UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA
San Vicente Mártir

Facultad de Psicología

"El Sentido de la Vida como factor predictor en la psicopatología de los Trastornos Alimentarios"

TESIS DOCTORAL

Presentada por:
Dª Montserrat Cañabate Ros

Dirigida por:
Dr. José Heliodoro Marco Salvador
Dra. María Sandra Pérez Rodríguez

2018

A todas las personas
que dan Sentido a mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que han colaborado directa o indirectamente en facilitar que esta tesis llegara a realizarse.

Gracias a todo el equipo del Hospital Provincial de Castellón y del Hospital de la Ribera por abrirme sus puertas cada día estando pendientes de cualquier cosa que me hiciera falta.

Gracias a mis directores; al Dr. Helio Marco, por creer en mi desde el primer momento, por ponerle tanto empeño a este proyecto y por la infinita paciencia que le ha tocado tener cuando algo no me entraba en la cabeza y solo hacia que rebatirlo. A la *Dra. Sandra Perez*, por su dedicación completa con este proyecto, por su perfeccionismo en cada pequeño detalle y por ofrecerme el apoyo académico, pero sobre todo personal para seguir adelante y no rendirme nunca.

Gracias a mis amig@s, especialmente a Laura y Susana, por seguir a mi lado todo este tiempo, incluso cuando mi próximo día para poder quedar suponía una espera de 4 o 5 meses.

Gracias a mi hermano Jesús y a *mis hermanos en la fe,* que han rezado junto a mi para que todo el esfuerzo y la carga de este trabajo no lo llevara sola.

Gracias a mis padres, que se han esforzado mucho para que hoy pueda culminar esta estapa de mi vida y especialmente por todos los "Sí, claro" que escuchaba cuando le pedia ayuda a mi madre para cuidar de mis hijos o de mí.

Gracias a mi suegra Monica, por su disposición constante todos los días y por hacer de "Yaya Moni" siempre que lo necesitaba.

Gracias a mi marido Marcos, por apoyarme incondicionalmente en cada proyecto que decido emprender, porque detrás de cada nuevo horizonte que me dispongo a alcanzar está su gran esfuerzo por cuidar de los niños, la casa, el trabajo e incluso de darme ánimos cuando no puedo más.

Gracias a mis hijos Blanca y Alexander, por intentar entender los muchos deberes que tenía su mama cada día. Espero que las horas que he dedicado a esta tesis y no he podido dedicaros a vosotros os sirva de ejemplo en un futuro para tener la certeza de que con esfuerzo todo se puede.

Por último, *gracias a Dios,* porque sin él nada de esto hubiera sido posible, por regalarme en cada momento a la persona oportuna, por acompañarme en los momentos de flaqueza y sobre todo por darle sentido a mi vida.

A todos, de corazón, gracias.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ABREVIATURAS XI

RESUMEN XIII

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO 7

1. Conceptualización de los Trastornos Alimentarios 9

1.1 Anorexia Nerviosa 10

1.1.1 Aproximación histórica 10

1.1.2 Criterios diagnósticos 13

1.1.3 Epidemiología 15

1.2 Bulimia Nerviosa 15

1.2.1 Aproximación histórica 15

1.2.2 Criterios diagnósticos 17

1.2.3 Epidemiología 20

1.3 Trastorno De Atracones 20

1.3.1 Aproximación histórica 20

1.3.2 Criterios diagnóstico 21

1.3.3 Epidemiología 24

1.4 Trastorno Alimentario No Especificado 24

1.4.1 Aproximación histórica 24

1.4.2 Criterios diagnósticos 24

1.4.3 Epidemiología 27

2. Psicopatología propia de los Trastornos Alimentarios 28

2.1 La Imagen Corporal 28

2.1.1 Conceptualización de la Imagen Corporal 28

2.1.2 Insatisfacción con la Imagen Corporal 30
2.2 Creencias y actitudes alteradas hacia la comida y el peso 32
2.2.1 La preocupación por el peso 33
2.2.2 El Índice de Masa Corporal 33
2.2.3 La realización de dieta 34
2.3 El modelo transdiagnóstico de los Trastornos Alimentarios 35
3. Psicopatología asociada a los Trastornos Alimentarios 40
3.1 Autolesiones No Suicidas 40
3.1.1 Conceptualización de las Autolesiones No Suicidas 40
3.1.2 Funcionalidad de las Autolesiones No Suicidas 41
3.1.3 Prevalencia 42
3.1.4 Factores de riesgo 43
3.1.5 Autolesiones No Suicidas asociadas a los Trastornos Alimentarios 45
3.2 Trastornos de la Personalidad 46
3.2.1 Conceptualización 46
3.2.2 Prevalencia 46
3.2.3 Trastorno de la Personalidad asociado a los Trastornos Alimentarios 47
3.3 Riesgo de suicidio 49
3.3.1 Desesperanza 49
3.3.2 Comportamiento Suicida 50
3.3.2.1 Conceptualización del comportamiento suicida 50
3.3.2.2 Prevalencia 52
4. El Sentido de la Vida como variable predictora de los Trastornos Alimentarios 55

4.1 Factores de protección de los Trastornos Alimentarios 55

4.2 Conceptualización del Sentido de la Vida 56

4.2.1 Modelos conceptuales sobre el Sentido de la Vida 58

4.2.2 El Sentido de la Vida como factor protector de la psicopatología asociada a los Trastarnos Alimentarios 61

4.2.3 El Sentido de la Vida en los Trastornos Alimentarios 62

CAPÍTULO 2. MARCO EXPERIMENTAL 65

1. Objetivos e Hipótesis 67

1.1. Objetivos Generales 67

1.2. Objetivos Específicos 67

1.3. Hipótesis 69

2. Materiales y Método 70

2.1 Diseño 70

2.2 Ámbito y población de estudio 70

2.3 Procedimiento y reclutamiento de la muestra 71

2.4 Instrumentos de evaluación 72

2.5 Conflicto de Intereses y Cumplimiento de Normas Éticas 80

2.6 Análisis estadístico 80

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS 83

1. Estadísticos Descriptivos 85

1.1Descripción de la muestra 85

1.2 Puntuaciones medias de los participantes en los dos momentos de medida del estudio, T1 (Evaluación Inicial) y T2 (Seguimiento a los 7 meses) 90

2. Análisis de las diferencias en el Sentido de la Vida en función del tipo de diagnóstico de Trastornos Alimentarios 94

3. Análisis del papel predictor del Sentido de la Vida en la psicopatología propia de los Trastornos Alimentarios (Imagen Corporal y Creencias y Actitudes hacia la comida) en la Evaluación Inicial (T1). 95

4. Análisis del papel predictor del Sentido de la Vida en la psicopatología asociada a los Trastornos Alimentarios (Desesperanza, ANS, Sintomatología Límite e Ideación Suicida) en la Evaluación Inicial (T1). 100

5. Análisis del papel predictor del Sentido de la Vida en la frecuencia de ANS e Intentos de Suicidio a lo largo de la vida y en el último año en la evaluación inicial (T1). 103

6. Análisis del papel predictor del Sentido de la Vida en la psicopatología propia de los Trastornos Alimentarios (Imagen Corporal y Creencias y Actitudes hacia la comida) en el Seguimiento a los 7 meses (T2). 106

7. Análisis del papel predictor del Sentido de la Vida en la psicopatología asociada a los Trastornos Alimentarios (Desesperanza, ANS, Sintomatología Límite e Ideación Suicida) en el Seguimiento a los 7 meses (T2). 111

8. Análisis del papel predictor del Sentido de la Vida en la frecuencia de ANS e Intentos de Suicidio en el Seguimiento a los 7 meses (T2). 114

9. Realización de un modelo predictivo de la psicopatología propia de los Trastornos Alimentarios. 106

10. Realización de un modelo predictivo de la psicopatología asociada de los Trastornos Alimentarios (Desesperanza, ANS, Sintomatología Límite e Ideación Suicida). 117

CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 121

1. Discusión 123

2. Limitaciones del estudio 133

3. Directrices futuras 134

4. Conclusiones 136

REFERENCIAS 137

ANEXOS 193

1. Inventario de identificación del paciente y de información Clínica. 195

2. Sentido/Propósito en la vida - *Purpose In Life* 197

3. Cuestionario Multidimensional de Relaciones entre el Cuerpo y el Yo - *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire - Appearance Scales (MBSRQ)* 199

4. Escala de implicación emocional - *Body Investment Scale (BIS)* 201

5. El Test de Creencias y Actitudes Alimentarias - *The Eating Attitudes Test (EAT)* 202

6. Escala de Desesperanza - *Hopelessness Scale (HS)* 203

7. Inventario de declaraciones sobre autolesiones - *Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS).* 204

8. Escala de Ideación Suicida - *Scale for Suicide Ideation (SSI).* 207

9. Lista de Síntomas Límite - *Borderline Symptom List 23 (BSL-23).* 209

10. Admisión por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital de La Ribera de Alzira. 211

11. Admisión por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Provincial de Castellón. 212

12. Modelo de consentimiento informado. 213

ÍNDICE DE TABLAS

1. Criterios diagnósticos del DSM-5 para la AN 14
2. Criterios diagnósticos del DSM-5 para la BN 19
3. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el TDA 23
4. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el TAE 26
5. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el TANE 27
6. Características Sociodemográficas de la Muestra 86
7. Trastornos de la personalidad presentes en la muestra por orden de frecuencia 88
8. Puntuaciones medias de la psicopatología propia de los TA (Imagen Corporal y EAT) en la Evaluación Inicial (T1) y el Seguimiento a los 7 meses (T2). 92
9. Puntuaciones medias de la psicopatología asociada a los TA (Desesperanza, autolesiones no suicidas, Sintomatología Límite e Ideación Suicida) en la Evaluación Inicial (T1) y el Seguimiento a los 7 meses (T2). 93
10. Puntuaciones medias del Sentido de la Vida en la Evaluación Inicial (T1) y el Seguimiento a los 7 meses (T2). 94
11. Comparación del Sentido de la Vida en función del diagnóstico de TA 95
12. Correlaciones entre el Sentido de la Vida y psicopatología propia de los TA (Imagen Corporal y EAT) en la Evaluación Inicial (T1). 96
13. El Sentido de la Vida como variable predictora de la psicopatología propia de los TA (Imagen Corporal y Creencias y Actitudes hacia la comida) en la Evaluación Inicial (T1). 100
14. Correlaciones entre el Sentido de la Vida y psicopatología asociada a los TA (Desesperanza, ANS, Sintomatología Límite e Ideación Suicida) en la Evaluación Inicial (T1). 102
15. El Sentido de la Vida como variable predictora de psicopatología asociada a estos trastornos (Desesperanza, ANS, Sintomatología Límite e Ideación Suicida) en la Evaluación Inicial (T1). 103
16. Correlaciones entre el Sentido de la Vida y la frecuencia de ANS e Intentos de Suicidio a lo largo de la vida y en el último año en la evaluación inicial (T1). 104

17. El Sentido de la Vida como variable predictiva en la frecuencia de las ANS e Intentos de Suicidio a lo largo de la vida y en el último año en la Evaluación Inicial (T1). 105
18. Correlaciones entre el Sentido de la Vida y psicopatología propia de los TA (Imagen Corporal y Creencias y Actitudes hacia la comida) en el seguimiento a 7 meses (T2). 109
19. El Sentido de la Vida como variable predictora de la sintomatología propia de los TA (Imagen Corporal y Conductas alteradas hacia la comida) en el seguimiento a los 7 meses (T2). 110
20. Correlaciones entre el Sentido de la Vida y psicopatología asociada a estos trastornos (Desesperanza, ANS, Sintomatología Límite e Ideación Suicida) en el seguimiento a los 7 meses (T2). 113
21. El Sentido de la Vida como variable predictora de psicopatología asociada a los Trastornos Alimentarios (Desesperanza, autolesiones no suicidas, Sintomatología Límite e Ideación Suicida) en el Seguimiento a los 7 meses (T2). 114
22. Correlaciones entre el Sentido de la Vida y la frecuencia de ANS e intentos de suicidio en el Seguimiento a los 7 meses (T2). 115
23. El Sentido de la Vida como variable predictora en la frecuencia de ANS e Intentos de Suicidio en el Seguimiento a los 7 meses (T2). 116
24. Modelo predictivo de la psicopatología propia de los Trastornos Alimentarios (EAT). 117
25. Modelo predictivo de la psicopatología asociada a los Trastornos Alimentarios (Desesperanza, ANS, Sintomatología Límite e Ideación Suicida). 120

ÍNDICE DE FIGURAS

1. Modelo biopsicosocial de mantenimiento de la AN. Adaptado de "An Integrative Bio-Psycho-Social Theory of Anorexia Nervosa", por C. Munro et al., 2017, Clinical Psychology & Psychotherapy, 24, 1-21. 12

2. Modelo cognitivo-conductual de mantenimiento de la BN. Adaptado de "The clinical features and maintenance of bulimia nervosa". En K. D. Brownell y J. P. Foreyt (Eds.), Handbook of eating disorders: Physiology, psychology and treatment of obesity, anorexia and bulimia, 1986, 389-404, Nueva York, NY: Basic Books. 17

3. Modelo de los precursores de la insatisfacción corporal y sus consecuencias. Adaptado de "Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings", por E. Stice y H. E. Shaw, 2002, Journal of psychosomatic research, 53(5), 985-993. 32

4. Representación esquemática de la "teoría transdiagnóstica" del mantenimiento de los TA. Adaptado de "Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A `transdiagnostic´theory and treatment", por C. G. Fairnburn et al., 2003, Behaviour research and therapy, 42(5), 509-528. 36

5. Representación esquemática del "modelo de creación de sentido". Adaptado de "Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events 60

6. Porcentajes de hombres y mujeres agrupados por intervalos de edad. 85

7. Tipos de diagnósticos de TA de los participantes. 87

8. Agrupación de la muestra según la presencia o no de ANS y el tiempo transcurrido desde la última autolesión. 88

9: Frecuencia de ANS a lo largo de la vida agrupadas por rangos de edad. 89

10: Métodos de ANS a lo largo de la vida por orden de frecuencia 90

ABREVIATURAS

AN	Anorexia Nerviosa
ANP	Anorexia Nerviosa Purgativa
ANR	Anorexia Nerviosa Restrictiva
ANS	Autolesiones No Suicidas
APA	American Psychological Association
BIS	Body Investmente Scale
BN	Bulimia Nerviosa
BSL	Borderline Syntoms List
CEIC	Comité Ético de Investigación Clínica
DERS	Difficulties Emotion Resulation Scale
DSM	Diagnostic and Stadistical Manual of mental disorders
EAT	Eating Attitudes Test
HS	Hopelessness Scale
IC	Imagen Corporal
IMC	Índice de Masa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISAS	Inventory of Statements About Self-Injury
MBSRQ	Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIL	Porpose In Life
SCID-5	Structured Clinical Interview for DSM-5
SSI	Scale Suicide Ideation
TA	Trastorno Alimentario
TAE	Trastorno Alimentario Especificado

TANE	Trastorno Alimentario No Especificado
TDA	Trastornos De Atracones
TLP	Trastorno Límite de la Personalidad
TMA	Tasa de Mortalidad Estandarizada
TP	Trastorno de Personalidad
T1	Evaluación inicial
T2	Seguimiento a los 7 meses

RESUMEN

El Sentido de la Vida es la fuerza motivacional fundamental del ser humano y condición de la autorrealización personal y se ha relacionado con diferentes aspectos psicopatológicos como la Imagen Corporal, la Desesperanza, Trastornos de Personalidad, Autolesiones No Suicidas (ANS) e Ideación Suicida en población general y en menor medida en población clínica. Sin embargo, apenas existe literatura que relacione el Sentido de la Vida con personas diagnosticadas de un Trastorno Alimentario (TA). Los objetivos de esta investigación fueron explorar la relación entre el Sentido de la Vida y la psicopatología propia de los TA (Imagen Corporal, Creencias y Actitudes hacia la comida), así como de la psicopatología asociada (Desesperanza, Frecuencia y funciones de las ANS, Sintomatología Límite, Ideación Suicida y Frecuencia de los Intentos de Suicidio) y proponer un modelo predictor al respecto. La muestra estaba compuesta por 240 personas diagnosticadas con algún tipo de TA según los criterios del DSM-5 y procedentes de dos unidades hospitalarias de la Comunidad Valenciana. Se diseñó un estudio longitudinal y prospectivo, con un intervalo de tiempo entre las dos medidas de 7 meses. Los resultados sugieren que existen diferencias significativas de Sentido de la Vida estre los diferentes tipos de TA. Asimismo, un bajo Sentido de la Vida se relacionó con la psicopatología propia y asociada de los TA en ambos momentos del estudio y se propuso un modelo en el cual el Sentido de la Vida fue una variable predictiva de las Creencias y Actitudes hacia la comida, la Desesperanza, de la funcionalidad intra e interpersonal de las ANS, de la Sintomatología Límite y de la Ideación Suicida. Los resultados encontrados en este trabajo indican la importancia de introducir el Sentido de la Vida en programas de prevención e intervenciones terapéuticas en personas diagnosticadas con TA.

Palabras Clave: Sentido de la Vida, Trastornos Alimentarios, Psicopatología, Predictor, Modelo.

ABSTRACT

The Meaning of Life is the fundamental motivational force of the human being and condition of personal self-realization and has been related to different psychopathological aspects such as body image, hopelessness, personality disorders, non-suicidal self-injury and suicidal ideation in the general population and in smaller measure in clinical population. there is hardly any literature that relates the Meaning in Life to people diagnosed with an Eating Disorders (ED). The objectives of this research were to explore the relationship between the Meaning in Life and the psychopathology of the ED (Body Image, Beliefs and Attitudes towards food), as well as the associated psychopathology (Hopelessness, Frequency and functions of the NSSI, Limit Symptomatology, Suicidal Ideation and Frequency of Suicide Attempts) and propose a predictive model in this regard. The sample consisted of 240 people diagnosed with some type of ED according to the DSM-5 criteria and from two hospital units in the Valencian Community. We designed a longitudinal and prospective study, with a time interval between the two measures of 7 months. The results suggest that there are significant differences of Meaning in Life with different types of ED. Additionally, a low Meaning in Life was related to the own and associated psychopathology of the ED in both moments of the study and we proposed a model in which the Sense of Life was a predictive variable of the Beliefs and Attitudes toward food, Hopelessness, the intra and interpersonal functionality of the NSSI, the Limit Symptomatology and the Suicidal Ideation. The results found in this work indicate the importance of introducing the Meaning in Life into prevention programs and therapeutic interventions in people diagnosed with ED.

Keywords: Meaning of Life, Eating Disorders, Psychopathology, Predictor, Model.

INTRODUCCIÓN

Introducción

Los Trastornos Alimentarios o de la Ingesta de Alimentos (TA) son trastornos mentales que, por lo general, comienzan en la adolescencia (American Psychological Association [APA], 2014). Se caracterizan por una grave alteración de la conducta alimentaria, fundamentalmente producida por dramáticos intentos para controlar el peso y el cuerpo, y que tienen como consecuencia el deterioro físico y psicosocial de las personas que lo sufren (Cuerda, Bretón, Miguel-Camblor y García, 2012; Fairburn y Harrison, 2003).

Desde la antigüedad, las conductas alimentarias alteradas han estado presentes en las culturas occidentales, y el sobrepeso ha simbolizado durante muchas décadas un símbolo de belleza, salud y riquezas, ya que solo unos pocos tenían el privilegio de poder comer en exceso. Se celebraban banquetes donde se ingerían grandes cantidades de comida y en los que recurrían al vómito para poder seguir comiendo (Miguel, Martín y Legido, 1997). Sin embargo, también existen documentos históricos que describen la presencia de emaciación en la mujer, es decir, de un adelgazamiento patológico que no podía explicarse por causas orgánicas (Saldaña, 1994) y que producía un cambio notable en la persona que lo padecía, debido a una gran pérdida de peso por autoimponerse largos periodos de ayuno (Habermas, 1996).

Actualmente, existen cada vez más casos de personas con algún TA, llegando a afectar al 13% de las mujeres y al 3 % de los hombres (Allen, Byrne, Oddy y Crosby, 2013; Stice, Marti y Rohde, 2013). Esto se debe, en parte, a la gran presión social por alcanzar el cuerpo ideal que se ha ido gestando desde el siglo XIX (Brumberg, 1988). Los TA representan hoy en día una categoría claramente establecida dentro de las clasificaciones internacionales de las enfermedades mentales. Los criterios clínicos están bien definidos tanto en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud, décima edición (CIE-10; Organización Mundial de la Salud [OMS] 2000), como en el último Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la American Psychiatric Association (APA, 2014).

Además de la psicopatología propia de los TA (Imagen Corporal y conductas alteradas hacia la comida; APA, 2014), la comorbilidad con otros trastornos es notable. Las personas diagnosticadas con TA presentan altas tasas de depresión, desesperanza (Robinson, Kukucska, Guidetti y Leavey, 2015), trastornos de la personalidad (TP),

especialmente el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP; Haines y Neumark-Sztainer, 2006; Ruscitti, Rufino, Goodwin y Wagner, 2016) y, asimismo, presentan con elevada frecuencia problemas importantes de salud pública (Jacobson y Gould, 2007) como las Autolesiones No Suicidas (ANS), intentos de suicidio y suicidio consumado (Kostro, Lerman y Attia, 2014).

Numerosos estudios en los últimos años ponen en común los diferentes factores de riesgo de los TA, especialmente de la AN y BN, tales como: complicaciones durante el embarazo, factores perinatales, preocupación por el peso, realización de dieta, el afecto negativo, el neuroticismo, el incremento de acontecimientos vitales estresantes, la comorbilidad psiquiátrica (Jacobi y Fitting, 2010), exposición a los medios de comunicación y las burlas relacionadas con el peso (Campbell, Mil, Uher y Schmidt, 2011). Sin embargo, la presencia de factores de riesgo no son las únicas variables importantes en el desarrollo y manteniemiento de los TA; también los factores de protección son clave para reducir la probabilidad de estos trastornos (Kazdin, 2003). En el presente estudio se analiza el Sentido de la Vida como factor predictor de la psicopatología de los TA, ya que en los últimos años se ha producido un elevado interés al respecto (Kleiman y Beaver, 2013; Przepiorka, 2012; Schulenberg, Strack y Buchanan, 2011).

Para Frankl (2001) el Sentido de la Vida es la fuerza motivacional fundamental del ser humano y condición de la autorrealización personal. El logro de sentido se asocia positivamente a percepción y vivencia de libertad; responsabilidad y autodeterminación; cumplimiento de metas vitales; visión positiva de la vida, del futuro y de sí mismo y autorrealización. Desde esta perspectiva, se teoriza que cuando no se alcanza el logro existencial o Sentido de la Vida, se origina una frustración que se asociaría a la Desesperanza caracterizada por la duda sobre el Sentido de la Vida y el vacío existencial que se manifestaría en un estado de tedio, percepción de falta de control sobre la propia vida y ausencia de metas vitales (García-Alandete, Gallego-Pérez y Pérez-Delgado, 2009).

La ausencia de Sentido de la Vida da lugar a una frustración existencial en la que la persona se desespera, pudiendo llegar a la depresión y la Desesperanza (Mascaro y Rosen, 2005). Varios estudios realizados en población general han encontrado una fuerte relación entre bajos niveles de Sentido de la Vida con la Desesperanza (Edwards y Holden, 2003; García-Alandete et al., 2009; Hunter y O'Connor, 2003). También se ha encontrado que el Sentido de la Vida está estrechamente relacionado con los índices de salud y bienestar, así como la capacidad de afrontamiento de una enfermedad grave (Park, 2013a). Otros autores han demostrado que a mayor sintomatología depresiva, menor Sentido de la Vida (Kleftaras y Psarra, 2012). Sin embargo, apenas existe literatura que relacione el Sentido de la Vida con los TA en población clínica (Tena y Peschard, 2005) y, por tanto, conocer el papel predictor del Sentido de la Vida en la psicopatología de los TA nos ayudará a diseñar programas de prevención de este tipo de trastornos.

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

Capítulo 1: Marco Teórico

1. Conceptualización de los Trastornos Alimentarios

Los TA son trastornos mentales que generalmente comienzan durante la adolescencia y aparecen con mayor frecuencia en mujeres (APA, 2014), aunque está aumentando cada vez más el número de hombres que la padecen (Raisanen y Hunt, 2014; Strother, Lember, Stanford y Turberville, 2012). Estos trastornos se presentan como una alteración en la conducta alimentaria y se asocian a una elevada morbimortalidad (Chesney, Goodwin y Fazel, 2014; Garcia-Camba, 2001; Suokas et al., 2013). En España, se ha encontrado que el 3.81-5.34% de las mujeres padecen un TA y hasta un 1.7% en población masculina (Imaz, Ballesteros, Higuera y Conde, 2008; Peláez-Fernández, Labrador y Raich, 2007; Sancho, Arija, Asorey y Canals, 2007).

Los factores biológicos podrían describir algunas causas de los TA, pero debido a los numerosos cambios fisiológicos que sufren estas personas, todavía es difícil reconocer si las alteraciones biológicas son causas o consecuencias de estos trastornos (Klump y Culbert, 2007). Existen algunos factores desencadenantes de los TA que provienen de situaciones ambientales habituales, como la restricción alimentaria (mantenida durante algún viaje o días ajetreados) o la ingesta excesiva que se produce durante las vacaciones y es habitual en algunas familias. Este tipo de ingestas por debajo o por encima de lo correcto puede interactuar neurobiológicamente con los circuitos de dopamina. A su vez, la presión ejercida por la sociedad para tener que estar delgada genera estrés (Frank, 2016) y éste también afecta a los circuitos de dopamina y a la neurotransmisión de opioides (Latagliata et al., 2014), llegando a afectar fenotípicamente los comportamientos alimentarios (Harris, 2015).

La Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN), el Trastorno de Atracones (TDA) y Trastorno Alimentario no Especificado (TANE) son trastornos muy complejos que están siendo investigados desde diferentes enfoques, especialmente desde el campo de la psicología y existen autores que consideran únicas las características diagnósticas de cada TA, independientemente de la fuerte asociación entre ellas (Birmingham, Touyz y Harbottle, 2009).

A continuación, se detallan los diferentes tipos diagnósticos de los TA elegidos para los fines de este estudio, según se clasifican en el DSM-5 (APA, 2014), que es la clasificación diagnóstica escogida.

1.1 Anorexia Nerviosa

1.1.1 Aproximación Histórica.

En el siglo XVII, aparece por primera vez una descripción clínica de este trastorno, escrito por el médico británico Richard Morton bajo el nombre de "consumición nerviosa" (Silverman, 1983) y en el año 1978 es incluida por Pinel en su *Nosographie Philosophique* dentro de las neurosis de digestión.

El médico francés Laségue fue posiblemente el que consideró por primera vez que la AN podía estar relacionada con aspectos sociales, como por ejemplo conflictos intrafamiliares (Brumberg, 1988) y es en 1874 cuando Gull describe este trastorno bajo el nombre de "anorexia nerviosa", descartando cualquier nomenclatura anterior. Actualmente, este trastorno sigue vigente y en constante estudio. Etimológicamente el término proviene del griego, "an-", negación y "órexis", apetito o hambre (Lenoir y Silber, 2006).

Desde la perspectiva biológica también se está avanzando en la comprensión de este trastorno. Recientemente, se describe la disfunción en las estructuras moduladoras límbicas (ínsula y cingulado subcallosal) como principal factor de la desregulación emocional de estas pacientes (Lipsman, Woodside y Lozano, 2015) y son numerosas las investigaciones que evidencian la alteración de los sistemas dopaminérgico, serotonérgico y noradrenérgico en esta población (Kaye, Wierenga, Bailer, Simmons y Bischoff-Grethe, 2013). Sin embargo, intentar comprender la AN únicamente desde esta dimensión es insuficiente debido a su complejidad y, por tanto, es necesario tenerlo en consideración junto con las perspectivas psicosociales para poder llegar a entender el procesamiento de emociones alteradas que dan lugar al comportamiento desadaptativo presente en la AN (Munro, Randell y Lawrie, 2017). Llegar a realizar una dieta restrictiva y tener bajo peso han sido considerados comportamientos utilizados para

reducir la ansiedad u otras emociones negativas, además de ayudar a predecir este trastorno (Stice y Bohon, 2013; Walsh, 2013).

En el modelo propuesto por Fairnburn, Shafran y Cooper en 1999, los autores señalan que la necesidad de autocontrol alimentario y la autovaloración corporal y del peso son las características centrales de la AN dando lugar a su desarrollo y mantenimiento. Más recientemente, aparece el modelo biospicosocial de Munro et al. (2017; Ver Figura 1) que intenta integrar todos los factores mantenedores de la AN, como la genética o factores predisponentes vivenciales, el procesamiento disfuncional de sentimientos, excesivos sentimientos de vulnerabilidad, creencias de "miedo a uno mismo", mecanismos de regulación del hambre, la sobreactividad o los modos de afrontamiento, el comportamiento social desadaptativo y tener las necesidades básicas insatisfechas.

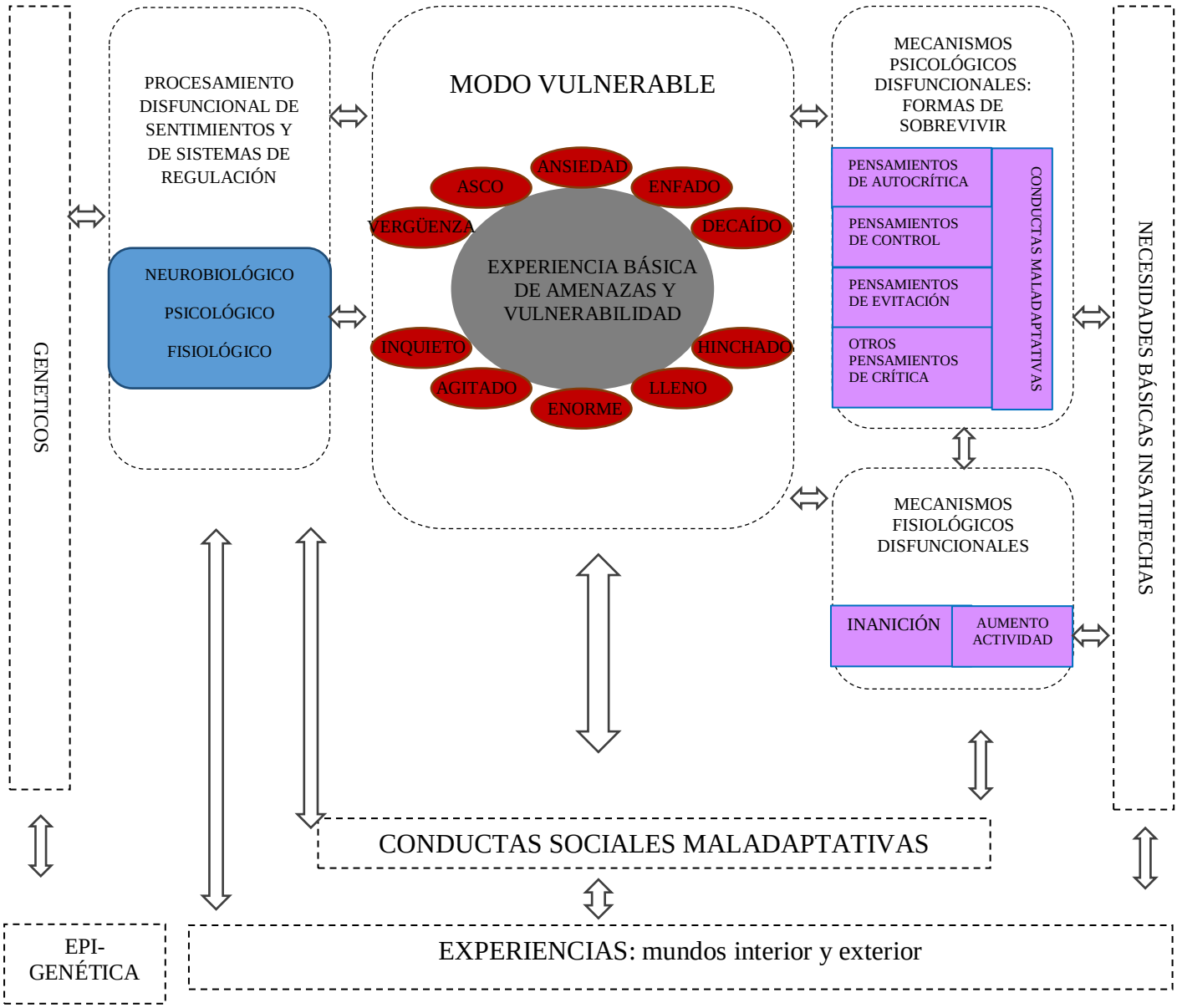

Figura 1. Modelo biopsicosocial de mantenimiento de la AN. Adaptado de "An Integrative Bio-Psycho-Social Theory of Anorexia Nervosa", por C. Munro et al., 2017, *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*, 1-21.

1.1.2 Critérios diagnósticos.

La AN ha sido clasificada desde la primera edición del DSM en 1952, formando parte de las "Reacciones gastrointestinales psicofisiológicas" (APA, 1952) hasta la actual edición del DSM-5 que aparece dentro de los "Trastornos Alimentarios y de la ingestión de alimentos" (APA, 2014). Ha habido algunos cambios en esta nueva edición con respecto al DSM-IV-TR (APA, 2002), por ejemplo, en el criterio A el "peso bajo significativo" ya no se define como con un número, sino como "peso inferior al 85% del esperable" y el término "rechazo de alimentos" se ha convertido en "restricción de alimentos". Además, en el DSM-5 se incluyen por primera vez los criterios de gravedad del trastorno según el IMC (Tabla 1) y desaparece el criterio D "presencia de amenorrea" ya que no era útil para varones, mujeres premenárquicas o postmenopáusicas, mujeres en tratamiento hormonal y gran cantidad de personas que cumplen todos los criterios de AN, excepto la amenorrea (Abbate-Daga, Gramaglia, Amianto, Marzola y Fassino, 2010; Attia y Roberto, 2009).

A continuación, se muestran en la Tabla 1 los criterios diagnósticos actuales de la AN según el DSM-5 (APA, 2014).

Tabla 1

Criterios diagnósticos del DSM-5 para la AN

Anorexia Nerviosa
A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. **Peso significativamente bajo* se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.
Se debe especificar si: *Restrictiva:* Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo. *Purgativa/Atracones:* Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización inco- rrecta de laxantes, diuréticos o enemas).
Se debe especificar la gravedad según el Índice de Masa Corporal (IMC): **Leve:** IMC ≥ 17 kg/m^2 **Moderado:** IMC 16–16,99 kg/m^2 **Grave:** IMC 15–15,99 kg/m^2 **Extremo:** IMC < 15 kg/m^2

1.1.3 Epidemiología.

En las últimas décadas ha aumentado la incidencia y prevalencia de la AN, especialmente en Europa (Hoek, 1991; Peláez-Fernández, Labrador y Raich, 2008; Theander, 1970) afectando del 0.3%-1% de las mujeres entre los 10 y 21 años de edad (APA 2014; Currin, Schmidt, Treasure y Jick, 2005; Smink, Hoeken y Hoek, 2013; Swanson, Crow, Le-Grange, Swendsen y Merikangas., 2011), aunque hay algunos estudios que describen prevalencias más altas, llegando al 1.7% de la población (Nagl et al., 2016) e incluso entre un 2.1% y un 2.6% (Isomaa, Isomaa, Marttunen, Kaltiala-Heino y Björkqvist, 2009; Lähteenmäki et al., 2014). En España, esta cifra oscila entre 0.1 % y el 0.9 % de la población (Olesti et al., 2008, Peláez-Fernández, Labrador y Raich, 2007; Ruiz-Lázaro et al., 2010) y más concretamente, en Valencia, se estima una morbilidad de AN del 0.45% de la población (Rojo et al., 2003).

