que la relación observada en nuestro estudio se debe al elevado tamaño muestral. Hay que destacar que en este estudio de Jáuregui Lobera et al., al dividir la población en función del género se observa una relación entre IMC y EAT en el caso de las mujeres pero no así en el caso de los hombres, mientras que en nuestro estudio, la relación entre IMC y EAT permanece en ambos sexos.

Todo esto parece indicar que la influencia del grado de obesidad sobre el riesgo de padecer TCA es similar en mujeres y hombres con una tendencia que indica que a mayor IMC mayor riesgo de padecer trastornos alimentarios, al menos en grupos de población con la misma edad, mientras que en poblaciones preadolescentes, como la población de estudio de Jáuregui Lobera et al., la influencia del IMC parece ser mayor en mujeres que en hombres.

Para finalizar y realizando una breve síntesis podemos observar en la siguiente figura las similitudes obtenidas en nuestros resultados entre la población universitaria y la población clínica.

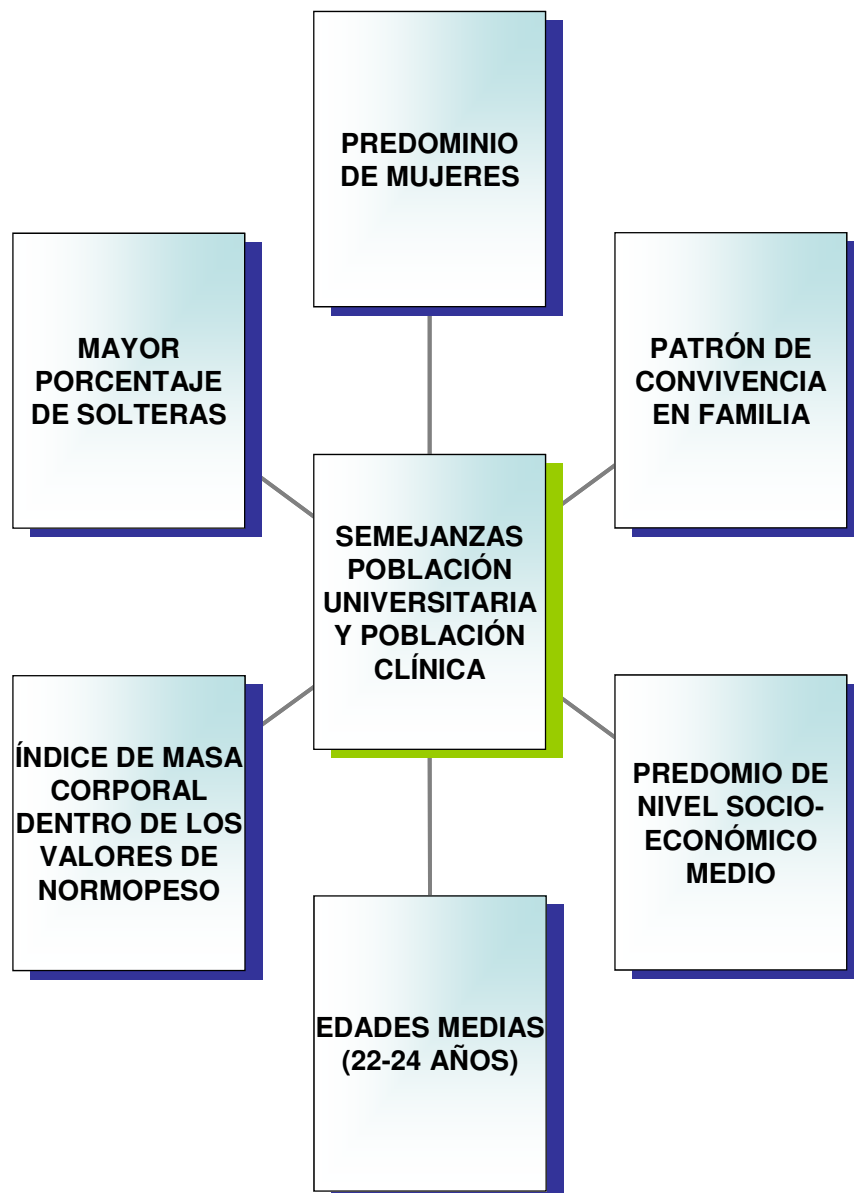


Figura 5.2 Semejanzas sociodemográficas entre la población universitaria y la población diagnosticada

5.3. ACERCA DEL RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:

En el presente trabajo, nuestros datos indican que existe un mayor riesgo de padecimiento de trastornos alimentarios en mujeres, en la misma línea que muestran diversos estudios llevados a cabo en población universitaria, así como otros estudios realizados en población adolescente como los de Arrufat Nebot (2006), González Juárez et al (2006), Cano et al (2007), Fandiño et al (2007), entre otros.

Centrándonos en nuestros resultados, obtenemos que de las 65 personas consideradas de riesgo, el 81,5% fueron mujeres lo que resalta la prevalencia femenina de estos trastornos.

El hecho de que el porcentaje de riesgo sea mayor en mujeres no es algo anecdótico, pues la literatura científica coincide con este dato (Behar et al, 2007^a; Cano et al, 2007; Martín et al, 2008). Pero además, en nuestra investigación, comprobamos que las diferencias en el riesgo (medido mediante el cuestionario EAT-26) de mujeres y hombres eran estadísticamente significativas, lo que nos indica efectivamente mayor riesgo en mujeres. En nuestro caso, además quisimos observar si el dato se reforzaba al comprobar la puntuación total obtenida mediante el cuestionario EAT-26. Así, obtuvimos que efectivamente, el valor medio del test EAT-26 era significativamente más elevado en mujeres que en hombres (ver tabla 4.11).

En la población estudiada de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (n= 894), nuestros datos indican una prevalencia de riesgo de TCA de 7,3%. Dividida en función del sexo, encontramos que la prevalencia en mujeres se sitúa en el 10,3% y los hombres en el 3,2%. De forma general, en los estudios de una fase como el nuestro, donde se mide el riesgo de trastorno alimentario, se observa que en la mayoría de las publicaciones los datos son similares a los nuestros, tal y como comentamos a continuación:

Si comenzamos comparando nuestros datos con diversos estudios realizados en entornos socioculturales muy diferentes al nuestro, como por ejemplo, las regiones en desarrollo de Sudamérica, donde curiosamente es donde se han realizado la mayoría de trabajos en este campo, los autores Ruiz Martínez et al, 2005 observaron en un trabajo realizado en estudiantes universitarios de

México una prevalencia de TCA de 14,5% y 24,59% en mujeres de la universidad pública y privada respectivamente. Como vemos, aunque los datos de prevalencia son ligeramente superiores a los de nuestra investigación, este estudio pone de manifiesto la alta tasa de riesgo de padecer TCA que tiene la población universitaria.

En Chile (Behar et al, 2007^b) se realizó un estudio que mostró que el 15% de la población poseía riesgo de TCA, concretamente, un 23% de las mujeres y un 2% de los varones poseían riesgo de desarrollar alguna patología alimentaria. Otro trabajo semejante es el de Cano et al (2007) en Colombia, en el que con un instrumento de screening diferente al nuestro (EDI-2), encuentra una prevalencia superior con un 17,3% para las mujeres y una similar puntuación de 3,8% para los hombres.

Otros estudios como el de Fandiño et al (2007), realizado en Colombia, muestran cifras de prevalencia tanto en mujeres (51,1%) como en hombres (26,8%) que se disparan exageradamente. La explicación podría ser, por un lado, el instrumento de screening usado, la encuesta de comportamiento alimentario (ECA) que no es tan ampliamente empleada y estudiada en las investigaciones de este tipo como el cuestionario Eating Actitudes Test (EAT). Por otro lado, es probable que la prevalencia en ciertos países, como por ejemplo, los del área Sudamericana (en especial Colombia) sea en realidad tan elevada (Rueda et al, 2005^a), lo que indica que hay que tener cierta cautela en la comparación con nuestros resultados.

Siguiendo con este tipo de estudios realizados en otros entornos socioculturales, hallamos que en Turquía (Kugu, 2006) se da una prevalencia total, para una muestra compuesta por varones y mujeres, de 7,4% que es la misma prevalencia que hemos observado en nuestro estudio (7,3%).

Pero evidentemente, para poder comparar con mayor precisión nuestros datos es más recomendable atender a estudios realizados en nuestro país, lamentablemente éstos son escasos. Tras una revisión bibliográfica sólo hemos sido capaces de encontrar dos estudios de prevalencia en población universitaria española, el realizado por Lameiras et al (2002) donde encuentran una prevalencia de TCA para universitarios de ambos sexos de 6,4%, levemente inferior que en nuestro estudio, y otro de Sepúlveda et al (2004) que hallan una prevalencia de

riesgo de TCA mayor que la nuestra con 20,8% en mujeres y 14,9% en hombres. Estas diferencias pueden deberse también al hecho de que estos estudios se han llevado a cabo en diferentes comunidades autónomas o a otros factores como el diferente tamaño muestral.

Por último, comentamos en la introducción la existencia de un trabajo de investigación (Gómez et al, en prensa) realizado en el mismo entorno universitario, es decir, en población universitaria de Murcia (UCAM) pero en este caso sólo centrado en el primer curso de la carrera de Enfermería (128 estudiantes) dando como resultado una prevalencia de riesgo 18,8%. Como vemos, estos resultados son más elevados que los del presente estudio, pero como podemos observar las diferencias pueden ser debidas al diferente tamaño muestral y diferente composición por sexos, además de ser una investigación realizada varios años antes.

Si nos centramos en los estudios realizados en población adolescente pues éstos son los más abundantes, encontramos una tendencia similar a la nuestra. Así, en Córdoba, en un estudio llevado a cabo por Poyato et al, se obtuvo una prevalencia de 8,9% de riesgo de TCA en adolescentes de 14 a 17 años, con un 15,3% en mujeres y 2,6% en varones (Poyato et al, 2002). En Sevilla otro estudio con una media de edad de 13 años obtiene una prevalencia total de un 8,8%, muestra compuesta por mujeres y hombres (Díaz Benavente et al, 2003).

En Murcia, Linde (2005) obtuvo una prevalencia de 6,3% de TCA en población adolescente de 12 a 17 años. Dato que nos confirma que efectivamente existe una gran prevalencia en el entorno universitario, puesto que, nuestros datos son muy similares a los hallados por Linde en su trabajo.

Finalmente, Cabrera et al (2006) obtuvo una prevalencia mayor que la nuestra, concretamente un 18,2% en el total de la muestra y 21,9% para mujeres y 13,8% para varones en edades comprendidas de 12 a 19 años aunque si bien es cierto que al igual que en nuestro caso las diferencias entre chicas y chicos fueron significativas. A continuación se muestran los diferentes estudios nacionales y las distintas prevalencias de riesgo de TCA encontradas:

Tabla 5.1 Prevalencias de riesgo en distintas poblaciones y presente investigación

AUTOR Y AÑO	PREVALENCIA MUJERES (%)	PREVALENCIA HOMBRES (%)	PREVALENCIA TOTAL (%)
Poyato, 2002	15,3	2,6	8,9
Ballester et al, 2002	16,3	0,4	-
Díaz Benavente et al, 2003	-	-	8,8
Gandarillas et al, 2000	15,3	2,2	-
Linde 2005	-	-	6,3
Arrufat Nebot, 2006	16,1	2,2	9,2
González Juárez et al, 2006	11,8	4,6	8,8
Cabrera et al, 2006	21,9	13,8	18,2
Gil García et al, 2007	-	-	11
NUESTRA INVESTIGACIÓN	10,3	3,2	7,3

Como hemos podido observar, de forma general, las prevalencias de las distintas poblaciones adolescentes son ligeramente superiores a la obtenida en nuestro trabajo, por lo que, podemos afirmar que este colectivo es más propenso a padecer este tipo de trastorno aunque, en cualquier caso, estos datos nos indican que la patología alimentaria es también un importante problema en la población universitaria española.

La existencia de dicha prevalencia tan elevada implica, a nivel sanitario, la necesidad de centrar los esfuerzos en este colectivo, y no sólo en el adolescente.

Así, en nuestra opinión, se requiere de la realización de tareas de prevención, detección temprana y tratamiento de esta patología alimentaria.

Como resumen de lo comentado, nuestros datos nos indican un mayor porcentaje de riesgo en mujeres que en hombres, en la misma línea que muestran diversos estudios llevados a cabo en población universitaria.

Los estudios de prevalencia de TCA en entornos universitarios son escasos y más si cabe al centrarnos en población española. Los existentes apuntaban la gran vulnerabilidad de este colectivo respecto al riesgo de TCA.

En nuestro caso, la población estudiada de la Universidad Católica San Antonio de Murcia posee una prevalencia total de riesgo de TCA de 7,3% (10,3% en mujeres y un 3,2% en hombres), que avala la hipótesis que indica la existencia de una alta prevalencia de riesgo de TCA en el colectivo universitario, así como la necesidad de afrontar este problema tomando las medidas necesarias, sobre todo a nivel de prevención, ya sea con el fin de reducir la prevalencia de riesgo de los diferentes trastornos de la conducta alimentaria, o a través de otra serie de medidas como la detección precoz del riesgo.

Por otro lado, aunque si bien es cierto que el colectivo femenino es el que posee mayor porcentaje de riesgo de TCA, los hombres también padecen este trastorno alimentario y cada vez más, por ello, es necesario destacar la necesidad de incluir en dichos programas de promoción, prevención, detección precoz y tratamiento a los varones.

5.4. FACTORES SOCIOCULTURALES:

En cuanto a los factores socioculturales, debemos de tener presente que al analizar otros estudios, uno de los factores clave en los que hay que tener especial cuidado es el país en el que se ha llevado a cabo dicho estudio, porque la influencia sociocultural puede variar enormemente de un país a otro, al tratarse de culturas diferentes.

Por esto, nos centraremos en primer lugar en los estudios españoles para contrastarlos con los datos obtenidos en la presente investigación, y en segundo lugar, incluiremos datos de otros países para observar si siguen el mismo patrón que en nuestro país.

En relación al total de la población universitaria, nuestros datos muestran que de los sujetos que sobrepasaron el punto de corte del cuestionario EAT-26, es decir, la población que poseía riesgo, el 89,2% le influían los factores socioculturales. En nuestra investigación, encontramos que un 90% de la población diagnosticada sobrepasaba el punto de corte del CIMEC-26, cuestionario que mide las influencias socioculturales sobre el modelo estético y corporal. Como vemos un dato completamente semejante al de la población con riesgo.

Por otro lado, de la población sin riesgo, es decir, población que obtuvo una puntuación inferior a 20 en el cuestionario EAT-26, sólo le influyen los factores socioculturales a 26,3%. Estos resultados se obtienen tanto en la población total como al dividirlos en función del género (figura 4.18).

Si profundizamos más en las variables socioculturales que componen el test CIMEC-26, nuestros datos muestran que para el total de la población estudiada los factores I, III y IV (malestar por la imagen corporal, influencia de los mensajes verbales e influencia de los modelos sociales respectivamente) se han obtenido diferencias significativas entre el grupo sin riesgo y los grupos con riesgo y diagnosticado (ver figura 4.22, 4.24, 4.25). Finalmente, para el factor II y V (influencia de la publicidad, influencia de las situaciones sociales) existen diferencias significativas entre los tres grupos, lo que parece indicar que al aumentar la probabilidad de padecer o incluso la gravedad del trastorno va aumentando la influencia de los factores II y V (figura 4.23, 4.26).

Desafortunadamente, estos datos son difíciles de comparar con estudios previos, ya que según nuestro conocimiento, no existen estudios realizados en España que hayan comparado una población diagnosticada con una población sana, dividida en función del riesgo. Sin embargo, sí existen estudios que analizan la influencia de los factores socioculturales en población sana y otros que investigan población diagnosticada, que comentamos a continuación:

5.4.1 Población no diagnosticada

Un estudio realizado en población adolescente no diagnosticada, como el realizado en Sevilla por Díaz Benavente et al (2003), encuentra una puntuación media de 16,55 en el cuestionario CIMEC-26. En nuestro caso, la población universitaria obtiene una media de 13,16. Como podemos observar, ambos resultados difieren ligeramente en unos tres puntos, pero dicha diferencia es relevante ya que hace que la puntuación media de población adolescente del estudio de Díaz Benavente et al (2003) se sitúe por encima del punto de corte del cuestionario fijado en 15 por sus autores (Toro et al, 1994) y, sin embargo, nuestra media se encuentra por debajo del punto de corte. Esto puede explicarse debido a que como más adelante debatiremos, el riesgo de TCA ($EAT-26 \geq 20$) influye en la puntuación del CIMEC-26, y en dicho estudio, el porcentaje de riesgo era más elevada (8,8%) que en nuestra investigación (7,3%).