La probabilidad de padecer una AN en mujeres, teniendo un familiar que la padezca o la haya padecido, es 11.4 veces superior que en otra persona que no tenga ningún familiar con la enfermedad (Strober, Freeman, Lampert, Diamond y Kaye, 2000).

En cuanto a la mortalidad, la AN es uno de los trastornos mentales con las tasas más altas (Chesney et al., 2014), siendo 12 veces mayor que en la población general. Se estima que entre un 3-8% de personas con AN mueren por inanición, complicaciones médicas o suicidio, estimándose que 1 de cada 5 muertes se debe al suicidio (Arcelus, Mitchell, Wales y Nielsen, 2011; Steinhausen, Seidel y Metzke, 2000).

1.2 Bulimia Nerviosa

1.2.1 Aproximación histórica.

La Bulimia Nerviosa (BN) ha estado presente a lo largo de la historia del mundo occidental, existiendo gran cantidad de personajes que practicaban asiduamente el atracón seguido del vómito, como Enrique VIII de Inglaterra o el presidente estadounidense Taft (Gianninni, 1993).

En el siglo XVII, un médico extremeño llamado Juan Sorapán (Cruz, 1995) comenzó a considerar este trastorno como una enfermedad, aludiendo a ella como "una gran hambre", debida a una afección de la boca del estómago**.**

En 1743, James detalló que este comportamiento se debía a un humor ácido contenido en el estómago, que producía falsamente gran cantidad de hambre y fue Pinel en 1798 quien introdujo la bulimia en su *Nosographie Philosophique* incluida en las neurosis de digestión (Pinel, 1809). Sin embargo, fue en la segunda mitad del siglo XX, cuando Russell (1979) nombra por primera vez la "Bulimia Nerviosa", que consistía en episodios de extrema voracidad que eran compensados por conductas inapropiadas como el ayuno, el ejercicio físico, o más frecuentemente por vómitos autoinducidos. El término proviene del griego, procediendo de la fusión de *bous* "buey" y *limos* "hambre", que significa, "hambre de buey" (Rava y Silber, 2004).

Actualmente, es limitada la comprensión de cómo interactúan los diferentes factores de riesgo para predecir el desarrollo del trastorno (Stice, 2016), pero el modelo cognitivo-conductual de mantenimiento de la BN (Figura 2) es el que más apoyo empírico ha obtenido entre los investigadores (Celis y Roca, 2011). Este modelo pone como eje central de la enfermedad la sobrevaloración que las pacientes hacen sobre la comida, su figura, su peso y su control, que contribuye al mantenimiento del problema y a lo que denominan "núcleo psicopatológico", del que derivan el resto de características clínicas de la BN como los comportamientos disfuncionales de control de peso (vómitos, uso de laxantes, incremento del ejercicio y dietas restrictivas). Sin embargo, los atracones no se relacionan directamente con el núcleo psicopatológico, sino que derivan de las dietas estrictas y otros comportamientos de control de peso llevados a cabo por las personas con BN. La relación que se establece entre la restricción dietética y los atracones forma un círculo vicioso, provocando sentimientos de fracaso en el cumplimiento de normas dietéticas estrictas y dando lugar a comportamientos compensatorios como vómitos o el uso de laxantes. Estas estrategias compensatorias favorecen el mantenimiento de los atracones que, a su vez, suelen aparecer como respuesta a cambios en el estado de ánimo (Fairburn, Cooper y Cooper, 1986).

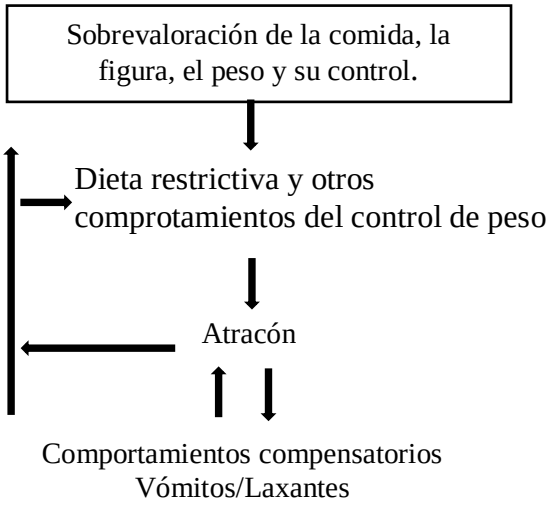

Figura 2. Modelo cognitivo-conductual de mantenimiento de la BN. Adaptado de "The clinical features and maintenance of bulimia nervosa". En K. D. Brownell y J. P. Foreyt (Eds.), *Handbook of eating disorders: Physiology, psychology and treatment of obesity, anorexia and bulimia, 1986,* 389-404, Nueva York, NY: Basic Books.

1.2.2 Criterios diagnósticos.

La BN es un trastorno que se describe por la presencia de atracones de comida frecuentes (ingestión de una cantidad de alimentos superior a la normal en un mismo periodo de tiempo y sentirse fuera de control) acompañados por conductas compensatorias inadecuadas y recurrentes para evitar aumentar de peso (APA, 2014). Estos síntomas suelen aparecer por primera vez en la preadolescencia (Combs, Pearson, Zapolski y Smith, 2013) y son altamente predictivos de posteriores trastornos alimentarios (Smith, Simmons, Flory, Annus y Hill, 2007).

Las personas con BN tienden a incrementar su ingesta alimentaria cuando sienten emociones negativas (Haedt-Matt y Keel, 2011; Smyth et al., 2007) y cuanto más consumo de alimentos existe, más se desensibiliza el sistema dopaminérgico provocando la necesidad de ingerir mayor cantidad de alimentos para quedarse satisfecho (Frank, 2016). Estas pacientes tienen dificultades para tolerar la angustia emocional (Anestis et al., 2010), incluso para identificar, aclarar y acepar algunos estados emocionales (Lavender et al., 2012). Los rasgos de personalidad más

característicos de este trastorno son la alta búsqueda de sensaciones y la elevada impulsividad, siendo estos rasgos comunes del trastorno límite de personalidad (Cassin y von Ranson, 2005).

La BN ha sido clasificada desde la tercera edición del DSM (DSM-III; APA, 1980) como un subtipo diagnóstico junto a la AN, mientras que en el DSM-III-TR (APA, 1987) aparece por primera vez como una entidad independiente (APA, 1980) y se mantiene de esta manera hasta la actual edición del DSM-5 que se incluye dentro de los "Trastornos Alimentarios y de la ingestión de alimentos" (APA, 2014).

Ha habido algunos cambios en esta nueva edición con respecto al DSM-IV y DSM-IV-TR, por ejemplo, en el criterio C, la frecuencia de atracones y comportamientos inapropiados, se ha reducido a un episodio a la semana durante tres meses, respecto de las 2 veces que debía aparecer en el manual anterior. Con este cambio, se podrá diagnosticar de una manera más precisa la BN, ya que antes las personas que solo tenían un episodio a la semana se incluían en otro trastorno alimentario menos específico (Hoek y Elburg, 2014). Además, se ha demostrado que el cuadro clínico y la respuesta al tratamiento entre manifestar un episodio o dos, no difiere de manera significativa (Smink, Hoeken y Hoek, 2013).

Otro de los cambios importantes que aparece en el DSM-5, ha sido la eliminación de los suptipos purgativo y no purgativo, ya que no ha sido muy utilizado y ha demostrado poca importancia clínica en el curso o tratamiento de la enfermedad (Hoeken, Veling, Sinke, Mitchell y Hoek, 2009).

Por último, se han añadido los criterios de gravedad del trastorno según la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados en *Leve, Moderado, Grave y Extremo*. A continuación, se muestran en la Tabla 2 los criterios diagnósticos actuales de la BN según el DSM-5.

Tabla 2

Criterios diagnósticos del DSM-5 para la BN

Bulimia Nerviosa
A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes: 1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.
Se debe especificar la gravedad según la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados: **Leve:** 1-3 comportamientos compensatorios inapropiados a la semana. **Moderado:** 4-7 comportamientos compensatorios inapropiados a la semana. **Grave:** 8-13 comportamientos compensatorios inapropiados a la semana. **Extremo:** 14 comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

1.2.3 Epidemiología.

En las últimas décadas ha aumentado la incidencia y prevalencia de la BN, afectando al 1-1.5% de las mujeres (Nagl et al., 2016; Smink et al., 2013) y al 0.1-0.5% de los varones (Hudson, Hiripi, Pope y Kessler, 2007; Woodside et al., 2001), suponiendo una proporción 1:10 de hombres, respecto de las mujeres (Swanson et al., 2011). Además, hay algunos estudios que describen prevalencias más altas de morbilidad, llegando al 2.3% de la población (Keski-Rahkonen et al., 2009). En España, esta cifra oscila entre el 0.4 y 2.9% de la población (Olesti et al., 2008; Peláez-Fernández et al., 2008; Ruiz-Lázaro et al., 2010) y, más concretamente, en Valencia, se estima una morbilidad de BN del 0.41% de la población (Rojo et al., 2003).

La probabilidad de padecer BN en mujeres, teniendo un familiar que la padezca o la haya padecido, es 3.7 veces superior que para otra persona que no tenga ningún familiar con la enfermedad (Strober et al., 2000).

En cuanto a la mortalidad, la tasa de mortalidad estandarizada es del 1.93 (Arcelus et al., 2011) y las principales causas son las alteraciones cardíacas a causa de los cuadros severos de hipocalemia (Crow et al., 2009; Westmoreland, Krantz y Mehler, 2016), alteraciones electrolíticas o el suicidio (Arcelus et al., 2011; Crow et al., 2009). Se estima que el riesgo de fallecer cometiendo suicidio es cuatro veces superior en los pacientes con bulimia que en la población general, siendo superior en varones que en mujeres (Yao et al., 2016).

1.3 Trastorno de Atracones.

1.3.1 Aproximación histórica.

Las primeras descripciones del Trastorno de Atracones en DSM-5 (TDA), datan del siglo XX de la mano de Stunkard (1959), que hizo una diferenciación pionera entre personas obesas que presentaban atracones y personas obesas sin atracones a las que denominó “trastorno por ingesta compulsiva”. Este término se mantuvo hasta 1992 cuando Spitzer estableció los criterios diagnósticos con un gran índice de fiabilidad, llegando a afectar al 30% de las personas con obesidad (Spitzer et al., 1992). Desde

entonces, las investigaciones sobre este trastorno son notables y la literatura aumenta cada vez más al respecto, diferenciando un subgrupo de personas obesas con conductas alimentarias específicas (Zwaan, 1997) que se diferencian de la obesidad en la psicopatología y preocupación por la Imagen Corporal (Wonderlich et al., 2009).

Desde una perspectiva biológica, al igual que en la obesidad, el exceso de alimentos produce la desensibilización del sistema dopaminérgico y combinado con el débil control cognitivo de estas personas se produce una mayor probabilidad de no conseguir parar de comer, aunque se haya ingerido los alimentos suficientes (Frank et al., 2012).

Una de las características principales de los atracones es la sensación subjetiva de pérdida de control, que predice el inicio de ingestas compulsivas de comida (Hilbert, Hartmann, Czaja y Shoebi, 2013) y el consiguiente aumento de peso (Sonneville et al., 2013). No existe prácticamente diferencia piscopatológica entre los atracones objetivos y los subjetivos (Mond, Latner, Hay, Owen y Rodgers, 2010) y se ha llegado a asociar el afecto negativo con la pérdida de control al comer (Fairburn, 2008).

El modelo interpersonal de atracones (Wilfley, MacKenzie, Welch, Ayers, y Weissman, 2000) es el más completo, ya que surge de la unión de dos teorías anteriores (modelo de restricción y modelo de vulnerabilidad interpersonal). El modelo interpersonal de atracones sugiere que las dificultades en el funcionamiento social provocan una baja autoestima en el individuo, con el consecuente afecto negativo y esto da lugar a los atracones para mitigar los sentimientos negativos (Pennesi y Wade, 2016).

1.3.2 Critérios diagnósticos.

Las personas diagnosticadas con un TDA se han relacionado hasta el momento con la presión social por conseguir un cuerpo delgado (Stice, Marti, y Durant 2011), la insatisfacción corporal, comer en exceso, hacer dieta para controlar el peso y el estrés psicológico elevado (Stice et al., 2011; Striegel- Moore et al., 2007; Stice, Gau, Rodhe y Shaw, 2017). Estas personas, aun sin experimentar hambre "fisiológica" siguen ingiriendo alimentos sabrosos y apetecibles de una manera compulsiva (Lowe y Levine, 2005), atribuyendo esta pérdida de control al placer derivado del consumo excesivo de

alimentos, que actuará como recompensa y que incluso se ha comparado con el consumo de drogas (Stice, Cooper, Schoeller, Tappe y Lowe, 2013).

El TDA (hasta la 5ª edición del DSM denominado Trastorno de Atracones) se introduce originariamente en el DSM-IV (APA, 2000) como una subcategoría de los Trastornos Alimentarios No Especificados y cobra mayor importancia en el actual DSM-5 donde se incluye por primera vez como una categoría diagnóstica propia, incluida en el capítulo de los "*Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos"* (García-Palacios, 2014).

El cambio principal que aparece en esta nueva edición (DSM-5) es la frecuencia de atracones por semana, que se ha reducido a un atracón semanal durante 3 meses, respecto a los 2 atracones por semana durante 6 meses que aparecían en el manual anterior (DSM - IV; APA, 2000). Además, se introduce un apartado para especificar la gravedad del trastorno según la frecuencia de los episodios de atracones (Tabla 3). Estos cambios son considerados por los investigadores como una mejora que reducirá la prevalencia de los trastornos alimentarios no especificados (TANE) (Hoek, 2013).

A continuación, se muestran en la Tabla 3 los criterios diagnósticos actuales del TDA según el DSM-5.

Tabla 3

Criterios diagnósticos del DSM-5 para el TDA

Trastorno de Atracones
A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por: 1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes: 1. Comer mucho más rápidamente de lo normal. 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno. 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente. 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere. 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
C. Malestar intenso respecto a los atracones.
D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia
Se debe especificar la gravedad según la frecuencia de los episodios de atracones: **Leve:** 1-3 atracones a la semana. **Moderado:** 4 -7 atracones a la semana. **Grave:** 8 -13 atracones a la semana. **Extremo:** ≥ 14 atracones a la semana.

1.3.3 Epidemiologia.

En los TDA, la prevalencia oscila entre el 0.9 y el 3.5% (Kessler et al., 2013; Mustelin, Raevuori, Hoek, Kaprio y Keski-Rahkonen et al., 2015; Preti et al., 2009; Swanson et al., 2011) y en hombres varía del 0.1 al 3.1% (Hudson et al., 2007; Striegel-Moore y Franko, 2003), teniendo las mujeres 1.5 veces más probabilidad de presentar el trastorno que los hombres (Striegel-Moore y Franko, 2003).

En los TDA el riesgo de mortalidad es elevado, presentándose tasas de mortalidad estandarizada del 2.3 en la literatura (Fichter, Quadflieg y Hedlund, 2008; Swanson et al., 2011).

1.4 Trastorno Alimentario No Especificado.

1.4.1 Aproximación histórica.

El Trastorno Alimentario No Especificado (TANE) surge posteriormente a los diagnósticos de AN y BN, tras la aparición de algunas personas que cumplen casi todos los criterios de AN y BN, pero no todos. La gravedad del trastorno es la misma que la de cualquier categoría diagnóstica de TA, llegando a producir un deterioro (Goyal, Balhara y Khandelwal, 2012).

En Europa lo llamaron “trastornos alimentarios atípicos” (Fairburn y Harrison, 2003), pero se conoce más comúnmente el término estadounidense “Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado” (APA, 1994).

1.4.2 Criterios diagnósticos.

El TANE se introduce originariamente en el DSM-IV (APA, 2000) como una categoría propia que agrupa las formas mixtas y parciales de los TA, pero sin unos criterios específicos, solo se muestran algunos ejemplos orientativos (Stein et al., 1997).

El cambio principal que aparece en la edición actual (DSM-5), es la diferenciación en dos trastornos, que son "Otro Trastorno de la Conducta Alimentaria o de la Ingesta de Alimentos Especificado" (TAE), donde el clínico tiene la posibilidad de especificar el motivo por el que no cumple los criterios para otro TA (Tabla 4) y "Trastorno Alimentario o de la Ingestión de Alimentos No Especificado" (Tabla 5), en el cual el clínico puede optar por no especificar el motivo por el que no cumple los criterios para otro TA principalmente por falta de información (APA, 2014).

Tabla 4

Criterios diagnósticos del DSM-5 para el TAE

Otro Trastorno de la Conducta Alimentaria o de la Ingesta de Alimentos Especificado
Predominan los síntomas característicos de un TA, causando malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los TA. Se pueden especificar las siguientes presentaciones: **Anorexia nerviosa atípica:** Se cumplen todos los criterios para la AN, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal. **Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada):** Se cumplen todos los criterios para la BN, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses. **Trastorno de atracones (de frecuencia baja y/o duración limitada):** Se cumplen todos los criterios para el TDA, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses. **Trastorno por purgas:** Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómito autoprovocado; uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones. **Síndrome de ingestión nocturna de alimentos:** Episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingestión de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingestión. La ingestión nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingestión nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingestión alterado no se explica mejor por el trastorno de atracones u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno médico o a un efecto de la medicación.

Tabla 5

Criterios diagnósticos del DSM-5 para el TANE

Trastorno Alimentario o de la Ingestión de Alimentos No Especificado
Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. El TANE se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por *no* especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un TA concreto, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

1.4.3 Epidemiología.

Son escasos los estudios que investigan exclusivamente los TANE, a pesar de ser el TA más frecuentemente diagnosticado en muestras clínicas, llegando al 30-60% de los casos de TA (Smink et al., 2013) y al 3% en población general (Fernández, Encinas y Escursell, 2004).

En España, esta cifra oscila entre el 0.7 y 2.8-12.6% de la población (Fernández et al., 2004; Olesti et al., 2008; Ruiz-Lázaro et al., 2010) y más concretamente, en Valencia, se estima una morbilidad de TANE del 4.31% de la población (Rojo et al., 2003).

2. Psicopatología propia de los TA

2.1 La Imagen Corporal.

2.1.1 Conceptualización de la Imagen Corporal.

El concepto de Imagen Corporal (IC) ha ido evolucionando a lo largo de la historia. En el año 1923, Schilder ya propuso que este constructo debía ser analizado desde una perspectiva psicológica y no únicamente fisiológica (Pick, 1922), definiéndolo como "la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma con la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos". Otra definición de IC fue propuesta por Slade en 1994 como "una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, las cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo". Además, Cash (1990) estudió en profundidad los estereotipos sociales y las reacciones comportamentales hacia la apariencia física en diferentes contextos, y observó que la IC a la que él denominó "visión interna" se formaba a partir de las experiencias subjetivas de la apariencia con el resto de personas y era incluso más importante que la propia "realidad objetiva" de su apariencia (Cash, 1990).

La Imagen Corporal se ha visto muy influenciada por la cultura actual (Barlett, Vowels y Saucier, 2008) y debido a que el ideal de delgadez propuesto socialmente no es realista, las mujeres que han llegado a relacionar este ideal con importantes recompensas tienden a estar insatisfechas con su cuerpo (Pearson, Wonderlich y Smith, 2015). De igual manera les ocurre a niños y niñas que internalizan este ideal de belleza (Mousa, Mashal, Al-Domi y Jibril, 2010), pudiendo acabar con actitudes negativas hacia la comida si no consiguen el peso que se han propuesto (Stice, Ng y Shaw, 2010).

Vivir en una sociedad occidentalizada conlleva mayor riesgo de padecer un TA, ya que su prevalencia es cada vez mayor. Aunque esto no quiere decir que cualquier persona sin diferencia de clase social, raza o género queden expuestos a este riesgo, ya que los medios de comunicación y el aumento de publicidad en internet enfocado a la Imagen Corporal como modelo de delgadez y culto al cuerpo, hagan vulnerable a cualquier tipo de población (Field et al., 2008; Gunnard et al., 2012).

La etapa de la vida más relacionada con los TA es la adolescencia, pues es el periodo donde más acontece este tipo de trastornos (Markey, 2010) y donde se redefine el rol social de cada persona (Xu et al., 2010), desarrollando así su identidad (Klump, Keel, Sisk y Burt, 2010). Asimismo, la pubertad precoz en chicas aumenta el riesgo de padecer un TA (Zehr, Culbert, Sisk y Klump, 2007), pues su nueva constitución corporal suele ser contraria al ideal de belleza establecido y por consiguiente aumenta la insatisfacción con su cuerpo, ya que está expuesta a la presión constante de mantenerse delgada en sus relaciones interpersonales (Bearman, Presnell, Martinez y Stice, 2006).

Actualmente, Cash (2011) considera la IC como un concepto multidimensional constituido a partir de dos grandes dimensiones, la evaluación e inversión de la IC.

Por un lado, la evaluación de la IC que es definida por varios conceptos o dimensiones:

a) *la Evaluación de la Apariencia* se refiere a la evaluación subjetiva general sobre las creencias y sentimientos de satisfacción o insatisfacción respecto al atractivo físico y a la propia apariencia. Esta evaluación depende mayoritariamente de las discrepancias que existen entre la autopercepción física del sujeto y su ideal internalizado de belleza.

b) *la Orientación de Apariencia*, se refiere a la implicación e importancia que la persona da a la apariencia física, llegando a manifestar sentimientos de preocupación tanto de la imagen social como de la autoimagen. Por tanto, esta dimensión abarca todas las conductas orientadas a conseguir el patrón de belleza idealizado para aumentar la seguridad y confianza en sí mismos.

c) *la Satisfacción con Áreas del Cuerpo*: se refiere a la valoración positiva o negativa que hace la persona sobre las diferentes partes y aspectos de su cuerpo como la cara, el cabello, el torso, los brazos, el abdomen, los glúteos y piernas, el tono muscular, el peso, la altura y el aspecto general.

d) *la Preocupación por el Sobrepeso*, se refiere a las preocupaciones sobre ser o volverse gordo, vigilando constantemente el peso y controlando la comida de manera excesiva (realización de dietas o restricción de alimentos) para conseguirlo.

e) *la Autoclasificación del propio peso*, referida a la percepción que tiene cada uno de su peso, clasificándolo por encima o por debajo del peso normal (Cash, 2000; Cash, Morrow, Hrabosky y Perry, 2004).

Por otro lado, otros autores (Orbach y Mikulincer, 1998) subrayan la importancia de la inversión ("Investment") de la IC, que se refiere a la implicación emocional con el propio cuerpo, es decir, a la importancia cognitiva, conductual y emocional de la autoevaluación del cuerpo, formada por cuatro dimensiones principales que son: los sentimientos y actitudes hacia el cuerpo, la comodidad en el contacto con los demás, el cuidado del cuerpo y la protección del cuerpo.

Todas estas dimensiones afectan potencialmente a la calidad de vida de las personas y constituyen una pieza clave en muchos aspectos del funcionamiento humano (Pruzinsky y Cash, 2002).

2.1.2 Insatisfacción con la Imagen Corporal.

Ya desde la preadolescencia la insatisfacción con el cuerpo ocupa un lugar importante, llegando a alcanzar el 40% de los casos en niños de 6 a 11 años (Truby y Paxton, 2008). Aunque no todos llegan a desarrollar un TA, la insatisfacción corporal podría derivar en sus síntomas cuando se ve influenciada por la depresión y una elevada restricción alimentaria (Stice et al., 2010). En la adolescencia siguen manteniendo esta preocupación común por el cuerpo (Spinoza, Penelo y Raich, 2010), estando presente hasta en un 70 % de ellos (Bucchianeri, Arikian, Hannan, Eisenberg y Neumark-Sztainer, 2013). Actualmente, no solo se promueve el tener que estar delgado, sino que también se estigmatiza la obesidad (Paxton, Eisenberg y Neumark-Sztainer, 2006) y esto llega a generar que los adolescentes con obesidad estén mas insatisfechos con su cuerpo y tengan mayor riesgo de realizar conductas negativas en relación a la comida (Xu et al., 2010).

En la edad adulta, aproximadamente un 75% de mujeres y un 50% de hombres están insatisfechos con su cuerpo y su peso (Frederick, Peplau y Lever, 2006), lo que aumenta el riesgo de realizar una dieta estricta y presentar afecto negativo (Stice, Presnell y Spangler, 2002).

En cuanto al género, se ha incrementado la conciencia de que los hombres presentan TA (Dakanalis y Riva, 2013; Tylka, 2011), ya que cada vez se sienten más insatisfechos con su cuerpo (Jones y Morgan, 2010) y existen algunas diferencias respecto de las mujeres. Éstas presentan mayor insatisfacción corporal cuando están por encima de su peso normal, mientras que los hombres se mantienen insatisfechos, tanto si están por debajo como por encima de su IMC ideal (Bearman et al., 2006).

La insatisfacción corporal predice el inicio de cualquier TA (Raich, 2004, Stice, 2016), de hecho, la distorsión de la IC es considerada núcleo de la psicopatología alimentaria (Fairburn y Harrison, 2003) y se correlaciona con mayor angustia psicológica y actitudes negativas hacia la comida (Littleton y Ollendick, 2003). Numerosas investigaciones evidencian que el rechazo del cuerpo es un importante factor de riesgo de comportamientos y actitudes negativas hacia la comida (Blodgett y Gondoli, 2011; Jackson y Chen, 2011), y se asocia con una baja autoestima y síntomas depresivos (Markey, 2010). Las personas con TA que tienen más sentimientos negativos respecto a su Imagen Corporal, cursan con mayor ideación suicida, autolesiones no suicidas, protegen menos su cuerpo y les incomoda más el contacto con los demás (Marco, Cañabate, Pérez y Llorca, 2017). Además, las personas con BN a menudo perciben una gran diferencia entre su yo real (como se ven a sí mismas) y su yo ideal sobre todo en relación al cuerpo y su tamaño, produciendo todavía más insatisfacción corporal (Wonderlich et al., 2009).

Stice y Shaw (2002) utilizan la insatisfacción corporal como eje central de su "modelo de los precursores de la insatisfacción corporal y sus consecuencias". A modo de resumen, crean un diagrama de flujo explicativo (ver figura 3), donde se muestran los precursores y las consecuencias de la insatisfacción corporal. Todos ellos factores de riesgo en el desarrollo de los TA (Figura 3).

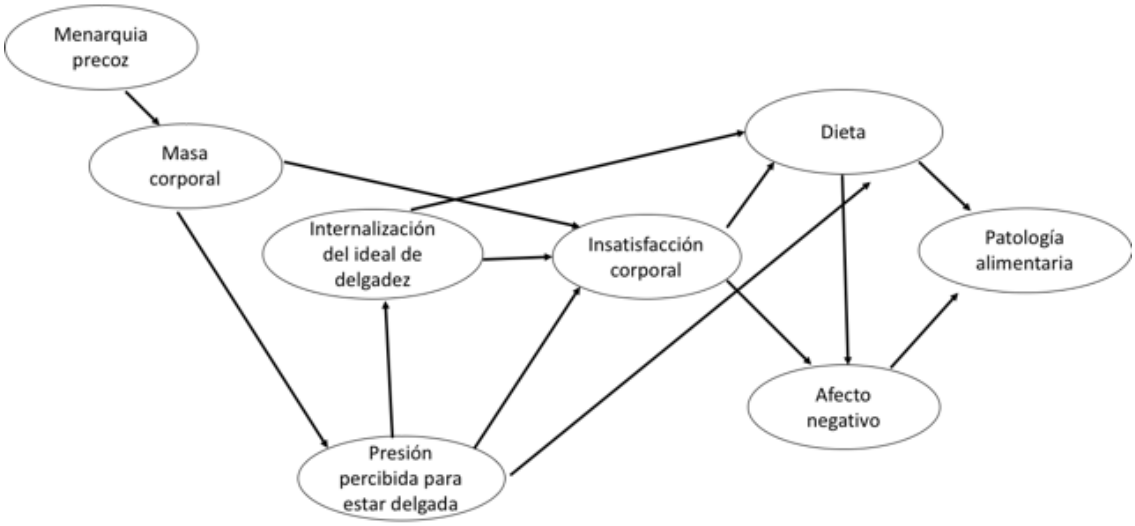

Figura 3. Modelo de los precursores de la insatisfacción corporal y sus consecuencias. Adaptado de "Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings", por E. Stice y H. E. Shaw, 2002, *Journal of psychosomatic research*, *53*(5), 985-993.

Por todo ello, y en referencia al tratamiento de los TA, es importante tener en cuenta la insatisfacción corporal, ya que puede actuar como mediador de los efectos de la terapia sobre la disminución de los síntomas (Stice, Presnell, Gau y Shaw, 2007).

2.2 Creencias y actitudes alteradas hacia la comida y el peso

Son numerosos los factores psicológicos que a lo largo de la historia se han asociado con el desarrollo de creencias y actitudes alteradas hacia la comida dando origen a los TA. Una alimentación adecuada se rige por la sensación fisiológica de hambre o saciedad, pero cuando la alimentación pasa a ser regulada por motivaciones psicológicas puede ser el comienzo de una patología alimentaria (Munro et al., 2017).

Cooper (2005) clasifica estos factores psicológicos en dos generaciones; uno de los puntos de partida de la primera generación fue pensar que la restricción alimentaria o ayuno era una conducta aprendida que se mantenía por refuerzo positivo (Allyon, Haugthton y Osmond, 1964) o negativo (Leitenberg, Agras y Thomson, 1968). Posteriormente, estas explicaciones fueron cada vez más complejas y se propusieron

diversos factores (predisponentes, precipitantes y perpetuantes) que estaban involucrados e interactuaban entre sí para dar comienzo al desarrollo y mantenimiento de la AN (Toro y Vilardell, 1987). En la segunda generación de factores psicológicos se agrupan las teorías relacionadas con los pensamientos automáticos y cómo las creencias centrales reflejan la autoevaluación negativa en personas con TA.

2.2.1 La preocupación por el peso.

La preocupación por el peso es uno de los factores más consistentes en el desarrollo de TA (Jacobi, Haiward, de Swaan, Kraemer y Agras, 2004). Tanto es así, que la presión cultural por llegar a tener un cuerpo "ideal" hace que el 67% de los niños y adolescentes estén preocupados por su peso y un 71% tenga miedo a engordar (Nicholls, Lynn y Viner, 2011) y, como consecuencia, aumenta el riesgo de actitudes negativas hacia la comida (Xu et al., 2010) y otras conductas precursoras para el desarrollo de TA por no lograr el peso deseado (Stice et al., 2010) como realizar ayunos prolongados, vómitos autoinducidos, uso de laxantes y diuréticos, etc. (Stice et al., 2010; Westerberg-Jacobson, Edlund y Ghaderi, 2010a). Estos esfuerzos continuos por restringir alimentos y el sentimiento de fracaso cuando no lo consiguen predice el afecto negativo (Stice y Bearman, 2001) y los síntomas bulímicos (Stice, 2001a).

2.2.2 El Índice de Masa Corporal.

El Índice de Masa Corporal (IMC) es otro de los factores que actúa como precipitante en el desarrollo de una patología alimentaria (Jáuregui-Lobera y Bolaños-Ríos, 2012). Con el comienzo de la pubertad los adolescentes experimentan un crecimiento paulatino, un notable aumento de peso y la maduración de sus caracteres sexuales (Klump et al., 2010) y con esta ganancia de peso muchos llegan a padecer sobrepeso u obesidad, que no solo afecta a su salud general, sino que deriva en actitudes negativas hacia la comida para bajar de peso y que suelen ser poco saludables, como disminuir frutas y verduras de la dieta, saltarse comidas, comer solos o realizar dietas muy estrictas (Fernández-Aranda et al., 2007; Raich, Portell y Peláez-Fernández, 2010). Además, la internalización del ideal de delgadez hace que cada vez más personas empiecen a preocuparse antes por su peso.

2.2.3 La realización de dieta.

La realización de dieta es probablemente el factor etiológico que más se ha relacionado con los TA (Jacobi et al., 2004). Se ha encontrado que el 55.4% de las niñas y el 24.8% de niños hacen dieta, quedando vulnerablemente expuestos a la adopción de comportamientos alimentarios inadecuados (Neumark-Sztainer, Wall, Haines, Story y Eisenberg, 2007). Respecto a las mujeres, es alarmante el número de ellas que han realizado dieta al menos una vez en su vida, ascendiendo la cifra hasta un 80% (Stice y Whitenton, 2002). Estas mujeres tienen 12 veces más probabilidad de recurrir a los atracones, con el consiguiente aumento de peso que esto supone (Field, Garland y Williams, 2003).

El hecho de que las pacientes se valoran en base a su figura y su peso (Abbate-Daga et al., 2010), junto con lo referente a la comida, son tres aspectos que se transmiten de una generación a otra, siendo la relación que más se ha investigado la de madre a hijas (Gonçalves, Silva, Gomes y Machado, 2012). Las madres que hablan acerca de su propio peso y hacen dieta tienen hijas con mayor riesgo de realizar también una dieta, ya que dichas conductas maternas están asociadas a conductas no saludables de control de peso en su descendencia (Neumark-Sztainer et al., 2010). También se ha observado que ocurre lo mismo cuando las dietas las realizan los compañeros del grupo de iguales (Eisenberg y Neumark-Sztainer, 2010). Por tanto, se observa que debido a las creencias sobrevaloradas acaban produciéndose actitudes alimentarias disfuncionales como la realización de dietas restrictivas y el control de peso.

Otros aspectos que se han investigado y que pueden llegar a producir alteraciones en los comportamientos alimentarios son la presión familiar sobre la comida, mostrar pautas negativas de crianza, la elevada preocupación de la familia para cambiar la apariencia corporal del adolescente (Meesters, Muris, Hoefnagels y van Gemert, 2007) y el rechazo paternal, que además se ha señalado como factor asociado positivamente con los TA (Rojo, Livianos, Conesa y Cava, 2006). Por todo ello, se debe resaltar la figura de los padres como una figura muy importante en el desarrollo de los TA, ya que los patrones alimentarios se aprenden en la niñez (Fernández-Aranda et al., 2007) y se ha podido comprobar que el ambiente familiar supone una gran relevancia para el peso de los niños (Golan, 2006). Los comentarios de la familia y la presión que

ésta ejerce sobre ellos pueden derivar en la decisión del niño de comenzar a realizar algún tipo de dieta para conseguir estar delgado (Agras, Bryson, Martillo y Kraemer, 2007).

2.3 El modelo transdiagnóstico de los TA

Existen numerosos modelos que intentan explicar la etiología de los TA, pero son pocos los estudios que investigan estos factores de una manera prospectiva y, al parecer, todavía no existe ninguno que pruebe que algún modelo sirva para predecir la aparición de los TA (Stice, 2016).

Fairburn, Cooper y Shafran (2003) ampliaron su "Modelo cognitivo-conductual de manteniemiento de la BN" previo (Fairburn et al., 1986), añadiendo cuatro factores de mantenimiento adicionales (comunes a todos los tipos de TA).