Si continuamos centrando nuestra atención en la comparativa con población adolescente, podemos comprobar en la siguiente tabla que los adolescentes obtienen una puntuación similar en el malestar por la imagen corporal que las universitarias de nuestra investigación. Asimismo, se exponen las demás puntuaciones medias de los distintos factores del CIMEC-26 obtenidas en un estudio de Toro et al (2006):

Tabla 5.2 Comparativa de los diferentes factores del CIMEC-26 con Toro et al (2006)

FACTORES CIMEC-26	PUNTUACIÓN TORO ET AL (2006)	PRESENTE INVESTIGACIÓN (MUJERES)
Malestar por la imagen corporal	6,3	6,14
Influencia de la publicidad	3,2	2,74
Influencia de mensajes verbales	2,0	1,92
Influencia de los modelos sociales	3,3	3,61
Influencia de las situaciones sociales	2,3	1,96

A pesar de que estos resultados, no podemos concluir definitivamente que la población adolescente posea mayores puntuaciones en el CIMEC-26 que la población universitaria, ya que existen otros estudios como el de Rodríguez y Cruz (2008) en el que obtuvieron una puntuación inferior a la de nuestra investigación en cuanto a la media del cuestionario (16,36 frente al 15,30), el malestar por la imagen corporal (5,37 frente a 6,14), la influencia de mensajes verbales y la influencia de los modelos sociales.

En el estudio de Olesti et al (2008), realizado en adolescentes femeninas de Reus, obtuvo que la mayoría de las jóvenes con TCA sobrepasan el punto de corte del CIMEC, lo que les llevó a pensar a estos autores que existe una gran influencia de los medios de comunicación en los adolescentes. No obstante, Olesti et al (2008) y Toro (2000) nos indican que en nuestro país ha surgido una cierta polémica respecto a este tema debido a la falta de estudios autóctonos.

Si nos centramos en estudios pertenecientes a otros países, observamos que en general, sus datos concuerdan con los nuestros en cuanto a la existencia de una alta influencia de los factores socioculturales en la población con riesgo de TCA. De hecho, existen estudios en población universitaria que revelan la influencia sociocultural en esta población y apoyan nuestros resultados. Precisamente, un trabajo de Lugli y Vivas (2006^a) en Venezuela revela que las personas en riesgo de TCA reportan mayor influencia de los factores socioculturales.

En la siguiente tabla podemos observar la comparativa de los datos obtenidos en México por Rivarola y Penna (2006) y los de nuestra investigación, concretamente las puntuaciones de las mujeres universitarias que es la población que muestrean dichos autores:

Tabla 5.3 Comparativa de los diferentes factores del CIMEC-26 con un Rivarola y Penna (2006).

FACTORES CIMEC-26	PUNTUACIÓN RIVAROLA Y PENNA (2006)	PRESENTE INVESTIGACIÓN (MUJERES)
Malestar por la imagen corporal	7,12	6,14
Influencia de la publicidad	2,9	2,74
Influencia de mensajes verbales	1,61	1,92
Influencia de los modelos sociales	3,19	3,61
Influencia de las situaciones sociales	2,02	1,96

Como vemos en la anterior tabla, el malestar por la imagen corporal es algo inferior en nuestra muestra, hecho que coincide con otro estudio comparativo en universitarios entre España y México (Acosta García y Gómez Peresmitré, 2003) que obtienen que aún no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambas poblaciones, los mexicanos presentan tasas más altas de insatisfacción corporal.

Otro estudio realizado también en México, en población de ambos sexos, se encontró una asociación entre TCA e influencias socioculturales. Las influencias acerca de la imagen corporal fueron mayores en el caso de las mujeres, aunque el deseo de adelgazar y el malestar por la imagen corporal se dieron también en hombres (Vázquez Arévalo et al, 2002). Estos resultados coinciden con los nuestros, ya que, como hemos comentado recientemente, el malestar por la imagen corporal fue la subescala que obtuvo la mayor puntuación del cuestionario CIMEC-26 tanto en hombres como en mujeres.

Además, otros estudios como el de Lameiras et al (2003) y el de Acosta García y Gómez Peresmitré (2003), obtienen en universitarias españolas mayor insatisfacción corporal que en los hombres, como ocurre en nuestro trabajo.

5.4.2 Población diagnosticada

Si nos centramos en los estudios realizados sobre pacientes diagnosticados de TCA, Vázquez y Raich (1997) en un estudio en Barcelona con dichos pacientes nos indican una alta influencia de los aspectos socioculturales. De esta manera, la puntuación media de su muestra sobrepasaba el punto de corte del cuestionario del CIMEC. Estos datos concuerdan con los nuestros, puesto que la población diagnosticada de nuestra investigación sobrepasa ampliamente el punto de corte del CIMEC-26. Lamentablemente, el estudio de Vázquez y Raich (1997) no realiza una diferenciación en función de la patología alimentaria concreta que padece (AN, BN, TCANE), por lo que es difícil la comparación de sus datos con los nuestros. En el presente trabajo, al atender a esta cuestión, obtenemos que no existen diferencias significativas entre ningún tipo de patología ni en la puntuación total del test CIMEC-26, ni tampoco en ninguno de los factores que lo componen ($P > 0,05$ en todos los casos). Esto mismo ocurre al dividir la población que padece trastornos alimentarios en los diferentes subtipos. Es decir, no

encontramos diferencias entre los pacientes que sufren anorexia nerviosa purgativa, restrictiva, bulimia nerviosa purgativa o no purgativa y pacientes con TCANE ($P>0,05$ en todos los casos).

Además, es difícil comparar nuestros datos con los de Vázquez y Raich (1997), porque no compara a las pacientes con patología alimentaria con grupo control, como es nuestro caso, sino que administra el cuestionario a la triada familiar (hija, madre y padre) objetivo no contemplado en nuestra investigación. No obstante, podemos hacer una comparativa con las puntuaciones medias de las subescalas del CIMEC-26 entre estas pacientes con trastornos alimentarios y las nuestras. Así, encontramos que nuestra investigación posee puntuaciones algo superiores en todas las escalas, como podemos comprobar en la siguiente tabla:

Tabla 5.4 Comparativa de los diferentes factores del CIMEC-26 con Vázquez y Raich (1997)

<i>FACTORES DEL CUESTIONARIO CIMEC-26</i>	<i>PUNTUACIÓN VÁZQUEZ Y RAICH (1997)</i>	<i>PRESENTE INVESTIGACIÓN</i>
Malestar por la imagen corporal	8,81	11,7
Influencia de la publicidad	6	7,67
Influencia de mensajes verbales	2,9	3,85
Influencia de los modelos sociales	4,5	5,1
Influencia de las situaciones sociales	3,7	4,17

De estos datos se extrae que los factores que obtienen las mayores puntuaciones tanto en nuestro estudio como en el de Vázquez y Raich son el malestar por la imagen corporal, la influencia de la publicidad y la influencia de los modelos sociales, en ese orden.

Un estudio llevado a cabo en México, de López Aguilar et al (2003) que comparaba un grupo con trastorno de la conducta alimentaria no especificado y grupo control, obtuvo que el grupo con patología alimentaria rebasó el punto de corte del cuestionario CIMEC y obtuvo puntuaciones significativamente más altas en todos los factores de dicho cuestionario que el grupo control, aunque cabe resaltar que las mayores diferencias se encontraron en los factores de influencia de la publicidad y malestar por la imagen corporal, datos similares a los nuestros.

En nuestra investigación, encontramos que la influencia del modelo estético y corporal (test CIMEC) es semejante en la población de riesgo (89,2%) y en la diagnosticada (90%) y, sin embargo, en la población sin riesgo sólo le influye a un 26,3%.

Según nuestros resultados para el total de la población estudiada los factores I, III y IV (malestar por la imagen corporal, influencia de los mensajes verbales e influencia de los modelos sociales respectivamente) obtienen diferencias significativas entre el grupo sin riesgo y los grupos con riesgo y diagnosticado. Finalmente, para el factor II y V (influencia de la publicidad, influencia de las situaciones sociales) existen diferencias significativas entre los tres grupos, lo que parece indicar que al aumentar la probabilidad del trastorno va aumentando la influencia de los factores II y V, mientras que los factores I, III y IV influyen igual a un paciente diagnosticado que a un sujeto en riesgo de TCA.

En referente a la población no diagnosticada, los factores socioculturales que puntúan más alto son el malestar de la imagen corporal, la influencia de los modelos sociales y la influencia de la publicidad, en ese orden. Al igual que ocurre en estudios con población adolescente española como el de Toro et al (2006) y población universitaria de México como el de Rivarola y Penna (2006).

En cuanto a la población diagnosticada, coinciden los factores que más puntúan pero en diferente orden. Así, tenemos el malestar por la imagen corporal, la influencia de la publicidad y la influencia de los modelos sociales como los factores más importantes. De nuevo nuestros datos coinciden con un estudio en población adolescente española de Vázquez y Raich (1997).

Al realizar el análisis de ANOVA de una vía observamos que no existen diferencias significativas entre ningún tipo ni subtipo de patología alimentaria ni en la puntuación total del cuestionario CIMEC-26 ni en ninguno de los factores que lo componen.

5.5. FACTORES FAMILIARES:

Respecto a nuestros datos sobre los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) y su relación con los factores familiares, coincidimos con la afirmación que años atrás realizó Gual y Zapata (1993) donde exponen que aún no está clara la relación entre factores familiares y génesis y mantenimiento de trastorno alimentario, puesto que, una de las quejas que arguyen es que los estudios de dinámica familiar se han realizado sólo después del inicio de la patología y, por ello, se desconoce si son causa o consecuencia del trastorno.

Para intentar esclarecer esta situación fue realizado el planteamiento de nuestra investigación y, para ello, contamos con grupos con patología, sin patología y en situación de riesgo.

Además, debemos de tener en cuenta que las investigaciones existentes en el campo de las relaciones familiares son en la mayoría de los casos pertenecientes a otras poblaciones como por ejemplo las que se han realizado en otros países como México, Estados Unidos, China, Turquía, etc.; que en muchos casos poseen una cultura distinta a la nuestra y una forma diferente de concebir las relaciones familiares. En este sentido, no sabemos si se podrán trasladar sus resultados a nuestra población, es decir, si nuestros resultados son totalmente comparables a los suyos.

Además, en la mayor parte de los casos la población estudiada es, como hemos comentado anteriormente, población clínica donde realizan una diferenciación entre los distintos tipos de desórdenes alimentarios o población clínica y grupo control (no diagnosticado) o incluso sólo grupo no diagnosticado dividiéndolo en riesgo o no de trastorno alimentario.

La presente investigación trabaja como hemos explicado anteriormente con población clínica (pacientes con TCA), pero además, como novedad, investiga también a personas con riesgo y sin riesgo de TCA para poder hacer una comparativa que nos ayude a comprender mejor la influencia que tiene la dinámica familiar en la génesis y desarrollo de los TCA. No obstante, en nuestro caso, no hemos abarcado la perspectiva de los padres acerca del clima familiar sino el de la hija/o.

5.5.1 Clima familiar en pacientes con TCA y grupo control:

Según nuestros datos, comprobamos que existen diferencias significativas en el clima familiar entre pacientes y grupo control que en nuestro caso es la población universitaria ($p < 0,001$, test ANOVA de una vía con un test Post Hoc de Bonferroni). Dichas diferencias hacen referencia a la existencia de un clima social familiar más deteriorado en el caso de la población diagnosticada respecto a la población universitaria.

En la revisión bibliográfica hemos observado que existen diversos estudios que nos apuntan, en referencia al clima familiar, los mismos resultados que los de la presente investigación, puesto que se han encontrado diferencias significativas entre familias españolas con trastornos alimentarios y familias controles (Perera Figuerero, 2002).

Estudios previos realizados en otros países ya nos daban la clave de lo que ocurría en otras décadas y parece ser que sigue ocurriendo la misma situación respecto a este punto. Así, Johnson y Flach en 1985 con una muestra de pacientes con bulimia y grupo control observaron, a través del mismo cuestionario usado en nuestro estudio (test FES), la existencia de menor clima social familiar en los pacientes respecto al grupo control. Los mismos resultados obtuvieron Shisslak et al (1990) pues su muestra de pacientes con bulimia percibía una dinámica familiar más disfuncional que la muestra sin patología.

En la misma línea se encuentran los resultados de Morales et al (2002) en Costa Rica donde obtienen una dinámica disfuncional tanto en pacientes con anorexia como con bulimia. Iniewicz et al (2002) y Józefik (2002) obtienen que el grupo con anorexia percibe la relación de su funcionamiento familiar de forma negativa con respecto a la percepción del grupo control, siendo estas diferencias significativas.

Otra investigación que corrobora nuestros resultados es la de Claes et al (2004) en un estudio con población clínica y grupo control en el que halló una diferencia significativa en el ambiente familiar entre pacientes con y sin comportamiento alimentario.

También Unlü et al (2006) en un estudio en Turquía encuentran que los individuos con TCA perciben su función familiar como más problemática o difícil

en comparación con grupo control. Del mismo modo Wisotsky (2006) encontró una función familiar más disfuncional.

Por otro lado, Ruiz et al (2007) empleó en su estudio el mismo instrumento (FES) que el presente trabajo, y además también se realiza en población universitaria pero perteneciente a México, obteniendo resultados en consonancia con los nuestros en cuanto en tanto existen diferencias en el funcionamiento familiar entre personas con TCA y sin TCA.

5.5.2. Clima familiar en grupo control en función del riesgo de padecer TCA:

Acerca del clima familiar nos interesa conocer lo que ocurre a este respecto en una población sana, en concreto, la población universitaria, una vez se ha dividido en función del riesgo de padecer TCA.

En este sentido, en un estudio realizado en Colombia, Cano et al (2007) analiza también a población universitaria. Así, sus resultados indican que la funcionalidad familiar no se encontró relacionada con el riesgo de TCA. De este modo, no encontramos diferencias significativas entre la población universitaria entre sí, divididas en función del riesgo de TCA. En nuestro estudio, en cuanto a la falta de diferencias significativas, nos referimos a las puntuaciones totales del cuestionario FES, clima social familiar, pero como comentaremos más adelante sí se dan ciertas diferencias si observamos parámetros concretos que serán debatidos posteriormente como son la cohesión, el conflicto, la organización, etc.

De todas formas, este estudio de Cano et al (2007) no nos ayuda a reforzar o contradecir nuestras ideas debido a que emplea un instrumento de cribaje, el APGAR familiar, que solamente nos indica si una familia es funcional, moderadamente disfuncional o disfuncional a través de tan solo cinco ítems.

Contrariamente a estos datos, según los resultados de otro estudio realizado en México por Hernández García (2006) en población no clínica, la disfunción familiar aumentaba las posibilidades de aparición de un TCA, por lo que se refuerza la idea de que existe una controversia en este sentido.

5.5.3 Clima familiar en pacientes con TCA:

Al centrarnos en nuestros pacientes con TCA (pacientes diagnosticados) encontramos puntuaciones relativamente bajas en el cuestionario usado para determinar la dinámica familiar (FES), lo que coincide con un estudio perteneciente a Dare et al (1994) donde también obtuvieron puntuaciones bajas en la dinámica familiar de pacientes con AN y BN. Del mismo modo López Coutiño et al (2006) coinciden con que se da una dinámica disfuncional en pacientes con anorexia y con bulimia.

Por otro lado, quisimos conocer la existencia o no de diferencias entre los distintos tipos de TCA. Así, encontramos diferencias estadísticamente significativas ($P=0,045$, test ANOVA) entre el tipo de TCA, donde los pacientes con Bulimia Nerviosa y TCANE mostraron una mayor puntuación que los pacientes con Anorexia Nerviosa (ver figura 4.30), pero no encontramos dichas diferencias entre los subtipos de TCA (ver figura 4.31).