A este nuevo modelo lo denominaron "Modelo transdiagóstico", que es extensible a todos los tipos de TA (Figura 4) y supone un gran progreso en el conocimiento sobre los TA y su tratamiento (Celis y Roca, 2011). No pretende sustituir al anterior, dada la gran evidencia científica que lo respalda, pero sí complementarlo. Se centra sobre todo en el "núcleo psicopatológico" que tienen en común todos los TA y no tanto en sus diferencias específicas, es decir, en las creencias y actitudes sobrevaloradas de la comida, el peso, la figura y su control. Las personas con TA se autoevalúan principalmente en función a estas creencias, mientras que las personas sin un TA se autoevalúan en función de otros aspectos relacionados con las actitudes en otras áreas de la vida como el trabajo, la familia, las relaciones interpersonales, etc. (Fairburn et al., 2003; Fairburn, 2008).

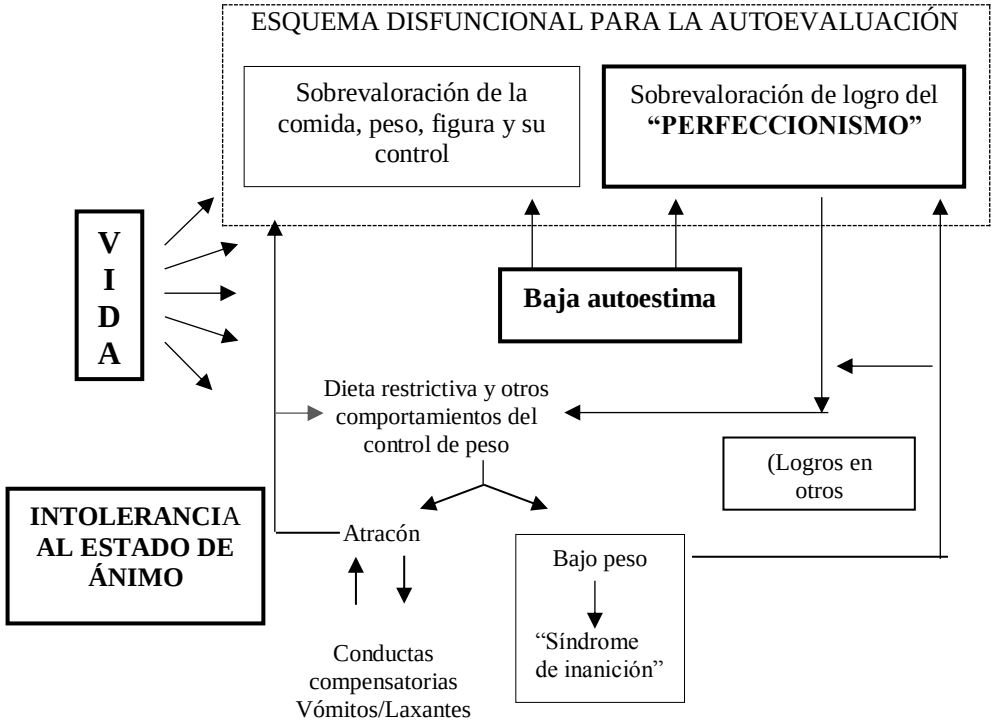

Figura 4. Representación esquemática de la "teoría transdiagnóstica" del mantenimiento de los TA. Adaptado de "Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A `transdiagnostic´theory and treatment", por C. G. Fairnburn et al., 2003, *Behaviour research and therapy*, *42*(5), 509-528.

Las dietas restrictivas a las que se someten las pacientes conducen, en la mayoría de los casos, a tener episodios de atracón y deben ser compensados con diferentes actitudes purgativas como el vómito autoinducido, o el uso de laxantes y diuréticos, creando así un círculo vicioso. En el caso de pacientes con un bajo peso (generalmente AN) que no hacen uso de los atracones, el círculo vicioso se cierra de nuevo con la preocupación sobre el peso y la figura, que hacen perpetuar la dieta restrictiva.

El ejercicio físico excesivo es otra de las medidas que utilizan las personas con TA para controlar su peso (Fairnburn et al., 2003; Fairburn, 2008) y se ha relacionado con una peor evolución y respuesta al tratamiento (Meyer, Taranis y Touyz, 2008).

Se ha observado que el género masculino realiza mayor ejercicio físico que las mujeres (Spann y Pritchard, 2008) y está íntimamente relacionado con el hecho de que

su grupo de iguales también lo practiquen (Eisenberg et al., 2012). Hay profesiones o deportes en los que están más presentes estos trastornos porque fomentan un cuerpo delgado, como la danza (30%), la gimnasia rítmica (18%) y otros deportes de élite (8%) (Smolak, Murnen y Ruble, 2000).

El 85% de las personas con TA realizan ejercicio de manera compulsiva (Fietz, Touyz y Hay, 2014) a pesar de saber las implicaciones negativas que esto conlleva (Taranis, Touyz y Meyer, 2011) y suelen necesitar más ingresos hospitalarios que los que no lo practican (Carter, Blackmore, Sutandar-Pinnock y Woodside, 2004). Este hecho, sumado a que el ejercicio compulsivo es un aspecto esencial de la psicopatología alimentaria (Meyer et al., 2016), hace imprescindible que se evalúe adecuadamente en pacientes con TA.

Haciendo referencia a los cuatro factores mantenedores que Fairburn et al. (2003) añadieron para crear el modelo transdiagnóstico y que son comunes a todo el espectro de los TA, se sugiere que uno o más de estos factores -junto con el núcleo psicopatológico- es lo que llevará a que el TA perdure en el tiempo. Dichos factores se describen a continuación:

a) *El perfeccionismo clínico,* que es el relativo a la importancia clínica y es uno de los rasgos desadaptativos en los TA que interviene como un potente mediador en la preocupación por la Imagen Corporal (Boone, Braet, Vandereycken y Claes, 2012). Se podría definir por el autocumplimiento de unas normas poco realistas, la motivación a seguir manteniéndolas y la valoración subjetiva del entorno como demasiado estricto y crítico (García-Fernández et al., 2016).

Asimismo, en los TA, el perfeccionismo actúa como mantenedor del tratorno, ya que fomenta la necesidad de cumplir los objetivos propuestos, como el control de la comida, el peso y la figura (Fairburn et al., 2003). De esta manera, aumenta la probabilidad de que se produzca una autoevaluación negativa y mayor autocrítica de sí mismos (Yeomans, Boone, Soenens, Vansteenkiste y Braet, 2012).

La evidencia señala que el perfeccionismo podría ser incluso considerado como factor predisponente de un posible riesgo de suicidio (Hewitt, Flett, Sherry y Caelian, 2006).

b) La baja autoestima es un aspecto importante que se ha relacionado con la insatisfacción corporal (Park y Epstein, 2013) y es uno de los principales factores que predisponen y mantienen los TA (Borda et al., 2011; Vanderlinden et al., 2009). Además, está negativamente asociada con el IMC, de tal forma que cuanto mayor sea el peso, menor será la autoestima (Brockmeyer et al., 2013). Las presiones para conseguir la delgadez y las burlas de familiares y amigos sobre el peso, producen una disminución todavía mayor de la autoestima, iniciándose así actitudes negativas hacia la comida, comparaciones, prejuicios, etc. (Paxton et al., 2006).

Los acontecimientos vividos en nuestra infancia son fundamentales en la formación de nuestra autoestima básica, como el trato que tuvieron con nosotros o el experimentar ciertos éxitos y fracasos (Yaratan y Yucesoylu, 2011).

Fairburn et al. (2003), más allá de la autoevaluación negativa que tienen las personas con TA por no lograr sus objetivos, identifica un subgrupo de pacientes que tienen una visión negativa de sí mismos de una manera incondicional que forma parte de su propia identidad y es independiente al rendimiento o los logros. Este tipo de baja autoestima impide que pueda producirse un cambio duradero en la paciente y crea en ella Desesperanza sobre su capacidad para mejorar, lo que conduce todavía más a mantener el trastorno intentando conseguir algún logro sobre el control de la comida, la figura y el peso.

c) La intolerancia al estado de ánimo, hace referencia a la incapacidad que tienen algunas personas con TA para enfrentarse adecuadamente a ciertos cambios en su estado anímico, incluso en ocasiones, a cualquier estado de ánimo intenso, aunque sea positivo (Fairburn et al, 2003). Las emociones desempeñan un papel importante en la alteración de conductas alimentarias (Shapiro et al., 2007) e influyen negativamente en el peso, incrementando el riesgo de insatisfacción corporal y preocupación por la comida (Rodgers, Paxton y Chabrol, 2010).

Las mujeres con TA experimentan en numerosas ocasiones un afecto negativo originado por la dificultad notable en las relaciones sociales o por la autoevaluación negativa de sí mismas (Wonderlich et al., 2009). En estos casos recurren a la comida para aliviar estas emociones, produciendo que el TA se mantenga (Toro, Gila, Castro, Pombo y Guete, 2005). El afecto negativo y el deterioro en el funcionamiento psicosocial predicen el desarrollo de cualquier TA (Stice et al., 2017).

El modelo de regulación emocional explica el afecto negativo como desencadenante de comportamientos bulímicos y, por tanto, las personas que padecen un alto afecto negativo también tienen mayor riesgo de comer compulsivamente para reducir estas emociones (Wonderlich et al., 2014). Por todo ello, la desregulación emocional favorece el inicio y el mantenimiento de la pérdida de control alimentaria (Goldschmidt, Lavender, Hipwell, Stepp y Keenan, 2017)

d) Las dificultades interpersonales, son representadas en la figura 4 como "VIDA" y contribuyen de diversas maneras al mantenimiento de los TA, como, por ejemplo, la aparición de tensiones familiares que intensifican la reticencia a comer y la necesidad de experimentar la sensación de control alimentario. Otro ejemplo serían las familias en las que hay algún miembro con TA y en las cuales existe una presión constante para estar delgado.

En la última década los factores interpersonales han cobrado una especial relevancia (Treasure y Schmidt, 2013), describiéndose que un inadecuado ajuste social (inhibición social y ausencia de apoyo social) actúa como mantenedor de los TA. A este respecto, en las personas con AN se ha observado un mayor miedo a ser evaluadas negativamente y una actitud deficiente para mostrar los sentimientos, mientras que en la BN aparece una menor confianza en los demás e interacciones disfuncionales con los otros (Arcelus, Haslam, Farrow y Meyer, 2013).

Podemos concluir que el modelo transdiagnóstico sigue siendo actualmente el que mayor evidencia científica ha demostrado en la conceptualización y tratamiento de cualquier tipo de TA, incluido el TDA y los otros trastornos de la alimentación identificados en el *DSM- 5* (Cooper, 2015).

3. Psicopatología asociada a los TA

"El cuerpo es la medida de todas las cosas"

Rico Bovio (1990) parafraseando a ***Protágoras.***

3.1 Autolesiones No Suicidas

3.1.1 Conceptualización de las Autolesiones No Suicidas.

Las Autolesiones No Suicidas (ANS) han existido a lo largo de toda la historia, incluso en la época neolítica, en la que se ha descrito también la existencia de mutilaciones (cortes, perforaciones, etc.) con diferente significado, como la cultura o la religión (Souza y Cruz, 2008). Actualmente son consideras como cualquier daño deliberado a la superficie del propio cuerpo probablemente para causar hemorragia, contusiones o dolor, sin intencionalidad suicida y para propósitos no aprobados socialmente (APA, 2014), incluyendo métodos que implican cortes en la piel, quemaduras, apuñalamientos, golpes o rasguños, entre otros (Klonsky, 2011).

Nock (2010) la define como la lesión deliberada y autoinflingida hacia el propio cuerpo sin intención de morir (Nock, 2010), debida probablemente por la confusión de pensamientos en relación a las necesidades reales y las que los adolescentes creen necesitar (Díaz, Gonzalez, Minor y Moreno, 2008).

Aunque los investigadores han estado abogando para el reconocimiento de las autolesiones como un trastorno clínico independiente durante más de una década (Briere y Gil, 1998; Muehlenkamp, 2005), en el DSM-IV (APA, 1994) y DSM-IV-TR (APA, 2002) las autolesiones solo eran consideradas síntomas asociados a otros trastornos como el retraso mental, el trastorno autista, el TLP o los trastornos facticios. Sin embargo, en la última edición del DSM-5 (APA, 2014) aparecen en el capítulo de afecciones que necesitan más estudio bajo el término "Autolesión No Suicida", siendo esta nueva inclusión debido a la elevada prevalencia que arroja la literatura científica relativa a las ANS, independientemente de su presencia en otros trastornos, y en especial del TLP. Las ANS suelen aparecer en la adolescencia, entre los 12 y 14 años

(Jacobson y Gould, 2007) y son consideradas en la quinta edición como la autoagresión sin intención suicida, en la cual la persona se autolesiona en la superficie corporal sabiendo que únicamente conllevará un daño leve o moderado, llegando a producir hematomas, sangrado o dolor, con el propósito de paliar un sentimiento negativo, resolver algún problema o promover sentimientos positivos (APA, 2014).

En cuanto a los métodos más empleados en los comportamientos autolesivos, existe un consenso a la hora de considerar los cortes, golpes y sobreingesta de medicamentos, como las conductas autolesivas más frecuentes en población adolescente (De Leo y Heller, 2004; Morey, Corcoran, Arensman y Perry 2008). Existen estudios que han analizado este tipo de métodos tanto en muestras comunitarias como clínicas. Dichas investigaciones señalan que los cortes en muñecas y antebrazos son el método con mayor prevalencia en muestras no clínicas (Nixon, Cloutier y Jansson, 2008; Ystgaard et al., 2009), mientras que la sobreingesta de medicación es más común en población clínica (Olfson, Gameroff, Marcus, Greenberg y Shaffer, 2005). Sin embargo, usualmente un mismo paciente realiza varios tipos de comportamientos de autolesión y de forma repetida (Nock, 2010). Cabe destacar que, según algunas conceptualizaciones recientes, la sobreingesta de medicamentos no sería considerada una forma de autolesión no suicida (APA, 2013).

En diferentes estudios se han descrito que el tipo de autolesión más frecuente son los cortes y los golpes, seguido de rascarse, pellizcarse, interferir en la curación de heridas o estirarse del pelo (Pauwels, Dierckx, Schoevaerts y Claes, 2016; Victor, Davis y Klonsky, 2016). Cuando se comparan muestras de población general y clínica se observan diferencias en la frecuencia de las ANS: en población general prevalecen los cortes en muñecas y antebrazos (Nixon et al., 2008; Ystgaard, et al., 2009), mientras que en la población clínica referida a servicios de urgencias y unidades de hospitalización psiquiátrica, prevalecen los casos de envenenamiento y sobreingestas medicamentosas (Klonsky y Glenn, 2009; Olfson et al., 2005).

3.1.2 Funcionalidad de las Autolesiones No Suicidas.

Por lo que respecta a las causas de aparición y mantenimiento de la ANS, uno de los modelos más apoyado por la literatura científica es el “modelo integrado de Nock”

(2010), en el cual se postula que la ANS es mantenida por cuatro posibles factores que actúan como reforzadores, que pueden ser positivos o negativos, y cuya funcionalidad es intrapersonal o interpersonal.

Con respecto a la *funcionalidad intrapersonal*, un refuerzo negativo sería la disminución o cese de pensamientos y sentimientos negativos tras la ANS, mientras que un refuerzo positivo se obtendría por la aparición o incremento de pensamientos o sentimientos deseados como estar satisfecho por haberse castigado a sí mismo. Por el contrario, en referencia a la *funcionalidad interpersonal*, el refuerzo negativo surge si tras un comportamiento autolesivo disminuye o finaliza alguna situación social no deseada, como conseguir que los padres dejen de discutir o que los compañeros de clase o amigos dejen de acosarle y un refuerzo positivo vendría acompañado por la aparición o aumento de una situación deseada como recibir mayor atención o apoyo social. Además, en este modelo teórico, Nock (2010) propone que algunas personas poseen factores de vulnerabilidad intrapersonales, como poca tolerancia a la angustia y aflicción o elevados pensamientos y sentimientos aversivos y factores de vulnerabilidad interpersonales como la falta de habilidades sociales o baja resolución de problemas (Nock, 2010).

3.1.3 Prevalencia.

En los últimos años la prevalencia de ANS ha aumentado considerablemente entre las diferentes poblaciones estudiadas. En muestras comunitarias se ha encontrado que un 7.5-38% de los adolescentes y alrededor de un 5.5 % de adultos se autolesionan (Hamza y Willoughby, 2014; Swannell, Martin, Page, Hasking y St John, 2014; Washburn et al., 2012). En muestras clínicas la proporción de ANS es mayor, llegando a un 40-82% en adolescentes (Ruuska, Kaltiala-Heino, Rantanen y Koivisto, 2005; Washburn et al., 2012) y un 19-25% en adultos (Briere y Gil, 1998).

Un estudio realizado en España apoya estos datos, indicando que el 21.7 % de los adolescentes se autolesiona y sugieren que aparecen con mayor frecuencia entre los 15 y 16 años (Díaz de Neira et al., 2015).

Por lo que respecta al sexo, parece no haber diferencias considerables entre población general o clínica, consensuándose como más frecuente el sexo femenino con una razón de probabilidad de 2:3 respecto de los hombres (Hawton, Rodham, Evans y Weatherall, 2002; Patton et al., 2007). A nivel transcultural se realizó un estudio comparativo entre 11 países, donde se evidenció que el 29.9% de las personas que se autolesionaban eran mujeres y el 24.6% hombres. En Europa también se mantiene que el sexo femenino manifiesta mayor comportamiento autolesivo, siendo de un 13.5% en chicas y un 4.3% en chicos (Madge et al., 2011).

En los TA, aparecen con frecuencia las ANS (Claes y Muehlenkamp, 2014) oscilando en la anorexia nerviosa restrictiva (ANR) entre un 13.6% a un 42.1% y para el subtipo purgativo se estima que entre el 27.8% y el 68.1% se autolesionan. En el caso de la BN las cifras varían del 26% al 55.2% (Svirko y Hawton, 2007; Utzinger et al., 2016). También hay evidencia de autolesiones en otros TA como el trastorno de atracones (TDA) en un 19.8%, en el TANE, que llega al 26.2 % de los casos y en mujeres con obesidad que forman el grupo que menos se autolesionan (8.2%) (Claes et al., 2013). Algunos autores apuntan que estas diferencias en la prevalencia podrían deberse a diferentes grados de impulsividad entre los grupos (Claes et al., 2013; Müller et al., 2012) y que esta impulsividad se asocia positivamente a una mayor tasa de comportamiento autolesivo (McCloskey, Look, Chen, Pajoumand y Berman, 2012). Por tanto, la evidencia apunta que los trastornos que se sitúan en pesos extremos como la ANR y la obesidad mantienen menor impulsividad y en consecuencia menor frecuencia de ANS que el resto de diagnósticos (Claes et al., 2013).

3.1.4 Factores de riesgo.

Se ha señalado que una persona que se autolesiona reiteradamente puede habituarse tanto al dolor físico como emocional debido a la exposición continuada a las ANS (Van Orden, Merrill y Joiner, 2005) y esto ayuda a comprender por qué las consecuencias de la autoagresión se agravan cada vez más, llegando a relacionarse con episodios de intentos de suicidio (Andover, Morris, Wren y Bruzzese, 2012).

En personas con TA, son elevadas las tasas de Autolesiones No Suicidas (ANS), pero también de intentos de suicidio y suicidio consumado (Kostro et al., 2014). Es

importante no confundir estos aspectos, siendo la intencionalidad la gran diferencia entre ellos: en el suicidio la persona quiere acabar con la propia vida (WHO, 2014), mientras que en la ANS no existe intención de morir (Nock, 2010). Aunque, el hecho de que no haya intencionalidad de acabar con la vida en las ANS no quiere decir que no exista riesgo de morir, ya que se ha relacionado que una historia previa de ANS predice fuertemente el suicidio (Claes et al., 2010; Franklin et al, 2016; Groschwitz et al., 2015; Hamza, Stewart y Willoughby, 2012). Además, tener antecedentes previos de ambas conductas (ANS e intentos de suicidio) conlleva un riesgo superior de autolesiones frecuentes que únicamente haberse lesionado con anterioridad (Jacobson, Muehlenkamp, Miller y Turner, 2008).

Recientemente, Andover et al (2012) realizaron una revisión bibliográfica sobre la relación entre la ANS y el intento de suicidio (IS), concluyendo que ambos aspectos se asociaron a mayor impulsividad, baja autoestima, síntomas depresivos, Desesperanza, Ideación Suicida, abuso sexual, autoevaluación negativa y menores razones para vivir.

Fox et al., (2015) realizaron un meta-análisis con el objetivo de comprender mejor las autolesiones y progresar en su tratamiento, y señalaron que las personas con ANS tienen una elevada desregulación emocional y recurren a las autolesiones para mejorar su estado anímico y disminuir las sensaciones de vacío. A esto se le conoce como "comportamiento modulador del estado de ánimo disfuncional", en el cual las ANS reducen rápidamente el estado de ánimo inicial (Fairburn y Harrison, 2003). Algunos de los factores de riesgo más potentes relacionados con las ANS en la actualidad son haber tenido una historia previa de ANS, los rasgos de personalidad del cluster B, y la Desesperanza; además, la ideación e intentos de suicidio previos o la depresión también predicen las conductas autolesivas no suicidas (Fox et al., 2015). No obstante, la historia previa de ANS y la Desesperanza son además factores de riesgo de la ideación y los intentos de suicidio (Franklin, Puzia, Lee y Prinstein, 2014; Franklin et al., 2016) situando estas variables como factores de riesgo comunes a ambos tipos de conductas.

3.1.5 Autolesiones No Suicidas asociadas a los Trastornos Alimentarios.

Existen algunos hallazgos en relación a la coexistencia de ANS y TA, que muestran algunos rasgos implicados en estos comportamientos, como la urgencia negativa (Claes, Islam et al., 2015), síntomas de algún trastorno de personalidad (Yiu, Turner, Layden, Chapman y Zaitsoff, 2014), comportamientos negativos hacia el propio cuerpo (Turner et al., 2015) y dificultades tanto en la formación de la identidad (Claes, Luyckx et al., 2015) como en la regulación emocional (Muehlenkamp, Peat, Claes y Smits, 2012). De acuerdo a esto, podría señalarse que las ANS y los TA quizás desempeñen funciones similares (Turner, Yiu, Claes, Muehlenkamp y Chapman, 2016).

Los TA y las ANS son fenómenos que se relacionan con el cuerpo y, dada su comorbilidad, se han empezado a estudiar en esta última década los posibles factores de riesgo que podrían ser comunes en ambos trastornos (Muehlenkamp, Claes, Smits, Peat y Vandereycken, 2011). Svirko y Hawton (2007) proponen un modelo etiológico de la asociación entre los TA y la ANS, en el cual ciertos precursores como la cultura, las situaciones muy traumáticas, el ambiente familiar y los rasgos de personalidad podrían derivar en serios procesos patológicos (impulsividad, disociación, pensamientos de autocrítica, necesidad de control o rasgos obsesivos-compulsivos) que tendrían como resultado la comorbilidad entre BN, ANP o ANR y ANS.

Muehlenkamp et al. (2011) proponen un modelo etiológico, en el cual el trauma infantil es un factor precursor en el desarrollo de las ANS, junto con la baja autoestima, la patología afectiva, la disociación y la insatisfacción corporal. Sugieren que cada uno de estos aspectos podrían ser mediadores entre el abuso y las ANS y concretamente la disociación y la insatisfacción corporal, que se sitúan al final del modelo, serían considerados como posibles mediadores entre la patología y el comportamiento autolesivo.

El hecho de que los TA y las ANS compartan algunos factores de riesgo hace plantearse si una misma persona utiliza ambos tipos de conducta indistintamente para regular su afecto o utiliza una u otra dependiendo del contexto. Actualmente, se sabe poco acerca de los procesos internos de un individuo como para predecir de que manera y por qué ocurren estos comportamientos (Turner et al., 2016), pero la literatura reciente

apuesta por que las ANS son utilizadas cuando existe estrés interpersonal o aumenta el afecto negativo, desde unas horas después e incluso al día siguiente (Houben et al., 2017; Turner et al., 2016), en comparación con el resto de días más normalizados, que ayunan, tienen atracones o realizan conductas purgativas. No obstante, esto es un punto de partida para seguir investigando esta cuestión y todavía hay que investigar los factores relacionados con el ambiente o factores emocionales que ayuden a predecir la posible aparición de TA o ANS un día concreto (Turner et al., 2016).

3.2 Trastornos de personalidad

3.2.1 Conceptualización.

El Trastorno de la Personalidad (TP) es **"**un patrón perdurable de experiencia interna y de comportamiento que se aparta notablemente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o deterioro en la esfera social, laboral u otras áreas funcionales importantes para el sujeto" (APA, 2014). De modo similar, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) incluye los TP en su clasificación de enfermedades mentales (CIE-10) y los describe como "diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás"

3.2.2 Prevalencia.

A medida que evoluciona el TA, aumenta en un 50% el riesgo de desarrollar otro trastorno asociado (especialmente trastornos afectivos) y a los 10 años de evolución, prácticamente un 25% presenta algún trastorno de personalidad (Herpertz-Dahlmann et al., 2001). Por ejemplo, las pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo son cuatro veces más propensas a desarrollar cualquier TA (Reas, Ro, Karterud, Hummelen y Pedersen, 2013).

Entre el 54.8% y el 72% de personas con TA presentan uno o más TP (Gartner, Marcus, Halmi y Loranger, 1989; Marañón, Echeburúa y Grijalvo, 2007; O'Brien y Vincent, 2003; Wonderlich, Swift, Slotnick y Goodman, 1990) y son más frecuentes en esta patología que en cualquier otro trastorno mental (Marañón et al., 2007), siendo el TLP de los más frecuentes en los TA, oscilando entre el 57 y el 72 % de los casos (Gartner et al., 1989; Ruscitti, Rufino, Goodwin, y Wagner, 2016).

Las personas con AN presentan hasta un 95% algún TP al comienzo del tratamiento y hasta un 71% se mantienen tras el alta del problema alimentario (Martín, Cangas, Pozo, Martínez y López, 2009). Los TP que aparecen más frecuentemente son el esquizoide, el narcisista y el evitativo.

Sin embargo, en la BN, el 84% tienen algún TP adicional cuando empiezan el tratamiento, y solo un 23% lo mantienen cuando finaliza el mismo. Aunque las pacientes con BN también se caracterizan por ser perfeccionistas (Shaw, Stice y Springer, 2004) y manifestar un déficit en la integración social (Roberts et al., 2012), presentan otros TP más comunes como el narcisista y el evitativo, siendo este último de mejor evolución y menor resistencia al cambio que en la AN (Martín et al., 2009).

En el TDA aparece con más frecuencia el trastorno de personalidad límite, el evitativo y el obsesivo-compulsivo (Friborg et al., 2014).

3.2.3 Trastorno de la Personalidad asociado a los Trastornos Alimentarios.

Se han hallado resultados muy diversos en cuanto a la comorbilidad entre TP y TA (Thompson-Brenner et al., 2008) demostrándose que los rasgos de personalidad forman parte del inicio, sintomatología y mantenimiento de estos trastornos (Haines y Neumark-Sztainer, 2006). En general, los trastornos que más comorbilidad guardan con los TA son las conductas adictivas, disfunciones sexuales, trastornos del estado de ánimo, ansiedad, fobia social (American Psychiatric Association, 2014) y trastornos de la personalidad (Marañón et al., 2007)

Un dato importante es el inicio de la patología alimentaria, ya que la edad de aparición del TA se relaciona con mayor o menor psicopatología comórbida. La

aparición precoz (como en la adolescencia) del TA incrementa el riesgo de desarrollar otras patologías mentales en general (Wentz, Gillberg, Anckarsater, Gillber y Rastam, 2009) y en la formación de la personalidad en particular (Cumella y Kally, 2008), ocasionando cualquier TP adicional (Friborg et al., 2014)

Se caracterizan como personas perfeccionistas, estrictas, inflexibles, responsables (Anderluh et al., 2003; Halmi et al., 2005) y con cierto déficit de atención (Roberts, Tchanturia y Treasure, 2012). Los rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos también se consideran factor de riesgo del desarrollo de patología alimentaria, especialmente en la AN (Anderluh, Tchanturia, Rabe-Hesketh, y Treasure, 2003) y el TLP se asocia a la desregulación emocional (Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez y Gunderson, 2010; Ruscitti et al., 2016), a una menor tolerancia, a la impulsividad y a problemas interpersonales (Thompson-Brenner et al., 2016).

Otro rasgo característico es la elevada búsqueda de sensaciones, que además comparten con el TLP (Cassin y von Ranson, 2005). En un estudio de BN y TP en mujeres universitarias, el 61% de participantes con BN cumplió los criterios para un TP y el más típico de estos fue el TLP (34.7%) (Schmidt y Telch, 1990). La evidencia sugiere que el curso de la enfermedad está asociado a la construcción de la personalidad (Thompson-Brenner et al., 2008).

El TANE y el TDA son patologías parecidas con respecto a la comorbilidad con TP y aunque presenten menores tasas de comorbilidad que en el caso de la AN y la BN, son igual de graves de cara al tratamiento cuando coexisten ambos trastornos (Friborg et al., 2014).

Actualmente, cada vez son más los trabajos que evidencian cómo los rasgos de personalidad disfuncionales moderan los resultados de la terapia y señalan que estos rasgos pueden ser tratados (Krueger y Eaton 2010). Por tanto, es de suma importancia terapéutica y pronóstica valorar los diferentes tipos de personalidad en los TA (Friborg et al., 2014), ya que la mejoría de los TP supone también una mejoría en la patología alimentaria (Martín et al., 2009).

3.3 Riesgo de suicidio

3.3.1 Desesperanza.

Las personas con Desesperanza mantienen pensamientos negativos hacia su futuro, creyendo que sus problemas no tienen solución, lo cual puede derivar en un intento de suicidio (Wenzel, Brown y Beck, 2009). Este constructo es considerado como uno de los factores de riesgo psicológicos más determinantes en la depresión, siendo una de sus principales características (Nock et al., 2008; Song y Kwon, 2012) y dada la importancia que presenta, la APA (2003) propone que sea evaluada con la Escala de Desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS) (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974) que es el instrumento más estrechamente relacionado con la identificación del riesgo de suicidio (Iliceto et al., 2013).

Los pacientes con TA graves presentan altas tasas de depresión y Desesperanza (Robinson et al., 2015) que podrían estar relacionados con la incapacidad de controlar la ingesta de alimentos o el rechazo corporal característico de estos pacientes (Lee y Lee, 2016; Marco, Pérez y García-Alandete, 2017).

3.3.2 Comportamiento Suicida.

3.3.2.1 *Conceptualización del comportamiento suicida.*

Actualmente, el comportamiento suicida agrupa y diferencia varios conceptos como la Ideación Suicida, la planificación del suicidio, el intento de suicidio y el suicidio consumado (WHO, 2014). A pesar del debate existente sobre los diferentes aspectos del comportamiento suicida, a continuación, se intentan unificar los criterios sobre su terminología:

-*Ideación Suicida*: se refiere a pensar, considerar o planificar el suicidio (Klonsky, May y Saffer, 2016). Las personas diagnosticadas de TA tienen mayor riesgo de Ideación Suicida que las personas sin TA (Crow, Swanson, Le Grange, Feig y Merikangas, 2014; Pisetsky et al., 2015).

-*Intento de suicidio*: cualquier comportamiento suicida que no llega a causar la muerte y que puede o no tener resultado mortal. Por tanto, y dada la ambivalencia sobre la intencionalidad o su posible encubrimiento, la WHO (2014) también considera cualquier autolesión como intentos de suicidio (WHO, 2014). Sin embargo, otros autores creen, que aunque las ANS están fuertemente relacionadas con los intentos de suicidio (autolesiones con intención de morir) no forman parte del mismo concepto (Nock, 2010; Klonsky, May y Glenn, 2013; Wilkinson, Kelvin, Roberts, Dubicka y Goodyer. 2011) ya que su prevalencia es muy diferente (las ANS son más frecuentes, realizándose incluso decenas o cientos de veces, mientras que los intentos de suicidio se realizan una o varias veces) (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2014).

-*Suicidio*: comportamiento autoinflingido deliberadamente con la intención de morir (WHO, 2014). Tanto la Ideación Suicida como el intento de suicidio son dos aspectos diferentes, pero fuertes predictores del suicidio consumado (Klonsky et al., 2016). La autolesión también es un factor de riesgo importante, ya que se relaciona tanto con la capacidad de suicidio como con el aumento del deseo de acabar con la propia vida (Klonsky et al., 2013).

Los datos sobre los métodos de suicidio en los países con ingresos elevados indican que el más utilizado es el ahorcamiento, seguido de las armas de fuego (sobre todo en América). Sin embargo, en los países con ingresos bajos y medianos, el método de suicidio más frecuente es la intoxicación con plaguicidas y en lugares sumamente urbanizados como Hong Kong el método más utilizado y accesible es la defenestración desde edificios altos (WHO, 2014). En España, el método más utilizado es la "lesión autoinflingida intencionadamente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocón", seguido de "lesión autoinflingida intencionadamente al saltar desde un lugar elevado" (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2017).

Para poder prevenir mejor las muertes por suicidio es necesario entender los diferentes aspectos que están involucrados en ellas y, además, poder identificar cuál es la motivación de cada paciente para el suicidio, permitiendo así, reducir futuros intentos. Existen diferentes aproximaciones teóricas que tratan de explicar el motivo por el cuál una persona en las mismas condiciones de Desesperanza y depresión que otra, se acaba suicidando y la otra no (Joiner, 2005). Schneidman (1993) postulaba que el

principal motivo de querer morir era que el umbral de tolerancia del psiquismo (dolor psicológico o emocional) había sido superado, y que ese umbral variaba entre los diferentes individuos. Baumeister (1990) afirmaba que el suicidio ocurría como una vía de escape a los pensamientos aversivos, y otros autores lo atribuían a la Desesperanza (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989). Estas teorías dieron pie a multitud de investigaciones posteriores y fueron muy útiles para avanzar en el campo del suicido, pero solo se centraban en factores psicológicos y ninguna llegaba a explicar la diferencia entre las personas con pensamientos suicidas y las que a partir de la ideación llegan a cometer un intento de suicidio.

En 2005 se produjo un avance teórico en este sentido, con la teoría interpersonal de Thomas Joiner (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010), donde postula que el deseo de suicidio viene motivado por dos razones que interactúan entre sí: la percepción de ser una carga para los demás (Carga percibida, *soy una carga*) y el sentimiento de no pertenecer a nada (Pertenencia frustrada, *estoy solo*). Además, este autor indica que es necesario superar el instinto de autoconservación y que las víctimas de suicidio consiguen superar, tras habituarse a lo largo de sus vidas al dolor, al miedo y a la muerte mediante la exposición progresiva a las autolesiones, a los abusos físicos, al suicidio de alguien cercano o cualquier otra experiencia dolorosa (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010).

Más recientemente, Klonsky y May (2015) proponen la teoría de los 3 pasos (3ST) en la cual la Ideación Suicida resulta de la interacción entre el dolor (generalmente psicológico) y la Desesperanza, y el hecho de que esto progrese hacia la comisión de un intento de suicidio es debido a la disposición adquirida y práctica de la capacidad de suicidio. Los autores describen los 3 pasos por los que pasa una persona hasta cometer un intento de suicido:

Paso 1: "Desarrollo de la Ideación Suicida", aparición de pensamientos suicidas a partir de la experiencia diaria de cualquier tipo de dolor, en que la persona está siendo castigada por vivir y puede disminuir su deseo de vivir.

Paso 2: "Ideación fuerte frente a moderada", se relaciona el grado de ideación con la conexión o apego a personas y propósitos. Cuanto mayor sea la conectividad con

la vida, menor será la Ideación Suicida, a pesar de experimentar dolor y Desesperanza. Por ejemplo, la conexión con los hijos, el trabajo, un proyecto o sentido percibido en la vida hará que la persona mantenga la ideación de una manera pasiva sin llegar a progresar hacia el deseo activo de suicidio. Por el contrario, si una persona carece de conexión con la vida y además experimenta dolor y Desesperanza, la ideación de suicidio progresará hacia un deseo activo de suicidarse. Con esto, los autores no pretenden afirmar que el resto de factores de riesgo tradicionales como la depresión, los rasgos de personalidad o los estados de ánimo sean irrelevantes, sino que deben ser considerados de una manera específica, a través de sus efectos sobre el dolor, la Desesperanza y la conexión, pero no más allá.

Paso 3: "Progresión de la ideación a los intentos", en la que se tiene en cuenta la capacidad del sujeto para cometer el intento una vez instaurados los pensamientos suicidas. Los autores amplían la visión de Joiner sobre la capacidad suicida, proponiendo tres categorías que influyen en ella: disposicional (variables como la genética o la disminución de la sensibilidad al dolor), adquirido (habituación a las experiencias dolorosas) y práctica (factores que facilitan el intento, como el conocimiento o la accesibilidad a medios letales) (Klonsky y May, 2015).

También existen estudios que tratan de entender las motivaciones que llevan al intento de suicidio en la adolescencia y los principales motivos son muy parecidos a los mencionados anteriormente, como sufrir un dolor emocional extremo, tener la creencia de que las cosas no mejorarán (Desesperanza) y/o percibir el suicidio como una vía de escape al problema (May, O'Brien, Liu y Klonsky, 2016).

3.3.2.2 Prevalencia.

La prevalencia de suicidios, sus características y los métodos de la conducta suicida varían entre diferentes lugares y personas, debido a la dificultad para obtener las tasas reales de estos comportamientos, sobre todo en los países donde el suicidio es ilegal o no tienen buenos sistemas de registro civil ni de recopilación de datos en los hospitales que tratan este problema (WHO, 2014).

En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 45% en España y en un 60% a nivel mundial y actualmente, el comportamiento suicida es una de las principales causas de muerte en todo el mundo (Klonsky et al., 2016), lo que supone el 1.4% de todas las muertes, es decir, más de 800.000 personas cada año.

La TME (Tasa de Mortalidad Estandarizada) de 11.4 por 100.000 y cada 40 segundos una persona se suicida en el mundo. Se prevé que estos datos se mantendrán hasta 2030 (WHO, 2014).

En cuanto al sexo, el número de muertes por suicidio es tres veces mayor en hombres que en mujeres y curiosamente también son más frecuentes en los países con altos ingresos, respecto de los que tienen medianos y bajos ingresos, aunque juntando estos dos últimos suponen el 75% de los suicidios en el mundo (Klonsky et al, 2016; WHO, 2014).

En relación con la edad, existen cambios llamativos. Las tasas de suicidio pueden ser entre 6-8 veces mayores entre ancianos, pero cuando se compara con los jóvenes se observa que globalmente mueren más jóvenes que ancianos por esta causa. Actualmente la mayoría de los suicidios (55%) son cometidos por personas de edades comprendidas entre los 5 y los 44 años, siendo el suicidio en los jóvenes de 15 a 29 años la segunda causa de muerte a nivel mundial, después de los accidentes de tráfico (Patton et al., 2009). En España constituye la primera causa de muerte externa no natural, ya que los suicidios superan actualmente el número de muertes por accidentes de tráfico (que constituyen la quinta causa de muerte no natural). Los últimos datos recogidos durante el año 2016, indican que 3569 personas murieron por suicidio (2662 hombres y 907 mujeres) y solo en la Comunidad Valenciana se registraron 336 suicidios consumados ese año (255 hombres y 81 mujeres), siendo el grupo de edad más frecuente el comprendido entre 45-54 años (INE, 2017). Sin embargo, otros autores han encontrado que el grupo de edad con más suicidios consumados es el de 35-44 años, tanto en hombres como en mujeres (Ribes, 2008).

Prevalencia asociada a los TA.

Frecuentemente se afirma que el 90% de los suicidios se llevan a cabo por personas con enfermedad mental, pero existen diferencias según el trastorno. La depresión mayor, el trastorno bipolar y el trastorno de estrés postraumático son los que mejor predicen un intento de suicidio en los países desarrollados (Klonsky et al., 2016).

En el caso de personas con TA, existen cinco veces más probabilidades de cometer un intento de suicidio, independientemente del sexo. En el TDA y la BN son frecuentes la Ideación Suicida y los intentos de suicidio, mientras que en AN son más numerosos los suicidios consumados (Crow et al., 2014; Haynos, Roberto, Martinez, Attia y Fruzzett, 2014; Welch et al., 2016; Yao et al., 2016).

En los TA, las consecuencias de la Ideación Suicida suelen ser muy graves debido a las altas tasas de suicidio (Crow et al., 2009). Una de cada cuatro mujeres con TA presenta ideación o conductas suicidas (cuatro veces superior a la población femenina general) (Ahrén-Moonga, Holmgren, von Knorring y Af Klinteberg, 2008; Beautrais, Collings y Ehrhardt, 2005), existiendo diferencias notables entre sus categorías diagnósticas.

La AN es la que mayor riesgo de suicidio presenta (Hawton y van Heeringen, 2009), sin embargo, la BN tiene escasas tasas de suicidio consumado, pero presenta elevadas tasas de tentativas suicidas, oscilando entre un 25-35% de los casos respecto al 3-20% de la AN (Beautrais et al., 2005). En personas con TDA existen escasos estudios al respecto, aunque recientemente se ha demostrado que también se asocian a un elevado riesgo de suicidio, probablemente por la psicopatología comórbida o puntos comunes con otros trastornos psiquiátricos (Forrest, Zuromski, Dodd y Smith, 2017).

4. El Sentido de la Vida como variable predictora de los Trastornos Alimentarios

Existen numerosos modelos que intentan explicar la etiología de los TA, pero son pocos los estudios que investigan estos factores de una manera prospectiva y aunque es importante investigar los factores de riesgo que predicen la aparición futura de TA específicos, también es clave investigar sobre los factores que protegen del posible desarrollo de un TA con el fin de llegar a diseñar programas eficaces de prevención para todo el espectro de TA (Stice, 2016).

4.1 Factores de protección de los Trastornos Alimentarios

Los padres son una influencia directa en la adquisición de patrones alimentarios en la niñez, pudiendo contribuir al desarrollo del TA (Fernández-Aranda et al., 2007). El aumento de comidas familiares y una mayor relación entre padres y adolescentes protegen de la realización de dietas, atracones o purgas (Berges et al., 2014; Haines et al., 2010). En el caso de la BN se ha señalado que una mejor atención materna es protectora de este trastorno (Micali et al., 2017).

Otros factores que se han identificado como protectores de los TA son un elevado rendimiento académico (Croll, Neumark-Sztainer, Story y Ireland, 2002), presentar un IMC bajo, actitudes saludables hacia la comida (Westerberg-Jacobson, Edlund y Ghaderi, 2010b) y una mayor flexibilidad hacia la Imagen Corporal (Hill, Masuda y Latzman, 2013), aceptando el tamaño del propio cuerpo y manteniendo una autoevaluación positiva (Gustafsson, Edlund, Kjellin y Norring, 2009). La juventud de las madres también se ha señalado como factor protector en diferentes estudios de cohortes (Goodman, Heshmati, Malki y Koupil, 2014) y aunque existe un avance notable en la comprensión de los TA que ha permitido desarrollar programas de prevención e intervención cada vez más eficaces (Stice, Rohde y Shaw, 2012), todavía se desconoce la eficacia que tiene la prevención universal en la reducción del inicio de TA. La mayoría de estas intervenciones carece de apoyo empírico (Becker, Plasencia, Kilpela, Briggs y Stewart, 2014) y, por tanto, se necesitan más estudios que posibiliten el desarrollo de intervenciones preventivas efectivas para los TA (Pennesi y Wade, 2016).

4.2 Conceptualización del Sentido de la Vida

El porqué de la vida o de la existencia humana ha sido cuestionado a lo largo de la historia por numerosos autores desde diferentes disciplinas, pero el constructo "Sentido de la Vida" aparece con Viktor Frankl (1978) que consiguió acercar e incorporar el término a la psiquiatría. Para este psiquiatra y neurólogo vienés las personas carentes de propósito en la vida pueden sufrir una crisis existencial con sentimientos de vacío, apatía y aburrimiento asociados con mayor depresión, ansiedad, afecto negativo, Ideación Suicida y abuso de sustancias (Martínez, Schulenberg y Pacciolla, 2013). Lo cual, acaba derivando en un afrontamiento disfuncional ante distintas situaciones (Frankl, 1978).

Por el contrario, sentir que nuestra propia vida tiene un sentido en sí misma se convierte en una fuerza motivacional que nos conduce a la autorrealización personal (Frankl, 2001). Frankl sugirió que el Sentido de la Vida tiene dos dimensiones: la búsqueda necesaria para encontrar o mejorar el significado de nuestras vidas y sentir o experimentar que la vida tiene sentido en sí mismo, donde el principal objetivo es el entendimiento y la aceptación de las realidades de la vida (Frankl 1994). Estos conceptos han evolucionado hasta nuestros días como "presencia de sentido" y "búsqueda de sentido" respectivamente (Steger, Oishi, y Kashdan, 2009). Para Seligman (2003) una vida significativa es la que se consigue utilizando las fortalezas y virtudes internas al servicio de algo que nos trasciende y la meta principal de la existencia es la felicidad. Cuando habla de felicidad se refiere a la eudaimonia (una felicidad que surge de las buenas obras, de la participación en actividades que permiten la realización de uno mismo) y no una felicidad hedónica que encuentra su significado en la búsqueda de placer (Kashdan, Biswas-Diener y King, 2008) como consecuencia de la falta de sentido (Frankl, 1984). Los placeres de la vida como componentes de la felicidad son poco duraderos y dedicar la vida a ellos impide su autenticidad y significado (Seligman, 2003).

Las personas que no han encontrado un significado en sus vidas tienen mayor probabilidad de manifestar síntomas psicopatológicos como depresión, abuso de sustancias, ansiedad, Ideación Suicida o afecto negativo (Martínez y Flórez, 2015). Frankl (1910) como resultado de su experiencia en diferentes campos de concentración,

llegó a la conclusión de que un vacío existencial y haber perdido la esperanza eran indicadores de menor probabilidad para sobrevivir bajo las mismas condiciones que otras personas con un Sentido de la Vida mayor.

Se ha descubierto que el Sentido de la Vida comienza a desarrollarse en la adolescencia y se asocia con mayor motivación escolar, aumento de la autoestima y menor afecto negativo y depresión (Kiang y Witkow, 2015). En las últimas décadas, el estudio del Sentido de la Vida ha cobrado mayor interés empírico y se ha demostrado como un factor importante en el bienestar personal y de la salud (Heintzelman y King, 2014; Steger, 2009). Se está llegando cada vez más al consenso de una definición tripartita, en la cual el Sentido de la Vida está compuesta por 3 esferas: la coherencia con una vida que tiene sentido, el propósito (tener objetivos y direccionalidad en la vida) y la importancia de sentir que la vida tiene un sentido en sí misma (Martela y Steger, 2016). También se suele asociar con la religiosidad intrínseca de la persona (Steger, Frazier, Oishi, y Kaler, 2006) proporcionándole sistemas de significado confiables y formando parte de un significado global (creencias, metas, satisfacción con la vida y afecto positivo) (Park, 2013b).

La comprensión sobre el Sentido de la Vida ha progresado mucho en la última década, pero aún quedan muchas preguntas sin resolver, como cuál sería la manera idónea para evaluar el Sentido de la Vida, habiendo diferencias entre un Sentido de la Vida objetivo o subjetivo. La investigación se está centrando sobre todo en autoinformes que evalúan de manera subjetiva el significado que cada individuo percibe que tiene su vida (Schlegel y Hicks, 2017) y de esta forma se extrae un juicio altamente personalizado. Hasta el momento las personas con mayor afecto positivo evalúan más positivamente su sentido en la vida (Hicks y King, 2009).

4.2.1 Modelos conceptuales sobre el Sentido de la Vida.

Las personas que consiguen darle un sentido a sus vidas manifiestan un mayor bienestar personal, se encuentran más felices y más satisfechos con su vida, experimentando menores niveles de ansiedad, depresión, afecto negativo (Grouden y Jose, 2015) y Desesperanza (Marco, Pérez et al., 2017). También se ha demostrado que los días en que la gente se esfuerza por encontrar un propósito en la vida manifiestan aumentos en la autoestima y las emociones positivas (Kashdan y McKnight, 2013).

Diversos estudios han investigado acerca de las fuentes específicas comunes que dan sentido a la vida y predicen positivamente el bienestar, como la espiritualidad, realizar actividades de ocio, las relaciones con los demás, contribuir con la comunidad (Reker y Woo, 2011), la familia o la salud (Grouden y Jose, 2015). Estas fuentes de significado actúan complementariamente, llenándose unas u otras cuando alguna está ausente o atenuada por cualquier motivo. El "Modelo de Mantenimiento de los sentidos" determina que, si alguna fuente está en riesgo de atenuarse o desaparecer, otras pueden "llenarse" mediante un proceso de compensación en el cual el individuo evita experimentar la falta de sentido vital (Proulx y Heine, 2008). Por el contrario, existen otras aspiraciones o fuentes extrínsecas, como la acumulación de riqueza o la fama que predicen negativamente el bienestar y únicamente se han asociado con la búsqueda de significado, pero no con el logro de tenerlo (Grouden y Jose, 2015).

Un meta-análisis reciente sugirió un modelo conceptual del Sentido de la Vida, en el cual se identifican seis fuentes de Sentido de la Vida: (1) Personas significativas y buenas relaciones sociales; (2) Nuevas experiencias; (3) Actividades productivas, sociales y creativas; (4) Actividades con intención emocional; (5) Sufriendo y luchando; (6) Actividades espirituales o religiosas. También se describen en este modelo algunos componentes esenciales, como centrarse en uno mismo, contribuir y relacionarse recíprocamente con otros, tener un sentido de dirección y de propósito, etc. Todo ello es necesario para obtener los tres sentimientos resultantes deseados que son la felicidad, la satisfacción y la alegría (Noviana, Miyazaki y Ishimaru, 2016).

Park (2010) propone un "modelo integrado de creación de sentido" (figura 5) desarrollado a partir de una revisión bibliográfica sobre el Sentido de la Vida en el cual evalúa las debilidades y fortalezas de la investigación actual. Distingue dos niveles de sentido: el *sentido global* y el *sentido situacional.*

Por un lado, el *sentido global* se construye muy pronto en la vida y se modifica en base a las experiencias personales, se refiere a creencias sobre el lugar que ocupa uno mismo en el mundo, creencias de control, de justicia o de Dios. También se forma a través de metas vitales hacia las que el individuo está motivado y del sentido subjetivo de significado.

Por otro lado, el *sentido situacional* son las creencias que aparecen ante situaciones concretas potencialmente estresantes y determinan la manera de manejar adecuadamente la situación. El proceso de sentido situacional se crea a partir de la discrepancia entre el sentido que le da la persona a una situación estresante y su propio sentido global, lo cual le crea un sentimiento de angustia que intenta reducir de diferentes maneras (de forma automática o intencional, acomodándose a la situación, buscando un sentido al acontecimiento, etc.) y que conducen a un nuevo sentido, en el que aparece la aceptación, la comprensión causal del acontecimiento, una adecuada reevaluación del sentido vital o sentir que se tiene "sentido" (Park, 2010).

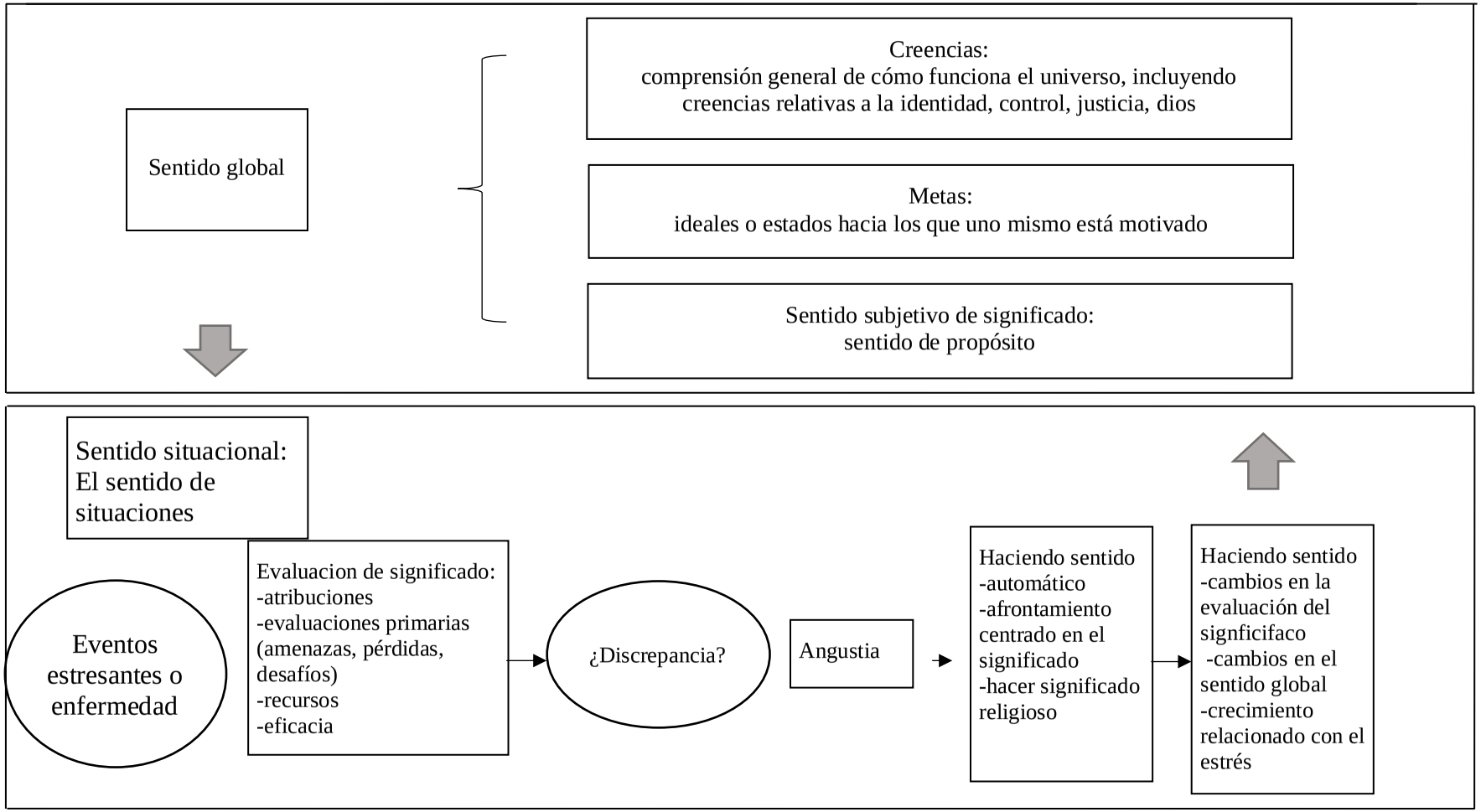

Figura 5. Representación esquemática del "modelo de creación de sentido". Adaptado de "Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events." por C. L Park, 2010. *Psychological bulletin, 136*(2), 257-301

En relación a que ciertos acontecimientos vitales contribuyen a la creación del Sentido de la Vida, como enfermedades que ponen en riesgo la vida o incluso eventos de menor importancia que pueden suponer un impacto notable para el propio sentido (Park, 2010), existe un estudio reciente en personas con enfermedades terminales que ha señalado como principales fuentes de sentido el ser buena persona, vivir acorde a las propias creencias, tener vocación laboral, querer aprender constantemente buscando nuevas metas cada vez, disfrutar de las aficiones y crear conexiones relacionales (como ayudar a los demás o relacionarse socialmente) (Wright, Breier, Depner, Grant y Lodi-Smith, 2017). Para que se inicie la búsqueda de significado en una persona es fundamental el autoconocimiento de sí mismos (Schlegel y Hicks, 2017). Se ha demostrado que las personas que conocían mejor su verdadero ser estaban relacionadas positivamente con mayor satisfacción sobre las decisiones y el sentido de sus vidas (Schlegel y Hicks, 2011).

4.2.2 El Sentido de la Vida como factor protector en psicopatología asociada a los Trastornos Alimentarios.

La investigación sobre el Sentido de la Vida como variable protectora está aumentando en los últimos años (Marco, García-Alandete, Pérez y Botella, 2014). El Sentido de la Vida se asocia con un mayor afecto positivo (King, Hicks, Krull y Del Gaiso, 2006), mayor autoestima, esperanza (Hedayati y Khazaei, 2014), autoeficacia (DeWitz, Woolsey y Walsh, 2009) y satisfacción con la vida (Drescher et al, 2012).

La presencia de Sentido de la Vida en la adolescencia se ha relacionado positivamente con actividades saludables, como la alimentación saludable y la actividad física hasta un año después y se ha señalado como factor protector ante el consumo de drogas y la salud sexual de los jóvenes. Por esta razón, es importante orientar hacia la búsqueda de un sentido vital desde la adolescencia, y conseguir así una vida más productiva (Brassai, Piko y Steger, 2011; 2015). También se ha demostrado en población general que el Sentido de la Vida es un factor protector de conductas de riesgo para la salud física y problemas de salud mental (Brassai et al., 2011; Pan, Wong, Chan y Joubert, 2008; Roepke, Jayawickreme y Riffle, 2014). Curiosamente, las personas con altos niveles de búsqueda de sentido, pero niveles bajos de presencia de significado en la vida, manifiestan mayor sintomatología depresiva y, por tanto, es

necesario experimentar que la vida tiene sentido para obtener mayor bienestar psicológico (Cohen y Cairns, 2010).

Los individuos con TLP presentan altas tasas de comportamiento suicida y ANS, habiéndose demostrado que existe una relación negativa entre el Sentido de la Vida y los síntomas emocionales y conductuales del TLP, como la desregulación emocional, el consumo de drogas, los comportamientos agresivos, las amenazas e intentos de suicidio (Marco, Pérez, García-Alandete y Moliner, 2015). También, se ha comprobado que el Sentido de la Vida actúa como amortiguador entre la depresión y la Desesperanza, que son dos de los factores de riesgo de suicidio más importantes (Marco et al., 2014). Además, se ha encontrado que la evaluación del Sentido de la Vida a través de cuestionarios autoaplicados han llegado a predecir las tasas de mortalidad hasta 10 años más tarde (Hill y Turiano, 2014).

4.2.3 El Sentido de la Vida en personas con Trastornos Alimentarios.

En lo más profundo del hombre se desea ser feliz y sentirse útil, pero en personas con un TA existe una desviación de la escala de valores que les hace anteponer el control de sus vidas, aunque sea doloroso e incierto, antes que vivirla. Prefieren no sentir nada a sentir dolor y no poder controlarlo (Armengou y Giner, 2012).

Algunos autores (Richards, Berrett, Hardman y Eggett, 2007) han encontrado que la personas con patología alimentaria a las que se les aplica intervenciones espirituales mejoran más rápidamente durante el primer mes de tratamiento y manifiestan menor sintomatología alimentaria y alteraciones psicológicas que las personas con TA tratadas únicamente con apoyo emocional y cognitivo (Richards et al., 2007).

Con respecto a las ANS en personas con TA, también se ha evidenciado que existe una relación negativa con el Sentido de la Vida (Marco, Cañabate, García-Alandete et al., 2017) y podemos concluir, por tanto, que el Sentido de la Vida es un factor primordial para reducir los comportamientos suicidas (Wilchek-Aviad, 2015), la sintomatología del TLP (Marco et al. 2015) y los TA (Marco, Cañabate, Pérez et al., 2017).

Justificación

Actualmente, como hemos podido observar a lo largo de este trabajo, la evidencia científica se ha basado en el papel de determinados factores protectores y de riesgo en la psicopatología de los TA, sin embargo, el papel del Sentido de la Vida y su asociación específica con estos trastornos (tanto en la psicopatología propia de los TA, como en la psicopatología asociada) aún no ha sido explorada. Por esta razón, este trabajo es pionero en el campo de los TA y los hallazgos pueden suponer la introducción del Sentido de la Vida dentro del "modelo transdiagnóstico de mantenimiento de los TA" como otro factor mantenedor y, por extensión, introducirse en los programas actuales de intervención, llegando a obtener importantes implicaciones terapéuticas.

CAPÍTULO 2. MARCO EXPERIMENTAL

Capítulo 2. Marco Experimental

1. Objetivos e hipótesis

1.1. Objetivos Generales.

OG1: El objetivo general del presente estudio es explorar la relación entre el Sentido de la Vida y la psicopatología propia de los TA (Imagen Corporal, Creencias y Actitudes hacia la comida), así como en la psicopatología asociada (Desesperanza, Frecuencia y funciones de las ANS, Sintomatología del Trastorno Límite de la Personalidad, Ideación Suicida y Frecuencia de los Intentos de Suicidio).

OG2: Proponer un modelo predictor de la psicopatología propia de los TA (Creencias y Actitudes hacia la comida), y de la psicopatología asociada (Desesperanza, Funcionalidad de las ANS, Sintomatología del Trastorno Límite de la Personalidad e Ideación Suicida).

1.2 Objetivos Específicos.

O1: Explorar las diferencias en el Sentido de la Vida en función del tipo de diagnóstico de TA en una muestra de personas diagnosticadas con TA.

O2: Explorar la relación del Sentido de la Vida y la Imagen Corporal en una muestra de personas diagnosticadas con TA.

O3: Explorar la relación del Sentido de la Vida en las Creencias y Actitudes hacia la comida en una muestra de personas diagnosticadas con TA.

O4: Explorar la relación del Sentido de la Vida en la Desesperanza en una muestra de personas diagnosticadas con TA.

O5: Explorar la relación del Sentido de la Vida en las Funciones intrapersonal e interpersonal de las ANS en una muestra de personas diagnosticadas con TA.

O6: Explorar la relación del Sentido de la Vida en la Frecuencia de las ANS (a lo largo de la vida y en el último año) en una muestra de personas diagnosticadas con TA.

O7: Explorar la relación del Sentido de la Vida en la Sintomatología Límite en una muestra de personas diagnosticadas con TA.

O8: Explorar la relación del Sentido de la Vida en la Ideación Suicida en una muestra de personas diagnosticadas con TA.

O9: Explorar la relación del Sentido de la Vida en la Frecuencia de los Intentos de suicidio (a lo largo de la vida y en el último año) en una muestra de personas diagnosticadas con TA.

O10: Explorar el papel predictor del Sentido de la Vida en la Imagen Corporal en una muestra de personas diagnosticadas con TA a los siete meses de seguimiento (T2).

O11: Explorar el papel predictor del Sentido de la Vida en las Creencias y Actitudes hacia la comida propias de los TA en el Seguimiento a los 7 meses (T2).

O12: Explorar el papel predictor del Sentido de la Vida en la Desesperanza en una muestra de personas diagnosticadas con TA en el Seguimiento a los 7 meses (T2).

O13: Explorar el papel predictor del Sentido de la Vida en las Funciones de las ANS en una muestra de personas diagnosticadas con TA en el Seguimiento a los 7 meses (T2).

O14: Explorar el papel predictor del Sentido de la Vida en la Frecuencia de las ANS en una muestra de personas diagnosticadas con TA en el Seguimiento a los 7 meses (T2).

O15: Explorar el papel predictor del Sentido de la Vida en la Ideación Suicida en una muestra de personas diagnosticadas con TA en el Seguimiento a los 7 meses (T2).

O16: Explorar el papel predictor del Sentido de la Vida en la Frecuencia de los Intentos de Suicidio en una muestra de personas diagnosticadas con TA en el Seguimiento a los 7 meses (T2).

O17: Explorar un modelo del papel predictor del Sentido de la Vida sobre las Creencias y Actitudes hacia la comida una vez hemos controlado las variables Preocupación por el sobrepeso y la Evaluación de la Apariencia.

O18: Explorar un modelo del papel predictor del Sentido de la Vida sobre la Desesperanza, las ANS, la Sintomatología Límite y la Ideación Suicida una vez hemos controlado las variables Preocupación por el sobrepeso y la Evaluación de la Apariencia.

1.3 Hipótesis.

H1: Existirán diferencias en el Sentido de la Vida de las personas diagnosticadas con TA en función del tipo de diagnóstico de TA.

H2: En personas diagnosticadas con TA, el Sentido de la Vida estará relacionado con la psicopatología propia (Imagen Corporal y Creencias y Actitudes hacia la comida) en la Evaluación Inicial (T1).

H3: En personas diagnosticadas con TA, el Sentido de la Vida estará relacionado con la psicopatología asociada a los TA (Desesperanza, ANS, Sintomatología Límite e Ideación Suicida) en la Evaluación Inicial (T1).

H4: En personas diagnosticadas con TA el Sentido de la Vida estará relacionado con la frecuencia de las ANS e Intentos de Suicidio a lo largo de la vida y en el último año en la evaluación inicial (T1).

H5: En personas diagnosticadas con TA el Sentido de la Vida tendrá un papel predictor en la psicopatología propia (Imagen Corporal y Creencias y Actitudes hacia la comida) en el Seguimiento a los 7 meses (T2).

H6: En personas diagnosticadas con TA el Sentido de la Vida tendrá un papel predictor en la psicopatología asociada a los TA (Desesperanza, ANS, Sintomatología Límite e Ideación Suicida) en el Seguimiento a los 7 meses (T2).

H7: En personas diagnosticadas con TA el Sentido de la Vida tendrá un papel predictor en la frecuencia de ANS e Intentos de Suicidio en el Seguimiento a los 7 meses (T2).

H8: El Sentido de la Vida será una variable predictiva de las Creencias y Actitudes hacia la comida propias de los TA una vez hemos controlado las variables Preocupación por el Sobrepeso y la Evaluación de la Apariencia.

H9: El Sentido de la Vida será una variable predictiva de la Desesperanza, las ANS, Sintomatología Límite e Ideación Suicida una vez hemos controlado las variables Preocupación por el sobrepeso y la Evaluación de la Apariencia.

2. Materiales y método

2.1 Diseño.

El presente trabajo es un estudio observacional, longitudinal y prospectivo, con un intervalo de tiempo entre las dos medidas de 7 meses. Se trata de un estudio multicéntrico, ya que se han necesitado varios centros para obtener una muestra representativa, dada la especificidad de la misma.

2.2 Ámbito y población de estudio.

La muestra consta de 240 personas diagnosticadas con algún TA (ANR, ANP, BN, TDA o TANE) según los criterios del DSM-5 (APA, 2014) y fueron seleccionadas por muestreo consecutivo en el Centro de Salud Mental (CSM) de Sueca perteneciente al Hospital de La Ribera (Alzira) y en el Hospital de día (HD) de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Provincial de Castellón.

Criterios de inclusión.

- Hombres y mujeres entre 12-65 años de edad.

- Estar diagnosticado de ANR, ANP, BN, TDA o TANE.

-Aceptar voluntariamente participar en el estudio y tener firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

- Estar diagnosticado de Esquizofrenia, Trastorno Bipolar Tipo I y II y Trastorno por Consumo de Sustancias Grave.

- Estar diagnosticado de alguna discapacidad intelectual.

2.3 Procedimiento y reclutamiento de la muestra

Se elige el marco de muestreo y decidimos solicitar al Hospital La Ribera y al Hospital Provincial de Castellón la autorización de llevar a cabo el proyecto. En primer lugar, nos pusimos en contacto con el personal del Centro de Salud Mental de Sueca del Hospital La Ribera y con el HD de Trastornos Alimentarios perteneciente al Hospital Provincial de Castellón y tras su aprobación entregamos al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) un protocolo exhaustivo sobre el estudio a realizar, el cual fue dictaminado favorable por ambos hospitales.

El proceso de reclutamiento se llevó a cabo en 3 fases:

Fase 1: Un psiquiatra del Centro de Salud Mental de Sueca y un psicólogo del HD de Trastornos Alimentarios fueron quienes hacían el diagnóstico de las pacientes voluntarias utilizando el SCID (Structured Clinical Interview for DSM) en la primera sesión. Con el fin de conseguir la mayor cantidad de pacientes posible, se decidió adaptar las sesiones a las visitas con el psiquiatra, enfermero/a o psicólogo/a y a medida que llegaban a su cita se les explicaba antes de la consulta, el estudio que estábamos llevando a cabo y se les daba la posibilidad de participar voluntariamente en el mismo. En caso de aceptar la participación, se les hacía entrega del consentimiento informado

(Anexo 12) para que se quedara firmado. Cuando eran menores de edad, se les explicaba también a los padres el proceso del estudio, ya que debían firmar ellos mismos dicho consentimiento. Si la cita la tenían con el psicólogo o el psiquiatra se realizaba la primera sesión en la cual se diagnosticaba con la ayuda del SCID el TA (requisito para la participación en el estudio). Al finalizar la consulta se les pedía que acudieran 1h antes en la próxima visita para realizar los cuestionarios pertinentes.

Fase 2: Se administraban los cuestionarios en formato papel, a cada uno de las pacientes antes de entrar a la consulta concertada previamente en la fase 1. Los que no pudieron llegar 1 h antes, realizaron los cuestionarios tras la consulta. La fase 1 y la fase 2 se llevaron a cabo durante un año en ambos centros simultáneamente.

Fase 3: Al cabo de 7 meses desde la cumplimentación del protocolo de cada paciente nos poníamos en contacto telefónico con cada uno y lo citábamos 1 h antes el día de su próxima consulta. Si la cita no coincidía en el tiempo oportuno, se les citaba únicamente para realizar la evaluación.

2.4 Instrumentos de evaluación.

Para obtener resultados objetivos sobre las variables de estudio, se utilizaron diferentes instrumentos (pueden observarse en los anexos). A continuación, se describen detalladamente los instrumentos utilizados en este trabajo para medir cada variable.

-Entrevista Clínica Estructurada basada en la Versión del DSM-5-Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Versión: (SCID-5-CV; First, Williams, Karg y Spitzer, 2016). Es una entrevista para realizar los principales diagnósticos del DSM-5 (APA, 2014). El SCID-5-CV es la versión abreviada más utilizada para realizar un diagnóstico estructurado. Es una herramienta única y valiosa que aumenta la confiabilidad y validez de las evaluaciones, cubre los diagnósticos DSM-5 más frecuentes en entornos clínicos, entre ellos los TA y de la ingestión de alimentos.

-Inventario de información Clínica y de identificación del paciente. (Anexo 1)**:** Se diseñó un cuestionario *ad-hoc*, con el código asignado a cada participante, el

diagnóstico enfermero, el IMC y los datos demográficos donde cada paciente tuvo que incluir su edad, nivel de estudios, estado civil y la fecha en la que se realizaba la prueba.