Por su parte, Claes et al (2004) al centrarse en este hecho, no encontró diferencias significativas en la percepción del ambiente familiar en el tipo de desorden alimentario. Sin embargo, apoyando nuestros resultados, Wallin (2004) indica que existe más disfunción familiar en la bulimia que en la anorexia (Wallin, 2004), mientras que en nuestros resultados se obtiene menor puntuación total del FES en los pacientes diagnosticados de Anorexia nerviosa frente a los de Bulimia nerviosa o TCANE.

De todos modos, ya comentamos en el apartado resultados que los datos derivados de la puntuación total del test FES son poco orientativos, por lo que en la práctica clínica, es más interesante analizar las distintas subescalas del cuestionario FES que nos dará una información más amplia de lo que acontece en estos grupos familiares.

Existen diferencias en el funcionamiento familiar entre los pacientes con TCA y grupo control, ya que los pacientes diagnosticados presentan un clima familiar más deteriorado que los sujetos no diagnosticados (universitarios). Nuestros resultados son apoyados por diferentes estudios realizados tanto a nivel nacional como internacional y, en distintas poblaciones.

En cuanto al clima familiar, observamos que no existen diferencias estadísticamente significativas en el clima familiar (puntuación total del cuestionario FES) entre la población universitaria dividida en función del riesgo de TCA. Lamentablemente no existen estudios que corroboren nuestros resultados debido a que los que existen, realizan un estudio de doble fase (realización de entrevista diagnóstica) y debido a este hecho ya no son considerados de riesgo y no riesgo, sino como individuos sanos o diagnosticados

Al centrarnos en el clima familiar sólo en pacientes con TCA llegamos a la conclusión de que en estos pacientes con TCA, este clima se encuentra deteriorado. Según nuestros resultados existen diferencias significativas entre los distintos trastornos pero no entre los subtipos. Así, se obtiene menor puntuación total del FES en los pacientes diagnosticados de Anorexia nerviosa frente a los de Bulimia nerviosa o TCANE.

Finalmente, al parecer, la función familiar se ve alterada una vez instaurado el diagnóstico. Además, también concluimos que los datos derivados de la puntuación total del test FES son poco orientativos, por lo que, en la práctica, es más interesante analizar las distintas subescalas del cuestionario FES que os dará una información más amplia de lo que acontece en estos grupos familiares.

5.5.4. Dimensión 1. Relaciones

Nuestros datos nos indican que el grupo diagnosticado de un TCA obtiene menor puntuación en la dimensión relaciones respecto al grupo sin patología (con riesgo y sin riesgo), existiendo entre ambos grupos diferencias estadísticamente significativas en dicha dimensión.

5.5.4.1 Cohesión:

En la literatura revisada se argumenta que verdaderamente existe relación entre la falta de apego y los desórdenes alimentarios (Soares y Dias, 2007). En relación a la población con trastornos alimentarios y población sin patología, en el presente trabajo observamos una cohesión más baja en los pacientes con TCA que en grupo control. A continuación se puede observar gráficamente lo que acabamos de comentar.

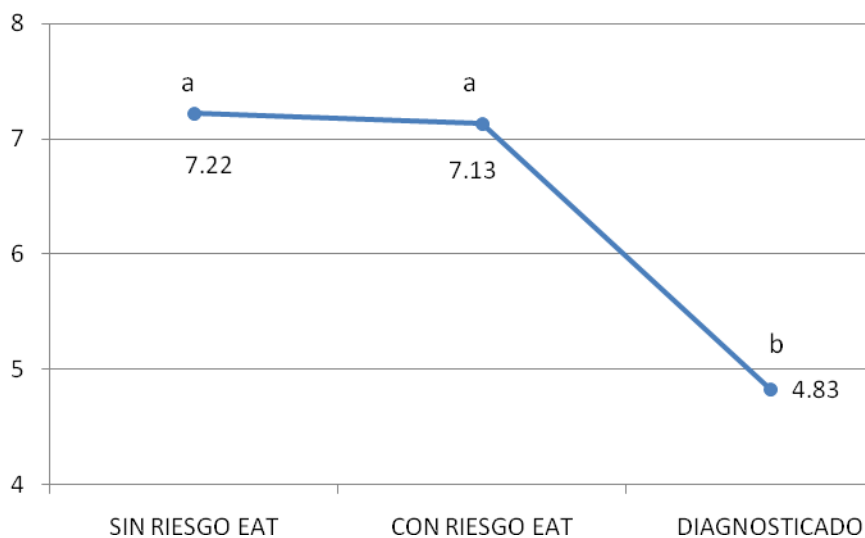


Figura 5.3 Cohesión familiar en la población estudiada

En este campo existen una amplia variedad de estudios, aunque la mayoría de ellos se llevaron a cabo en los años 80. Por tanto, es crucial conocer si los resultados coinciden con los nuestros debido a que la familia ha variado considerablemente en los últimos 20 años. Estos estudios internacionales nos indican menor cohesión en pacientes con distintos tipos de TCA al igual que en

nuestra investigación (Johnson y Flach, 1985 y Humphrey, 1986). Existen más autores que encuentran datos similares en pacientes con Bulimia Nerviosa como Ordman y Kirschenbaum (1986).

Diversos estudios más recientes también apoyan nuestros resultados como las investigaciones de Claes et al (2004) y Waller et al (1990) en la que descubrieron que los pacientes con TCA perciben a sus familias como menos cohesivas. En esta línea, el trabajo de Wisotsky et al (2003) con familias con TCA encuentra igualmente que son poco cohesivas.

Posteriormente en un estudio con universitarios en Turquía (Kugu, 2006), encontraron que los individuos con TCA poseían una menor unidad y apego que el grupo control. En Croacia también encontraron, en población universitaria, bajo nivel de cohesión respecto a grupo control (Vidovic et al, 2005).

Centrándonos en la población española, en un trabajo de Perera Figuerero también se encontró un bajo nivel de cohesión en TCA respecto a grupo control (Perera Figuerero, 2002).

Por último, cabe indicar en este aspecto que un estudio reciente de Cunha et al (2009) en Portugal que también apoya nuestros datos acerca de la percepción de las pacientes con TCA respecto a su familia como menos cohesiva. En este sentido al comparar la percepción de la cohesión familiar, la única diferencia entre su estudio y el nuestro es que estos autores sólo estudiaron pacientes con anorexia nerviosa y no los demás TCA.

Por otra parte, en la búsqueda de posibles diferencias de cohesión entre los distintos tipos de TCA, Kog et al (1985) indica que las familias de pacientes con anorexia purgativa y las de pacientes con bulimia eran similares entre sí, percibiendo menos cohesión, y además diferían de las pacientes con anorexia restrictiva en mayor cohesión y que, por tanto, se parecían más a las que no poseen patología.

Contrariamente, en nuestra investigación no se dieron diferencias significativas entre los tipos de diagnóstico. Pero aún no existiendo diferencias significativas, nuestros datos parecen indicar que, los pacientes con Anorexia Nerviosa presentan una menor cohesión (4,19 puntos) que los pacientes con Bulimia Nerviosa (5,22 puntos), aunque quizá la falta de significancia estadística

pueda deberse al reducido tamaño muestral (pacientes con anorexia n=21 y pacientes con bulimia n=23). Así, los pacientes diagnosticados con Bulimia nerviosa no purgativa poseen una mayor puntuación en el apartado de Cohesión, mientras que la Anorexia nerviosa restrictiva es la patología con menor puntuación. Como podemos observar nuestros datos son contrarios al del trabajo anterior que indicaba que la anorexia restrictiva poseía mayor cohesión.

En un trabajo anterior (Vázquez y Raich, 1997) realizado en nuestro país en el que se investigan con individuos con patología alimentaria y sus familias, nos permite comparar los resultados obtenidos en su investigación acerca de las percepciones de las pacientes con TCA respecto a su clima familiar debido a que emplean el mismo instrumento de medida que en la presente investigación (cuestionario FES). A continuación podemos observar las distintas puntuaciones obtenidas en el estudio de Vázquez y Raich comparadas con las de nuestra investigación:

Tabla 5.5 Comparativa de las subescalas del FES con Vázquez y Raich (1997)

SUBESCALAS DEL CUESTIONARIO FES	PUNTUACIÓN VÁZQUEZ Y RAICH (1997)	PRESENTE INVESTIGACIÓN
Cohesión	6	4,83
Expresividad	5,1	4,87
Conflicto	3	4,47
Autonomía	5,25	4,4
Actuación	5,7	5,52
Intelectual-cultural	4,5	4,03
Social-recreativo	5	4,08
Moralidad-religiosidad	3,31	5,12
Organización	6,1	3,55
Control	3,9	4,57

El dato quizá más significativo es el elevado nivel de cohesión (6 puntos) de este trabajo previo de Vázquez y Raich lo cual corroboraría el trabajo de Kog et al (1985) realizado en pacientes de anorexia nerviosa en el que se dan altos niveles de cohesión.

Pero parece ser que la explicación de estos altos niveles de cohesión se explica por la tendencia a la sobreprotección en estas familias afectadas (Vázquez et al, 2001). En cualquier caso, este es un tema por esclarecer, puesto que, según nuestros resultados la anorexia nerviosa puntúa menos en cohesión que la bulimia y, centrándonos en subtipos, es precisamente la anorexia restrictiva la que puntúa menos.

Como vemos, existe una gran discrepancia respecto a cohesión de las familias con pacientes que sufren de TCA, ya que mientras diversos estudios apuntan a una menor cohesión incluso en poblaciones subclínicas (Attie y Brooks-Gunn, 1989), también existen otras investigaciones en pacientes con TCA como la de Ruiz Martínez et al (2007) y la de Vázquez y Raich (1997) que apuntan a que existen puntuaciones más altas de cohesividad en anorexia nerviosa.

La existencia de estudios con niveles de cohesión familiar más altos en pacientes con anorexia nerviosa respecto a bulimia nerviosa puede ser explicada por la circunstancia de si en las pacientes, además de TCA aparece comorbilidad depresiva. Esta afirmación se basa en los datos de González et al (2002) cuyo estudio apoya nuestros resultados, pues encontró niveles bajos de cohesión familiar en pacientes con anorexia, pero al tener en cuenta la variable depresión, en dicha investigación se dio el cambio hacia niveles de cohesión más altos.

El fundamento se basa en que la adolescente depresiva tiende a concentrar un mayor apoyo por parte de su familia que el resto de pacientes de la muestra. En nuestro caso, el estudio no tenía como objetivo la medición de la variable depresión pero debido a la controversia surgida en relación a la cohesión familiar, una futura línea de investigación debería ser capaz de aclarar definitivamente esta cuestión. Proponemos, por tanto, investigaciones que indaguen acerca de la cohesión familiar y los TCA controlando la variable Depresión.

5.5.4.2 *Expresividad:*

En relación a los pacientes con TCA y sujetos sin patología, al igual que ocurría con la variable cohesión, nuestros resultados indican que los pacientes con TCA perciben significativamente menor expresividad que los sujetos sin patología.

Apoyando nuestros resultados tenemos diversos estudios como los de Johnson y Flach (1985), Ordman y Kirschenbaum (1986) y Stern et al (1989) entre otros, los cuales indican que los pacientes con bulimia nerviosa poseían una menor expresión libre de sentimientos o comunicación respecto al grupo sin patología alimentaria. En la misma línea, Strober (1981) observó los mismos resultados pero en pacientes con anorexia nerviosa. Además, el grupo diagnosticado de nuestra investigación obtiene una puntuación similar a la obtenida en el estudio de Vázquez y Raich (1997) (ver tabla 5.5).

Estudios más recientes con muestras de pacientes con bulimia describen bajos niveles de expresividad (Benninghoven et al, 2003; Wisotsky et al, 2003), de hecho ambos estudios coinciden en que las familias con TCA se perciben con menor expresividad.

En cuanto a nuestra investigación, no encontramos diferencias significativas en cuanto a la expresividad entre el grupo sin patología dividido en función del riesgo de TCA. Debido a la falta de estudios acerca de ambos objetivos concretos no podemos comparar estos últimos resultados. En la siguiente figura observamos la puntuación que toma la subescala expresividad en función del riesgo de TCA.

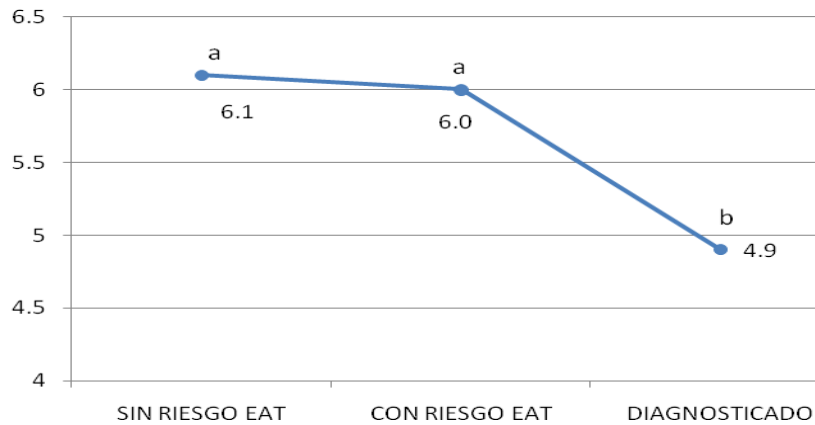


Figura 5.4 Expresividad familiar en la población estudiada

5.5.4.3 Conflicto:

En cuanto a los estudios existentes donde investigan a pacientes con TCA y los comparan con grupo control, de forma general, encuentran resultados similares a los de nuestra investigación, es decir, mayor conflicto en pacientes diagnosticados con TCA que en personas sin patología ($P < 0.001$) como ocurre en el estudio de Vidovic et al (2005) entre otros.

Mostramos gráficamente los resultados referidos al conflicto:

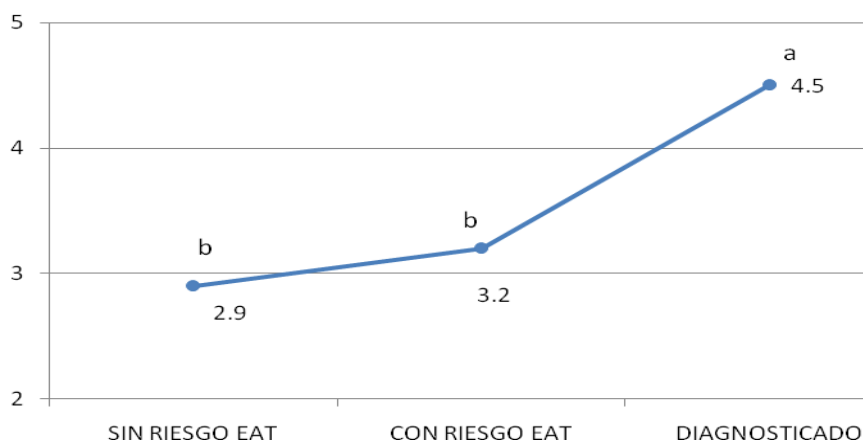


Figura 5.5 Conflictividad familiar en la población estudiada

En el estudio de Johnson y Flach (1985), al comparar una muestra de pacientes y grupo control observaron la existencia de mayor conflicto en los pacientes que poseen patología. Asimismo, Humphrey (1986) percibe los mismos resultados (mayor conflicto) que la presente investigación, pero sólo estudia a pacientes anorexia purgativa y los compara con grupo sin patología. Offner (1997) también encuentra niveles de conflicto más elevados en las familias con un TCA. Estudios más recientes como el de Vidovic et al (2005) en población universitaria y TCA también encuentran mayor conflicto en éstos últimos.

En España, el trabajo de Perera Figuerero (2002) igualmente nos indica que los pacientes con trastornos alimentarios perciben a sus familias como más conflictivas que los sujetos sin patología.

Pero de nuevo aparece la controversia en el estudio de Gual et al (1995) en el que muestra que las pacientes con anorexia perciben su ambiente familiar como menos conflictivo que las personas sin patología al igual que ocurre en el trabajo de Vázquez y Raich (1997). Además, al comparar estos estudios con nuestros resultados observamos que las pacientes con TCA de sus estudios poseen una puntuación menor en conflicto que en nuestros sujetos con patología (ver tabla 5.5).