El número de comportamientos de ANS en el último año se evaluó con las siguientes preguntas y se creó *ad-hoc* para esta investigación: ¿Alguna vez se ha causado alguna lesión autodirigida y deliberada, como cortarse, golpearse y arañarse sin intención suicida? (Sí/No). ¿Cuántas veces / días se ha causado tales lesiones en el último año? Elegimos el rango de tiempo de 12 meses para ANS recientes, basado en otros estudios recientes que han diferenciado entre ANS a lo largo de la vida y los llevados a cabo en el año anterior (por ejemplo, Pérez, Marco y García-Alandete, 2017; Plener et al., 2016; Wilcox et al., 2012).

- ***Medida de la variable independiente.***

-Sentido/Propósito en la vida - ***Purpose In Life:*** (PIL; Crumbaugh y Maholick, 1969). Este instrumento está basado en los planteamientos de logoterapia de Frankl (2003). Evalúa el logro del Sentido de la Vida y el vacío existencial, y desde hace décadas ha sido utilizado por numerosos investigadores. En este estudio se ha utilizado la parte A del PIL (Anexo 2), formada por 20 ítems con escala tipo Likert (1 hasta 7, siendo 4 una posición neutra), tales como : "la vida me parece completamente aburrida" con una respuesta tipo Likert (va desde "1 = completamente rutinaria" hasta "7 = siempre emocionante"), ítem 4, "mi existencia personal es" (desde "1= sin sentido ni propósito" hasta "7= llena de sentidos y propósitos") o ítem 10, "Si muriera hoy, me parecería que mi vida ha sido" (desde "1 = vacía" hasta "7 = un conjunto de cosas buenas y emocionantes").

Los 20 ítems miden distintos aspectos del logro de sentido y vacío existencial: misión de la vida (ítems 3, 4, 7, 12, 17 y 20), satisfacción con la propia vida (ítems 1, 2, 5, 6, 9 y 19), libertad (ítems 13, 14 y 18), miedo a la muerte (ítem 15) y valoración de la vida (ítem 10).

Las puntuaciones oscilan entre 20 y 140 puntos, pudiendo distinguirse 3 niveles: inferiores a 90 indican nivel de vacío existencial, entre 90 y 105 indican nivel de indefinición con respecto al Sentido de la Vida y superiores a 105 indican nivel de logro

de sentido. Esta escala, que alcanza un alto coeficiente de fiabilidad 0.84 (Guttman, 1996) y consistencia interna (α = 0.88) (Noblejas de la Flor, 2000), en nuestra muestra presentaba una adecuada fiabilidad (α = 0.91).

- ***Medidas de las variables dependientes.***

-Cuestionario Multidimensional de Relaciones entre el Cuerpo y el Yo - *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* - Appearance Scales*:* (MBSRQ-AS; Cash, 2000; Brown, Cash y Mikulka, 1990): El MBSRQ (Anexo 3) se considera el cuestionario más completo y multidimensional respecto al constructo "Imagen Corporal". En 2017 fue validado en español por Marco, Roncero, Perpiñá y Botella manteniendo una consistencia interna alta (α = .88). En la muestra de este estudio, se obtuvieron adecuadas propiedades psicométricas (rango α = .78 -.89).

Dado el valor predictivo de la Imagen Corporal, es importante su evaluación en el contexto de los TA y se puede realizar a partir de múltiples procedimientos, pero a menudo son insuficientes, ya que no se evalúan todas las dimensiones de este contructo. El MBSRQ, *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire* (Cash, 1990) es uno de los instrumentos más completos que existe (Raich, 2004), ya que mide las cinco dimensiones más significativas de la Imagen Corporal

Se trata de un cuestionario auto administrado que está compuesto por 34 ítems agrupados en 5 subescalas, que permiten medir los aspectos actitudinales de la Imagen Corporal (evaluativos, cognitivos y comportamentales). Cada subescala puede ser medida de manera independiente con buenas propiedades psicométricas y se valoran en una escala tipo Likert con categorías de respuesta de 1 a 5 valorando el nivel de acuerdo, siendo 1 "*Totalmente en desacuerdo" y* 5 "*Totalmente de acuerdo*", la frecuencia, siendo 1 "*nunca" y* 5 "*muy a menudo*" o la satisfacción, siendo 1 "*muy insatisfecho"* y 5 "*muy satisfecho*".

A continuación, se describen las 5 subescalas medidas en este cuestionario:

-Evaluación de la Apariencia: compuesta por siete ítems que evalúan las creencias y sentimientos de satisfacción o insatisfacción respecto al atractivo físico y a la propia apariencia. Puntuaciones elevadas en esta escala reflejan sentimientos positivos y alta satisfacción con la propia apariencia. En nuestra muestra el índice α de

Cronbach para hombres y mujeres es de α = .88.

-Orientación a la Apariencia: incluye 12 ítems que reflejan sentimientos de preocupación por la apariencia y evalúa el grado de la propia inversión cognitivo-conductual en la propia apariencia. Altas puntuaciones indican que la apariencia ocupa un lugar importante en cómo la persona se ve, presta atención a su apariencia y realiza conductas para mejorarla. El índice α de Cronbach en nuestra muestra para hombres es de α = .88 y para mujeres de α = .85. Por otra parte, para la muestra total de este estudio se encontraron propiedades psicométricas adecuadas (α = .83).

-Escala de Satisfacción de Áreas del Cuerpo: similar a la escala de evaluación de la apariencia, pero centrándose en la satisfacción o insatisfacción con áreas específicas del cuerpo: como la cara, el cabello, las piernas y caderas, cintura, busto, brazos, musculatura, altura y apariencia general. Son 9 ítems y a mayor puntuación, mayor número de áreas corporales con las que la persona está satisfecha. El índice α de Cronbach para hombres es de α = .77 y para mujeres de α = .73, encontrándose para la muestra global un α = .72.

-Preocupación por el Sobrepeso: consta de 4 ítems y refleja la ansiedad por engordar, control excesivo del peso, dietas de adelgazamiento y restricciones dietéticas. El índice α de Cronbach para hombres es de α = .70 y para mujeres de α = .89 y en la muestra total de α = .71.

-Autoclasificación del propio peso: compuesta por 2 ítems que indican cómo la persona percibe y etiqueta su propio peso. La categoría de respuesta oscila entre "muy por debajo del peso normal" a "muy por encima del peso normal. Unas altas puntuaciones reflejarían sobrepeso y bajas, infrapeso. En la versión original (α = .89), en esta muestra el α de Cronbach fue adecuado = .68.

-Escala de implicación emocional - Body Investment Scale (BIS; Orbach y Mikulincer, 1998): El BIS (Anexo 4) es el principal instrumento para evaluar la inversión corporal, una variable relacionada con la implicación emocional con el propio cuerpo. Es una lista de 24 afirmaciones sobre las experiencias, sentimientos y actitudes sobre el propio cuerpo y se estructura en cuatro subescalas (Sentimientos y actitudes

hacia el cuerpo, comodidad en el contacto con los demás, cuidado del cuerpo y protección del cuerpo), con seis elementos en cada factor, que evalúa la inversión emocional en el cuerpo. Cada ítem se valora en una escala tipo Likert con categorías de respuesta de 1 a 5 valorando el nivel de acuerdo, siendo 1 "*Totalmente en desacuerdo" y* 5 "*Totalmente de acuerdo*".

Una puntuación alta indica una sensación más positiva sobre el cuerpo y el tacto y un mayor cuidado y protección del cuerpo. Orbach y Mikulincer (1998) encontraron los valores α de Cronbach de .75 para la subescala de Sentimientos del cuerpo, α = .85 para la escala de comodidad en el contacto con los demás, α =.86 para la subescala cuidado del cuerpo y α =.92 para la subescala de protección del cuerpo. En nuestro estudio se obtuvieron los valores α = .88 para la subescala de Sentimientos del cuerpo, α = .82 para la subescala de comodidad en el contacto con los demás, α = .68 para la subescala cuidado del cuerpo y α =.77 para la subescala de protección del cuerpo.

Recientemente, el BIS ha sido validado en una muestra española diagnosticada con TA (Marco, Cañabate, M., García-Alandete et al., 2017).

-El Test de Creencias y Actitudes Alimentarias - *The Eating Attitudes Test*: (EAT-40; Castro, Toro, Salamero y Guimerá, 1991; Garner y Garfinkel, 1979; Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982). El objetivo de este instrumento es evaluar la presencia de actitudes y conductas alimentarias anómalas, especialmente aquellas relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso para adelgazar y la existencia de patrones alimentarios restrictivos.

El uso del EAT-40 (Anexo 5) es altamente fiable, económico y válido. En este estudio la consistencia interna fue alta (α = .90). Consta de 40 ítems y está diseñado para ser fácilmente autoaplicado o heteroaplicado tanto a un individuo como a un grupo ya sea en poblaciones generales o clínicas y su administración requiere alrededor de 15 minutos. Los ítems están compuestos por afirmaciones que indican la frecuencia con la que la persona realiza conductas o presenta actitudes relacionadas con los TA. Se contestan en una escala Likert de 6 puntos que va de "*nunca"* a "*siempre*" y el rango de la puntuación total oscila de 0 a 120.

El EAT-40 fue diseñado por Garner et al. (1982) y validado en España 9 años después por Castro et al. (1991), quienes establecieron el punto de corte en 20 y obtuvieron una fiabilidad de la escala es de $\alpha = .79$ en muestras clínicas y de $\alpha = .94$ cuando se agrupan muestra clínica y grupo control. Sin embargo, Irala et al. (2008) validaron el EAT-40 como prueba de cribado de TA y la mejor predicción diagnóstica se obtuvo con 21 puntos (sensibilidad del 73.3% y especificidad del 85.1%). El valor predictivo positivo fue del 20% y el valor predictivo negativo, del 98.4%.

Los ítems del EAT-40 se agrupan en 5 factores o subescalas:

El Factor 1- Dieta: se compone de 13 ítems y recoge las conductas de evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar delgado. Hace referencia a aquellas personas que sobrestiman la talla corporal y que están insatisfechas con la forma de su cuerpo y desearían estar más delgadas.

El Factor 2- Preocupación por la comida: compuesto por 6 ítems que reflejan pensamientos sobre la comida y conductas indicadoras de bulimia (atracones y vómitos) y se relaciona con un mayor peso corporal. Una elevada puntuación en este factor se asocia a un peor pronóstico.

El Factor 3- Presión social autopercibida: identificado como la Presión Social Autopercibida, explica la presión a la que se encuentra sometido el sujeto para comer más.

El Factor 4- Control Oral: compuesto por 7 ítems y se refiere al autocontrol en relación con la comida y a los factores que representan la presión social para ganar peso (Garner et al., 1982). Puntuaciones elevadas en este factor están asociadas a un menor peso y a la ausencia de bulimia.

El Factor 5- Trastorno psicobiológico: compuesto por 6 ítems referidos a pensamientos inadecuados hacia la comida o presencia de síntomas físicos como el estreñimiento.

-Escala de Desesperanza - ***Hopelessness Scale*** (HS; Beck et al, 1974): Es una escala auto administrada que evalúa desde el punto de vista subjetivo las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. La escala HS (Anexo 6) consta de 20 ítems con respuesta dicotómica "Verdadero" o "Falso" y pueden obtenerse puntuaciones en tres factores diferentes: factor afectivo (sentimientos sobre el futuro), factor motivacional (pérdida de motivación) y factor cognitivo (expectativas sobre el futuro). Las puntuaciones obtenidas en Desesperanza son un predictor útil de posible suicidio. La adaptación en España fue publicada por Aguilar et al. en 1997 y ha sido validado en población española por Viñas et al. (2004). En nuestro estudio la consistencia interna fue alta (α = .93). Se establecen los siguientes puntos de corte: 0-8 "Riesgo bajo de cometer suicidio", 9-14 "Riesgo moderado" y de 14-20 "Riesgo alto de cometer suicidio".

-Inventario de declaraciones sobre autolesiones - ***Inventory of Statements About Self-Injury*****:** (ISAS; Klonsky y Glenn, 2009; Klonsky y Olino, 2008). Este instrumento (Anexo 7) se divide en dos secciones; la primera sección evalúa la frecuencia a lo largo de la vida de los 12 tipos de autolesiones no suicidas (ANS) más frecuentes (Cortarse, rascarse con fuerza, morderse, golpearse con fuerza, quemarse, hacerse cortes poco profundos en la piel, interferir en la curación de heridas, frotar la piel contra una superficie rugosa, pellizcarse, pincharse con agujas , tirarse el pelo e ingerir sustancias peligrosas) y el apartado de "Otros" para que puedan indicar si utilizan otro método diferente. En el caso de que los participantes hayan realizado como mínimo una autolesión de las citadas, deben completar cinco preguntas adicionales que evalúan los factores descriptivos y contextuales, incluida la edad de inicio, la experiencia del dolor durante la ANS y tiempo entre la necesidad de autolesionarse y el acto de hacerlo. Además, añadimos para este trabajo algunas preguntas *ad-hoc* como el número de autolesiones en el último año, ya que otros estudios recientes también se dividen las ANS a lo largo de la vida y en los últimos 12 meses (Pérez et al., 2017; Plener et al., 2016; Wilcox et al., 2012).

En la segunda sección, se evalúan las 13 posibles funciones de ANS (regulación del afecto, anti-disociación, anti-suicidio, autonomía, límites e influencia interpersonal, por aflicción, vinculación entre pares, autocuidado, autocastigo, venganza, búsqueda de

sensaciones y dureza). Estas funciones se evalúan respondiendo a 39 ítems con 3 posibles categorías de respuesta; 0= "Nada relevante", 1= "Algo relevante" y 2 = "Muy relevante".

El ISAS fue diseñado por Klonsky y Glenn (2009) y no se han realizado estudios de validación en nuestro país, pero existe una versión en español con población mejicana (Silva et al., 2016) con una fiabilidad de la escala total de α= .89 y de α= .72 a .82 para cada factor. En nuestro trabajo, obtuvimos coeficientes de fiabilidad adecuados tanto para escala de funciones intrapersonales (α = .83) como interpersonales (α = .83).

-Escala de Ideación Suicida - *Scale for Suicide Ideation:* (SSI; Beck, Kovacs y Weissman, 1979). Se trata de una escala elaborada por Beck en 1979 (Anexo 8) para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de gravedad e intensidad con las que alguien pensó o está pensando suicidarse. Existe alguna versión en español (Comeche, Diaz y Vallejo, 1995), tiene una duración de 5-10 minutos aproximadamente y consta de 19 ítems recogidos en 4 apartados (Actitud hacia la vida / muerte, Pensamientos o deseos suicidas, Proyecto de intento de suicidio y Realización del intento proyectado) y cada ítem tiene tres posibles afirmaciones alternativas clasificadas de 0 a 2. Además, añaden una quinta sección, con dos ítems, en la que se indaga sobre los antecedentes de intentos previos de suicidio. Estos dos ítems tienen un valor meramente descriptivo, ya que no se contabilizan en la puntuación global de la escala. No existen puntos de corte propuestos, a mayor puntuación, mayor gravedad, aunque algún trabajo encontró que puntuaciones superiores a 3 eran predictoras de futuros intentos de suicidio (Brown, Beck, Steer y Grisham (2000). Su consistencia interna en este estudio fue de α = .70.

-Lista de Síntomas Límite - Borderline Symptom List 23 (BSL-23) (Bohus et al., 2007; Soler et al., 2013): El BSL – 23 (Anexo 9) es la versión reducida del cuestionario BSL-95 diseñado por Bohus et al. (2007) y validado por Soler et al. en 2013. Está compuesto por 23 ítems relacionados con diferentes síntomas de TLP agrupados en 7 factores (autopercepción, regulación afectiva, autodestrucción, disforia, soledad, intrusiones y hostilidad). Este es un instrumento de autoinforme confiable y válido para cribar un alto riesgo de TLP. Se tarda un promedio de 3 a 4 minutos para realizarlo. Las respuestas se evalúan con una escala Likert con 5 niveles que van desde

1= “Nunca” hasta 4= “Muchísimo”. Las respuestas son respecto a la última semana y las puntuaciones más altas indican síntomas de TLP más severos. La versión en español del BSL-23 ofreció buenas propiedades psicométricas (α = .93) y mostró una excelente consistencia interna en nuestra muestra (α = .96).

2.5. Conflicto de Intereses y cumplimiento de normas éticas.

El presente estudio fue revisado y admitido por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital de La Ribera de Alzira (Anexo 10) y del Hospital Provincial de Castellón (Anexo 11). Es decir, que cumple con todos los principios éticos y morales para la investigación clínica en individuos. En cumplimiento con la normativa del CEIC para la realización de estudios clínicos en individuos, se elaboró un modelo de consentimiento informado (Anexo 12) el cual debía ser firmado por el paciente al aceptar participar en el estudio.

2.6 Análisis estadístico.

Una vez recabados los datos y cumplimentados los cuestionarios por cuantos pacientes accedieron a participar en esta investigación, se procedió a la creación de la base de datos y posterior análisis estadístico de los mismos. Todos los datos obtenidos se introdujeron en una base de datos manejada por un solo investigador con el fin de reducir el margen de error, preservar la intimidad de las pacientes y procurar obtener todos los datos. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS 23.

Para el análisis de las variables demográficas y de descripción general de la muestra se calcularon medias y frecuencias de los datos demográficos y clínicos. Para dar respuesta a los objetivos e hipótesis planteadas se realizaron los siguientes cálculos estadísticos:

Análisis de varianza para comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas en el Sentido de la Vida, en función de los diferentes diagnósticos.

Análisis de Correlaciones para comprobar la asociación entre las variables. Las correlaciones se interpretaron siguiendo las recomendaciones de Cohen (1988):

- Débil: r= |0,10 hasta 0,29| o |-0,10 hasta -0,29|
- Moderada: r= |0,30 hasta 0,49| o |-0,30 hasta -0,49|
- Fuerte: r= |0,50 hasta 1| o |-0,50 hasta -1|

Regresiones Lineales Múltiples, para comprobar los modelos de predicción de una variable sobre otra, con el fin de entender mejor el papel predictor del Sentido de la Vida en personas con TA. Utilizamos el Sentido de la Vida como variable independiente. En este modelo pretendemos evaluar el papel predictor del Sentido de la Vida sobre las creencias y actitudes alteradas hacia la comida de los TA (EAT) una vez hemos controlado las variables Preocupación por el sobrepeso y la Evaluación de la Apariencia, con el método *Introducir*. En numerosos estudios se ha comprobado que la preocupación hacia el sobrepeso y las actitudes negativas hacia el cuerpo son variables predictoras de las creencias y actitudes alteradas hacia la comida propias de la psicopatología de los TA (APA, 2014; Button, Sonuga-Barke, Davies, y Thompson, 1996; Fairburn et al., 2003; Garner y Garfinkel, 1979; Heatherton y Polivy, 1992; Jacobi et al., 2004).

Así pues, para confirmar que el Sentido de la Vida es una variable predictora de las actitudes y creencias características de los TA, su papel predictor debería ser mayor que el de las variables predictoras que habitualmente predicen las Creencias y Actitudes hacia la comida (EAT) en la investigación de los TA (Preocupación por el sobrepeso y la Evaluación de la Apariencia).

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS

Capítulo 3. Análisis de datos y resultados

1. Estadísticos Descriptivos

A continuación, se procederá a describir los resultados más relevantes obtenidos en el presente estudio en base a los objetivos e hipótesis planteadas. Antes de comenzar con el resumen de los resultados principales, se describe la muestra obtenida y las puntuaciones medias de los participantes en los dos momentos de medida de la investigación; "T1" correspondiente a la Evaluación Inicial del estudio y "T2" a la evaluación tras los 7 meses de seguimiento.

1.1 Descripción de la muestra.

La muestra (N = 240) estaba constituida por 14 hombres (5.8%) y 226 mujeres (94.2%) con una media de edad de 24.72 (DT = 11.7) y un rango de edad comprendido entre 12 y 65 años. En la Figura 6, se detalla el porcentaje de hombres y mujeres agrupados por intervalos de edad, donde se puede apreciar que el rango de edad más frecuente tanto en hombres como en mujeres, son adolescentes de 12 a 18 años (2.9% y 43.3%, respectivamente).

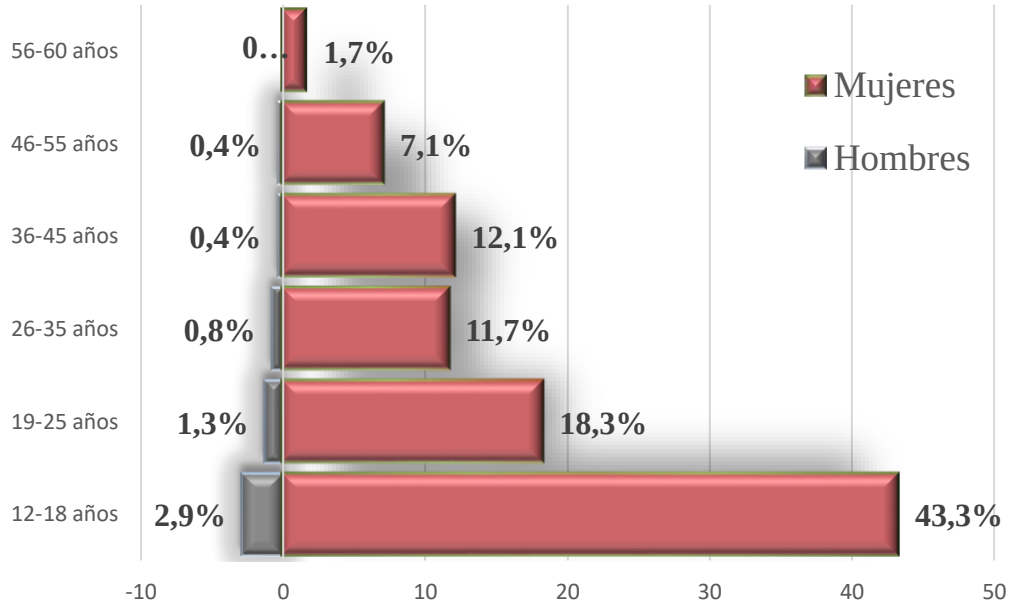

Figura 6. Porcentajes de hombres y mujeres agrupados por intervalos de edad.

Los datos sociodemográficos obtenidos en la muestra fueron el estado civil y el nivel de estudios (Tabla 6). El 52.5% (*n* = 126) estaban solteras en el momento de realizar las encuestas, con pareja un 27.9% (*n* = 67), casadas el 14.6% (*n* = 35), divorciadas el 4.6 % (*n* = 11) y viuda el 0.4% (*n* = 1). En cuanto al nivel de estudios, todos los participantes tenían estudios: el 25.6% (*n* = 59) estudios primarios, el 52.5% (*n* = 126) estudios medios y el 22.9% (*n* = 55) estudios superiores.

Tabla 6.

Características Sociodemográficas de la Muestra.

	N (%)
Estado Civil	
Soltero/a	126 (52.5%)
Con pareja	67 (27.9%)
Casado/a	35 (14.6%)
Divorciado/a	11 (4.6%)
Viudo/a	1 (0.4%)
Nivel de Estudios	
Primarios	59 (24.6%)
Medios	126 (52.5%)
Superiores	55 (22.9%)

Como se puede observar en la Figura 7, aparecen los diferentes tipos de diagnósticos de TA incluidos en el estudio; el 46.3% (*n* = 111) estaban diagnosticados con AN, de las cuales el 32.1% (*n* = 77) cumplían los criterios para el subtipo ANR y 14.2% (*n* = 34) para el subtipo ANP. El 24.2% (*n* = 58) fueron diagnosticados con BN, el 13.7% (*n* = 33) con TDA y el 15.8% (*n* = 38) con TANE. En relación al IMC, la media fue 22.7 (*DT* = 7.2) y estaba comprendida entre un rango mínimo de 11 y máximo de 59.9.

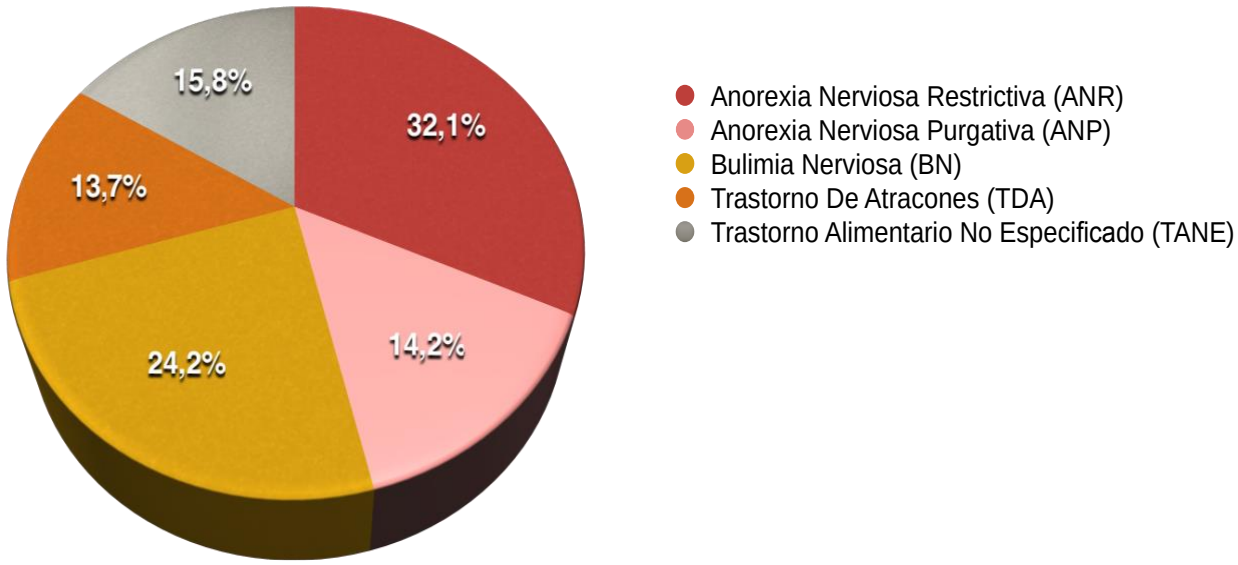

Figura 7. Tipos de diagnósticos de TA de los participantes.

Respecto a los Trastornos de la Personalidad, el 23.8% (*n* = 57) de la muestra estaban diagnosticados con algún trastorno de la personalidad y, como podemos observar en la Tabla 7, el TLP aparece en un 10.4% (*n* = 25) de la muestra, siendo el más representativo. Seguido en orden de frecuencia por un 4.2% (*n* = 10) con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, un 3% (*n* = 7) con trastorno de la personalidad histriónica y también el 3% (*n* = 7) con trastorno de la personalidad dependiente, un 2% (*n* = 5) con trastorno de la personalidad evasiva, un 0.8% (*n* = 2) con trastorno de la personalidad paranoide y en último lugar, un 0.4% (*n* = 1) con trastorno de la personalidad narcisista.

Tabla 7.

Trastornos de la personalidad presentes en la muestra por orden de frecuencia.

	N (%)
Trastorno de la Personalidad Límite	25 (10.4%)
Trastorno de la Personalidad Obsesivo -Compulsivo	10 (4.2%)
Trastorno de la Personalidad Histriónico	7 (3%)
Trastorno de la Personalidad Dependiente	7 (3%)
Trastorno de la Personalidad Evitativo	5 (2%)
Trastorno de la Personalidad Paranoide	2 (0.8%
Trastorno de la Personalidad Narcisista	1 (0.4%)

En referencia a las ANS, podemos observar en la figura 8 la agrupación de la muestra según la presencia o no de ANS y el tiempo transcurrido desde la última autolesión. El 62.9% (*n* = 151) de la muestra no se habían autolesionado nunca, mientras que el 37.1% (*n* = 89) refirió haberse autolesionado alguna vez en la vida, y de éste porcentaje, el 27% (*n* = 65) se habían autolesionado en el último año, es decir, recientemente, y el 10% (*n* = 24) restante, se habían autolesionado alguna vez en la vida, pero no en el último año.

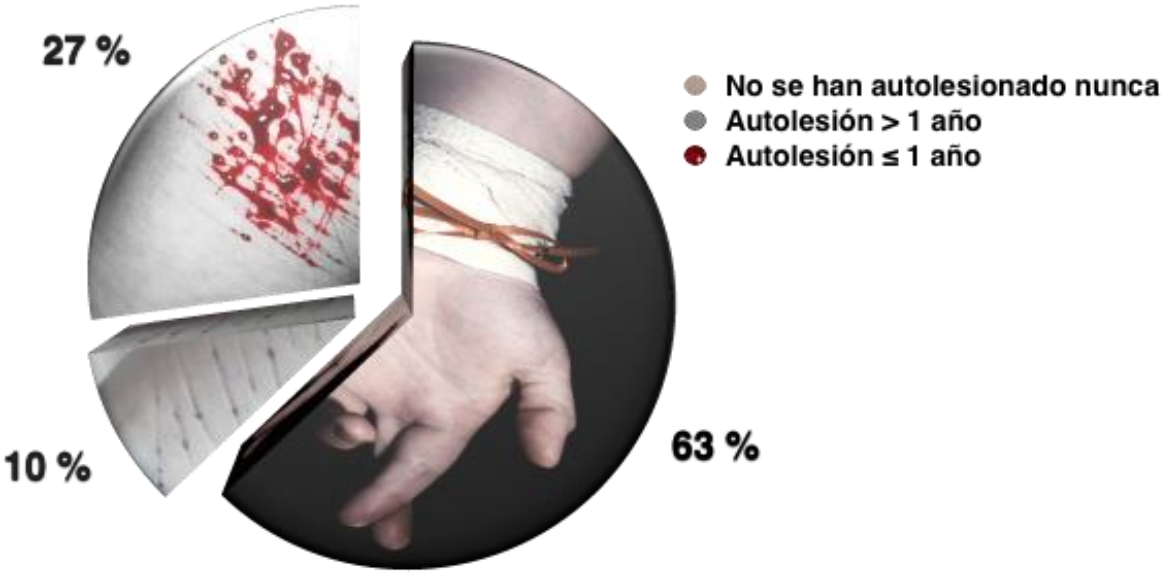

Figura 8. Agrupación de la muestra según la presencia o no de ANS y el tiempo transcurrido desde la última autolesión.

A continuación, podemos observar en la Figura 9, que el 48.3% (*n* = 43) de los que se habían autolesionado eran menores de edad (con edades comprendidas entre 12 y 18 años), haciéndose notable el descenso en el número de autolesiones a medida que aumenta la edad. Además, la Figura 9 agrupa la frecuencia de las ANS a lo largo de la vida en 6 categorías ("0 - 25 autolesiones", "26 - 50 autolesiones", "51 - 75 autolesiones", "76 - 100 autolesiones", "101 - 500 autolesiones" y "> 500 autolesiones"), siendo las más frecuentes "0 - 25 autolesiones" y "101 - 500 autolesiones" en adolescentes, con un 14,6% (*n* = 13) y 13,5% (*n* = 12), respectivamente.

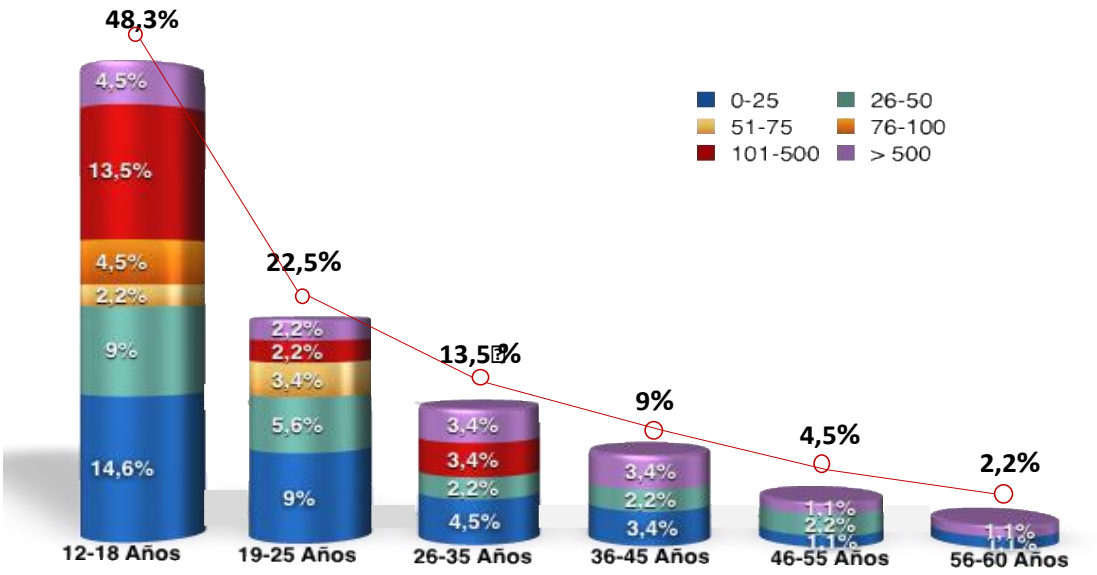

Figura 9: Frecuencia de ANS a lo largo de la vida agrupadas por rangos de edad.

Además, en la figura 10 se describen por orden de frecuencia los diferentes métodos utilizados para autolesionarse, siendo los más frecuentes "Golpearse con fuerza" con un 66.3% (*n* = 59) y "Cortarse" con un 60.7% (*n* = 54), respectivamente. Por el contrario, el que menos se utiliza con un 2,2% es apretarse con fuerza.

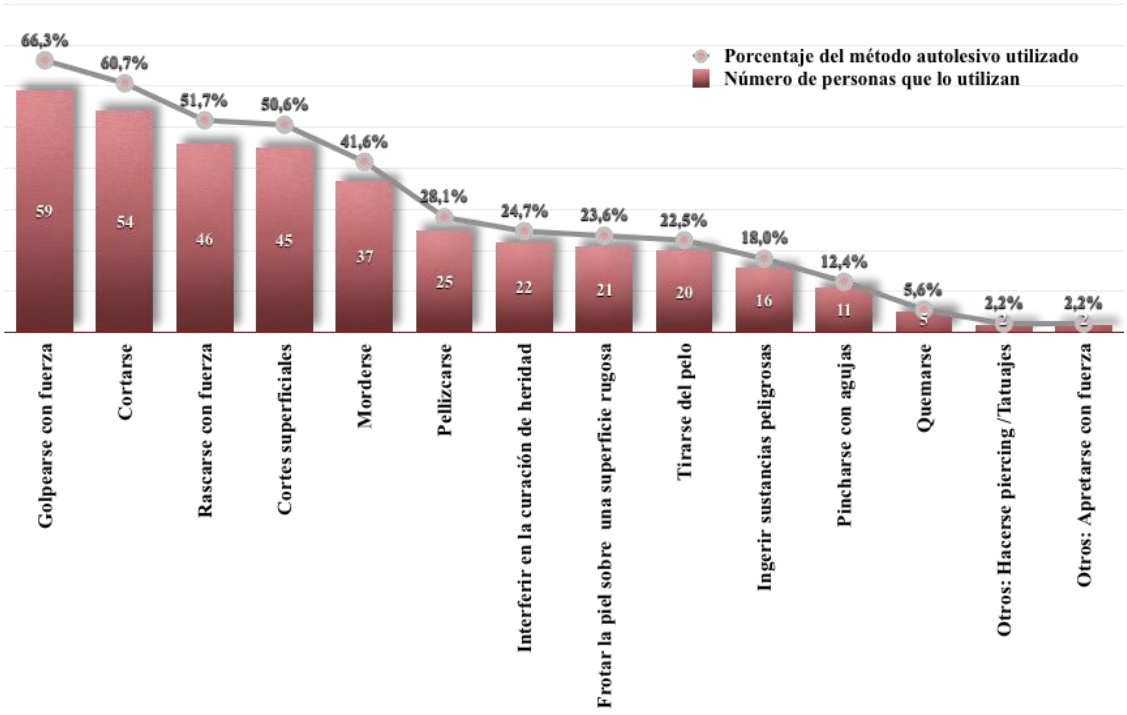

Figura 10: Métodos de ANS a lo largo de la vida por orden de frecuencia.