Por otro lado, otros trabajos que estudian sólo población diagnosticada también concluyen que los pacientes con TCA perciben a sus familias como conflictivas. Es el caso de los estudios de Morales et al (2002), González et al (2002) y Wisotsky et al (2003).

Si nos centramos en estudiar si el tipo de patología del comportamiento alimentario influye en la percepción del conflicto familiar, estudios anteriores como el de Strober (1981) observa que las familias de pacientes con anorexia purgativa percibían mayor conflicto. También Kog et al (1985) indica que las familias de pacientes con anorexia purgativa eran más conflictivas que las de anorexia restrictiva, las cuáles se parecían más a las que no poseen patología.

Por el contrario, en el estudio de Lee (1998) encuentra diferencias en el sentido de que en la bulimia nerviosa se da mayor nivel de conflicto que en la anorexia nerviosa.

Pensamos que una explicación acerca de lo que ocurre es que en los TCA, concretamente en la anorexia nerviosa, se habla de familias evitativas de los

conflictos. Esto lleva consigo que no resuelvan sus problemas, negándolos, con lo que se obtendrían bajos niveles de conflicto o también puede deberse a la existencia de constantes discusiones entre sus miembros, pero que las interrupciones externas tiendan a diluir el conflicto sin solucionarlo (González et al, 2002).

En todo caso, parece ser que aunque la percepción en cuanto a la existencia de conflictos pueda diferir, pensamos que realmente en el seno de la familia con pacientes de TCA existen conflictos, lo único que, en estas familias evitativas se encuentran dificultad de resolución de conflictos o lo que es lo mismo “manejo inadecuado de conflictos”.

Si atendemos a grupos sin patología TCA y las abordamos en función del riesgo tenemos que en nuestro caso, no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con riesgo de TCA y sin riesgo. Debido a la falta de estudios no es posible comparar este último resultado.

Dimensión Relaciones:

Esta dimensión obtiene significativamente menor puntuación en el grupo diagnosticado de TCA que en el grupo sin patología (con riesgo y sin riesgo).

Cohesión: Existe discrepancia a este respecto ya que mientras diversos estudios apuntan a una menor cohesión en los desórdenes alimentarios (Soares y Dias, 2007), tal y como ocurre en nuestra investigación, también existen otras investigaciones en pacientes con TCA como la de Ruiz Martínez et al (2007) y la de Vázquez y Raich (1997) que apuntan a que existen puntuaciones más altas de cohesividad en anorexia nerviosa.

Expresividad: En nuestro estudio, los pacientes con TCA perciben significativamente menor expresividad que los sujetos sin patología.

Conflicto: Aún existiendo un estudio que indica lo contrario (Lee, 1998), la mayor parte de estudios como el de Vidovic et al (2005) entre otros y nuestros resultados obtienen mayor conflicto en pacientes diagnosticados con TCA que en personas sin patología.

5.5.5. Dimensión 2. Desarrollo

Nuestros datos nos indican que la dimensión desarrollo obtiene menor puntuación en el grupo diagnosticado de un TCA respecto al grupo sin patología. Existiendo además diferencias estadísticamente significativas en dicha dimensión. Pero de nuevo, no existen diferencias entre los grupos con riesgo y sin riesgo.

5.5.5.1 Autonomía:

En nuestra investigación encontramos que los pacientes con TCA poseen menor autonomía que los sujetos sin patología.

En los años ochenta se realizaron diferentes estudios como los de Johnson y Flach (1985), Leon et al (1985) y Stern et al (1989) sobre la autonomía en las pacientes con TCA, encontrando que las pacientes con bulimia nerviosa poseían una menor autonomía que aquellos sujetos sin patología alimentaria. Los mismos resultados fueron hallados pero en pacientes con anorexia nerviosa por autores como Strober (1981).

En estudios más recientes como el realizado en México por Hernández (2006) se observó una excesiva dependencia familiar, o lo que es lo mismo, falta de autonomía por parte de los sujetos con síntomas de TCA.

Ruiz Martínez (2007), estudiando la autonomía en estas pacientes encuentra resultados diferentes a los anteriores ya que encuentra que a mayor percepción de autonomía, mayores síntomas de TCA.

Al comparar las diferentes patologías, Lee (1998) también observó diferencias refiriendo que en bulimia nerviosa se da una mayor independencia que en la anorexia nerviosa. Seguidamente en cuanto al subtipo de TCA encontramos que el estudio de Hodges et al (1998) indica la existencia de una menor independencia en los trastornos con atracones respecto a los demás TCA. Estos resultados difieren de los nuestros, puesto que no encontramos diferencias entre los distintos tipos de TCA, aunque probablemente esto se puede deber al tamaño de la muestra, ya que cuando los dividimos por grupos diagnósticos, cada subgrupo queda con un número reducido de sujetos, por lo que sería interesante estudiar una muestra clínica mayor, para corroborar nuestros análisis estadísticos.

5.5.5.2 Actuación:

Nuestros datos muestran que en la escala actuación no existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con TCA y sin TCA.

Sólo decir a este respecto que la puntuación de nuestra investigación (5,52) fue similar a la de la investigación de Vázquez y Raich (1997) (ver tabla 5.5).

5.5.5.3 Intelectual-cultural:

El grupo diagnosticado de nuestra investigación posee menor interés por actividades de tipo intelectual-cultural que el grupo sin patología.

Coincidiendo con nuestros resultados tenemos diversos estudios realizados en la década de los 80, como los de Johnson y Flach (1985) y Stern et al (1989) que indican que los pacientes con bulimia nerviosa poseían un menor interés por actividades de tipo intelectual-cultural respecto a grupo sin patología alimentaria. Los mismos resultados fueron hallados pero en pacientes con anorexia nerviosa por autores como Strober (1981). En España Perera Figueredo (2002) también encontró que los pacientes TCA respecto a grupo control muestran menor interés por actividades tipo intelectual y/o cultural.

Por último, Ruiz Martínez (2007), en población mexicana, igualmente refirió que el menor fomento de las actividades intelectuales se asocia con mayores síntomas de TCA.

5.5.5.4 Social-recreativo:

Al igual que ocurre con la subescala intelectual-cultural, el grupo diagnosticado de nuestra investigación posee menor interés por actividades de tipo social-recreativo que el grupo sin patología.

Coincidiendo con ello tenemos el estudio en España de Perera Figueredo (2002) quien encontró que los pacientes TCA respecto a grupo sin patología mostraban menor interés por actividades tipo social-recreativo.

5.5.5.5 Moralidad-religiosidad:

Nuestros datos sugieren que en la escala moralidad-religiosidad el grupo diagnosticado presentó una mayor puntuación que la población universitaria sin

riesgo, mientras que la población con riesgo no mostró diferencias significativas con ninguno de los otros dos grupos.

En un alarde de libre interpretación, esto podría ser debido a que la patología les llevara a buscar ayuda o apoyo, posiblemente por la falta de éste en su familia, en la espiritualidad. También hay que tener en cuenta que la Universidad donde se ha realizado el estudio es una Universidad Católica, por lo que dicha circunstancia puede estar influyendo en nuestras observaciones.

Contrariamente a nuestros resultados se encuentra el estudio de Perera y Figueredo (2002) donde el grupo con TCA muestran menor interés por las actividades morales y/o religiosas que el grupo control.

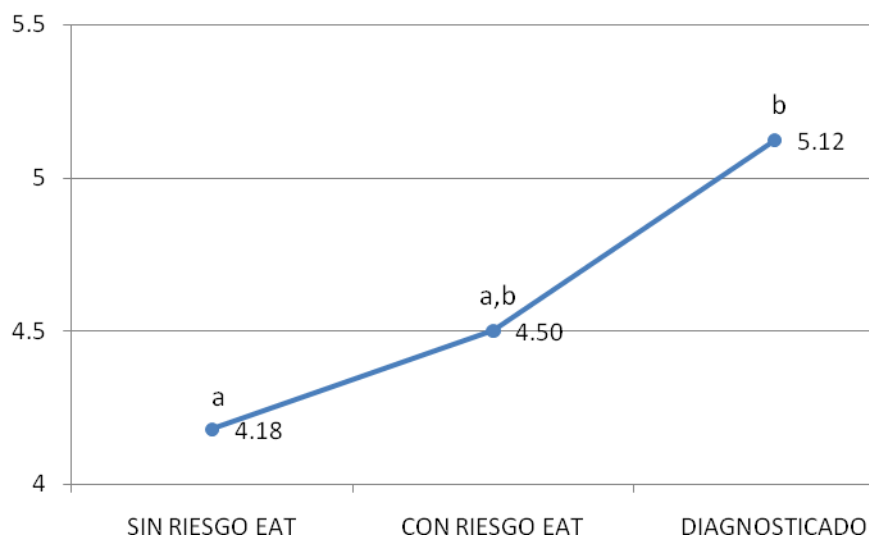


Figura 5.6 Moralidad-religiosidad en la muestra estudiada

Dimensión Desarrollo:

Se obtiene significativamente menor puntuación en el grupo diagnosticado de un TCA respecto al grupo sin patología.

Coincidiendo con la literatura revisada, en nuestra investigación encontramos que los pacientes con TCA poseen menor **autonomía**, menor interés por las actividades de tipo **intelectual-cultural** y **social-recreativo** que el grupo sin patología.

Para la **actuación**, nuestros datos muestran que en dicha escala no existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con TCA y sin TCA.

En cuanto a la **moralidad-religiosidad**, el grupo diagnosticado presentó una mayor puntuación que la población universitaria sin riesgo, mientras que la población con riesgo no mostró diferencias significativas con ninguno de los otros dos grupos. Contrariamente, Perera y Figueredo (2002) indica un menor interés por las actividades morales y/o religiosas por parte de las pacientes con TCA a diferencia del grupo control.

5.5.6 Dimensión 3. Estabilidad

De nuevo, al igual que ocurre con las dimensiones anteriores, la estabilidad familiar del grupo diagnosticado es significativamente menor que en los otros grupos.

5.5.6.1 Organización:

Según nuestros datos, observamos de nuevo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo diagnosticado que refiere menor organización familiar respecto al grupo de población universitaria.

Las investigaciones previas como los de Johnson y Flach (1985) y Kog et al (1985) o más actuales como el de Ruiz Martínez et al (2007) nos indican la existencia de una menor organización en los TCA respecto a individuos sin TCA, lo que corrobora nuestros resultados. En otros trabajos como el de Kaye et al

(1992) encontramos que las pacientes con anorexia refirieron que en su familia se exigía organización.

Además, es de destacar la diferencia de puntuación que existe entre nuestra investigación y la de Vázquez y Raich (1997) que asciende a casi tres puntos (ver tabla 5.5). Así, las pacientes TCA de su estudio presentaban una puntuación superior en organización.

Estudiando los distintos tipos de TCA, Goldstein (1981) encontró que los sujetos diferían entre anorexia y bulimia. Así, los sujetos con anorexia describían a sus familias como más organizadas. Por su parte, Strober (1981) observó una menor puntuación en el factor organización en el caso de la anorexia purgativa que en los demás trastornos. Así mismo, Kog et al (1985) indican que las pacientes con anorexia restrictiva referían mayor organización respecto a los demás TCA. En nuestro caso, no se encontraron diferencias significativas en la organización familiar.

5.5.6.2 Control:

Existen ciertos estudios previos que encuentran altos grados de control en los pacientes con TCA. Así, según Humphrey (1983), las hijas que sufren TCA perciben a sus padres como muy controladores. Ruiz Martínez et al (2007) encuentran que los individuos con TCA perciben mayor control por parte de su familia. Sin embargo, según nuestros datos, no observamos diferencias estadísticamente significativas entre el grupo diagnosticado y el grupo de población universitaria.

El estudio de Vázquez y Raich (1997) se acerca más a nuestros resultados, puesto que tampoco obtienen mayor control en la población diagnosticada.

En referencia al subtipo de TCA, cabe citar el estudio de Hodges et al (1998), donde se indica la existencia de mayor control por parte de la familia en los trastornos con atracones respecto a los demás TCA. En nuestro caso, tampoco existen diferencias significativas en el grado de control entre los distintos TCA, aunque de nuevo hay que indicar que debido al bajo número de pacientes por grupo, las comparaciones de nuestro trabajo con otras publicaciones previas son un poco arriesgadas.

Dimensión Estabilidad:

La estabilidad familiar del grupo diagnosticado es significativamente menor que en los otros grupos.

Organización: Observamos de nuevo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo diagnosticado, que muestra menor organización familiar respecto al grupo de población universitaria. Investigaciones previas como las de Johnson y Flach (1985) y Kog et al (1985) o más actuales como la de Ruiz Martínez et al (2007), nos indican los mismos resultados que los obtenidos en nuestro estudio, pero el trabajo de Kaye et al (1992) y el de Vázquez y Raich (1997) nos indican que las pacientes con TCA presentaban una puntuación superior en organización.

Control: Existen ciertos estudios previos que encuentran altos grados de control en los pacientes con TCA. Sin embargo, según nuestros datos, no observamos diferencias estadísticamente significativas entre el grupo diagnosticado y el grupo de población universitaria.

5.6 RELACIÓN E INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES Y FAMILIARES EN EL RIESGO DE PADECER TCA:

5.6.1 Relación entre los factores socioculturales y el riesgo de padecer TCA:

Según los datos nuestra investigación, se demuestra la existencia en nuestra población universitaria de una fuerte correlación positiva entre el riesgo de padecer un trastorno alimentario (medido a través del test EAT-26) y la influencia de los factores socioculturales (evaluado mediante del cuestionario CIMEC-26).

En este sentido, coincidimos con el estudio de Martínez et al (1996) realizado en 50 muchachas diagnosticadas de anorexia nerviosa. Así, sus resultados nos muestran al igual que los nuestros una alta correlación entre los factores socioculturales y el test EAT.

Debemos de tener en cuenta que la muestra que empleamos para realizar la correlación entre EAT-26 y CIMEC-26 se compone de población universitaria, es decir, sin patología alimentaria. Y una de las peticiones que realizaban Martínez et al (1996) en su artículo era verificar si se mantienen las asociaciones entre EAT-26 y CIMEC-26 al administran ambos cuestionarios en población general.

Así, podemos comprobar por nuestros resultados que efectivamente se mantienen estas asociaciones en población general tanto en hombres como mujeres como explicaremos posteriormente.

Es de destacar que en nuestra investigación, aún existiendo correlación positiva en todas los factores que componen el cuestionario CIMEC-26, los factores que mostraron un mayor coeficiente de correlación fueron el malestar por la imagen corporal seguido de la influencia de los mensajes verbales y de la influencia de la publicidad.

En la investigación de Bell y Cooper (2005) en la que se indaga acerca de las variables socioculturales, se obtuvo, al igual que en nuestro estudio, que varios factores socioculturales se relacionan con la puntuación del EAT. En concreto, estos autores observaron que la influencia de los amigos y los medios de comunicación aparecieron como determinantes de un TCA.

En cuanto al malestar por la imagen corporal, como hemos visto, es en nuestra investigación el factor que correlaciona con mayor fuerza con el riesgo de padecer TCA. Apoyan nuestros resultados el estudio de Kiang y Harter (2006) en el que observaron, en estudiantes femeninas, que la mayor influencia sociocultural conduce a una menor satisfacción corporal que lleva a un trastorno de la conducta alimentaria.

Por otro lado, si dividimos a la población en función del género, comprobamos que tanto en hombres como en mujeres se mantiene la existencia de correlaciones positivas entre el total del cuestionario CIMEC-26, así como todos sus factores, y el test EAT-26. La única diferencia es que los hombres obtienen en todos los casos coeficientes de correlación ligeramente inferiores. Además, también observamos coincidencia en los factores que más correlacionan entre hombres y mujeres. En primer lugar tenemos el malestar por la imagen corporal seguido de la influencia de mensajes verbales e influencia de la publicidad. Así, el factor que menos se correlaciona también para ambos géneros es la influencia por los modelos sociales.