Respecto al comportamiento suicida, el 9.6% (*n* = 23) de la muestra se había intentado suicidar en el último año y un 22.5 % (*n* = 54) lo habían intentado a lo largo de su vida. El método más utilizado fue la sobreingesta medicamentosa 13.3% (*n* = 32), seguido de los cortes 5.8% (*n* = 14), la precipitación 1.6% (*n* = 4) y arrojarse a un vehículo en marcha 1.6% (*n* = 4), la asfixia 1.25% (*n* = 3) y mediante el ahorcamiento 0.4% (*n* = 1) o porvocando un accidente de tráfico 0.4% (*n* = 1).

1.2 Puntuaciones medias de los participantes en los dos momentos de medida del estudio, T1 (Evaluación Inicial) y T2 (Seguimiento a los 7 meses).

En la Tabla 8 se describen las puntuaciones medias de la psicopatología propia de los TA. Respecto a las medidas de IC, en la escala BIS, se describen las medias dependiendo de cada subescala y el momento de evaluación: la subescala de Satisfacción con el Contacto Físico mostraba en T1, *M* = 3.92 (0.65) y en T2, *M* = 3.17 (0.44); el Cuidado Corporal en T1, *M* = 3.92 (0.65) y en T2, *M* = 3.17 (0.44); la Protección del Cuerpo en T1, *M* = 3.02 (0.49) y en T2, *M* = 3.06 (0.49) y los Sentimientos hacia el Cuerpo en T1, *M* = 2.89 (0.43) y en T2, *M* = 2.87 (0.42). Respecto

a la escala MBSRQ, los participantes mostraban en la subescala Evaluación de la Apariencia en T1, *M* = 2.52 (0.93) y en T2, *M* = 2.65 (0.99); la Orientación a la Apariencia en T1, *M* = 3.84 (0.76) y en T2, *M* = 3.74 (0.79); la Satisfacción con las Áreas del Cuerpo en T1, *M* = 2.67 (0.75) y en T2, *M* = 2.74 (0.74); la Preocupación por el Peso en T1, *M* = 3.44 (1.03) y en T2, *M* = 3.40 (1.11) y la Autoclasificación del Peso en T1, *M* = 3.19 (1.04) y en T2, *M* = 3.20 (0.90). Por último, en la escala EAT los participantes mostraban en T1, *M* = 39.10 (23.71) y en T2, *M* = 34.80 (27.45).

Tabla 8

Puntuaciones medias de la psicopatología propia de los TA (Imagen Corporal y EAT) en la Evaluación Inicial (T1) y el Seguimiento a los 7 meses (T2).

	Evaluación Inicial (T1) (n = 240)		Seguimiento a los 7 meses (T2) (n = 123)	
	M	*DT*	*M*	*DT*
BIS				
Satisfacción con el contacto físico	3.10	0.45	3.17	0.44
Cuidado corporal	3.92	0.65	3.87	0.67
Protección del cuerpo	3.02	0.49	3.06	0.49
Sentimientos hacia el cuerpo	2.89	0.43	2.87	0.42
MBSRQ				
Evaluación de la apariencia	2.52	0.93	2.65	0.99
Orientación a la apariencia	3.84	0.76	3.74	0.79
Satisfacción con las áreas del cuerpo	2.67	0.75	2.74	0.74
Preocupación por el peso	3.44	1.03	3.40	1.11
Autoclasificación del peso	3.19	1.04	3.20	0.90
EAT- 40	39.10	23.71	34.80	27.45

Nota: M = Media aritmética; *DT* = Desviación Típica; BIS = [Body Investment Scale] Escala de Inversión del Cuerpo; MBSRQ = [Multidimensional Body Self Relations Questionnarie] Cuestionario Multidimensional de Relaciones entre el Cuerpo y Yo; EAT – 40 = [Eating Attitudes Test] Test de Actitudes Alimentarias.

En la Tabla 9 se describen las puntuaciones medias de la psicopatología asociada de los TA en la evaluación inicial (T1) y en el seguimiento a los 7 meses (T2). Respecto a la escala HS, los participantes mostraron en T1 una media de 6.27 (5.30) y en T2, 5.53 (5.24). En referencia a la escala ISAS, se agruparon las subescalas en relación a la funcionalidad de las autolesiones: respecto a la Función Intrapersonal, la media en T1 fue 1.23 (1.69) y en T2, 1.18 (1.78) y para la Función Interpersonal, la media fue en T1 4.03 (6.78) y en T2, 3.60 (6.51). Por otro lado, si observamos la escala BSL-23 podemos ver que en T1 mostraba una media de 26.10 (22.24) y en T2, 23.65 (21.78). Por último, en la escala SSI, los participantes mostraron en T1, 5.19 (8.54) y en T2, 3.25 (6.66).

Tabla 9

Puntuaciones medias de la psicopatología asociada a los TA (Desesperanza, autolesiones no suicidas, Sintomatología Límite e Ideación Suicida) en la Evaluación Inicial (T1) y el Seguimiento a los 7 meses (T2).

	Evaluación Inicial (T1) (n = 240)		Seguimiento a los 7 meses (T2) (n = 123)	
	M	*DT*	*M*	*DT*
HS	6.27	5.30	5.53	5.24
ISAS				
Función Intrapersonal	1.23	1.69	1.18	1.78
Función Interpersonal	4.03	6.78	3.60	6.51
BSL-23	26.10	22.24	23.65	21.78
SSI	5.19	8.54	3.25	6.66

Nota: M = Media aritmética; *DT* = Desviación Típica; HS = [Hopelessness Scale] Escala de Desesperanza; ISAS = [Inventory of Statements About Self-injury] Inventario de declaraciones sobre autolesiones; BSL-23 = [Borderline Symptom List 23] Lista de Síntomas Límite; SSI = [Scale for Suicide Ideation] Escala de Ideación Suicida.

A continuación, podemos observar en la tabla 10 las puntuaciones medias del Sentido de la Vida en los dos momentos de medición; en la Evaluación inicial (T1) los participantes mostraban una media de 88.27 (23.32), mientras que en el Seguimiento a los 7 meses (T2) mostraron una puntuación media de 91.84 (23.64).

Tabla 10

Puntuaciones medias del Sentido de la Vida en la Evaluación Inicial (T1) y el Seguimiento a los 7 meses (T2).

	Evaluación Inicial (T1) (n = 240)		Seguimiento a los 7 meses (T2) (n = 123)	
	M	*DT*	*M*	*DT*
PIL-20	88.27	23.31	91.84	23.64

Nota: M = Media aritmética; *DT* = Desviación Típica; PIL-20 = Sentido de la Vida.

2. Análisis de las diferencias en el Sentido de la Vida en función del tipo de diagnóstico de Trastornos Alimentarios.

H1: Existirán diferencias en el Sentido de la Vida de las personas diagnosticadas con TA en función del tipo de diagnóstico de TA.

O1: Explorar las diferencias en el Sentido de la Vida en función del tipo de diagnóstico de TA en una muestra de personas diagnosticadas con TA.

En la tabla 11 se describen las puntuaciones medias de Sentido de la Vida en cada subtipo diagnóstico del TA (ANR, ANP, BN, TDA y TANE) y, como podemos observar en ella, los participantes que tenían mayor Sentido de la Vida fueron los que estaban diagnosticados con ANR, con una media de 95.25 (21.56), seguido de TDA con 89.39 (26.06), TANE con 86.76 (23.78), ANP con 87.38 (21.18) y en último lugar la BN con 79.86 (22.59). Además, se observa que existen diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de diagnóstico de TA, pero únicamente entre las personas diagnosticadas de ANR y las de BN ($F_{(4,239)} = 4.2$; $p = .003$), con un tamaño del efecto pequeño, $\eta 2 = 0.07$ (Bagozzi, 1994).

Tabla 11

Comparación del Sentido de la Vida en función del diagnóstico de TA.

Tipos Diagnósticos TA	M	DT	F	p	η^2	Post-hoc
1. ANR	95.25	21.56	3.85*	.003	.07	1 > 3
2. ANP	87.38	21.18				
3. BN	79.86	22.59				
4. TDA	89.39	26.06				
5. TANE	86.76	23.78				

Nota: TA = Trastorno Alimentario; ANR = Anorexia Nerviosa Restrictiva; ANP = Anorexia Nerviosa Purgativa; BN = Bulimia Nerviosa; TDA = Trastorno De Atracones; TANE = Trastorno Alimentario No Especifícado.

3. Análisis del papel predictor del Sentido de la Vida en la psicopatología propia de los Trastornos Alimentarios (Imagen Corporal y Creencias y Actitudes hacia la comida) en la Evaluación Inicial (T1).

H2: En personas diagnosticadas con TA el Sentido de la Vida tendrá un papel predictor en la psicopatología propia (Imagen Corporal y Creencias y Actitudes hacia la comida) en la Evaluación Inicial (T1).

O2: Explorar el papel predictor del Sentido de la Vida en la Imagen Corporal en una muestra de personas diagnosticadas con TA.

O3: Explorar el papel predictor del Sentido de la Vida en las Creencias y Actitudes alteradas hacia la comida en una muestra de personas diagnosticadas con TA.

Para evaluar el papel predictor del Sentido de la Vida respecto a la psicopatología propia de los TA en la Evaluación Inicial (T1), hemos analizado en primer lugar las posibles correlaciones existentes entre las variables implicadas en la hipótesis 2 (Tabla 12)

Tabla 12

Correlaciones entre el Sentido de la Vida y psicopatología propia de los TA (Imagen Corporal y EAT) en la Evaluación Inicial (T1).

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*11*
1. **PIL-20** (T1)	-.33**	.13	.01	.25**	.58**	.09	.60**	-.31**	-.25**	-.43**
2.**BIS** SCF (T1)	-	.09	.20**	-.05	-.29**	.08	-.37**	.25**	.17**	.22**
3.**BIS** CU.C (T1)		-	.18**	.09	.21**	.61**	.16*	.28**	-.06	.20**
4.**BIS** PRO.C (T1)			-	.19**	.04	.08	.03	.07	.02	.10
5.**BIS** SEN.C (T1)				-	.40**	.01	.34**	-.26**	-.25**	-.21**
6.**MBSRQ** EV.AP (T1)					-	.04	.79**	-.46**	-.41**	-.48**
7.**MBSRQ** OR.AP (T1)						-	.01	.38**	-.04	.34**
8.**MBSRQ** SAC (T1)							-	-.40**	-.41**	-.40**
9.**MBSRQ** PRE.PE (T1)								-	.38**	.68**
10.**MBSRQ** AU.PE (T1)									-	.12
11.**EAT-40** (T1)										-

Nota. PIL-20 = Sentido de la Vida; BIS SCF; Satisfacción con el Contacto Físico del Body Investment Scale; BIS CU.C = Cuidado Corporal del Body Investment Scale; BIS PRO.C = Protección Corporal del Body Investment Scale; BIS SEN. C = Sentimientos hacia el Cuerpo del Body Investment Scale; MBSRQ EV.AP = Evaluación a la apariencia del Multidimensional Body Self Relations Questionnarie; MBSRQ OR.AP = Orientación a la apariencia del Multidimensional Body Self Relations Questionnarie; MBSRQ SAC = Satisfacción con Áreas del Cuerpo del Multidimensional Body Self Relations Questionnarie; MBSRQ PRE.P = Preocupación por el Peso del Multidimensional Body Self Relations Questionnarie; MBSRQ AU.PE = Autoclasificación del Peso del Multidimensional Body Self Relations Questionnarie; EAT-40 = Test de Actitudes Alimentarias.

*p< .05,** p<.001

Como se puede observar en la tabla 12, el Sentido de la Vida (T1) se correlaciona fuerte y positivamente con la Evaluación de la Apariencia (T1) (r = .58; p = .000) y la Preocupación por el Peso (T1) (r = .60; p = .000). De manera moderada y negativamente con la Satisfacción en el Contacto Físico (T1) (r = -.33; p = .000), la Preocupación por el Peso (T1) (r = -.31; p= .000), con las Creencias y Actitudes hacia la comida (T1) (r = -.43; p = .000) y débilmente con la Autoclasificación del Peso (T1) (r = -.25; p = .000). Además, existe una correlación significativa positiva débil entre el Sentido de la Vida (T1) y los Sentimientos hacia el Cuerpo (T1) (r = .25; p = .000).

En lo referente a la Satisfacción con el Contacto Físico (T1), existe una correlación significativa negativa moderada con la Satisfacción con Áreas del Cuerpo (T1) (r = -.37; p = .000) y una correlación negativa débil con la Evaluación a la Apariencia (T1) (r = -.29; p = .000). Además, existe correlación positiva débil con la Protección Corporal (T1) (r = .20; p = .002), la Preocupación por el Peso (T1) (r = .25; p = .000), la Autoclasificación de Peso (T1) (r = .17; p = .008) y las Creencias y Actitudes hacia la comida (T1) (r = .22; p = .000).

Respecto al Cuidado Corporal (T1), podemos observar que todas las correlaciones son significativas y positivas, de manera fuerte con la Orientación a la Apariencia (T1) (r = .61; p = .000) y de una manera débil con Protección Corporal (T1) (r = 18; p = .004), Evaluación a la Apariencia (T1) (r = .21; p = .001), Satisfacción con Áreas del Cuerpo (T1) (r = .16; p= .012), Preocupación por el Peso (T1) (r = .28; p = .000) y las Creencias y Actitudes hacia la comida (T1) (r = .20; p= .002).

La Protección Corporal (T1) se asociada positiva y débilmente con Sentimientos hacia el Cuerpo (T1) (r = .19; p = .004) y a su vez, los Sentimientos hacia el Cuerpo (T1) se correlacionan positiva y moderadamente con la Evaluación de la Apariencia (T1) (r = .40; p = .000) y la Satisfacción con Áreas del Cuerpo (T1) (r = .34; p = .000). Además, los Sentimientos hacia el Cuerpo (T1) se correlacionan negativa y débilmente con Preocupación por el Peso (T1) (r = -.26; p = .000), Autoclasificación del Peso (T1) (r = -.25; p = .000) y las Creencias y Actitudes hacia la comida (T1) (r = -.21; p = .001).

En cuanto a la Evaluación de la Apariencia (T1), se puede observar en la tabla 12, una correlación positiva fuerte con la Satisfacción en Áreas del Cuerpo (T1) (r = .79; p = .000) y una correlación negativa y moderada con Preocupación por el Peso (T1) (r = -.46; p = .000), Autoclasificación del Peso (T1) (r = -.41; p = .000) y con las Creencias y Actitudes hacia la comida (T1) (r = -.48; p = .000). Además, se puede observar que la Orientación a la Apariencia (T1) se correlaciona moderadamente y de una manera positiva con Preocupación por el Peso (T1) (r = .38; p = .000) y con las Creencias y Actitudes hacia la comida (T1) (r = .34; p = .000).

También, existe una moderada correlación negativa entre la Satisfacción con las Áreas del cuerpo (T1) y la Preocupación por el Peso (T1) (r = -.40; p = .000), Autoclasificación del Peso (T1) (r = -.41; p = .000) y las Creencias y Actitudes hacia la comida (T1) (r = -.40; p = .000). En lo referente a la Preocupación por el Peso, existe una fuerte correlación positiva con las Creencias y Actitudes hacia la comida (T1) (r = .68; p = .000) y una moderada correlación positiva con la Autoclasificación del Peso (T1) (r = .38; p = .000).

Por otra parte, no existe correlación estadísticamente significativa entre el Sentido de la Vida (T1) y el Cuidado Corporal (T1) (r = .13; p = .051), la Protección Corporal (r = .01; p = .930) y la Orientación a la Apariencia (T1) (r = .09; p = .181). Tampoco se observaron correlaciones estadísticamente significativas entre la Satisfacción con el Contacto Físico (T1) y el Cuidado Corporal (T1) (r = .09; p = .150), Sentimientos hacia el Cuerpo (T1) (r = -.05; p = .423) y Orientación a la Apariencia (T1) (r = .08; p = .222).

Igualmente, se puede observar en la Tabla 12, que el Cuidado Corporal (T1) no se relaciona significativamente con los Sentimientos hacia el Cuerpo (T1) (r = .09; p = .170) ni con la Autoclasificación del Peso (T1) (r = -.06; p = .328). Además, tampoco se correlaciona significativamente la Protección Corporal con Evaluación a la Apariencia (T1) (r = .04; p = .560), Orientación a la Apariencia (T1) (r = .08; p = 240), Satisfacción con Áreas del Cuerpo (T1) (r = .03; p = .671), Preocupación por el Peso (T1) (r = .07; p = .252), Autoclasificación del Peso (T1) (r = .02; p = .774) ni con las Creencias y Actitudes hacia la comida (T1) (r= .10; p= .141).

Tampoco se observan correlaciones estadísticamente significativas entre los Sentimientos hacia el Cuerpo y la Orientación a la Apariencia (T1) (r = .01; p = .858), ni entre la Evaluación de la apariencia (T1) y la Orientación a la apariencia (T1) (r = .04; p = .543). Con respecto a la Orientación a la Apariencia (T1), no existen correlaciones con Satisfacción en Áreas del Cuerpo (T1) (r = .01; p = .970) ni con Autoclasificación del Peso (T1) (r = -.04; p = .560). Por último, la tabla 12 muestra la correlación no estadísticamente significativa entre la Autoclasificación del Peso (T1) y las Creencias y Actitudes hacia la comida (T1) (r = .12; p = .074).

Para poder comprobar el valor predictivo del Sentido de la Vida en la psicopatología de los TA, hemos seleccionado aquellas subescalas que obtuvieron una correlación con el Sentido de la Vida significativamente mayor que el resto y son la Satisfacción con el Contacto Físico, la Evaluación a la apariencia, la Satisfacción con las Áreas del Cuerpo y las Creencias y Actitudes hacia la comida (Tabla13).

Así pues, como vemos en la tabla 13, el Sentido de la Vida (T1) predijo de manera estadísticamente significativa la Satisfacción con el Contacto Físico (T1) (β = -0.01; $F_{(1,239)}$ = 28.38; p = .000, explicando un 10% de la varianza (R^2 = .10). De la misma manera, el Sentido de la Vida (T1) predijo de manera estadísticamente significativa la Evaluación de la Apariencia (T1) (β = 0.02.; $F_{(1,239)}$ = 123.22.; p= .018) explicando un 34% de la varianza (R^2 = .34) y también predijo de manera significativa la Satisfacción con las Áreas del Cuerpo (T1) (β = 0.02; $F_{(1,239)}$ = 136.82.; p= .000) explicando un 36% de la varianza (R^2 = .36). Por último, también podemos observar que el Sentido de la Vida (T1) predijo las Creencias y Actitudes hacia la comida (T1) (β = -.44; $F_{(1.239)}$ = 53.59; p = .000) explicando un 18% de la varianza (R^2 = .18).

Table 13

El Sentido de la Vida como variable predictora de la psicopatología propia de los TA (Imagen Corporal y Creencias y Actitudes hacia la comida) en la Evaluación Inicial (T1).

Variable predicha	B	SE β	β	Total R^2	$F_{(1,239)}$
BIS SCF (T1)	-.01**	.01	-.33	.10	28.38**
MBSRQ EV.AP (T1)	.02**	.01	.58	.34	123.22**
MBSRQ SAC (T1)	.02**	.01	.60	.36	136.82**
EAT-40 (T1)	-.44**	.06	-.43	.18	53.59**

Nota. PIL = Sentido de la Vida; BIS SCF; Satisfacción con el Contacto Físico del Body Investment Scale; MBSRQ EV.AP = Evaluación a la apariencia del Multidimensional Body Self Relations Questionnarie; MBSRQ SAC = Satisfacción con Áreas del Cuerpo del Multidimensional Body Self Relations Questionnarie; EAT-40 = Test de Actitudes Alimentarias.

** p<.001

4. Análisis del papel predictor del Sentido de la Vida en la psicopatología asociada a los Trastornos Alimentarios (Desesperanza, ANS, Sintomatología Límite e Ideación Suicida) en la Evaluación Inicial (T1).

H3: En personas diagnosticadas con TA, el Sentido de la Vida tendrá un papel predictor en la psicopatología asociada a los TA (Desesperanza, Funcionalidad de las ANS, Sintomatología Límite e Ideación Suicida) en la Evaluación Inicial (T1).

O4: Explorar el papel predictor del Sentido de la Vida en la Desesperanza en una muestra de personas diagnosticadas con TA.

O5: Explorar el papel predictor del Sentido de la Vida en las funciones de las ANS en una muestra de personas diagnosticadas con TA.

O7: Explorar el papel predictor del Sentido de la Vida en la Sintomatología Límite en una muestra de personas diagnosticadas con TA.

O8: Exporar el papel predictor del Sentido de la Vida en la Ideación Suicida en una muestra de personas diagnosticadas con TA.

Para explorar el papel predictor del Sentido de la Vida respecto a la psicopatología asociada a los TA en la Evaluación Inicial (T1), hemos analizado en primer lugar las posibles correlaciones existentes entre las variables implicadas en la hipótesis 3 (Tabla 14).

Como se puede observar en la tabla 14, el Sentido de la Vida se correlaciona con todas las variables de psicopatología asociada a los TA; de manera moderada y negativamente con la Función Interpersonal de las ANS (T1) (r = -.37; p = .000) e Intrapersonal de las ANS (T1) (r = -.46; p = .000) y fuerte y negativamente con la Desesperanza (T1) (r = -.80; p = .000), la Sintomatología Límite (T1) (r = -.72; p = .000) y la Ideación Suicida (T1) (r = -.55; p = .000).

Respecto a la Desesperanza (T1), existen correlaciones moderadamente positivas y significativas con la Función Intrapersonal (r = .45; p = .000) e Interpersonal (r = .41; p = .000) de las ANS (T1) y fuertemente positivas con la Sintomatología Límite (T1) (r = .66; p = .000) y la Ideación Suicida (T1) (r = .50; p = .000).

En referencia a la funcionalidad de las ANS (T1), la Función Intrapersonal correlaciona moderada y positivamente con la Sintomatología Límite (T1) (r = .49; p = .000) y la Ideación Suicida (T1) (r = .44; p = .000) y fuerte y positivamente con la Función Interpersonal de las ANS (T1) (r = .77; p = .000). A su vez, la Función Interpersonal correlaciona moderada y positivamente con la Sintomatología Límite (T1) (r = .43; p = .000) y la Ideación Suicida (T1) (r = .38; p = .000). Por último, podemos observar en la Tabla 14 que la Sintomatología Límite (T1) también se correlaciona fuerte y positivamente con la Ideación Suicida (T1) (r = .53; p = .000).

Tabla 14

Correlaciones entre el Sentido de la Vida y psicopatología asociada a los TA (Desesperanza, ANS, Sintomatología Límite e Ideación Suicida) en la Evaluación Inicial (T1).

	1	2	3	4	5	6
1.PIL-20 (T1)	-	-.80**	-.46**	-.37**	-.72**	-.55**
2.HS (T1)		-	.45**	.41**	.66**	.50**
3.ISAS INTRA (T1)			-	.77**	.49**	.44**
4.ISAS INTER (T1)				-	.43**	.38**
5.BSL-23 (T1)					-	.53**
6.SSI (T1)						-

Nota: PIL-20 = Sentido de la Vida; HS = [Hopelessness Scale] Escala de Desesperanza de Beck; ISAS INTRA = Función Intrapersonal del Inventario de declaraciones sobre autolesiones; ISAS INTER = Función Interpersonal del Inventario de declaraciones sobre autolesiones; BSL-23 = [Borderline Symptom List 23] Lista de Síntomas Límite; SSI = [Scale for Suicide Ideation] Escala de Ideación Suicida.
**$p < .001$.

A continuación, como podemos ver en la tabla 15, el Sentido de la Vida tiene un papel predictor en la Desesperanza (T1) ($F_{(1,239)} = 440.69$; $p = .000$) explicando el 65% de la varianza ($R^2 = .65$); en la Función Intrapersonal ($F_{(1,239)} = 65.32$; $p = .000$) e Interpersonal ($F_{(1,239)} = 37.7$; $p = .000$) de las ANS (T1), explicando el 21% de la varianza ($R^2 = .21$) y 13% ($R^2 = .13$) respectivamente; de la Sintomatología Límite (T1) ($F_{(1,239)} = 257.66$; $p = .000$) explicando el 52% de la varianza ($R^2 = .52$), y de la Ideación Suicida (T1) ($F_{(1,239)} = 104.9$; $p = .000$) explicando el 30% de la varianza ($R^2 = .30$).

Tabla 15

El Sentido de la Vida como variable predictora de psicopatología asociada a estos trastornos (Desesperanza, ANS, Sintomatología Límite e Ideación Suicida) en la Evaluación Inicial (T1).

Variable Predecida por PIL	*B*	*SE β*	*β*	Total R^2	$F_{(1,239)}$
HS (T1)	-.18**	.01	-.81	.65	440.69**
ISAS INTRA (T1)	-.03**	.01	-.46	.21	65.32**
ISAS INTER (T1)	-.11**	.02	-.37	.13	37.7**
BSL-23 (T1)	-.69**	.04	-72	.52	257.66**
SSI (T1)	-.20**	.02	-.55	.30	104.9**

Nota: PIL = Sentido de la Vida; HS = [Hopelessness Scale] Escala de Desesperanza de Beck; ISAS INTRA = Función Intrapersonal del Inventario de declaraciones sobre autolesiones; ISAS INTER = Función Interpersonal del Inventario de declaraciones sobre autolesiones; BSL-23 = [Borderline Symptom List 23] Lista de Síntomas Límite; SSI = [Scale for Suicide Ideation] Escala de Ideación Suicida.
**$p < .001$.

5. Análisis del papel predictor del Sentido de la Vida en la frecuencia de ANS e Intentos de Suicidio a lo largo de la vida y en el último año en la evaluación inicial (T1).

H4: En personas diagnosticadas con TA, el Sentido de la Vida tendrá un papel predictor en la frecuencia de ANS e Intentos de Suicidio a lo largo de la vida y en el último año en la evaluación inicial (T1).

O7: Explorar el papel predictor del Sentido de la Vida en la frecuencia de las ANS (a lo largo de la vida y en el último año) en una muestra de personas diagnosticadas con TA.

O9: Explorar el papel predictor del Sentido de la Vida en la frecuencia en los Intentos de Suicidio (a lo largo de la vida y en el último año) en una muestra de personas diagnosticadas con TA.

Como se puede observar en la tabla 16, el Sentido de la Vida correlaciona significativamente con la frecuencia de las ANS e intentos de suicidio en la evaluación inicial (T1), de manera moderada y negativamente con las ANS a lo largo de la vida (T1) (r = -.40; p = .000), con las ANS en el último año (T1) (r = -.32; p = .000) y con los Intentos de Suicidio en el último año (T1) (r = -.35; p = .000). Además, el Sentido de la Vida correlaciona débil y negativamente con los Intentos de Suicidio a lo largo de la vida (T1) (r = -.28; p = .000).

Respecto a las ANS a lo largo de la vida (T1), correlacionan fuerte y positivamente con las ANS en el último año (T1) (r = .64; p = .000) y de una manera moderada y positiva con los Intentos de Suicidio a lo largo de la vida (T1) (r = .40; p = .000) y en el último año (T1) (r = .32; p = .000). Además, los Intentos de Suicidio a lo largo de la vida (T1), se correlacionan fuerte y positivamente con los Intentos de Suicidio en el último año (T1) (r = .66; p = .000).

Tabla 16

Correlaciones entre el Sentido de la Vida y la frecuencia de ANS e Intentos de Suicidio a lo largo de la vida y en el último año en la evaluación inicial (T1).

	1	2	3	4	5
1.PIL-20 (T1)	-	-.40**	-.32**	-.28**	-.35**
2.ANS EN LA VIDA (T1)		-	.64**	.40**	.32**
3.ANS EN EL ÚLTIMO AÑO (T1)			-	.41**	.35**
4.INTENTOS DE SUICIDIO EN LA VIDA (T1)				-	.66**
5.INTENTOS DE SUICIDIO EN EL ÚLTIMO AÑO (T1)					-

Nota: PIL-20 = Sentido de la Vida; ANS = Autolesiones No Suicidas
**p< .001.

A continuación, como podemos ver en la tabla 17, el Sentido de la Vida (T1) tiene un papel predictor en las ANS a lo largo de la vida (T1) ($F_{(1,138)} = 27.34$; $p = .000$) explicando el 10 % de la varianza ($R^2 = .10$) y en las ANS en el último año (T1) ($F_{(1,238)} = 19.89$; $p = .000$) explicando el 8 % de la varianza ($R^2 = .08$).

Además, podemos observar en la tabla 17, que el Sentido de la Vida (T1) tiene un papel predictor en los Intentos de Suicidio a lo largo de la vida (T1) ($F_{(1,238)} = 19.89$; $p = .000$) explicando el 8 % de la varianza ($R^2 = .08$) y en los Intentos de Suicidio en el último año (T1) ($F_{(1,238)} = 32.68$; $p = .000$) explicando el 12 % de la varianza ($R^2 = .12$).

Tabla 17

El Sentido de la Vida como variable predictiva en la frecuencia de las ANS e Intentos de Suicidio a lo largo de la vida y en el último año en la Evaluación Inicial (T1).

Variable Predicha por PIL (T1)	B	SE β	β	Total R^2	$F_{(1,238)}$
ANS EN LA VIDA (T1)	-2.65**	.39	-.40	.10	27.34**
ANS EN EL ÚLTIMO AÑO (T1)	-.70**	.13	-.32	.08	19.89**
INT. SUICIDIO EN LA VIDA (T1)	-.04**	.01	-.28	.08	19.89**
INT. SUICIDIO EN EL ÚLTIMO AÑO (T1)	-.01**	.01	-.35	.12	32.68**

Nota: PIL-20 = Sentido de la Vida; ANS = Autolesiones No Suicidas; INT. SUICIDIO = Intentos de Suicidio.
**$p < .001$.

6. Análisis del papel predictor del Sentido de la Vida en la psicopatología propia de los Trastornos Alimentarios (Imagen Corporal y Creencias y Actitudes hacia la comida) en el Seguimiento a los 7 meses (T2).

H5: En personas diagnosticadas con TA, el Sentido de la Vida tendrá un papel predictor en la psicopatología propia (Imagen Corporal y las Creencias y Actitudes hacia la comida) en el Seguimiento a los 7 meses (T2).

O10: Explorar el papel predictor del Sentido de la Vida en la Imagen Corporal en una muestra de personas diagnosticadas con TA en el Seguimiento a los 7 meses (T2).

O11: Explorar el papel predictor del Sentido de la Vida en las Creencias y Actitudes hacia la comida en una muestra de personas diagnosticadas con TA en el Seguimiento a los 7 meses (T2)

Como se puede observar en la tabla 18, el Sentido de la Vida en el momento inicial (T1) se correlaciona significativamente, fuerte y positivamente con la Evaluación de la Apariencia (T2) (r = .62; p = .000) y la Satisfacción con las Áreas del Cuerpo (T2) (r = .58; p = .000). También existe una correlación moderada y positiva con los Sentimientos hacia el Cuerpo (T2) (r = .25; p = .006) y moderada, pero negativa con la Satisfacción en el contacto físico a los siete meses (T2) (r = -.32; p = .000), con la Preocupación por el peso (T2) (r = -.41; p = .000), la Autoclasificación del Peso (T2) *(*r = -.42; p = .000) y con las Creencias y Actitudes hacia la comida (T2) (r = -.41; p = .000).

En lo referente a la Satisfacción con el Contacto Físico (T2) del cuestionario BIS, existe una correlación significativa y negativa moderada con la Evaluación a la Apariencia (T2) (r = -.30; p = .001) y la Satisfacción con Áreas del Cuerpo (T2) (r = -.34; p = .000). También podemos observar una correlación positiva débil con la Preocupación por el Peso (T2) (r = .18; p= .045), la Autoclasificación del Peso (T2) (r = .25; p= .005) y las Creencias y Actitudes hacia la comida (T2) (r = .26; p= .004).

Respecto al Cuidado Corporal (T2) del cuestionario BIS, podemos observar que todas las correlaciones estadísticamente significativas son positivas. Se correlaciona positiva y fuertemente con la Orientación a la Apariencia (T2) (r = .62; p = .000) y de una manera débil con la Evaluación de la Apariencia (T2) (r = .22; p = .013), Preocupación por el Peso (T2) (r = .26; p = .004) y las Creencias y Actitudes hacia la comida (T2) (r = .18; p = .042).

En cuanto a la Protección Corporal (T2) del cuestionario BIS, se asociada positiva y débilmente con Sentimientos hacia el cuerpo (T2) (r = .26; p = .004) y con la Autoclasificación del Peso (T2) (r = .19; p = .037).

En referencia a los Sentimientos hacia el Cuerpo (T2) del cuestionario BIS, se correlaciona positiva y moderadamente con Evaluación de la Apariencia (T2) (r = .34; p = .000) y con la Satisfacción con Áreas del Cuerpo (T2) (r = .35; p = .000) y de manera débil y negativa con la Autoclasificación del Peso (T2) (r = -.20; p = .031).

En cuanto a la Evaluación de la Apariencia (T2) del cuestionario MBSRQ, se puede observar en la tabla 18, una correlación positiva fuerte con la Satisfacción en Áreas del Cuerpo (T2) (r = .84; p = .000) y una correlación negativa pero fuerte, con la Autoclasificación del Peso (T2) (r = -.52; p = .000) y las Creencias y Actitudes hacia la comida (T2) (r = -.50; p = .000). Además, existe una correlación negativa y moderada con la Preocupación por el Peso (T2) (r = -49; p = .000).

De la misma manera, se puede observar que la Orientación a la Apariencia (T2) del cuestionario MBSRQ, se correlaciona moderadamente y de una manera positiva con la Preocupación por el Peso (T2) (r = .41; p = .000) y con las Creencias y Actitudes hacia la comida (T2) (r = .30; p = .001).

Respecto a las Áreas de Cuerpo (T2) del cuestionario MBSRQ, podemos observar que están negativa y moderadamente correlacionadas con la Preocupación por el Peso (T2) (r = -.46; p = .000), la Autoclasificación del Peso (T2) (r = -.44; p = .000) y las Creencias y Actitudes hacia la comida (T2) (r = -.43; p = .000).

En lo referente a la Preocupación por el Peso (T2) del cuestionario MBSRQ, existe una fuerte correlación positiva con las Creencias y Actitudes hacia la comida (T2) (r = .59; p = .000) y una moderada correlación positiva con la Autoclasificación del Peso (T2) (r = .35; p = .000).

Por otra parte, no existe correlación estadísticamente significativa entre el Sentido de la Vida (T1) y el Cuidado Corporal (T2) (r = .13; p =.005), la Protección Corporal (T2) (r = .14; p = .131) y la Orientación a la Apariencia (T2) (r = .05; p = .595). Tampoco se observaron correlaciones estadísticamente significativas entre la Satisfacción con el Contacto Físico (T2) y el Cuidado Corporal (r = .11; p = .215), Protección Corporal (r = .17; p = .066), Sentimientos hacia el Cuerpo (r = -.11; p = .235) y Orientación de la Apariencia (r = .09; p = .333).