En el caso del estudio de Martínez et al (1996) no incluyó población masculina, por tanto, no podemos realizar la comparativa con el estudio español.

Pero el estudio de Ruiz Martínez (2004) en México con población adolescente sí introduce población masculina. En dicho trabajo también se establecieron las correlaciones entre la sintomatología de trastorno alimentario (test EAT) y los factores socioculturales asociados (test CIMEC), en hombres y mujeres. Ruiz Martínez et al (2004) indican que el cuestionario EAT se relaciona en el caso de las mujeres con el total del CIMEC y con sus factores: influencia de la publicidad, malestar con la imagen corporal y con la insatisfacción con la imagen corporal. Por el contrario, en el caso de los hombres Ruiz Martínez et al no observaron ninguna asociación significativa entre ambos cuestionarios. Este hecho puede deberse probablemente al pequeño tamaño muestral (54 hombres) comparado con el presente estudio.

5.6.2 Influencia de los factores socioculturales sobre el riesgo de TCA:

Al centramos en el grado de influencia que poseen los factores socioculturales en los trastornos de la conducta alimentaria, análisis realizado a

través de un test de correlación multivariante de paso a paso (*stepwise*), nuestros datos muestran que efectivamente la puntuación obtenida en el CIMEC-26 está determinando la variabilidad de la puntuación del test EAT-26 en un 41,9% para la población universitaria. En el caso de la mujer es de un 43,5%, (ligeramente mayor) y en el hombre también se mantiene la influencia de los factores socioculturales, aunque el grado de variabilidad es menor, con un 28,9%.

Además, podemos observar para ambos géneros que el factor “malestar por la imagen corporal” es el más determinante y que, por el contrario, “la influencia de los modelos sociales” parece no tener influencia en el riesgo de padecer TCA. En cambio para el factor “influencia de las situaciones sociales” encontramos que parece tener una gran influencia en mujeres (es el tercer factor más influyente) y, sin embargo, en el hombre no parece ser responsable del riesgo de TCA. Desafortunadamente, no hemos encontrado en la bibliografía actual ningún estudio con el que podamos comparar estos datos en sentido estricto.

5.6.3 Relación entre los factores familiares y el riesgo de padecer TCA:

Según nuestros datos, se demuestra la existencia en nuestra población universitaria de una correlación negativa entre la mayoría de los componentes del clima familiar (test FES) y el riesgo de padecer TCA (evaluado mediante el test EAT-26).

Nuestra visión es apoyada por la literatura científica existente, que indica que al examinar estudiantes universitarios no clínicos encontraron que a medida que se incrementa la disfunción familiar se eleva la presencia de TCA (Cruzat et al, 2008).

Alrededor de la posible relación entre los factores familiares y el riesgo de padecer TCA existe bastante controversia. Waller et al (1990) indicaron que no existe relación lineal entre la percepción de la interacción familiar y las puntuaciones del EAT-40. En cambio y coincidiendo con los resultados de nuestra investigación, el estudio de Lundholm y Waters (1991), en estudiantes universitarias sin patología, encontraron que a medida que la disfunción familiar se incrementa también lo hacen los trastornos alimentarios.

Concretamente, en nuestro estudio encontramos que el riesgo de padecer trastornos del comportamiento alimentario (TCA), medido según la puntuación del test EAT-26 se correlaciona negativamente con la puntuación total del test FES, las variables cohesión, actividades intelectual-culturales, actividades social-recreativas y organización, así como con las dimensiones desarrollo y estabilidad.

En nuestra opinión, estos datos indican que el riesgo de TCA aumenta conforme disminuyen las variables y dimensiones comentadas anteriormente. Sin embargo, es importante resaltar que los coeficientes obtenidos son muy bajos (rango: -0,066- -0,107), lo que probablemente sea una consecuencia del elevado número de sujetos del presente estudio, por lo que consideramos que estos datos deben ser considerados con cierta precaución.

La investigación de Leung et al (1996) y Cruzat et al (2008) mostró que los bajos niveles de cohesión de una familia pueden contribuir al desarrollo del trastorno alimentario. Dicha observación coincide con nuestros resultados en cuanto a la variable cohesión, ya que observamos una correlación significativa con el riesgo de TCA.

Por el contrario, las variables conflicto y actuación presentan una correlación positiva con la puntuación del EAT-26, lo cuál indica que aquellas familias con mayor conflicto y, por otro lado, mayor actuación se asocian con un mayor riesgo de padecer TCA.

Estos resultados han sido corroborados con el trabajo de Ruiz Martínez et al (2007), llevado a cabo también en población universitaria, en el que se indica que a mayor conflicto familiar, mayores síntomas de TCA.

De todas formas en nuestro caso la afirmación expuesta no es determinante porque el coeficiente de correlación es muy bajo (conflicto: $r=0,112$; actuación: $r=0,074$), pero lo que sí nos indica es una tendencia, puesto que, la correlación, de hecho, existe y es estadísticamente significativa.

Por tanto, en nuestra opinión, se debería seguir investigando en este campo, pues de comprobar esta relación, podríamos invertir en prevención para controlar el conflicto antes de que se desarrolle el TCA.

Es necesario destacar que en nuestra investigación, en el caso de los hombres, observamos menos correlaciones que en las mujeres, debido probablemente a que se ha reducido el tamaño de la población. En cualquier caso, esto refuerza los resultados de los coeficientes obtenidos. Así, las asociaciones significativas que podemos destacar en el grupo de los hombres son las asociaciones negativas observadas entre las variables organización y social-recreativo, y una asociación positiva con la variable conflicto. Como vemos, las correlaciones observadas en el grupo de los hombres siguen una tendencia similar a la observada en la población total. Esto es, de nuevo las variables social-recreativo y conflicto son las que mostraron mayor asociación con el riesgo de padecer trastornos del comportamiento alimentario.

5.6.4 Influencia de los factores familiares sobre el riesgo de TCA:

Respecto al grado de influencia, nuestros datos muestran que en la población total, la puntuación obtenida en el cuestionario FES está determinando ligeramente, aunque de forma significativa, la variabilidad obtenida en el cuestionario EAT-26, que recordamos que indicaba el riesgo de padecer TCA. Aunque no alcanzan la significación estadística al dividir la población en hombres y en mujeres.

Para Quintero Gutiérrez et al (2003), la dinámica familiar es un factor que influye de forma importante, puesto que, cuando ésta se encuentra alterada aumenta el riesgo de que el adolescente desarrolle un trastorno alimentario.

En nuestro estudio este hecho no se produce de forma clara. En cualquier caso, como hemos comentado anteriormente, la utilidad de la puntuación total del test FES es bastante relativa, por lo que en general, se suele tener en mayor consideración las distintas dimensiones y escalas que componen dicho test.

No obstante, los datos de nuestra presente investigación sí evidencia el hecho de que en la población total, la variable más relevante fue el conflicto, ya que por sí sola es capaz de explicar la variabilidad de la puntuación del test EAT-26 en un 1,1%.

De nuevo, hay que remarcar que los coeficientes obtenidos son relativamente bajos en comparación con los datos obtenidos a través del test CIMEC-26, y el hecho de que sean estadísticamente significativos se puede deber

al elevado número de sujetos. En cualquier caso, existe esta significación estadística y debe tenerse en cuenta.

Tras dividir la población en función del género nuestros datos indican que concretamente en los hombres, los únicos factores relacionados con el clima familiar que parecen influir en el riesgo de padecer trastornos del comportamiento alimentario fueron la organización y la actuación, siendo la organización la más influyente (1,7%).

En las mujeres, es la actuación la variable familiar más influyente (1,1%) seguida de la dimensión desarrollo. No obstante, debemos de tener en cuenta que el desarrollo es una dimensión que engloba a su vez diferentes subescalas (autonomía, actuación, intelectual-cultural, social-recreativo, moralidad-religiosidad).

5.6.5 Grado de influencia de los factores socioculturales y familiares sobre el riesgo de TCA:

Hasta ahora hemos analizado el grado de influencia de los factores socioculturales y familiares sobre el riesgo de padecer trastornos alimentarios de forma individualizada. Pero si tenemos en cuenta que ambos factores ejercen una cierta influencia sobre el riesgo de padecer trastornos alimentarios, tal y como acabamos de demostrar, al combinar todas las variables anteriores, (las del test CIMEC-26 y las del test FES) en un mismo análisis de regresión, podemos obtener una apreciación más exacta de en qué grado están influyendo estos factores en esta población universitaria.

En este sentido, en la población total, nuestros datos muestran que hasta un 46,1% de la variabilidad del test EAT-26 se puede explicar gracias a los factores socioculturales y familiares (ver tabla 4.36).

En el caso de las mujeres la variabilidad es algo mayor que en la población total ascendiendo hasta un 49.6% de la variabilidad del test EAT-26 se explica a través de los factores socioculturales y familiares. En el caso del hombre este dato desciende hasta el 18.3%.

A grandes rasgos los factores más importantes que contribuyen son: el total del test CIMEC-26, la organización, autonomía (no relevante en el caso de los hombres) y el factor V del CIMEC, es decir, la influencia de las situaciones

sociales en mujeres y población general, a diferencia de los hombres que consistió en el factor IV: influencia de los modelos sociales (ver tabla 4.36, tabla 4.37 y tabla 4.38).

5.7 ANÁLISIS DE CURVAS ROC PARA LOS FACTORES SOCIOCULTURALES:

Martínez et al (1996) afirmaron que debido a la alta asociación que existe entre CIMEC y TCA no puede desecharse la eficacia que pudiera tener el CIMEC como instrumento de cribaje de los trastornos alimentarios. Así, uno de los objetivos que nos propusimos en la presente investigación fue conocer si esta afirmación podía ser comprobada en nuestra población. Y efectivamente, nuestros datos indican que a través de la realización de la curva ROC pudimos comprobar que el CIMEC-26 puede por sí sólo administrarse y obtener la capacidad de instrumento de screening por tener una buena eficacia diagnóstica de TCA.

Toro et al (1994), elaboraron y validaron previamente el cuestionario CIMEC-26, Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal). En dicha investigación comprobaron que la puntuación total del CIMEC-26 así como la puntuación de sus cinco factores, discrimina significativamente entre población general y pacientes anoréxicos. En dicho artículo explicaban la necesidad de verificar si se mantendrían las asociaciones al administrar dichos cuestionarios a otras poblaciones como población general y pacientes bulímicas. Precisamente, en nuestra investigación fuimos más allá, puesto que, dicho cuestionario no sólo nos discrimina significativamente con población general y anoréxicas como ocurrió en su estudio sino que además discrimina significativamente entre población general sin riesgo y población con riesgo y diagnosticada de cualquier TCA (Anorexia nerviosa, Bulimia Nerviosa y TCANE).

Según Lugli y Vivas (2006^a), el cuestionario CIMEC discrimina personas normales y personas con TCA. En nuestro caso empleamos la curva ROC para medir la calidad diagnóstica del cuestionario, pues como sabemos el procedimiento estadístico de las curvas ROC (receiver operating characteristics) sirve para determinar un punto de corte a partir del cual un sujeto puede decirse que sufre o no una patología.

Así, obtuvimos que para un punto de corte de 19,5 puntos en el test CIMEC, a raíz del cual obtenemos una sensibilidad de 82,8% y una especificidad de 82,9%.

El punto de corte original que dan sus autores (Toro et al, 1994) fue de 15, aunque en nuestra opinión es importante destacar que en nuestra población dicho punto de corte tenía una sensibilidad mayor (93,5%) pero una menor especificidad (62,3%).

Según nuestros datos, después de la puntuación total del CIMEC-26, el mejor criterio parece ser el factor I (Malestar por la imagen corporal), seguido del factor V (Influencia de las situaciones sociales) y el factor II (influencia de la publicidad).

Al dividir la población en función del género, observamos que el punto de corte varía. De esta forma, cuando analizamos a los hombres obtuvimos un criterio de 13,5 para una sensibilidad del 85,7 y una especificidad de 83,1%. Como vemos, el criterio de corte para los hombres es un punto mucho más bajo que el de la población total. Además, este dato resulta sorprendente puesto que es una puntuación, a nuestro parecer excesivamente baja, teniendo en cuenta el punto de corte del cuestionario que se sitúa (Toro et al, 1994) en 15 puntos. Sin embargo, el criterio 13,5 que proponemos tiene una mayor sensibilidad (85,7% frente a 64,3%) aunque tiene una menor especificidad (83,1% frente a 89,1%).

En cuanto a las mujeres, los datos de nuestro estudio plantean la situación contraria, de hecho es llamativo el elevado criterio seleccionado en nuestro análisis estadístico como el más adecuado, ya que en las mujeres del presente estudio, la puntuación a partir de la cual se puede definir como con riesgo de padecer TCA es de 25,5 puntos, para una sensibilidad del 74,1% y una especificidad del 88,2%. Sin embargo, hay que recordar que el punto de corte propuesto en la bibliografía revisada es de 15 puntos, que en nuestro estudio muestra una mayor sensibilidad (93,5%) pero una menor especificidad (62,3%).

Después de lo anteriormente expuesto podemos concluir, en la línea de Toro (2003), que los factores socioculturales tienen en el momento actual, dentro de los factores implicados en la aparición de los TCA, un peso importante tanto en la aparición como en el mantenimiento del mismo.

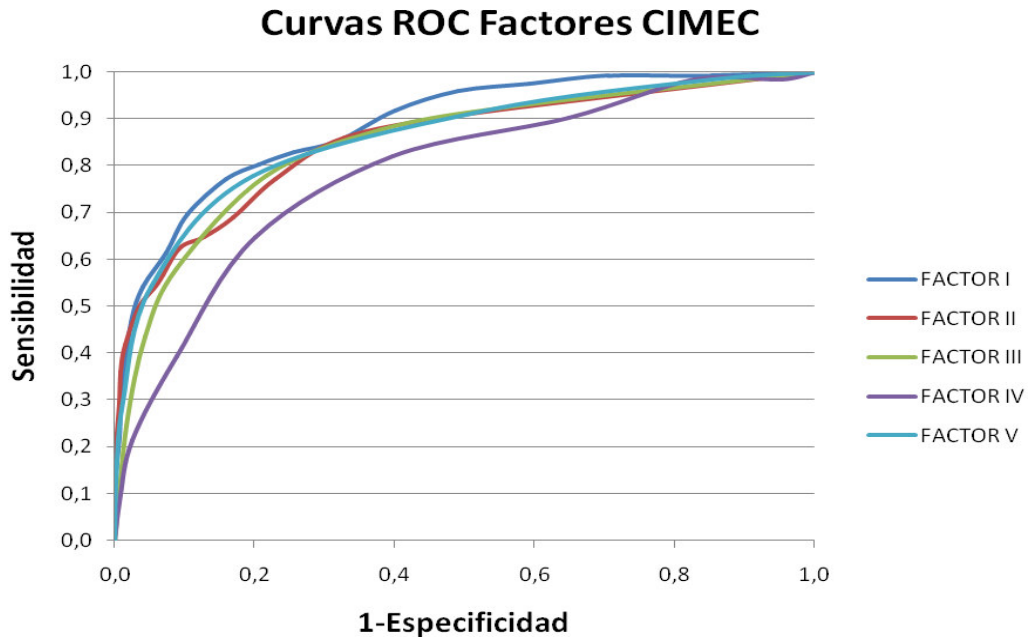


Figura 5.7 Curva ROC para los factores del cuestionario CIMEC-26

5.8 ANÁLISIS DE CURVAS ROC PARA LOS FACTORES FAMILIARES:

Existe bastante discrepancia en relación a los factores familiares como predictores de un trastorno alimentario. Por un lado, tenemos que Laliberte et al (1999) indica que el clima familiar de los pacientes con TCA es el mayor predictor del trastorno alimentario al igual que Leung et al (1996) y Hernández García (2006) que indicaron que la disfunción familiar puede predisponer a una patología alimentaria.

Pero para otros autores como Lacey y Prince (2004), entre otros, la disfunción familiar es un factor significativo en el porcentaje de afectos, pero no es esencial en el desarrollo de la patología ni en el diagnóstico. Además, Toro y Vilardell (2000) argumentan que una vez el trastorno alimentario (sobre todo en el caso de la anorexia) está instaurado, los conflictos familiares y por ende la disfunción familiar aparece.