Igualmente, se puede observar en la Tabla 18, que el Cuidado Corporal no se relaciona con la Protección Corporal (r = .08; p = .410), los Sentimientos hacia el Cuerpo (r = .09; p = .340), Satisfacción con las Áreas del Cuerpo (r = .15; p = .094), ni con la Autoclasificación del Peso (r = -.05; p = .599). Además, tampoco se correlaciona la Protección Corporal con Evaluación a la Apariencia (r = .17; p = .070), Orientación a la Apariencia (r = .01; p = 951), Satisfacción con Áreas del Cuerpo (r = .12; p = .187), Preocupación por el Peso (r = .10; p = .300), ni con las Creencias y Actitudes hacia la comida (r = .03; p = .791). Tampoco se observan correlaciones estadísticamente significativas entre los Sentimientos hacia el Cuerpo y la Orientación a la Apariencia (r = .01; p = .885), Preocupación por el Peso (r = -.16; p = .088), ni con las Creencias y Actitudes hacia la comida (r = -.15; p = .112).

Además, no existen correlaciones entre la Evaluación de la apariencia y la Orientación a la apariencia (r = .02; p = .863), ni entre la Orientación a la Apariencia y la Satisfacción con Áreas del Cuerpo (r = .10; p = .311) o con la Autoclasificación del Peso (r = -.08; p = .404).

Por último, la tabla 18 muestra una correlación no esatdísticamente significativa entre la Autoclasificación del Peso y las Creencias y Actitudes hacia la comida (r = .17; p =.062).

Tabla 18

Correlaciones entre el Sentido de la Vida y psicopatología propia de los TA (Imagen Corporal y Creencias y Actitudes hacia la comida) en el seguimiento a 7 meses (T2).

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*11*
1. PIL-20 (T1)	*-.32***	*.18**	*.01*	*.25***	*.62***	*.14*	*.58***	*-.41***	*-.42***	*-.41***
2.BIS SCF (T2)	-	*.11*	*.17*	*-.11*	*-.30***	*.08*	*-.34***	*.18**	*.25***	*.26***
3.BIS CU.C (T2)		-	*.08*	*.09*	*.22**	*.62***	*.15*	*.26***	*-.05*	*.18**
4.BIS PRO.C (T2)			-	*.26***	*-.17*	*.01*	*-.12*	*.10*	*.19**	*.03*
5.BIS SEN.C (T2)				-	*.34***	*.01*	*.35***	*-.16*	*-.20**	*-.15*
6.MBSRQ EV.AP (T2)					-	*.02*	*.84***	*-.49***	*-.52***	*-.50***
7MBSRQ OR.AP (T2)						-	*-.01*	*.41***	*-.08*	*.30***
8.MBSRQ SAC (T2)							-	*-.46***	*-.44***	*-.43***
9.MBSRQ PRE.PE (T2)								-	*.35***	*.59***
10.MBSRQ AU.PE (T2)									-	*.17*
11.EAT-40 (T2)										-

Nota: PIL-20 = Sentido de la Vida; BIS = Body Investment Scale ; BIS SCF = Satisfacción con el Contacto Físico; BIS CU.C = Cuidado Corporal; BIS PRO.C = Protección Corporal; BIS SEN. C = Sentimientos hacia el Cuerpo; MBSRQ = Multidimensional Body Self Relations Questionnarie; MBSRQ EV.AP = Evaluación a la apariencia; MBSRQ OR.AP = Orientación a la apariencia; MBSRQ SAC = Satisfacción con Áreas del Cuerpo; MBSRQ PRE.P = Preocupación por el Peso; MBSRQ AU.PE = Autoclasificación del Peso; EAT-40 = Test de Actitudes Alimentarias. T1 = Evaluación inicial; T2 = Seguimiento a los 7 meses.
*p< .05,** p<.001

A continuación, como podemos ver en la tabla 19, el Sentido de la Vida (T1) predijo de manera estadísticamente significativa la Satisfacción con el Contacto Físico (T2) (β = -0.01.; $F_{(1.122)}$ = 13.48; p= .000) explicando un 10 % de la varianza (R^2 = .10). Además, el Sentido de la Vida (T1) predijo de manera estadísticamente significativa la Evaluación de la Apariencia (T2) (β = 0.02.; $F_{(1.122)}$ = 74.64; p = .018) explicando un 37% de la varianza (R^2 = .37) y también predijo de manera significativa la Satisfacción con las Áreas del Cuerpo (T2) (β = 0.02.; $F_{(1.122)}$ = 61.92; p = .000) explicando un 33% de la varianza (R^2 = .33). Por último, también podemos observar en la tabla 19 que el Sentido de la Vida (T1) predijo las Creencias y Actitudes hacia la comida (T2) (β = -.45; $F_{(1.122)}$= 24.80; p = .000) explicando un 16% de la varianza (R^2 = .16).

Tabla 19

El Sentido de la Vida como variable predictora de la sintomatología propia de los TA (Imagen Corporal y Conductas alteradas hacia la comida) en el seguimiento a los 7 meses (T2).

Variable Predicha por PIL (T1)	*B*	*SE β*	*β*	Total R^2	$F_{(1,122)}$
BIS SCF (T2)	-.01**	.01	-.32	.10	13.48**
MBSRQ EV.AP (T2)	.02**	.01	.61	.37	74.64**
MBSRQ SAC (T2)	.02**	.01	.58	.33	61.92**
EAT-40 (T2)	-.45**	.09	-.41	.16	24.80**

Nota: PIL= Purpose In Life; BIS SCF = Satisfacción con el Contacto Físico del Body Investment Scale; MBSRQ EV.AP = Evaluación a la apariencia del Multidimensional Body Self Relations Questionnarie; MBSRQ SAC = Satisfacción con Áreas del Cuerpo del Multidimensional Body Self Relations Questionnarie; EAT-40 = Test de Actitudes Alimentarias; T1 = Evaluación inicial; T2 = Seguimiento a los 7 meses.
*p< .05. **p< .01.

7. Análisis del papel predictor del Sentido de la Vida en la psicopatología asociada a los TA (Desesperanza, ANS, Sintomatología Límite e Ideación Suicida) en el Seguimiento a los 7 meses (T2).

H6: En personas diagnosticadas con TA el Sentido de la Vida tendrá un papel predictor en la psicopatología asociada a los TA (Desesperanza, Autolesiones No Suicidas, Sintomatología Límite e Ideación Suicida) en el Seguimiento a los 7 meses (T2).

O12: Explorar el papel predictor del Sentido de la Vida en la Desesperanza en una muestra de personas diagnosticadas con TA en el Seguimiento a los 7 meses (T2).

O13: Explorar el papel predictor del Sentido de la Vida en las funciones de las ANS (a lo largo de la vida y en el último año) en una muestra de personas diagnosticadas con TA en el Seguimiento a los 7 meses (T2).

O14: Explorar el papel predictor del Sentido de la Vida en la Sintomatología Límite en una muestra de personas diagnosticadas con TA en el Seguimiento a los 7 meses (T2).

O15: Explorar el papel predictor del Sentido de la Vida en la Ideación Suicida en una muestra de personas diagnosticadas con TA en el Seguimiento a los 7 meses (T2).

Como se puede observar en la tabla 20, el Sentido de la Vida (T1) correlaciona significativamente con todas las variables de psicopatología asociada a los TA; de una manera fuerte y negativamente con la Desesperanza (T2) (r = -.67; p = .000), la Función Intrapersonal de las ANS (T2) (r = -.51; p = .000), la Sintomatología Límite (T2) (r = -.59; p = .000) y la Ideación Suicida (T2) (r = -.59; p = .000). Del mismo modo, se correlaciona moderada y negativamente con la Función Interpersonal de las ANS (T2) (r = -.38; p = .000).

Respecto a la Desesperanza (T2), existen correlaciones significativas, fuertes y positivas con la Sintomatología Límite (T2) (r = .66; p = .000) y la Ideación Suicida (T2) (r = .56; p = .000) y moderadamente positivas con la Función Interpersonal (T2) (r = .32; p = .000) e Intrapersonal (T2) (r = .39; p = .000) de las ANS.

En referencia a la funcionalidad de las ANS (T2), la Función Intrapersonal (T2) correlaciona fuerte y positivamente con la Función Interpersonal de las ANS (T2) (r = .82; p = .000), con la Sintomatología Límite (T2) (r = .52; p = .000) y con la Ideación Suicida (T2) (r = .56; p = .000).

A su vez, la Función Interpersonal (T2) correlaciona moderada y positivamente con la Sintomatología Límite (T2) (r = .36; p = .000) y la Ideación Suicida (T2) (r = .38; p = .000). Por último, podemos observar en la Tabla 20 que la Sintomatología Límite también se correlaciona fuerte y positivamente con la Ideación Suicida (T2) (r = .59; p = .000).

Tabla 20

Correlaciones entre el Sentido de la Vida y psicopatología asociada a estos trastornos (Desesperanza, ANS, Sintomatología Límite e Ideación Suicida) en el seguimiento a los 7 meses (T2).

	1	2	3	4	5	6
1.PIL-20 (T1)	-	-.67**	-.51**	-.38**	-.59**	-.59**
2.HS (T2)		-	.39**	.32**	.66**	.55**
3.ISAS INTRA (T2)			-	.82**	.52**	.56**
4.ISAS INTER (T2)				-	.36**	.38**
5.BSL-23 (T2)					-	.59**
6.SSI (T2)						-

Nota: PIL-20 = Sentido de la Vida; HS = [Hopelessness Scale] Escala de Desesperanza de Beck; ISAS INTRA = Función Intrapersonal del Inventario de declaraciones sobre autolesiones; ISAS INTER = Función Interpersonal del Inventario de declaraciones sobre autolesiones; BSL-23 = [Borderline Symptom List 23] Lista de Síntomas Límite; SSI = [Scale for Suicide Ideation] Escala de Ideación Suicida. T1 = Evaluación inicial; T2 = Seguimiento a los 7 meses.
**$p < .001$.

A continuación, como podemos ver en la tabla 21, el Sentido de la Vida (T1) tiene un papel predictor en la Desesperanza (T2) ($F_{(1,122)} = 96.72$; $p = .000$) explicando el 44 % de la varianza ($R^2 = .44$), la Función Intrapersonal (T2) ($F_{(1,122)} = 42.66$; $p = .000$) e Interpersonal (T2) ($F_{(1,122)} = 20.53$; $p = .000$) de las ANS, explicando el 26 % de la varianza ($R^2 = .26$) y 14% ($R^2 = .14$) respectivamente, la Sintomatología Límite (T2) ($F_{(1,122)} = 64.12$; $p = .000$) explicando el 34 % de la varianza ($R^2 = .34$) y la Ideación Suicida (T2) ($F_{(1,122)} = 63.90$; $p = .000$) explicando el 34 % de la varianza ($R^2 = .34$)

Tabla 21

El Sentido de la Vida como variable predictora de psicopatología asociada a estos trastornos (Desesperanza, autolesiones no suicidas, Sintomatología Límite e Ideación Suicida) en el Seguimiento a los 7 meses (T2).

Variable Predicha por PIL (T1)	B	SE β	β	Total R^2	$F_{(1,122)}$
HS (T2)	-.14**	.01	-.67	.44	96.72**
ISAS INTRA (T2)	-.04**	.01	-.51	.26	42.66**
ISAS INTER (T2)	-.10**	.02	-.38	.14	20.53**
BSL-23 (T2)	-.51**	.06	-59	.34	64.12**
SSI (T2)	-.16**	.02	-.59	.34	63.90**

Nota: PIL = Sentido de la Vida; HS = [Hopelessness Scale] Escala de Desesperanza de Beck; ISAS INTRA = Función Intrapersonal del Inventario de declaraciones sobre autolesiones; ISAS INTER = Función Interpersonal del Inventario de declaraciones sobre autolesiones; BSL-23 = [Borderline Symptom List 23] Lista de Síntomas Límite; SSI = [Scale for Suicide Ideation] Escala de Ideación Suicida. T1 = Evaluación inicial; T2 = Seguimiento a los 7 meses.
***p*< .001.

8. Análisis del papel predictor del Sentido de la Vida en la frecuencia de ANS e Intentos de Suicidio en el Seguimiento a los 7 meses (T2).

H7: En personas diagnosticadas con TA el Sentido de la Vida tendrá un papel predictor en la frecuencia de ANS e intentos de suicidio a lo largo de la vida y en el último año en la evaluación inicial (T1) y en el Seguimiento a los 7 meses (T2).

O14: Explorar el papel predictor del Sentido de la Vida en la frecuencia de las ANS en una muestra de personas diagnosticadas con TA en el Seguimiento a los 7 meses (T2).

O16: Explorar el papel predictor del Sentido de la Vida en la frecuencia de los Intentos de Suicidio en una muestra de personas diagnosticadas con TA en el Seguimiento a los 7 meses (T2).

Como se puede observar en la tabla 22, el Sentido de la Vida (T1) correlaciona significativamente, de manera débil y negativamente con la frecuencia de ANS (T2) (r = -.27; p = .003) e Intentos de Suicidio (T2) (r = -.24; p = .008) en el seguimiento a los 7 meses. Con respecto a la frecuencia de las ANS (T2), podemos observar que existe una correlación fuerte y positiva con la frecuencia de Intentos de Suicidio (T2) (r = .46; p = .000).

Tabla 22

Correlaciones entre el Sentido de la Vida y la frecuencia de ANS e intentos de suicidio en el Seguimiento a los 7 meses (T2).

	1	2	3
1.PIL-20 (T1)	-	-.27**	-.24**
2.ANS (T2)		-	.46**
3. INTENTOS DE SUICIDIO (T2)			-

Nota. PIL-20 = Sentido de la Vida; ANS = Autolesiones No Suicidas; T1 = Evaluación inicial; T2 = Seguimiento a los 7 meses
**p< .001.

A continuación, como podemos ver en la tabla 23, el Sentido de la Vida (T1) tiene un papel predictor en las ANS a los siete meses (T2) ($F_{(1,238)}$ = 9.45; p = .003) explicando el 7 % de la varianza (R^2 = .07). Además, podemos observar que el Sentido de la Vida (T1) tiene un papel predictor en los Intentos de Suicidio (T2) ($F_{(1,238)}$ = 7.31; p = .008) explicando el 6 % de la varianza (R^2 = .06).

Tabla 23

El Sentido de la Vida como variable predictora en la frecuencia de ANS e Intentos de Suicidio en el Seguimiento a los 7 meses (T2).

Variable Predicha por PIL (T1)	B	SE β	β	Total R^2	$F_{(1,238)}$
ANS (T2)	-1.15	.38	-.27	.07	9.45**
INT. SUICIDIO (T2)	-.01	.01	-.24	.06	7.31**

Nota. PIL-20 = Sentido de la Vida; INT. SUICIDIO = Intentos de Suicidio; T1 = Evaluación inicial; T2 = Seguimiento a los 7 meses. ***p*< .001.

9. Propuesta de un modelo predictivo de la psicopatología propia de los Trastornos Alimentarios.

H8: El Sentido de la Vida será una variable predictiva de las Creencias y Actitudes hacia la comida una vez hemos controlado las variables de Preocupación por el sobrepeso y la Evaluación de la Apariencia.

O17: Proponer un modelo del papel predictor del Sentido de la Vida sobre las Creencias y Actitudes hacia la comida una vez hemos controlado las variables Preocupación por el sobrepeso y la Evaluación de la Apariencia.

Como podemos ver en la tabla 24, el Sentido de la Vida (T1) fue una variable significativamente predictiva de las Creencias y Actitudes hacia la comida (T2) junto a la Preocupación por el Sobrepeso (T1) y la Evaluación de la Apariencia (T1), (R^2 = 53; *p* = .001), explicando el 53% de la varianza.

El valor del coeficiente β estandarizado en el Sentido de la Vida fue negativo, de modo que la relación entre el Sentido de la Vida (T1) y las Creencias y Actitudes hacia la comida (T2) fueron inversamente proporcionales: un aumento en el Sentido de la Vida se asoció con una disminución en las Creencias y Actitudes hacia la comida (Tabla 24).

Tabla 24

Modelo predictivo de la psicopatología propia de los TA (EAT).

	Variable	B	SE β	β	Total R^2	ΔR^2
Variable Dependiente: EAT (T2)						
1	Preocupación por el Sobrepeso (T1)	15.73**	1.09	.684	.47**	
2	Preocupación por el Sobrepeso (T1)	13.57**	1.19	.59	.50	.03**
	Evaluación de la Apariencia (T1)	-5.21**	1.31	-.20		
3	Preocupación por el Sobrepeso (T1)	13.34**	1.16	.58	.53	.03**
	Evaluación de la Apariencia (T1)	-2.45	1.51	-.10		
	Sentido de la Vida (T1)	-0.20**	.06	-.19		

Nota. EAT = Eating Attitude Test [Actitudes hacia la comida]; T1 = Evaluación inicial; T2 = Seguimiento a los 7 meses.
**p< .001.

10. Propuesta de un modelo predictivo de la psicopatología asociada de los Trastornos Alimentarios (Desesperanza, ANS, Sintomatología Límite e Ideación Suicida).

H9: El Sentido de la Vida será una variable predictiva de la Desesperanza, las funciones de las ANS, Sintomatología Límite e Ideación Suicida una vez hemos controlado las variables Preocupación por el sobrepeso y la Evaluación de la Apariencia.

O21: Proponer un modelo del papel predictor del Sentido de la Vida sobre la Desesperanza, las funciones de las ANS, la Sintomatología Límite y la Ideación Suicida una vez hemos controlado las variables Preocupación por el sobrepeso y la Evaluación de la Apariencia.

En este modelo pretendemos evaluar el papel predictor del Sentido de la Vida (T1) sobre la Desesperanza, las ANS, Sintomatología Límite e Ideación Suicida a los 7 meses de seguimiento (T2) una vez hemos controlado las variables Preocupación por el sobrepeso (T1) y la Evaluación de la Apariencia (T1). En numerosos estudios se ha comprobado que la Preocupación hacia el Sobrepeso y la Evaluación de la apariencia son variables relacionadas con la Desesperanza (Robinson et al., 2015), las ANS (Claes,

Luyckx y Bijttebier, 2014; Svirko y Hawton, 2007), la Sintomatología Límite (Utzinger et al., 2016), la Ideación Suicida y los Intentos de suicidio (Crow et al., 2014; Pisetsky et al., 2015). Así pues, para confirmar que el Sentido de la Vida (T1) es una variable predictiva de la Desesperanza (T2), las ANS (T2), Sintomatología Límite (T2) e Ideación Suicida (T2), su papel predictor debería ser mayor que el de las variables predictivas Preocupación por el sobrepeso (T1) y la Evaluación de la Apariencia (T1).

Como podemos ver en la tabla 25, el Sentido de la Vida (T1) fue una variable significativamente predictiva de la Desesperanza (T2) junto a la Preocupación por el Sobrepeso (T1) y la Evaluación de la Apariencia (T1; R^2 = .66; p = 000), explicando el 66% de la varianza. Como podemos observar, cuando se agregó el Sentido de la Vida (T1) al modelo, el porcentaje de varianza explicada aumentó significativamente (ΔR^2 = .36, p = .000), respecto al paso 2 (ΔR^2= .20, p= .000). El valor del coeficiente β estandarizado en el Sentido de la Vida (T1) fue negativo, de modo que la relación entre el Sentido de la Vida (T1) y el la Desesperanza (T2) fue inversamente proporcional: un aumento en el Sentido de la Vida se asoció con menor Desesperanza.

En referencia a la función Intrapersonal del ISAS (T2) el Sentido de la Vida (T1) fue una variable significativamente predictiva junto a la Preocupación por el Sobrepeso (T1) y la Evaluación de la Apariencia (T1; R^2 = .24), explicando el 24% de la varianza. Como podemos observar, cuando se agregó el Sentido de la Vida (T1) al modelo, el porcentaje de varianza explicada aumentó significativamente (ΔR^2 = .09, p = .000), respecto al paso 2 (ΔR^2 = .07, p = .000). El valor del coeficiente β estandarizado en el Sentido de la Vida (T1) fue negativo, de modo que la relación entre el Sentido de la Vida y la función Intrapersonal del ISAS (T2) fue inversamente proporcional: un aumento en el Sentido de la Vida se asoció con menor función Intrapersonal de las ANS (tabla 25).

Por otro lado, si nos centramos en la función Interpersonal del ISAS (T2) el Sentido de la Vida (T1) fue una variable significativamente predictiva junto a la Preocupación por el Sobrepeso (T1) y la Evaluación de la Apariencia (T1; R^2 = .16), explicando el 16% de la varianza. Como podemos observar, cuando se agregó el Sentido de la Vida (T1) al modelo, el porcentaje de varianza explicada aumentó significativamente (ΔR^2 = .07, p = .000), respecto al paso 2 (ΔR^2 = .02, p = .019). El

valor del coeficiente β estandarizado en el Sentido de la Vida (T1) fue negativo, de modo que la relación entre el Sentido de la Vida (T1) y la función Interpersonal del ISAS (T2) fue inversamente proporcional: un aumento en el Sentido de la Vida se asoció con menor funcionalidad interpersonal de las ANS (Tabla 25).

En cuanto a la Sintomatología Límite (BSL-23) (T2), el Sentido de la Vida (T1) fue una variable significativamente predictiva junto a la Preocupación por el Sobrepeso (T1) y la Evaluación de la Apariencia (T1; R^2= .58), explicando el 58% de la varianza. Como podemos observar, cuando se agregó el Sentido de la Vida (T1) al modelo, el porcentaje de varianza explicada aumentó significativamente (ΔR^2 = .24, p = .000), respecto al paso 2 (ΔR^2 = .15, p = .000). El valor del coeficiente β estandarizado en el Sentido de la Vida (T1) fue negativo, de modo que la relación entre el Sentido de la Vida y la Sintomatología Límite (T2) fue inversamente proporcional: un aumento en el Sentido de la Vida se asoció con menor Sintomatología Límite.

Finalmente, se puede observar en la Tabla 25 como en la Ideación Suicida (SSI) (T2) el Sentido de la Vida (T1) fue una variable significativamente predictiva junto a la Preocupación por el Sobrepeso (T1) y la Evaluación de la Apariencia (T1; R^2= .31), explicando el 31% de la varianza. Como podemos observar, cuando se agregó el Sentido de la Vida (T1) al modelo, el porcentaje de varianza explicada aumentó significativamente (ΔR^2 = .25, p = .000), respecto al paso 2 (ΔR^2 = .05, p = .000). El valor del coeficiente β estandarizado en el Sentido de la Vida (T1) fue negativo, de modo que la relación entre el Sentido de la Vida y la Ideación Suicida (T2) fue inversamente proporcional: un aumento en el Sentido de la Vida se asoció con menor Ideación Suicida.

Tabla 25

Modelo predictivo de la psicopatología asociada de los TA (Desesperanza, ANS, Sintomatología Límite e Ideación Suicida).

	Variable	B	SE β	B	Total R^2	ΔR^2
Variable Dependiente: HS (T2)						
1	Preocupación por el Sobrepeso (T1)	1.56**	.32	.30	.09**	
2	Preocupación por el Sobrepeso (T1)	.35	.32	.07	.29	.20**
	Evaluación de la Apariencia (T1)	-2.88**	.350	-.51		
3	Preocupación por el Sobrepeso (T1)	.19	.22	.04	.66	.36**
	Evaluación de la Apariencia (T1)	-.48	.29	-.08		
	Sentido de la Vida (T1)	-.17**	.01	-.75		
Variable Dependiente: ISAS INTRA (T2)						
1	Preocupación por el Sobrepeso (T1)	.45**	.10	.28	.08**	
2	Preocupación por el Sobrepeso (T1)	.23*	.11	.14	.15	.07**
	Evaluación de la Apariencia (T1)	-.54**	.12	-.30		
3	Preocupación por el Sobrepeso (T1)	.20	.11	.12	.24	.09**
	Evaluación de la Apariencia (T1)	-.15	.14	-.09		
	Sentido de la Vida (T1)	-.03**	.01	-.38		
Variable Dependiente: ISAS INTER (T2)						
1	Preocupación por el Sobrepeso (T1)	-1.95	.41	.27	.07**	
2	Preocupación por el Sobrepeso (T1)	1.25*	.46	.19	.09	.02**
	Evaluación de la Apariencia (T1)	-1.20*	.51	-.16		
3	Preocupación por el Sobrepeso (T1)	1.13*	.44	.17	.16	.07**
	Evaluación de la Apariencia (T1)	.13	.57	.02		
	Sentido de la Vida (T1)	-.10**	.02	-.33		
Variable Dependiente: BSL-23 (T2)						
1	Preocupación por el Sobrepeso (T1)	9.40**	1.26	.44	.19**	
2	Preocupación por el Sobrepeso (T1)	5.13**	1.28	.24	.34	.15**
	Evaluación de la Apariencia (T1)	-10.32**	1.42	-.43		
3	Preocupación por el Sobrepeso (T1)	4.48**	1.03	.21	.58	.24**
	Evaluación de la Apariencia (T1)	-2.26	1.33	-.10		
	Sentido de la Vida (T1)	-57**	.05	-.60		
Variable Dependiente: SSI (T2)						
1	Preocupación por el Sobrepeso (T1)	.91	.53	.11	.01	
2	Preocupación por el Sobrepeso (T1)	-.08	.59	-.01	.07	.05**
	Evaluación de la Apariencia (T1)	-2.38**	.65	-.26		
3	Preocupación por el Sobrepeso (T1)	-.34	.50	-.04	.31	.25**
	Evaluación de la Apariencia (T1)	.78	.65	.09		
	Sentido de la Vida (T1)	-.23 **	.02	-.62		

Nota: PIL = Sentido de la Vida; HS = [Hopelessness Scale] Escala de Desesperanza de Beck; ISAS INTRA = Función Intrapersonal del Inventario de declaraciones sobre autolesiones; ISAS INTER = Función Interpersonal del Inventario de declaraciones sobre autolesiones; BSL-23 = [Borderline Symptom List 23] Lista de Síntomas Límite; SSI = [Scale for Suicide Ideation] Escala de Ideación Suicida; T1 = Evaluación Inicial; T2 = Seguimiento a los 7 meses. *p< .05 **p< .001.

CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Capítulo 4. Discusión y Conclusiones

En los siguientes apartados de este capítulo se analizan los resultados en relación a la literatura existente y se presentan las principales conclusiones extraídas. La discusión que se desarrolla a continuación se organiza en epígrafes que corresponden a los objetivos e hipótesis planteados en el capítulo 2.

1. Discusión

Los objetivos principales del presente estudio fueron: (1) Explorar la relación entre el Sentido de la Vida y la psicopatología propia de los TA (Imagen Corporal, Creencias y Actitudes hacia la comida), así como con la psicopatología asociada (Desesperanza, Frecuencia y funciones de las ANS, Sintomatología del Trastorno Límite de la Personalidad, Ideación Suicida y Frecuencia de los Intentos de Suicidio); (2) Proponer un modelo predictor de la psicopatología propia de los TA (Creencias y Actitudes hacia la comida), y de la psicopatología asociada (Desesperanza, Funcionalidad de las ANS, Sintomatología del Trastorno Límite de la Personalidad e Ideación Suicida).

Para dar respuesta a los objetivos principales, se establecieron las siguientes hipótesis presentadas a continuación.

Respecto a la Hipótesis 1 "*Existirán diferencias en el Sentido de la Vida de las personas diagnosticadas con TA en función del tipo de diagnóstico de TA*", hemos encontrado en nuestros resultados que todos los participantes, independientemente del tipo de TA, tenían un bajo Sentido de la Vida. Estos resultados están en consonancia con los de Fox y Leung (2009) que propusieron que los síntomas de los TA podrían aparecer como un intento de distraer la atención de preocupaciones existenciales, pudiendo los pacientes tratar de lidiar con estados negativos con respecto al control y el significado en la vida a través del TA. En otras palabras, los comportamientos alterados, según los autores, podrían proporcionar una sensación de control exagerada y un sentido de singularidad exacerbado (Fox y Leung, 2009).

Además, en este trabajo hemos observado que los pacientes que estaban diagnosticados con ANR puntuaban con un Sentido Vital superior al resto y esto podría

deberse a que es el propio trastorno de ANR el que les confiere a estas personas mayor identidad y sentido, seguido del TDA, TANE, ANP y BN. Estos resultados y los hallados por Barenz (2014) indican que la lucha diaria de estas personas con su enfermedad mental puede comprometer o impedir el proceso natural de creación de Sentido. A menudo estas personas llegan a sentir que sus trastornos son una parte formativa e importante de quiénes son y cómo ven el mundo (Fox y Leung, 2009; Manlick, Cochran, y Koon, 2013; Serpell, Treasure, Teasdale y Sullivan, 1999) informando que dentro del sentimiento caótico que perciben de sus vidas, la ingesta de alimentos es el área en la que pueden afirmar el control. Lamentablemente, a medida que progresan los TA, a menudo, dan como resultado una vida disminuida en vez de una vida con Sentido (Fox y Leung, 2009).

En población con TA se han llevado a cabo un número muy limitado de estudios que han podido comprobar una posible relación con el Sentido de la Vida o conceptos similares como el bienestar existencial. En nuestro trabajo se correlació de manera moderada el Sentido de la Vida con los TA, al igual que en el estudio de Fox y Leung (2009) que se confirmó una correlación también moderada entre el binestar existencial y los TA. Sin embargo, no hay apenas estudios que lo hayan investigado en función del tipo de diagnóstico. Así pues, en este trabajo hemos comprobado que existen diferencias en función del tipo de diagnóstico de TA, pero únicamente fue significativo entre las personas diagnosticadas de ANR y las de BN, siendo estas últimas las que presentaron un Sentido Vital notablemente más bajo. Esto podría estar asociado a los diferentes grados de impulsividad entre estos trastornos (Claes et al., 2014; Müller et al., 2012), ya que en la BN es característico la elevada impulsividad y, en consecuencia, la baja participación en actividades productivas o con cierta implicación emocional y el riesgo de ANS e intentos de suicidio, mientras que en el la ANR la impulsividad es notablemente menor que en el resto de diagnósticos alimentarios (Claes et al., 2014).

Por tanto, tenemos que indicar que la Hipótesis 1 se ha confirmado parcialmente y estos resultados preliminares sugieren que el Sentido de la Vida podría ser una variable transdiagnóstica en los TA, del mismo modo que lo son el perfeccionismo, los problemas interpersonales, la autoestima (Fairburn et al., 2003) y la Imagen Corporal (Cash, 2004).

Respecto a la Hipótesis 2 "*En personas diagnosticadas con TA, el Sentido de la Vida* estará relacionado con *la psicopatología propia (Imagen Corporal y Creencias y Actitudes hacia la comida) en la Evaluación Inicial (T1)"* y la hipótesis 5 "*En personas diagnosticadas con TA el Sentido de la Vida tendrá un papel predictor en la psicopatología propia (Imagen Corporal y Creencias y Actitudes hacia la comida) en el Seguimiento a los 7 meses (T2)*", nuestros resultados muestran que el Sentido de la Vida (T1) se ha relacionado tanto en la evaluación inicial (T1) como en el seguimiento a los 7 meses (T2) con la psicopatología propia de los TA.

Podemos destacar que este estudio es el primero en analizar la asociación entre la Imagen Corporal y el Sentido de la Vida de personas con TA, y estos resultados van en la línea de otros estudios que han demostrado que al tener una Imagen Corporal negativa de sí mismas, se desarrolla desconfianza en las propias capacidades y logros, lo que puede reducir el deseo de autorrealización o de alcanzar metas y propósitos vitales (Cervone y Pervin, 2015). Asimismo, Fairburn et al, (2003), más allá de esta autoevaluación negativa, identifican un subgrupo de personas con TA que tienen una visión negativa de sí mismos de una manera incondicional y que forma parte de su propia identidad, siendo independiente al rendimiento o los logros. Este tipo de baja autoestima impide que pueda producirse un cambio duradero en los pacientes y crea en ellos Desesperanza sobre su capacidad para mejorar que, junto con la Insatisfacción con el Cuerpo, le conduce a mantener el trastorno, intentando conseguir algún logro sobre el control de la comida, la figura y el peso (Gardner, Stark, Friedman y Jackson, 2000; Stice, 2001b; Stice y Shaw, 2002). Nuestros resultados evidencian la relación existente del Sentido de la Vida con la Evaluación de la Apariencia y con Satisfacción de las Áreas del Cuerpo, en ambos momentos del estudio (T1 y T2), por lo que podrían suponer un avance en el conocimiento de personas con TA que resisten a los tratamientos actuales. Este hallazgo refleja la necesidad de introducir el Sentido de la Vida tanto en psicoterapias como en programas de prevención de los TA.

Asimismo, el Sentido de la Vida se ha relacionado en ambos momentos del estudio (T1 y T2) con las Creencias y Actitudes hacia la comida, la Satisfacción en el Contacto Físico, la Preocupación por el Peso, la Autoclasificación del Peso y los Sentimientos hacia el Cuerpo. Estos resultados están en consonancia con algunos autores que han demostrado que las personas que padecen TA pueden experimentar sus

pensamientos, actitudes y comportamientos inadaptados como aspectos importantes de sí mismos (es decir, "soy especial si estoy delgado", "tengo el control de la comida" o "mi trastorno alimentario me hace sentir seguro") y sienten que sus conductas desordenadas están logrando sus deseos y necesidades subyacentes (Manlick, Cochran y Koon, 2013). Concretamente, la distorsión de la Imagen Corporal presente en los TA se correlaciona con Actitudes negativas hacia la Comida y mayor angustia psicológica (Littleton y Ollendick, 2003) y a su vez, la angustia psicológica se relaciona fuertemente con la ausencia de Sentido de la Vida en algunos estudios (Duffy y Raque-Bogdan, 2010; Park., 2010; Steger et al., 2009). Otra de las Actitudes negativas hacia la comida que más se ha estudiado es la realización de dieta, que probablemente sea el factor etiológico que más se ha relacionado con los TA (Jacobi et al., 2004). Además, algunos estudios han relacionado positivamente la presencia de Sentido de la Vida con actividades saludables, como la adecuada alimentación y la actividad física incluso un año después (Brassai et al., 2011; 2015).

Al haber hallado en este trabajo que la Preocupación por el Peso y la Autoclasificación del Peso están inversamente relacionados con el Sentido de la Vida, interpretamos que cuando las personas con TA consigan disfrutar de una Vida con Sentido, junto al trabajo específico sobre la IC, conseguiremos cambios más duraderos y la Preocupación por el Peso disminuirá, llegando a clasificar su peso percibido de manera más adecuada respecto al real.

En suma, podemos afirmar que el Sentido de la Vida predice de manera estadísticamente significativa en los dos momentos de evaluación (T1 y T2) la Satisfacción con el Contacto Físico (explicando un 10% de la varianza), la Evaluación de la Apariencia (explicando un 34-37% de la varianza), la Satisfacción con las Áreas del Cuerpo (explicando un 33-36% de la varianza) y también las Creencias y Actitudes hacia la comida (explicando un 16-18% de la varianza).

A la vista de los anteriores resultados podemos indicar que la hipótesis se ha confirmado.