Al existir tanta controversia en relación a los factores familiares y la patología alimentaria nos propusimos comprobar si el cuestionario FES y sus subescalas discriminan entre personas normales y personas con TCA.

Para ello, empleamos de nuevo el análisis de la curva ROC para medir la calidad diagnóstica del cuestionario y determinar un punto de corte a partir del cual un sujeto puede decirse que sufre o no una patología. Debemos de comentar que debido a que la puntuación total del FES es un dato que carece de valor práctico, analizamos directamente las diferentes subescalas que componen este cuestionario. En este sentido, en la población total, obtuvimos que de todas las subescalas que definen el clima familiar, solamente el conflicto, la actuación, la moralidad/religiosidad y el control presentaron cierta validez de estas variables como predictores del riesgo de TCA, mientras que las otras subescalas no se deberían usar para el pronóstico de estas alteraciones.

Así, tenemos que para el conflicto, el mejor criterio es una puntuación de 3,5 donde se obtiene una sensibilidad de 56,6% y una especificidad del 77,7%. Para la actuación una puntuación de 5,5 (sensibilidad de 55,7% y especificidad de 48,6%). En el caso de la moralidad-religiosidad tenemos una puntuación de 4,5 para una sensibilidad del 57,4% y una especificidad del 59,9%. Por último, el control tiene como mejor criterio una puntuación de 4,5 para una sensibilidad del 50,8% y una especificidad del 55,6%.

Tabla 5.6 Principales subescalas del FES tras el análisis de curva ROC en población general

	<i>Puntuación</i>	<i>Sensibilidad</i> (%)	<i>Especificidad</i> (%)
CONFLICTO	3,5	56,6	77,7
ACTUACIÓN	5,5	55,7	48,6
MORALIDAD	4,5	57,4	59,9
RELIGIOSIDAD			
CONTROL	4,5	50,8	55,6

En el caso de los hombres, se mantienen las mismas variables diagnósticas, a las que se le suma la autonomía, como las de mejor criterio, sin embargo, la relevancia de cada una de ellas sí cambia, ya que en este caso, la subescala que obtuvo una mayor área bajo la curva, fue sorprendentemente la variable moralidad/religiosidad. La siguiente en importancia fue el conflicto, que recordamos que era la subescala más importante en la población total. Además, en el caso de la actuación se eleva la puntuación criterio a 7.5 para una

sensibilidad de 28.6 y una especificidad de 85.6%. A continuación podemos observar un cuadro resumen de los distintos puntos así como la sensibilidad y especificidad.

Tabla 5.7 Principales subescalas del FES tras el análisis de curva ROC en hombres

	<i>Puntuación</i>	<i>Sensibilidad (%)</i>	<i>Especificidad (%)</i>
CONFLICTO	3,5	50,0	73,6
AUTONOMÍA	5,5	64,3	39,5
ACTUACIÓN	7,5	28,6	85,6
MORALIDAD	4,5	71,4	58,6
RELIGIOSIDAD			
CONTROL	4,5	57,1	52,9

En el caso de las mujeres, observamos las variables diagnósticas seleccionadas son semejantes a las de la población general, alcanzando prácticamente las mismas puntuaciones e incluso los mismos niveles de sensibilidad y especificidad. Así, los mejores criterios en las mujeres fueron el conflicto, con una puntuación corte de 3.5 (sensibilidad 57,4% y especificidad 73,8%), la moralidad/religiosidad con 4.5 (sensibilidad 55,6% y especificidad 60,9%), la actuación con 5.5 (sensibilidad 55,6% y especificidad 55,1%) y el control con 4.5 (sensibilidad 50% y especificidad 57,8), por ese orden.

Tabla 5.8 Principales subescalas del FES tras el análisis de curva ROC en mujeres

	<i>Puntuación</i>	<i>Sensibilidad (%)</i>	<i>Especificidad (%)</i>
CONFLICTO	3.5	57.4	73.8
ACTUACIÓN	5.5	55.6	55.1
MORALIDAD	4.5	55.6	60.9
RELIGIOSIDAD			
CONTROL	4.5	50.0	57.8

Podemos comprobar que las subescalas del FES nos pueden servir como guía pero en la práctica clínica no las consideramos realmente útiles como predictoras de trastornos del comportamiento alimentario.

Aunque algunos puntos de corte son muy específicos, no son muy sensibles, lo que quiere decir que existe bastante probabilidad de clasificar a un individuo enfermo como individuo sano, que es precisamente lo que significa la sensibilidad y es precisamente lo que más nos interesaba, detectar personas de riesgo.

Al comparar con el cuestionario CIMEC-26 tanto la sensibilidad como la especificidad superan el 80%. Por tanto, los resultados de nuestra investigación encajan a la perfección con las teorías de Toro (2003), pues por un lado y, como hemos comentado anteriormente, los factores socioculturales son sin duda significativos tanto en la aparición como en el mantenimiento de los TCA, pero en cuanto a los factores familiares aunque se haya hablado mucho del papel decisivo en la génesis del trastorno, nuestros datos no pueden confirmar éste hecho. Según este Toro (2003), la familia con sus disfunciones y conflictos no pueden ser considerados agentes causales específicos del trastorno alimentario.

Finalmente, todo parece indicar, por nuestras investigaciones y según los resultados obtenidos, que la dinámica familiar se ve alterada una vez instaurada la patología alimentaria, si bien parece que existe una cierta influencia previa que no podemos obviar de cara a las campañas preventivas, pero que no es suficiente para considerarla causa del trastorno.

CAPÍTULO VI.- CONCLUSIONES

6. CONCLUSIONES

1. El porcentaje de riesgo de trastornos alimentarios en la población universitaria es del 7,3, porcentaje elevado teniendo en cuenta que la prevalencia de TCA a nivel nacional (4,1- 6,41% en mujeres y 0,6-0,9% en hombres). Del mismo modo, el mayor riesgo se da en mujeres (10,3%) lo que refuerza la idea de la necesidad de la implementación de programas de educación sanitaria en este colectivo universitario.
2. El porcentaje de sujetos que sufren una influencia de los factores socioculturales es similar en los pacientes diagnosticados y universitarios con riesgo. Sin embargo, la prevalencia de sujetos con una dinámica familiar alterada sólo se incrementa en la población diagnosticada.
3. Existe una elevada relación e influencia entre los factores socioculturales y el riesgo de desarrollo de un TCA. Concretamente, de los distintos factores socioculturales, el malestar por la imagen corporal y la influencia de los mensajes verbales son los factores más influyentes.
4. Los factores familiares a diferencia de los socioculturales, presentan una menor relación e influencia en el riesgo de desarrollo de un TCA, aunque siguen siendo determinantes. Precisamente de los distintos factores familiares, el conflicto fue el factor más influyente en el desarrollo de un TCA.
5. Si bien la dinámica familiar ejerce una cierta influencia en el desarrollo de los TCA, es la instauración de la patología alimentaria la que produce un empeoramiento del clima familiar, por lo que no podemos corroborar que la dinámica familiar sea un factor predisponente de la patología alimentaria.

6. El cuestionario CIMEC-26 y sus factores presentaron una mayor sensibilidad y especificidad que las dimensiones del FES y, por tanto, alcanzan una buena precisión diagnóstica.

Conclusión final:

En conclusión, el porcentaje de sujetos con riesgo de padecer un trastorno del comportamiento alimentario es muy elevado en la población universitaria. Debido al hecho de que nuestros datos indican que tanto los factores socioculturales como los familiares influyen en la génesis y mantenimiento de estas patologías, en nuestra opinión, se debe intervenir con programas de prevención que estén orientados a mejorar la percepción de la imagen corporal y potenciar la autoestima para disminuir la influencia de los mensajes verbales externos, así como capacitar al entorno familiar de las habilidades necesarias para la resolución de conflictos. Además, recomendamos el uso del cuestionario CIMEC-26 en la práctica clínica como herramienta inicial para el cribado de individuos con riesgo de padecer esta patología por su alta sensibilidad y especificidad.

En cualquier caso, consideramos necesario corroborar estas conclusiones con futuras investigaciones a través de estudios longitudinales que permitirán identificar con mayor exactitud la influencia real de los factores socioculturales y familiares, así como la utilidad de los planes de prevención propuestos.

CAPÍTULO VII.- BIBLIOGRAFÍA

7.- BIBLIOGRAFÍA

Abreu de la Torre CL. La anorexia nerviosa. Un enfoque crítico desde la concepción materialista de la historia. *Revista Hospital Psiquiátrico de La Habana*, [serie en internet] 2006; 3(1) [citado 2 Jul 2007]. Disponible en: <http://www.psiquiatricohph.sld.cu/hph0106/hph01906.htm>.

Acosta García MV y Gómez Peresmitré G. Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2003 Mar (001): 9-21.

Arrufat Nebot FJ. Estudio de prevalencia de la conducta alimentaria en población adolescente de la comarca de Osona, [tesis doctoral]. Barcelona; 2006.

Attie I, Brooks-Gunn J. Developmental of eating problems in adolescent girls: a longitudinal study. *Developmental Psychology*. 1989; 25: 70-79.

Ballester Arnal R. y Guirado MC. Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a catorce años. *Psicothema*. 2003; 15 (4): 556-562.

Ballester D, De Gracia M, Patiño J, Suñol C. y Ferrer M. Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: un estudio de prevalencia. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2002; 30 (4): 207-212.

Behar R, Alviña M, González T, Rivera N. Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar. *Rev. Chil. Nutr.* 2007^a; 34 (3):1-14.

Behar R, Alviña M, Medinelli A, Tapia P. Trastornos de la conducta de la alimentación en estudiantes de la carrera de Nutrición y Dietética. *Rev. Chil. Nutr.* 2007^b; 34 (4):1-13.

Behar R, Barahona M, Iglesias B y Casanova D. Trastornos de la conducta alimentaria y trastorno obsesivo-compulsivo: Un estudio de prevalencia. *Rev.Chil. Neur-Psiquiatr.* 2008; 46(1): 25-34.

Bell C, Cooper MJ. Socio-cultural and cognitive predictors of eating disorder symptoms in young girls. *Eat Weight Disord.* 2005; 10(4): 97-100.

Benninghoven D, Schneider H, Strack M, Reich G y Cierpka M. Family Representations in relationship episodes of patients with a diagnosis of Bulimia Nervosa. En: *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* 2003; 76:323-336.

Bruch H. *La jaula dorada. El enigma de la anorexia nerviosa.* Barcelona: Paidós; 2002.

Bruch H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosom Med.* 1962; 24:187-194.

Buil C, García A, Pons A. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. En: Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia. *Manual de salud reproductiva en la adolescencia.* Sociedad española de contracepción, [en línea]. 2001; capítulo 9: 267-279 [citado 10 enero 2009]. Disponible:http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/09%20Salud%20reproductiva%20e.pdf

Cabrera JL, Toledo I y Báez A. Riesgo de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes de un área de salud. *Semergen.* 2006; 32 (6): 258-64.

Calvo Sagardoy R. *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas.* Madrid: Planeta; 2002.

Cano AA, Castaño JJ, Corredor DA, García AM, González M, Lloreda OL, et al. Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la Universidad de Manizales. *Med UNAB*. 2007; 10:187-194.

Castillo Sánchez MD, León Espinosa de los Monteros MT, López Bermejo A, Medina Pérez JM, Burgos Sierra F. y De Cruz Benayas A. Trastornos de conducta alimentaria. *Medicina general*. 2005; 71: 25-30.

Castro J, Toro J, Salamero M, Quimera E. The Eating Attitudes Test: validation of the Spanish versión. *Eval Psicol/Psicol. Assess*. 1991; 7:175-190.

Cervera M. Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia. Barcelona: Martínez Roca; 1996.

Chávez Flores A. Emoción expresada en familias de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *LiberAddictus*, [serie en internet]. 2006; julio-agosto (92) [citado 3 julio 2008]. Disponible en: http://www.infoadicciones.net/art_buscadord.php?todos=ch%E1vez.

Chinchilla Moreno A. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia, bulimia nerviosa, obesidad y atracones. Barcelona: Masson; 2003.

Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Family environment of eating disordered patients with and without self-injurious behaviors. *Eur Psychiatry*. 2004; 19(8):494-8.

Consejería de Sanidad y Consumo, eds. Plan de salud mental de la Región de Murcia. 1999-2001. Guía para la coordinación, intervención, atención y derivación entre salud mental y atención primaria. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 1999. p. 91-142 [en línea] [citado 5 julio 2008]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/2350Páginas%20de%20Plansaludmental99-01guiacoor_3.pdf

Correa ML, Zubarew T, Silva P, Romero MI. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Rev Chil Pediatr.* 2006; 77 (2):153-160.

Cruzat C, Ramírez P, Melipillán R, Marzolo P. Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *Psyche.* 2008; 17 (1): 81-90.

Cunha AI, Relvas AP, Soares I. Anorexia nervosa and family relationships_ Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* 2009; 9 (2): 229-240.

Dare C, Le Grange D, Eisler I, y Rutherford J. Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disorder families. *International Journal Eating Disorders.* 1994; 16: 211-226.

De la Serna de Pedro I. Introducción: alteraciones de la imagen corporal. *Monografías de psiquiatría.* 2004; 16 (2):1-2.

Decker SD. Trastornos de la conducta alimentaria. En: *Biblioteca Enfermería Profesional. Enfermería de salud mental y psiquiatría*, eds. B.S. Johnson, 4ª ed. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana; 2000. p. 687-702.

Devillard MJ. De los discursos antropológicos sobre naturaleza, cuerpo y cultura. *Política y Sociedad;* 2002. 39(3):597-614.

Díaz Benavente M, Rodríguez Morilla F, Martín Leal C, Hiruela Benjumea MV. Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. *Aten Primaria.* 2003; 32 (7): 403-9.

Díez Fernández T, Yegler Velasco C, Casas Martínez F, Gómez Carrasco JA, y Gómez González JL. Los trastornos de la conducta alimentaria: ¿Menos es más? *Cultura de los cuidados;* 2002. VI (2):67-80.

Donati P. Manual de sociología de la familia. Navarra: Eunsa; 2003. p.19-52.

Equipo METRA. Menores con trastornos psíquicos y contexto familiar. Un estudio en la Comunidad de Madrid. Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid; 2003.

Espina A, Ortego MA, Ochoa de Alda I. y Alemán A. Intervenciones familiares e imagen corporal en los trastornos alimentarios. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. 2001; 58/59: 29-40.

Espina Eizaguirre A. Anorexia nerviosa y contexto psicosocial. En: Ríos González JA. La familia: realidad y mito. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces; 1998. p. 39-70.

Fandiño A, Giraldo SC, Martínez C, Aux CP, Espinosa R. Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. Revista Colombiana Médica. 2007; 38 (4): 344-351.

Fernández Aranda F. y Turón Gil V. Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia. Barcelona: Masson; 2001.

Fischler C. L´(H) Omnívore. Paris: Editions Odile Jacob; 1990.

Gandarillas Grande A y Febrel C. Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados en la comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública, nº67. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad. Madrid; 2000.

Gandarillas A, Zorrilla B, Sepúlveda AR. y Muñoz P. Prevalencia de casos clínicos de trastornos del comportamiento alimentario en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública, nº 85. Instituto de Salud Pública. Madrid; 2003.

García Camba E. Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual. En: Avances en trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Barcelona: Masson; 2001. p. 3-30.

García Iriarte A, Arrondo de Esteban M, Guillén Grima F, Aguinaga Ontoso. Trastornos de la conducta alimentaria en una población adolescente de un instituto de enseñanza secundaria. *Enfermería Clínica*. 2006; 16 (2): 77-83.

García Reina L. Juventud y medios de comunicación. La televisión y los jóvenes: Aproximación estructural a la programación y los mensajes. *Ámbitos*. 1º y 2º semestres. 2005; 11-12: 115-129.

García Seglas FJ. El <<cuerpo>> como base del sentido de la acción. *Reis*. 1994; 68-94: 41-83

Garfinkel PE, y Garner DM. *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel; 1982.

Garner DM y Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 1979; 9: 1-7.

Gil R. *Neuropsicología Manual*. 4ªed. Barcelona: Masson Elsevier; 2007.

Gil Canalda MI, Candela Villanueva JP. y Cecilia Rodríguez M. Atención primaria y trastornos de la alimentación: nuestra actitud ante ellos (I). *Atención Primaria*. 2003; 31(3): 178-180.

Gil García M E, Ortiz Gómez T, Fernández Soto ML. Perfiles sociales, alimentación y predicción de trastornos de la alimentación en adolescentes urbanos andaluces. *Aten Primaria*. 2007; 39 (1): 7-13.

Goldstein MJ. Family factors associated with schizophrenia and anorexia nervosa. *Journal of Youth and Adolescence*. 1981; 10: 385-405

Gómez R, Gómez R, Díaz AM, Fortea I, Salorio P. Prevalencia de los trastornos alimentarios en una muestra universitaria. Ansiedad como factor de modulación. *Index Enferm.* En prensa 2010.

González L, Hidalgo M, Hurtado M, Nova C, Venegas M. Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. *Revista de Psicología de la universidad de Chile.* 2002; 11: 91-115.

González Juárez C, Pérez Pérez E, Martín Cabrera B, Roy de Pablo IR, Vázquez de la Torre Escalera P. Detección de adolescentes de riesgo de presentar trastornos de la alimentación. *Atención Primaria.* 2006; 39 (4).

Gordon R. Anorexia y bulimia. Anatomía de una epidemia social. Barcelona: Ariel; 1994.

Gracia Arnaiz M. Somos lo que comemos: estudios de alimentación y cultura en España. Barcelona: Ariel; 2002.

Gracia Arnaiz M. Cuerpo, alimentación y salud: razones para no comer. *Zainak.* 2005; 27: 149-164.

Grupo de Salud Mental del PAPPS. Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria en Atención Primaria. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2007 [citado 30 julio 2008]. Disponible en: www.semfyc.es/docroot/semfyc/pdf/consejos-salud/trastornos-conducta.pdf.

Gual García M. P. Aspectos familiares en la anorexia nerviosa, [tesis doctoral]. Universidad de Navarra; 1991.

Gual P y Zapata R. Características familiares en la anorexia nerviosa. *Estudios de Pedagogía y Psicología.* 1993, 5: 175-192

Gual P, Zapata R, Cervera S. Aspectos familiares en la Anorexia Nerviosa. En: Cervera S y Martínez-Vila E, eds. Nuevas perspectivas en psiquiatría biológica. Pamplona: Eurograf; 1995. p. 359-374

Guerro D y Barjau JM. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. En: Chinchilla Moreno A. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones. Barcelona: Masson; 2003. p. 15-19.

Gull WW. Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). Trans Clin Soc London. 1874; 7: 22-28

Hernández García MP. Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo. México: Episteme, [serie en internet]. 2006; 2 (8-9). [citado 4 Ene 2009] Disponible en: http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/reportajes/a_anorexia.asp

Herrero Aguado. Mujer y Medios de Comunicación: Riesgos para la salud. Trastornos de la Conducta Alimentaria 1. 2005: 55-75.

Herrero M. y Viña CM. Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de secundaria. International Journal of Clinical and Health Psychology, [serie en internet]. 2005; 5 (001):67-83. [citado 12 Mar 2007]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33701004.pdf>

Hersch Martínez P. y Haro A. ¿Epidemiología Sociocultural o Antropología Médica? Algunos ejes para un debate multidisciplinar. Conferencia de clausura en: III Coloquio de REDAM: Etnografías y técnicas cualitativas en investigación sociosanitaria. Un debate pendiente. Universitat Rovira i Virgili; 2007.

Hodges E, Cochrane C, Brewerton T. Family characteristics of binge eating disorders patients. Int J Eat Disord. 1998; 23:145-151

Humphrey LL. A sequential analysis of family processes in anorexia and bulimia. En: *Understanding Anorexia Nervosa and Bulimia Report of the Fourth Ross Conference on Medical Research*. Ross Laboratories, Columbus (Ohio). 1983.

Humphrey, LL. Family relations in bulimic-anorexic and nondistressed families. 1986; 5 (2): 223-232.

Iniewicz G, Józefik B, Namysłowska I, Ułasińska R. Assessment of family relations by the patients suffering from anorexia nervosa--part II. *Psychiatr Pol*. 2002; 36(1):65-81.

Jáuregui Balenciaga I. La anorexia. Una patología cultural e irracional de la modernidad. *Gazeta de Antropología*, [serie en internet]. 2006; 22. [citado 15 Mar 2007]. Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G22_15Inmaculada_Jauregui_Balenciaga.html

Jáuregui Lobera I. Anorexia Nerviosa. El trabajo con la familia. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*. 2004; 4 (2):127-28.

Jáuregui Lobera I, Romero J, Montaña MT, Morales MT, Vargas N, León P. Análisis de las actitudes alimentaria en una muestra de adolescentes de Sevilla. *Medicina Clínica Barcelona*. 2009; 132 (3): 83-88

Jiménez Rodríguez D. La anorexia y los medios de comunicación. *Paraninfo Digital*, [serie en internet]. 2007; 1. [citado 11 Mar 2008]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n1p033.php>

Johnson C, Flach A. Family characteristics of 105 patients with bulimia. *Am J Psychiatry*. 1985; 142 (11): 1321-4.

Józefik B, Iniewicz G, Namysłowska I, Ułasińska R. Assessment of family relations by the patients suffering from anorexia nervosa--part I. *Psychiatr Pol*. 2002; 36(1):51-64.

Karwautz A. Factores de riesgo y de protección para la anorexia nerviosa. En: Rojo Moreno L y Cava G. (edits) *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel; 2003. p.123-146.

Kaye W, Weltzin E, Hsu L, Bulik C, McConaha C y Sobbkiewiez T. *Patients with anorexia nervosa have elevated scores on the Yale-Brown obsessive-compulsive scale*. *International Journal Eating Disorders*. 1992; 12: 57-62.

Kiang L, Harter S. *Sociocultural values of appearance and attachment processes: An integrated model of eating disorder symptomatology*. *Eat Behav*. 2006; 7(2):134-51.

Kog E y Vandereycken W. *Family interaction in eating disorder patients and normal controls*. *Internacional Journal of Eating Disorders*. 2006; 8 (1): 11-23.

Kog E, Vertommen H, De Groote T. *Family interaction research in anorexia nervosa: The use and misuse of a self-report questionnaire*. *International Journal of Family Psychiatry*. 1985; 6: 227-243.

Kugu N, Akyuz G, Dogan O, Ersan E, Izgic F. *The prevalence of eating disorders among university student and the relationship with some characteristics*. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006; 40 (2): 129-35.

Lacey JH, Price C. *Disturbed familias, or familias disturbed?*. *British Journal of Psiquiatry*. 2004; 184: 195-196.

Laliberte M, Boland FJ, Leichner P. *Family climates: Family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa*. *J Clin Psychol*. 1999; 55 (9): 1021-1040.

Lameiras M, Calado M, Rodríguez Y, Fernández M. *Los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios españoles*. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002; 30: 343-9.

Lameiras Fernández M, Calado Otero M, Rodríguez Castro y Fernández Prieto M. Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2003; 3 (1): 23-33.

Lee J. Perceptions of family environment, body image and self-esteem of Ealing disorderd and non-eating disorderd patient women. *Dissertation Abstracts International: section A: Humanities and Social Sciencies*. 1998; 59.

Lenoir M. y Silver TJ. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte1). Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. *Arch. Argent. Pediatr*. 2006; 104 (3): 253-260.

Leon GR, Lucas AR, Colligan RC, Ferdinale RJ y Kamp J. Sexual body image and personality attitudes in anorexia nervosa. *Journal of abnormal Child Psychology*.1985; 13 (2):245-258.

Lerner Matiz J. ¿Qué es la familia? Determinismo-Transmisión-Tradicón. *Revista Universidad EAFIT*. Universidad Eafit. Medellín: Colombia. 2003; 130: 9-18.

Leung F, Schwartzman A, Steiger H. Testing a dual-process family model in understanding the development of eating pathology: a structural equation modeling analysis. *Int J Eat Disord*. 1996; 20(4): 367-75.

Linde N. Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en la región de Murcia, [tesis doctoral]. Murcia; 2005.

Livianos Aldana L. y Rojo Moreno L. Trastorno de la imagen corporal en el varón. En: Rojo L. y Cava G. *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Ariel; 2003. p. 509-528.

López Aguilar X, Mancilla Díaz JM, Álvarez Rayón G, Vázquez Arévalo R. Determinación de algunas características psicológicas en comedoras compulsivas: un estudio exploratorio. *Psicología y Ciencia Social*. 2003; 5 (2): 34-40.

López Coutiño B, Nuño Gutiérrez BL. y Arias Ibañez AG. Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia. México: IMSS; 2006. [citado 2 febrero 2009] Disponible en: www.tallersur.com/adolec/libros/libroanorexia.pdf

López de Ullibarri Galparsoro I, Píta Fernández, S. Pruebas diagnósticas. *Cad Aten Primaria*. 1998; 5 (4): 229-235.

López - Ibor Aliño J. J, Valdés Miyar M. DSM-IV- TR, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (texto revisado). Barcelona: Masson; 2003. p. 653-660.

Lugli ZR. y Vivas E. Conductas y actitudes sugestivas de riesgo de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios venezolanos. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2006^a; 29(2).

Lugli ZR. y Vivas E. Trastornos de alimentación, factores socioculturales, creencias de control y dietas. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiátrica de Enlace*. 2006; 79/80: 23-32.

Lundholm JK, Waters JE. Dysfunctional family systems: Relationship to disordered eating behaviors among university women. *Journal of Substance Abuse*. 1991; 3: 97-106.

Ma JL. Eating disorders, parent-child conflicts, and family therapy in Shenzhen, China. *Qual Health Res*. 2008; 18 (6): 803-10.

Martín R, Mina F.J. Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes de una institución educativa en Cali, Colombia 2005. *Rev. Colomb. Obstet Ginecol*. 2008; 59 (3):1-10.

Martínez-Cambolor P. Comparación de pruebas diagnósticas desde la curva ROC. *Revista Colombiana de Estadística*. 2007; 30(2):163-176.

Martínez E, Toro J y Salamero M. Influencias socioculturales favorecedoras del adelgazamiento y sintomatología alimentaria. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 1996; 23 (5): 125-133.

Mateos-Parra A. y Solano-Pinto N. Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas. *Psicología.com. Revista Electrónica de Psicología*, [serie en internet]; 1997. 1(1) [citado 14 marzo 2007]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/artic_4.htm.

McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. Orientación Familiar en Atención Primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. Barcelona: Springer; 1998.

Merino H, Pombo MG, Godás A. Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*. 2001; 13 (4): 539-545.

Minuchin S, Rosman NL y Baker L. *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. 1978. Massachusetts: Harvard University Press.

Mitchell Rebolledo C. y Martínez Olmos J. Algunas claves sobre el discurso el discurso de la Epidemia. *Index Enferm*, [serie en internet]. 2001; 32-33: 13-22. [citado 12 Mar 2007]. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/32-33revista/32-33_articulo_13-22.php.

Morales A, Ramírez W, Ureña ME, Sevilla A, Umaña P. y Chávez R. Anorexia y bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de una Clínica de Adolescentes. *Acta Pediátrica Costarricense*. 2002; 16 (3): 93-108.

Morales García CR. Estudio clínico y evolutivo de la anorexia nerviosa, [tesis doctoral] Universidad de La Laguna. Servicio de Publicaciones Universidad de la Laguna; 1996.

Morandé G, Casas J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatr Integral*. 1997; 3(2):243-60.

Morandé G, Graell M. Tratamiento psicoterapéutico de la anorexia y bulimia nerviosa. [En línea]. 2000; p. 225-232. [citado 17 Mar 2007]. Disponible en: www.seep.es/privado/download.asp?url=/publicaciones/2000TCA/Cap18.pdf

Offner D. Eating disorders: family environment and outcome. *Dissertation Abstracts International: section B: the Sciences and Engineering*. 1997; 57(9-B).

Olesti M, Piñol JL, Martín N, De la Fuente M, Riera A, Bofarull G, Ricomá G. Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *Anales de Pediatría*. 2008; 68 (1):18-23.

Ordman AM, Kirschenbaum DS. Bulimia: assessment of eating, psychological and familial characteristics. *International Journal of Eating Disorders*. 1986; 5: 856-878.

Organización Mundial de la Salud. CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Mediator; 1992.

Organización Mundial de la Salud. CIE- 10. Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Madrid: Médica Panamericana; 2001.

Paredes Sierra MA. La enfermera psiquiátrica comunitaria como recurso para la formación del profesorado de educación secundaria en la prevención escolar de la anorexia nerviosa. *Nure Investigación*. 2005; (17): 1-10.

Pastor Carballo R. y Bonilla Campos A. Identidades y cuerpo: El efecto de las normas genéricas. *Papeles del Psicólogo*, [serie en internet]. 2000; febrero (75). [citado 12 Mar 2007]. Disponible en: www.cop.es/papeles/vernumero.asp?id=818.

Perera Figueredo MJ. Características familiares en los trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas, [tesis doctoral]. Universidad del País Vasco; 2002.

Perez-Gaspar M, Gual P, Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F. y Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med. Clin.* 2000; 481-486.

Perpiñá C. Procesamiento de la información socio-cultural. Sus implicaciones en la génesis de los trastornos alimentarios, [tesis doctoral]. Universidad de Valencia; 1988.

Perpiñá C, Baños RM. Distorsión de la imagen corporal: un estudio en adolescentes. *Cad. psicopedag.* 2007; 6 (11): 1-13.

Pita Fernández S, Pértegas Díaz S. Pruebas diagnósticas: Sensibilidad y especificidad. *Cad Aten Primaria* 2003; 10:120-124.

Poyato JL, Poyato M, Sánchez MM, Cañete R. Estudio de la población de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario. *An Esp de Pediatr.* 2002; 58:113-114.

Quiles Y y Perol MC. Afrontamiento y trastornos de la conducta alimentaria: Un estudio de revisión. *Revista Latinoamericana de Psicología.* 2008; 40 (2):259-280.

Quintero Gutiérrez J, García Blánquez V, Correas J, Chinchilla Moreno A. Trastornos de la conducta alimentaria y atención primaria. En Chinchilla Moreno A. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones. Barcelona: Masson; 2003. p. 281-290.

Raich RM. Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide; 1994.

Raich R. Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Pirámide; 2001.

Raich R. Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide; 2002.

Rivarola MF. y Penna F. Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 2006; 8 (002): 61-72.

Rigol Cuadra A. El otro cuerpo de la identidad: Análisis de modelos culturales de los trastornos del cuerpo femenino. *Cultura de los Cuidados*. 2006; Año X (19): 47-54.

Rodríguez Santos L, Antolín Gutiérrez M, Vaz Leal FJ, García Herráiz MA. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 2. Serie: Documentos Técnicos. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo.; 2006.

Rodríguez S y Cruz S. Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*. 2008; 20 (1): 131-37.

Rojo L, Livianos L, Conesa L, García A, Domínguez A, Rodrigo G, et al. Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. *Int J Eat Disord*. 2003; 34(3):281-91.

Rubio B y Sebastián P. Trastorno del Comportamiento Alimentario. *Orientaciones para la Atención Primaria*. 1999. ADANER. Murcia.

Rueda GE, Cadena LP, Díaz LA, Ortiz DP, Pinzón C, Rodríguez J. Validación de la encuesta de comportamiento alimentarios en adolescentes escolarizadas de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2005^a; XXXIV (3): 375-385.

Rueda GE, Díaz LA, Ortiz DP, Pinzón C, Rodríguez J, Cadena LP. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes. *Aten Primaria*. 2005^b; 35 (2):89-94.

Ruiz P, Alonso J, Velilla J, Lobo A, Martín A, Paumard C, et al. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 1998; 3: 148-62.

Ruiz-Lázaro PM. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Proceedings del III Congreso Virtual de Psiquiatría-Interpsiquis*. 2002; Febrero: 1-28.

Ruiz Martínez AO, González Sotomayor R. y Valdez Nasser S. Sintomatología de anorexia y bulimia nerviosa en universidades privadas y públicas. *Episteme*, [serie en internet] 2005; (3). Año 1, enero-marzo. [citado 14 Jul 2008]. Disponible en: <http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero2-05>.

Ruiz Martínez AO, Meza Herrera S, Laredo Ramírez MG, Hernández Moreno D y Rodríguez Hernández MS. Detección de trastornos alimentarios y su relación con el funcionamiento familiar. *Episteme*, [serie en internet] 2007; Año 3 (10) julio-septiembre. [citado 12 Jun 2008]. Disponible en: <http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero10-07>.

Ruiz Martínez AO, Vázquez Arévalo R, Mateo González C, Galdós Cruz J, Álvarez Rayón G, Mancilla Díaz JM. Presencia de trastornos alimentarios y su sintomatología en relación con influencias culturales e insatisfacción corporal entre estudiantes hombres y mujeres. *Revista Psicología*. 2004; 1(1).

Russell GFM. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 1979; 9: 429- 448.

Russell G. La <<esencia>> de la anorexia nerviosa: Evaluación histórica y síntomas principales. En: Rojo L. y Cava G. *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Ariel; 2003. p. 13-27.

Salas Salvado J, Rubio MA, Barbany M, Moreno B. Grupo Colaborativo de la SEEDO. SEEDO 2007 Consenso para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin Barc*. 2007; 128 (5): 184-96.

Salgado Serrano P. Bases neurobiológicas del comportamiento alimentario. En: Turón Gil VJ. *Trastornos de la alimentación. Anorexia, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson; 1997. p. 16-23.

Sánchez Hernández MJ. Los trastornos del comportamiento alimentario y los procesos de transmisión-adquisición de la cultura alimentaria. *Gazeta de Antropología*, [serie en internet]. 2004; (20). [citado 29 Ene 2008]. Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G20_04MariaJesus_Sanchez_Hernandez.html.

Seisdedos N, De la Cruz V, y Cordero. *Escalas de clima social*. 1984. Madrid: TEA Ediciones

Sepúlveda AR, Botella J. y León JA. La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*, [serie en internet]. 2001; 13 (1): 7-16. [citado 15 Mar 2007]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/727/72713102.pdf>

Sepúlveda AR, Gandarillas A y Carrobles JA. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria. *Psiquiatría.com*. [serie en internet]. 2004; 8 (2) [citado 20 Mar 2007]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/tralimentacion/14984.

Shisslak CM, McKeon RT, Crago M. Family dysfunction in normal weight bulimic and bulimic anorexic families. *Journal of Clinical Psychology*. 1990; 46 (2): 185-189.

Soares I y Dias P. Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: Contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Psychology*. 2007; 7: 177-195.

Solano S. Depresión y trastornos del comportamiento alimentario. *Avances en Psiquiatría Biológica*. 2006; 7: 114-123.

Stern SL, Dixon KN, Jones D, Lake M et al. Family environment in anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*. 1989; 8 (1): 25-31.

Strober M. The significance of bulimia in juvenile anorexia nervosa: An exploration of possible etiologic factors. *International Journal of Eating Disorders*. 1981; 1: 28-43.

Suárez González F. Hábitos alimentarios en población adolescente femenina. Badajoz, 2002. Universidad de Extremadura.

Suárez González F, Vaz Leal F, Guisado JA, Gómez Lozano L. Estudio de hábitos alimentarios en población femenina comparando grupos con patología y sin patología alimentaria. *Nutr Hosp*. 2003; 18 (5): 259-63.

Téllez A. Trabajo y representaciones de género. Propuesta para un posicionamiento analítico desde la antropología cultural. *Gaceta de antropología*, [serie en internet]. 2001; 17. [citado 24 julio 2008]. Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G17_17Anastasia_Tellez_Infantes.html.

Thoma H. *Anorexia nervosa* (G.Brydone. Trans.). New York: International Universities Press; 1967.

Toro J. La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Medicina Clínica*. 2000; 114 (14): 543-544.

Toro J. Anorexia nerviosa. *Medicina Clínica*. 2001; 117: 334-335.

Toro J. El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. 3ª ed. Barcelona: Ariel; 2003.

Toro J. Riesgo y causas de la anorexia nerviosa. Barcelona: Ariel; 2004.

Toro J, Gomez-Peresmitré G, Sentis J, Vallés A, Casulà V, Castro J, Pineda G, Leon R, Platas S, Rodríguez R. Eating disorders and body image in Spanish and Mexican female adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006; 41: 556-565

Toro J, Salamero M, Martínez E. Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand*. 1994; 89 (3):147-51.

Toro J. y Vilardell E. Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca; 1987.

Toro J y Vilardell E. Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca; 2000.

Torres Salvador A, Díaz Atienza J, Marcos Pérez E, Zapata Boluda R, Esteban Pinos I, Villegas Oliva A, Blánquez Rodríguez MP. Autoconcepto y acontecimientos vitales en la anorexia nerviosa de la adolescente: Estudio de casos y controles. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*. 1999; 20 (6).

Torresani ME. Conductas alimentarias y prevalencia del riesgo de padecer trastornos alimentarios en estudiantes de nutrición. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*. 2003; 9(1): 30-33.

Tozzi F et al. Cusas y recuperación en la Anorexia Nerviosa: la perspectiva del paciente. *Int J Eat Disord*. 2003; 33: 143-154.

Turon Gil VJ. Epidemiología de la anorexia nerviosa. En: Trastornos de la alimentación. Anorexia, bulimia y obesidad. Barcelona: Masson; 1997. p. 51-58.

Unlü G, Aras S, Güvenir T, Büyükgebiz B, Belem O. Family functioning, personality disorders, and depressive and anxiety symptoms in the mothers of children with food refusal. *Turk Psikiyatri Derg.* 2006; 17 (1): 12-21.

Uribe Merino JF. Las prácticas alimentarias con la búsqueda del ideal corporal. El caso de la ciudad de Medellín. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia: Boletín de Antropología. 2006; 20 (037): 227-250.

Uribe Merino JF. Los factores socioculturales de riesgo. Universidad de Antioquia: Centro de Investigaciones Sociales y Humanas. Escuela de Nutrición y Dietética; 2007.

Vandereycken W, Castro J, Vanderlinden J. Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento. Barcelona: Martínez Roca; 1991. p.9-30.

Vázquez Arévalo R, Fuentes Toledo ES, Báez Rodríguez MV, Álvarez Rayón GL, Mancilla Díaz JM. Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastorno alimentario. *Revista Psicología y Salud.* 2002; 12(1): 73-82.

Vázquez R, Álvarez G, Mancilla J.M. Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC), en población Mexicana. *Salud Mental*, [serie en internet]. 2000; 23 (006): 18-24 [citado 12 Mar 2007]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58262303.pdf>

Vázquez R, y Raich R. El papel de la familia en los trastornos alimentarios. *Psicología conductual.* 1997; 5 (3): 391-407.

Vázquez AR, Raich ERM, Viladrich SMC, Álvarez RGL, Mancilla DJM. Tres aspectos de la vida familiar asociados a los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*. 2001; 18(3): 325-335.

Vera Guerrero MN. El cuerpo, ¿culto o tiranía? *Psicothema*, [serie en internet]. 1998; 10 (1): 111-125. [citado 12 Mar 2007]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2012947&orden=70091&info=link>

Vidal Rubio S. Factores socioculturales y relaciones interpersonales en la anorexia nerviosa. En: Turón Gil VJ. *Trastornos de la alimentación. Anorexia, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson; 1997. p. 80-98.

Vidovic V, Juresa V, Begovac I, Mahnik M y Tocilj G. Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 2005; 13: 19-28.

Vila i Camps E. La anorexia en el deporte de élite. *Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna*. 2001; 28 (3): 170-177.

Walder P. El cuerpo fragmentado. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, [serie en internet]. 2004; 2 (007). [citado 9 marzo 2007]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/305/30500712.pdf>

Waller G, Slade P y Calam R. Family adaptability and cohesion: Relation to eating attitudes and disorders. *Internacional Journal of Eating Disorders*. 1990; 9: 225-228.

Wallin U. Eating disorders and the family—a review. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2004; 124 (17): 2252-53.

Wardlaw GM, Hampl JS y DiSilvestro RA. Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por hartazgos alimenticios y otros padecimientos. En: Acosta García F, ed. *Perspectivas en Nutrición*. 6ª ed. México: McHaw Hill; 2004. p. 663-700.

Wardle J. Eating style: a validation study of the dutch eating behavior questionnaire in normal subjects and women with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*. 1987; 31: 161-169.

Wisotsky W, Dancyger I, Fornani V, Katz J, Wisotzky W y Swencionic C. The relationship between eating pathology and perceived family functioning in eating disorder patients in a day treatment program. *Eating Disorders*, 2003; 11: 89-99.

Wisotsky W, Dancyger I, Fornani V, Swencionis C, Fisher M, Schneider M, Wisotsky W. Is perceived family dysfunctions related to comorbibid psychopathology? A study at an eating disorders day treatment program. *Int J Adolesc Health*. 2006; 18 (2): 235-44.

WHO: Programme of Nutrition, Familia and Reproductive Health. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO, 1998.

Zagalaz Sánchez ML, Romero S. y Contreras OR. La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén. *Revista Iberoamericana de Educación*, [serie en internet]. 2002; [citado 4 Jul 2007]. Disponible en: www.rieoei.org

ANEXOS

ANEXO II

Cuestionario EAT-26

1. Me aterroriza llegar a tener exceso de peso
2. Procuo no comer cuando tengo hambre
3. Me veo muy preocupada por la comida
4. Me he dado "atracones" en los que tenía la impresión de no ser capaz de parar de comer
5. Troceo la comida en pequeñas porciones
6. Soy consciente del contenido calórico
7. En concreto, evito los alimentos que tienen un alto contenido de hidratos de carbono (pan, arroz, patatas)
8. Tengo la impresión de que los demás preferirían que yo comiera más
9. Vomito después de comer
10. Me siento culpable después de comer
11. Me preocupa especialmente el deseo de estar delgada
12. Cuando hago ejercicio, pienso sobre todo, en quemar calorías
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgada
14. Me atormenta la idea de tener grasas en mi cuerpo
15. Tardo más tiempo que los demás en comer
16. Evito los alimentos que contengan azúcar
17. Tomo alimentos dietéticos
18. Tengo la impresión de que la comida controla mi vida
19. Puedo autocontrolarme en lo que respecta a la comida
20. Tengo la impresión de que los demás me presionan para que coma
21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida
22. Me siento a disgusto después de haber comido dulces
23. Hago régimen
24. Me gusta tener el estómago vacío
25. Disfruto probando nuevos platos ricos en calorías
26. Tengo el impulso de vomitar después de las comidas

ANEXO III

Cuestionario CIMEC-26

1. Cuando estás viendo una película, ¿miras a las actrices y actores fijándote especialmente en si son gruesas o delgadas?
2. Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?
3. ¿Envidias el cuerpo de las(os) bailarinas(es) de ballet o el de las(os) muchachas(os) que practican gimnasia rítmica?
4. ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?
5. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?
6. ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?
7. ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?
8. ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte gruesa(o)) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc.?
9. Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?
10. ¿Has hecho dieta para adelgazar alguna vez en tu vida?
11. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?
12. ¿Envidias la delgadez de las(os) modelos que aparecen en los desfiles de moda o en los anuncios de prendas de vestir?
13. ¿Te angustia que te digan que estás "llenita(o)", "gordita(o)", "redondita(o)" o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?
14. ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?
15. ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?
16. ¿Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?

17. ¿Te angustian la llegada del verano por tener que ir más ligera(o) de ropa o tener que usar traje de baño?
18. ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento, o el control de obesidad?
19. ¿Tienes alguna amiga(o) o compañera(o) angustiada(o) o muy preocupada(o) por su peso o por la forma de su cuerpo?
20. ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?
21. ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?
22. ¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?
23. ¿Crees que las(os) muchachas(os) y jóvenes delgadas(os) son más aceptadas(os) por los demás que las(os) que no lo son?
24. ¿Te atraen las fotografías y anuncios de muchachas(os) con tejanos (vaqueros), bañador o ropa interior?
25. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?
26. Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedes verte obligado(a) a comer?

ANEXO IV

Cuestionario FES:

1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros
2. Los miembros de la familia guardan, a menudo, sus sentimientos para sí mismos
3. En nuestra familia reñimos mucho
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos
6. A menudo hablamos de temas políticos y sociales
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante regularidad a los cultos de la iglesia
9. Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces
11. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos “pasando el rato”
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enfados
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida
16. Casi nunca asistimos a conferencias, funciones o conciertos
17. Frecuentemente vienen amigos a comer en casa, o a visitarnos
18. En mi casa no rezamos en familia
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir
21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa
22. En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todo el mundo
23. En casa a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos algo
24. En mi familia cada uno decide sus propias cosas
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente
27. Alguno de mi familia practica habitualmente deportes: fútbol, baloncesto, etc.

28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Pascua y otras fiestas.
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones
31. En mi casa hay un fuerte sentimiento de unión
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales
33. Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enfados
34. Cada uno entra y sale de casa cuando quiere
35. Nosotros aceptamos que haya competición y “que gane el mejor”
36. Nos interesan poco las actividades culturales
37. Vamos a menudo al cine, a competiciones deportivas, excursiones
38. No creemos en el cielo y ni en el infierno
39. En mi casa la puntualidad es muy importante
40. En mi casa las cosas se hacen de una forma establecida
41. Cuando hay que hacer algo en casa, es raro que se ofrezca algún voluntario
42. En casa, si alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más
43. Las personas de nuestra familia nos criticamos frecuentemente unas a otras
44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales
47. En mi casa, todos tenemos una o dos aficiones
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente
50. En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas
51. Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unas a otras
52. En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado
53. En mi casa a veces nos peleamos a golpes
54. Generalmente, en mi familia cada persona sólo confía en sí misma cuando surge un problema
55. En casa, nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las calificaciones escolares.

56. Alguno de nosotros toca un instrumento musical
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o de la escuela
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe
59. En casa nos aseguramos de que nuestras habitaciones quedan limpias
60. En las decisiones familiares todas las opciones tienen el mismo valor
61. En mi familia hay poco espíritu de grupo
62. En mi familia los temas de pagos y dinero se trata abiertamente
63. Si en la familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos por suavizar las cosas y mantener la paz
64. Las personas de la familia se animan firmemente unos a otros a defender sus propios derechos
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a las bibliotecas
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursillos o clases particulares por afición o por interés
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que está bien o mal
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona
70. En mi familia cada uno puede hacer lo que quiera
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros
74. En mi casa es difícil ser independientes sin herir los sentimientos de los demás
75. "Primero el trabajo, luego la diversión", es una norma en mi familia
76. En mi casa, ver la televisión es más importante que leer
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos
78. En mi casa, leer la Biblia es algo muy importante
79. En mi casa el dinero no se administra con mucho cuidado
80. En mi casa las normas son bastante inflexibles
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo
83. En mi casa creemos que no se consigue mucho elevando la voz
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa

85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura
87. Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar la radio.
88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.
89. En mi casa, de ordinario, la mesa se recoge inmediatamente después de comer.
90. En mi familia uno no puede salirse con la suya.

ANEXO V

Cuestionario sociodemográfico para la población diagnosticada:

Código: _____			
Diagnóstico: _____			
Talla y peso: _____			
A rellenar por el terapeuta			
Solter@	Casad@	Separad@ o divorciad@	Otros: Indicar: _____

Indique su nivel estudios (señala la opción correcta):

Sin estudios	Estudios primarios	Estudios Secundarios (bachiller)	FP o similar	Universitarios
--------------	--------------------	----------------------------------	--------------	----------------

Nivel estudios madre (señala la opción correcta):

Sin estudios	Estudios primarios	Estudios Secundarios (bachiller)	FP o similar	Universitarios
--------------	--------------------	----------------------------------	--------------	----------------

Trabajo de la madre: _____

Nivel estudios padre (señala la opción correcta):

Sin estudios	Estudios primarios	Estudios Secundarios (bachiller)	FP o similar	Universitarios
--------------	--------------------	----------------------------------	--------------	----------------

Trabajo del padre: _____

¿Con quién convives?

Solo/a ___ Con familia ___ Compañeros de piso ___ Residencia estudiantes ___

¿Tus padres se han separado o divorciado? Si ___ No ___

Nivel socioeconómico: Bajo ___ Medio ___ Alto ___