Respecto a la Hipótesis 3 "*En personas diagnosticadas con TA, el Sentido de la Vida* estará relacionado con *la psicopatología asociada a los TA (Desesperanza,*

Funcionalidad de las ANS, Sintomatología Límite e Ideación Suicida) en la Evaluación Inicial (T1)" y la Hipótesis 6 "*En personas diagnosticadas con TA el Sentido de la Vida tendrá un papel predictor en la psicopatología asociada a los TA (Desesperanza, ANS, Sintomatología Límite e Ideación Suicida) en el Seguimiento a los 7 meses (T2)",* nuestros resultados muestran que el Sentido de la Vida (T1) se ha relacionado tanto en la evaluación inicial (T1) como en el seguimiento a los 7 meses (T2) con la psicopatología asociada de los TA.

En relación a la Desesperanza, hemos podido comprobar que las personas diagnosticadas con TA que indican un menor Sentido de la Vida presentaban mayores puntuaciones en Desesperanza en ambos momentos del estudio, de manera que, tal como señalan otros trabajos, cuando no se alcanza el logro existencial o Sentido de la Vida, se origina una frustración que se asocia a la Desesperanza y se caracteriza por un vacío existencial que se manifiesta en un estado de tedio, percepción de falta de control sobre la propia vida, ausencia de metas vitales (Edwards y Holden, 2003; García-Alandete et al., 2009; Hunter y O'Connor, 2003; Marco et al., 2014), incapacidad de controlar la ingesta de alimentos o con el rechazo corporal característico de estos pacientes (Lee y Lee, 2016; Pérez et al., 2017).

Las personas con Desesperanza mantienen pensamientos negativos hacia su futuro, creyendo que sus problemas no tienen solución, lo cual puede derivar en un intento de suicidio (Pérez et al., 2017; Klonsky et al., 2016; Wenzel et al., 2009). Estos datos están en consonancia con nuestros resultados, que demuestran la fuerte relación existente entre la Desesperanza y la Ideación Suicida en ambos momentos del estudio y de una manera moderada con las ANS.

También hemos comprobado que las ANS guardan relación con el Sentido de la Vida, de manera que las personas con TA que mostraban menor Sentido Vital se autolesionaban más frecuentemente. Por lo que respecta a las causas de aparición y mantenimiento de la ANS, uno de los modelos más apoyado por la literatura científica, es el "modelo integrado de Nock" (2010), en el cual se postula que la ANS es mantenida por cuatro posibles factores que actúan como reforzadores, que pueden ser positivos o negativos, y cuya funcionalidad es intrapersonal o interpersonal. En nuestro estudio la función intrapersonal es la que más se relaciona con el Sentido de la Vida,

probablemente porque la mayoría de las personas con TA utilizan la ANS para aliviar sentimientos desagradables como la tristeza, la ira o la soledad que son consecuentes a los sentimientos de vacío que experimentan durante el desarrollo del TA.

Por otro lado, las personas con TA presentan entre el 54.8% y el 72% uno o más TP (Gartner et al., 1989; Marañón et al., 2007; O'Brien y Vincent, 2003; Wonderlich et al., 1990) y son más frecuentes en esta patología que en cualquier otro trastorno mental (Marañón et al., 2007), siendo el TLP de los más frecuentes en los TA, oscilando entre el 57 y el 72 % de los casos (Gartner et al., 1989; Ruscitti et al., 2016). Estos resultados coinciden con los obtenidos en este trabajo, siendo el TLP el más representativo del 23.8% (n = 57) de la muestra que estaban diagnosticados con algún trastorno de la personalidad. Éste trastorno es seguido en orden de frecuencia por el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva -que es considerado por algunos autores como factor de riesgo del desarrollo de patología alimentaria (Anderluh et al., 2003).

En relación a la Sintomatología Límite, existe evidencia de que un bajo Sentido de la Vida se correlaciona fuertemente con los síntomas emocionales y conductuales del TLP, como la desregulación emocional, el consumo de drogas, los comportamientos agresivos, las amenazas e intentos de suicidio (Marco et al., 2015). A colación de estos resultados, hemos observado en este trabajo que la Sintomatología Límite de las personas con TA es explicada mayoritariamente (52%) por un bajo Sentido Vital. No obstante, hemos comprobado que este constructo ha sido poco explorado en la investigación de los TA (Marco et al, 2014; 2015) y, por ende, no ha sido contemplado a nivel psicoterapéutico. Por tanto, consideramos que no evaluar y tratar el Sentido de la Vida en personas con TA que manifiesten Sintomatología Límite podría ser una de las causas de que mantengan el trastorno a lo largo del tiempo y solo permitan una mejoría parcial.

En relación a la Ideación Suicida, las personas diagnosticadas de TA tienen mayor riesgo de tener ideas suicidas que las que no lo tienen (Crow et al., 2014; Pisetsky et al., 2015) y las consecuencias suelen ser muy graves debido a las altas tasas de suicidio (Crow et al., 2009). La literatura apunta a que el Sentido de la Vida puede predecir una disminución de la Ideación Suicida durante un período de 8 semanas (Kleiman y Beaver, 2013) y la evaluación de este constructo mediante cuestionarios

autoaplicados llegan a predecir las tasas de suicidio consumado incluso 10 años más tarde (Hill y Turiano, 2014). En consonancia a estos hallazgos, nuestros resultados también han demostrado el papel predictor del Sentido de la Vida de las ideas de suicidio en personas con TA longitudinalmente, aspecto que hasta la fecha únicamente había sido explorado de un modo transversal en población con trastornos mentales, siendo por tanto éste el primer trabajo que estudia esta relación longitudinalmente en pacientes con TA.

En suma, podemos afirmar que el Sentido de la Vida predice de manera estadísticamente significativa en los dos momentos de evaluación (T1 y T2), la Desesperanza (explicando el 44 - 65% de la varianza), la Función Intrapersonal e Interpersonal de las ANS (explicando el 21 - 26% y 13 - 14% de la varianza respectivamente), la Sintomatología Límite (explicando el 34 - 52% de la varianza) y la Ideación Suicida (explicando el 30 - 34% de la varianza). De acuerdo con nuestros resultados, la literatura muestra que las personas con TA presentan altas tasas de Desesperanza (Robinson et al., 2015), trastornos de la personalidad (TP), especialmente el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP; Haines y Neumark-Sztainer, 2006; Ruscitti et al., 2016) y, asimismo, presentan con elevada frecuencia problemas importantes de salud pública (Jacobson y Gould, 2007) como las ANS, e intentos de suicidio y suicidio consumado (Kostro et al., 2014). Toda esta sintomatología la hemos podido relacionar en este trabajo con el Sentido de la Vida, poniendo de relieve, de nuevo, que debería ser considerado como un aspecto importante en el tratamiento psicológico de los pacientes con TA.

A la vista de los anteriores resultados podemos indicar que la hipótesis se ha confirmado.

Respecto a la Hipótesis 4 "*En personas diagnosticadas con TA, el Sentido de la Vida estará relacionado con la frecuencia de ANS e Intentos de Suicidio a lo largo de la vida y en el último año en la evaluación inicial (T1)"* y la Hipótesis 7 "*En personas diagnosticadas con TA el Sentido de la Vida tendrá un papel predictor en la frecuencia de ANS e intentos de suicidio a lo largo de la vida y en el último año en la evaluación inicial (T1) y en el Seguimiento a los 7 meses (T2*)", nuestros resultados muestran que el Sentido de la Vida (T1) se ha relacionado tanto en la evaluación inicial (T1) como en el

seguimiento a los 7 meses (T2) con la frecuencia de las ANS y de los Intentos de Suicidio.

En relación a las ANS, existe evidencia de que aparecen frecuentemente en personas con TA (Claes y Muehlenkamp, 2014; Turner et al., 2015) con diferencias en la prevalencia, debido probablemente a los grados de impulsividad entre los grupos (Claes et al., 2013; Müller et al., 2012). En nuestro estudio el 37.1% (*n* = 89) refirió haberse autolesionado alguna vez en la vida, y de éste porcentaje, el 27% (*n* = 65) se habían autolesionado en el último año, es decir, recientemente y el 10% (*n* = 24) restante, se habían autolesionado alguna vez en la vida, pero no en el último año. Asimismo, hemos comprobado que las personas con TA que tienen bajo Sentido de la Vida se habían autolesionado más a lo largo de la vida y en el último año, debido probablemente a que las personas recurren a las ANS para mejorar su estado anímico y disminuir las sensaciones de vacío (Fox et al., 2015). Asimismo, es un factor importante de riesgo de suicidio, ya que se relaciona tanto con la capacidad de suicidio como con el aumento del deseo de acabar con la propia vida (Klonsky et al., 2013).

Las ANS suelen aparecer en la adolescencia, entre los 12 y 16 años (Jacobson y Gould, 2007) y en España el 21.7% de los adolescentes se autolesiona (Díaz et al., 2015). En esta la línea, nuestros resultados respaldan que la adolescencia es la etapa con mayor frecuencia de ANS, ya que un 48.3% (*n* = 43) de los que se habían autolesionado eran menores de edad (con edades comprendidas entre 12 y 18 años) y esta cifra resalta la alta prevalencia de ANS en adolescentes con TA respecto a la población general.

En cuanto a los métodos más utilizados, existe unanimidad a la hora de considerar los cortes y golpes como los fenotipos más frecuentes de autolesión (De Leo y Heller 2004; Kostro et al., 2014; Morey et al., 2008; Olfson et al., 2005; Pauwels et al., 2016; Victor et al., 2016). En esa misma dirección apuntan los datos obtenidos en este trabajo, que reflejan que las ANS más frecuentemente utilizadas por las personas con TA son los golpes, con un 66.3% (*n* = 59) y los cortes con un 60.7% (*n* = 54). Además, hemos podido comprobar que el Sentido de la Vida se correlaciona de manera

inversamente proporcional con la frecuencia de ANS en ambos momentos del estudio (T1 y T2) y que, a su vez, correlaciona con mayor frecuencia de Intentos de Suicido.

En relación al Comportamiento Suicidia, se ha observado que una de cada cuatro mujeres con TA presenta ideación o conductas suicidas (cuatro veces superior a la población femenina general) (Ahrén-Moonga et al., 2008; Beautrais et al., 2005). Este trabajo ha encontrado que en las personas diagnosticadas de TA con un bajo Sentido de la Vida aparecen más frecuentemente los Intentos de Suicidio en ambos momentos del estudio (T1 y T2) y al hilo de este resultado, hay otros estudios que han relacionado un bajo Sentido Vital con mayor probabilidad de manifestar síntomas psicopatológicos como Ideación Suicida (Martínez y Flórez, 2015).

Los datos sobre los métodos de suicidio en los países con ingresos elevados indican que el más utilizado es el ahorcamiento, seguido de las armas de fuego (sobre todo en América; WHO, 2014) y en España, el método más utilizado también es el ahorcamiento, seguido de la precipitación (INE, 2017). En consonancia parcial con estos datos, nuestro trabajo indica que el método más utilizado en personas con TA es la sobreingesta medicamentosa, seguido de los cortes y la precipitación. Probablemente, esta diferencia metodológica se deba a la especificidad de nuestra muestra en comparación con población general. Aun así, guardan en común la precipitación como método frecuente en ambas poblaciones.

En suma, podemos afirmar que el Sentido de la Vida predice de manera estadísticamente significativa en la Evaluación inicial (T1), las ANS a lo largo de la vida (explicando el 10 % de la varianza) y en el último año (explicando el 8% de la varianza) y los Intentos de Suicidio a lo largo de la vida (explicando el 8 % de la varianza) y en el último año (explicando el 12 % de la varianza). Además, el Sentido de la Vida predice en el seguimiento a los 7 meses (T2) de manera causal las ANS totales (explicando el 7% de la varianza) y los Intentos de Suicidio totales (explicando el 6% de la varianza).

A la vista de los anteriores resultados podemos indicar que las hipótesis se han confirmado.

Respecto a la Hipótesis 8 "*El Sentido de la Vida será una variable predictiva de las Creencias y Actitudes hacia la comida una vez hemos controlado las variables de Preocupación por el sobrepeso y la Evaluación de la Apariencia*" y la Hipótesis 9 "*El Sentido de la Vida será una variable predictiva de la Desesperanza, las funciones de las ANS, Sintomatología Límite e Ideación Suicida una vez hemos controlado las variables Preocupación por el sobrepeso y la Evaluación de la Apariencia*", existen numerosos modelos que intentan explicar la etiología de los TA, pero son pocos los estudios que investigan estos factores de una manera prospectiva.

Hemos propuesto un modelo en el cual el Sentido de la Vida es una variable predictiva de las Creencias y Actitudes hacia la comida (explicando el 53% de la varianza), la Desesperanza (explicando el 66% de la varianza), de la funcionalidad intra e interpersonal de las ANS (explicando el 24% y 16 de la varianza, respectivamente), de la Sintomatología Límite (explicando el 58% de la varianza) y de la Ideación Suicida (explicando el 31% de la varianza) una vez hemos controlado las variables "Preocupación por el sobrepeso" y "Evaluación de la Apariencia", que son las que más se han relacionado en la literatura con la psicopatología propia y asociada de los TA (Claes et al., 2013; Crow et al., 2014; Pisetsky et al., 2015; Robinson et al., 2015; Svirko y Hawton, 2007; Utzinger et al., 2016).

En lo más profundo del hombre se desea ser feliz y sentirse útil, pero en personas con un TA existe una alteración de la escala de valores que les hace anteponer el control de sus vidas, aunque sea doloroso e incierto, antes que vivirla. Prefieren no sentir nada a sentir dolor y no poder controlarlo (Armengou y Giner, 2012). En las últimas décadas, el estudio del Sentido de la Vida ha cobrado mayor interés empírico y se ha demostrado como un factor importante en el bienestar personal y de la salud (Heintzelman y King, 2014; Steger, 2009), en el cual las personas que viven con Sentido manifiestan niveles más altos de autoestima, se encuentran más felices, más satisfechos con su vida (Baumeister, Vohs, Aaker y Garbinsky, 2013; Drescher et al, 2012; Hedayati y Khazaei, 2014; King et al., 2006), y experimentan menores niveles de ansiedad, depresión, afecto negativo (Grouden y Jose, 2015) y Desesperanza (Marco, Pérez y García-Alandete, 2017).

En línea a estos resultados, la investigación ha demostrado que la gravedad de los síntomas es un factor que también puede relacionarse con los niveles de Sentido de la Vida de las personas con trastornos clínicos (Bamford y Sly, 2010; Fox y Leung, 2009; Ishida y Okada, 2006; Steger y Shin, 2010; Triplett, Tedeschi, Cann, Calhoun y Reeve, 2011) y las personas con TA tienen una gran comorbilidad con otros trastornos que hace que su trastorno se agrave y el Sentido de la Vida disminuya.

El modelo predominante actual es el Modelo Transdiagnóstico (Fairburn et al., 2003) de mantenimiento de los TA, que surge ante la eficacia limitada del modelo cognitivo conductual antes mencionado para la BN. Fairburn et al. (2003) extienden el modelo a todos los tipos de TA, añadiendo una serie de mecanismos mantenedores del trastorno, en el cual nosotros consideramos en vista a nuestros resultados, que el Sentido de la Vida también es un factor de predicción transdiagnóstica y podría incluirse como otro de los factores mantenedores de los TA en dicho modelo.

Finalmente, en lo que respecta al Sentido de la Vida, la estrategia de afrontamiento enfocada en el Sentido, puede encontrarse en el núcleo de un ajuste adecuado de la psicopatología de los TA, los pacientes que piensan y sienten que su vida tiene sentido, se ajustan mejor y tienen mejor funcionamiento psicológico durante la enfermedad

2. Limitaciones del estudio

A pesar de los hallazgos y aportaciones mencionados, el presente trabajo no está exento de limitaciones. En primer lugar, debido a que este estudio se llevó a cabo con participantes españoles, no podemos afirmar que nuestros resultados puedan generalizarse a otras culturas. Investigaciones previas sobre el Sentido de la Vida en TA se han centrado solo en un pequeño número de países (Steger y Samman, 2012), por lo tanto, la investigación futura sobre estas variables debería llevar a cabo estudios transculturales.

Del mismo modo, debido a que nuestra muestra estuvo compuesta en su mayoría por mujeres, nuestros resultados no se pueden generalizar a hombres diagnosticados con

TA. En este sentido, para futuros estudios sería importante reclutar más hombres, a fin de poder realizar comparaciones respecto al género.

Respecto a la selección de la muestra, ésta no se obtuvo de manera aleatoria debido a la especificidad del perfil de los participantes, aspecto que habría reducido la muestra final. Además, existió un elevado porcentaje de pérdida entre T1 (Evaluación Inicial) y T2 (Seguimiento a los 7 meses), llegando éste al 48.7% de la muestra.

Otra de las limitaciones es la posible migración de diagnóstico durante el período de seguimiento, ya que hemos utilizado durante todo el estudio el diagnóstico tomado en la primera evaluación (T1). Estas migraciones entre diagnósticos se llaman también "fenómeno crossover" y se pueden observar en los TA (Fairburn y Harrison 2003), por lo que en próximos estudios sería recomendable reevaluar el diagnóstico de cada participante en la evaluación de seguimiento (T2).

Al margen de las limitaciones referidas, el presente trabajo también ofrece una serie de fortalezas, así como aportaciones. En primer lugar, a pesar de su especificidad, la muestra utilizada es grande y comprende participantes con TA de diferentes servicios asistenciales y con los diferentes tipos de diagnósticos (AN, BN, TDA y TANE). Por lo tanto, podemos afirmar que la muestra es representativa de pacientes observados en la práctica clínica diaria, y que estos resultados pueden generalizarse a otras poblaciones de participantes con TA.

3. Directrices futuras

Derivado de nuestros resultados, queremos resaltar algunas directrices futuras para la investigación y la intervención preventiva y clínica de los pacientes con TA. En primer lugar, debemos considerar que la etapa de la vida más relacionada con los TA es la adolescencia, pues es el periodo donde más acontece esta enfermedad (Markey, 2010) y donde se redefine el rol social de cada persona (Xu et al., 2010) desarrollando así su identidad (Klump et al., 2010). Por ello, es importante orientar hacia la búsqueda de un Sentido Vital desde la adolescencia, y conseguir así una vida más productiva (Brassai et al., 2011; 2015), evitando o frenando el desarrollo del TA.

La gran parte de la literatura sobre el Sentido de la Vida se centra en cómo las personas psicológicamente sanas pueden recurrir a un sentido existente de significado en la vida como un amortiguador o mecanismo de afrontamiento cuando se enfrentan a eventos vitales traumáticos o estresantes (Davis, Nolen-Hoeksema y Larsen, 1998; Janoff-Bulman, 1992, Krause, 2007, Linley y Joseph, 2011, Triplett et al., 2011), pero hay escasez de estudios en población clínica y específicamente en TA. Por ello, aunque este trabajo es pionero y muestre resultados importantes sobre cómo el Sentido de la Vida en personas con TA influye en la psicopatología del trastorno, es conveniente realizar más estudios al respecto.

Algunos autores (Richards et al., 2007) han encontrado que la personas con TA a las que se les aplica intervenciones espirituales mejoran más rápidamente durante el primer mes de tratamiento y manifiestan menor sintomatología alimentaria y alteraciones psicológicas que las personas con TA tratadas únicamente con apoyo emocional y cognitivo (Richards et al., 2007). Por otro lado, Frankl utiliza una psicoterapia centrada en el Sentido, "la logoterapia", a fin de tratar el profundo vacío de algunas personas. Este tratamiento ha sido efectivo, ya que ha conseguido disminuir el sufrimiento ayudando a las personas a encontrar Sentido a sus vidas (Martínez y Flórez, 2015).

Más recientemente, los estudios de Wong (2014) sobre el Sentido de la Vida demuestran que la logoterapia junto a la psicología convencional es necesaria para la curación de la persona y, por extensión, es un enfoque que se puede abrir a los TA, contribuyendo a que salgan del "status quo" sin sentido en el que se encuentran en busca de un nuevo significado en sus vidas. Por tanto, conocer el papel predictor del Sentido de la Vida en la psicopatología de los TA, permitirá diseñar programas de prevención e intervenciones terapéuticas para este tipo de trastornos.

Por último, mientras que la literatura sobre la mejora del proceso de creación de Sentido en TA apenas comienza a desarrollarse, un posible componente crítico en la aplicación del Sentido de la Vida a la práctica terapéutica es que dependerá de la conciencia y el conocimiento del clínico para llevarlas a cabo.

4. Conclusiones

-Existen diferencias en el Sentido de la Vida de las personas diagnosticadas con TA en función del tipo de diagnóstico de TA, únicamente entre la ANR y la BN.

-El Sentido de la Vida está relacionado con la psicopatología propia de los TA (Imagen Corporal y Creencias y Actitudes hacia la comida) en la Evaluación Inicial (T1) y a los 7 meses de seguimiento (T2).

-El Sentido de la Vida está relacionado con la psicopatología asociada (Desesperanza, ANS, Sintomatología Límite e Ideación Suicida) de los TA en la Evaluación Inicial (T1) y a los 7 meses de seguimiento (T2).

-El el Sentido de la Vida tiene un papel predictor en la frecuencia de las ANS e Intentos de Suicidio a lo largo de la vida y en el último año tanto en la Evaluación Inicial (T1), como a los 7 meses de seguimiento (T2).

-El Sentido de la Vida es una variable predictiva de las Creencias y Actitudes hacia la comida propias de los TA, de la Desesperanza, las ANS, Sintomatología Límite e Ideación Suicida una vez hemos controlado las variables Preocupación por el Sobrepeso y la Evaluación de la Apariencia

REFERENCIAS

Referencias

Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Amianto, F., Marzola, E., y Fassino, S. (2010). Attachment insecurity, personality, and body dissatisfaction in eating disorders. *Journal of Nervous Mental Disease, 198*(7), 520-524. doi: 10.1097/ NMD.0b013e3181e4c6f7

Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review, 96*(2), 358-372. doi: 10.1037 / 0033-295X.96.2.358

Agras, W. S., Bryson, S., Hammer, L. D., y Kraemer, H. C. (2007). Childhood risk factors for thin body preoccupation and social pressure to be thin. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(2), 171-178. doi: 10.1097/chi.0b013e31802bd997

Aguilar, E. J., Haas, G., Manzanera, F. J., Hernandez, J., Gracia, R., Rodado, M. J., y Keshavan, M. S. (1997). Hopelessness and first-episode psychosis: a longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *96*(1), 25-30. doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb09900.x

Ahrén-Moonga, J., Holmgren, S., Von Knorring, L., y Af Klinteberg, B. (2008). Personality traits and self-injurious behaviour in patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review, 16*(4), 268-275. doi: 10.1002/erv.860

Allen, K. L., Byrne, S. M., Oddy, W. H., y Crosby, R. (2013). Eating disorders in adolescents: prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(3), 720-732. doi: 10.1037/a0034004

Allyon, T., Haugthton, E., y Osmond, H. O. (1964). Chronic anorexia: A behaviour problema. *Canadian psychiattric Association Journal, 9*(1), 147-154. doi: 10.1177/070674376400900210

American Psychiatric Association [APA]. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association [APA]. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III).* Barcelona, Masson: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association [APA]. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-TR).* Barcelona, Masson: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association [APA]. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).* Barcelona, Masson: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association [APA]. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR).* Barcelona, Masson: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association [APA]. (2003). *Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors:* American Pychiatric Association. Recuperado de: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_14.aspx

Anderluh, M. B., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., y Treasure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. *American Journal Psychiatry, 160*(2), 242-247. doi: 10.1176/appi.ajp.160.2.242

Andover, M. S., Morris, B. W., Wren, A., y Bruzzese, M. E. (2012). The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates Child and Adolescent. *Psychiatry and Mental Health, 6*(1), 11. doi: 10.1186/1753-2000-6-11

Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C., y Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: a systematic review and testable model. *Clinical psychology review, 33*(1), 156-167. doi: 10.1016/j.cpr.2012.10.009

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., y Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*, *68*(7), 724-731. doi: 10.1016/j.cpr.2012.10.009

Armengou, E., y Giner, M. (2012). Los trastornos de la conducta alimentaria desde la logoterapia y viceversa. *Boletín de logoterapia y análisis existencial, 16*(1), 39. Recuperado de: http://www.logoterapia.net/uploads/nous16r_2190143.pdf#page=39

Attia, E., y Roberto, C. A. (2009). Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa?. *International Journal of Eating Disorders*, *42*(7), 581-589. doi: 10.1002/eat.20720

Bamford, B. y Sly, R. (2010). Exploring quality of life in the eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *18*(2), 147-153. doi: Bamford, B. y Sly, R. (2010). Exploring quality of life in the eating disorders

Barenz, J. D. (2014). Trauma, symptomology, and meaning in life: A comparison between clinical samples and healthy controls (Doctoral dissertation, Colorado State University). doi: 10.1037/e562182014-001

Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological review*, *97*(1), 90-113. doi: 10.1037/0033-295X.97.1.90

Baumeister, R. F., Vohs, K. D., Aaker, J. L., y Garbinsky, E. N. (2013). Some key differences between a happy life and a meaningful life. *The Journal of Positive Psychology, 8*(6), 505-516. doi: 10.1080/17439760.2013.830764

Barlett, C. P., Vowels, C. L., y Saucier, D. A. (2008). Meta-Analyses of the Effects of Media Images on Men's Body-Image Concerns. *Journal of Social and Clinical Psychology, 27*(3), 279-310. doi: 10.1521/jscp.2008.27.3.279

Bearman, S., Presnell, K., Martinez, E., y Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence, 35*(2), 229-241. doi:10.1007/s10964-005-9010-9

Beautrais, A. L., Collings, S. C. D., y Ehrhardt, P. (2005). *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention.* Wellington: Ministry of Health

Beck, A. T., Kovacs, M., y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*(2), 343. doi: 10.1037/0022-006X.47.2.343

Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Helplessness Scale. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 42*(6), 861-865. doi:10.1037/h0037562

Becker, C. B., Plasencia, M., Kilpela, L. S., Briggs, M., y Stewart, T. (2014). Changing the course of comorbid eating disorders and depression: what is the role of public health interventions in targeting shared risk factors?. *Journal of eating disorders, 2*(1), 15. doi: 10.1186/2050-2974-2-15

Berges, J. M., Wall, M., Larson, N., Eisenberg, M. E., Loth, K. A., y Neumark-Sztainer, D. (2014). The unique and additive associations of family functioning and parenting practices with disordered eating behaviors in diverse adolescents. *Journal of Behavioral Medicine, 37*(2), 205-217. doi:10.1007/s10865-012-9478-1

Birmingham, C. L., Touyz, S., y Harbottle, J. (2009). Are anorexia nervosa and bulimia nervosa separate disorders? Challenging the 'transdiagnostic'theory of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *17*(1), 2-13. doi:10.1002/ERV.896

Blodgett-Salafia, E. H., y Gondoli, D. M. (2011). A 4-Year Longitudinal Investigation of the Processes by Which Parents and Peers Influence the Development of Early Adolescent Girls' Bulimic Symptoms. *Journal of Early Adolescence, 31*(3), 390-414. doi: 10.1177/0272431610366248

Boone, L., Braet, D., Vandereycken, W., y Claes, L. (2012). Are maladaptative schema domains and perfectionism related to body image concerns in eating disorder patients?. *European Eating Disorders Review, 21*(1), 45-51. doi: 10.1002/erv.2175

Borda-Mas, M., Avargues Navarro, M. L., López Jiménez, A. M., Torres Pérez, I., Del Río Sánchez, C., y Pérez San Gregorio, M. A. (2011). Personality traits and eating disorders: Mediating effects of self-esteem and perfectionism. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *11*(2), 205-227. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33716996002

Brassai, L., Piko, B., Steger, M. (2011). Meaning in life: is it a protective factor for adolescents' psychological health? International. *Journal of Behavioral Medicine, 18*(1), 44-51. doi: 10.1007/s12529-010-9089-6

Brassai, L., Piko, B. F., y Steger, M. F. (2015). A reason to stay healthy: The role of meaning in life in relation to physical activity and healthy eating among adolescents. *Journal of health psychology*, *20*(5), 473-82. doi: 10.1177/1359105315576604

Briere, J., y Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American journal of Orthopsychiatry*, *68*(4), 609-620. doi: 10.1037/h0080369

Brockmeyer, T., Holtforth, M. G., Bents, H., Kämmerer, A., Herzog, W., y Friederich, H. C. (2013). The Thinner the Better: Self- Esteem and Low Body Weight in Anorexia Nervosa. *Clinical psychology psychotherapy, 20*(5), 394-400. doi: 10.1002/cpp.1771

Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., Y Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*, *68*(3), 371-377. doi: 10.1037//0022-006x.68.3.371

Brown, T., Cash, T., y Mikulka, P. (1990). Attitudinal Body Image Assessment: Factor Annalysesof the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment, 55*(1-2), 134-155. doi: 10.1207/s15327752jpa5501&2_13

Brumberg, J. J. (1988). *Fasting girls: The emergence of anorexia nervosa as a modern disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bucchianeri, M. M., Arikian, A. J., Hannan, P. J., Eisenberg, M. E., y Neumark-Sztainer, D. (2013). Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Body image*, *10*(1), 1-7. doi: 10.1016/j.bodyim.2012.09.001

Button, E. J., Sonuga-Barke, E. J. S., Davies, J., y Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: Questionnaire findings. *British Journal of Clinical Psychology, 35*(2), 193-203. 10.1111/j.2044-8260.1996.tb01176.x

Campbell, I., Mill, J., Uher, R., y Schmidt, U. (2011). Eatings disorders, gene-environment interaction and epigenetics. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 35*(3), 783-793. doi:10.1016/j.neubiorev.2010.09.012

Carter, J. C., Blackmore, E., Sutandar-Pinnock, K., y Woodside, D. B. (2004). Relapse in anorexia nervosa: A survival analysis. *Psychological Medicine, 34*(4), 671-79. doi: 10.1017/S0033291703001168

Cassin, S. E., y von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychology Review, 25*(7), 895-916. doi: 10.1016/j.cpr.2005.04.012

Cash, T. F. (1990). *Body image enhancement: A program for overcoming a negative body image*. New York: Guilford.

Cash, T. F. (2000). MBSRQ Users' Manual. 3rd rev. *Unpublished user's manual*, Old Dominion University, Norfolk, VA.

Cash, T. F., Morrow, J. A., Hrabosky, J. I., y Perry, A. A. (2004). How has body image changed? A cross-sectional investigation of college women and men from 1983 to 2001. *Journal of consulting and clinical psychology*, *72*(6), 1081. doi: 10.1037/0022-006x.72.6.1081

Cash, T. F. (2004). Body image: past, present, and future. *Body Image,* 1, 1–5. doi: 10.1016/S1740- 1445(03)00011-1

Cash, T. F. (2011). Cognitive behavioral perspectives on body image. In T. F. Cash y L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 39–47). New York, NY: Guildford Press.

Castro, J., Toro, J., Salamero, M., y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica, 7*(2), 175- 190. Recuperado de http://psycnet.apa.org/record/1992-18305-001

Celis, A., y Roca, E (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria seguún la visión transdiagnóstico. *Acción Psicológica, 8*(1), 21-33. doi: 10.5944/ap.8.1.198

Cervone, D. y Pervin, L. A. (2015). *Personality, binder ready version: theory and research*. John Wiley y Sons.

Claes, L., Luyckx, K., y Bijttebier, P. (2014). Non-suicidal self-injury in adolescents: Prevalence and associations with identity formation above and beyond depression. *Personality and individual differences, 61,* 101-104. doi: 10.1016/j.paid.2013.12.019

Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *Nonfatal Hospitalized Injuries, Both Sexes, All Ages, United States, 2010. CDC (WISQARS).* Recuperado de https://wisqars.cdc.gov:8443/costT/

Chesney, E., Goodwin, G. M. y Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry, 13*(2), 153-160. doi: 10.1002/wps.20128

Claes, L., Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Botella, C., Casanueva, F. F., De la Torre, R., ... de Bernabé, M. M. G. (2013). Co-occurrence of non-suicidal self-injury and impulsivity in extreme weight conditions. *Personality and Individual Differences,* 54(1), 137-140. doi:10.1016/j.paid.2012.07.035

Claes, L., Islam, M. A., Fagundo, A. B., Jimenez-Murcia, S., Granero, R., Agüera, Z., ... y Fernández-Aranda, F. (2015). The relationship between non-suicidal self-injury and the UPPS-P impulsivity facets in eating disorders and healthy controls. *PloS one, 10*(5), e0126083. doi:10.1371/journal.pone.0126083

Claes, L., Luyckx, K., Bijttebier, P., Turner, B., Ghandi, A., Smets, J., ... y Hoksbergen, I. (2015). Non-Suicidal Self-Injury in Patients with Eating Disorder: Associations with Identity Formation Above and Beyond Anxiety and Depression. *European eating disorders review, 23*(2), 119-125. doi:10.1002/erv.2341

Claes, L., y Muehlenkamp, J.J. (Eds.). (2014). *Non-suicidal Self-injury in Eating Disorders*. Springer: Heidelberg.

Claes, L., Muehlenkamp, J., Vandereycken, W., Hamelinck, L., Martens, H., y Claes S. (2010). Comparison of non-suicidal self-injurious behavior and suicide attempts in patients admitted to a psychiatric crisis unit. *Personality and individual differences, 48*(1), 83-87. doi: 10.1016/j.paid.2009.09.001

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd. doi: 10.4324/9780203771587

Cohen, K., y Cairns, D. (2010). Is Searching for Meaning in Life Associated with Reduced Subjective and Psychological Well-Being?. *International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy*, *3*(1), 1-5 doi: 10.1007/s10902-011-9265-7

Combs, J. L., Pearson, C. M., Zapolski, T. C., y Smith, G. T. (2013). Preadolescent disordered eating predicts subsequent eating dysfunction. *Journal of Pediatric Psychology, 38*(1), 41-49. doi:10.1093/jpepsy/jss094

Comeche, M. I., Díaz, M. I., y Vallejo, M. A. (1995). *Questionnaires, inventories and scales. Anxiety, depression and social skills. [Cuestionarios, inventarios y escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales]*. Madrid, Spain: Fundación Universidad Empresa.

Cooper, M. J. (2005). Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress, development and future direction. *Clinical Psichology Review, 25*(4), 511-531. doi: 10.1016/j.cpr.2005.01.003

Cooper, Z. (2015). Enhanced Cognitive Behavior Treatment: Transdiagnostic Theory and Treatment. *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders*, 1-8. doi: 10.1007 / 978-981-287-087-2_63-1

Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., y Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health, 31*(2), 166-175. doi: 10.1016/S1054-139X(02)00368-3

Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D., y Mitchell, J. E. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry, 166(12)*, 1342–1346. doi: 10.1176/appi. ajp.2009.09020247

Crow, S. J., Swanson, S. A., le Grange, D., Feig, E. H., y Merikangas, K. R. (2014). Suicidal behavior in adolescents and adults with bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry, 55*(7), 1534-1539. doi: 10.1016/j.comppsych.2014.05.021

Crumbaugh, J. C., y Maholick, L. T. (1969). *Manual of instructions for the Purpose in Life Test*. Saratoga, CA: Viktor Frankl Institute of Logotherapy.

Cruz, J. (1995). *El refrán dietético en la obra de Sorapán de Rieros*. 1ª ed. Pamplona: Universidad de Navarra.

Cuerda, M. C., Bretón, I., Miguel-Camblor, M. A., y García, P. (2012). Tratamiento nutricional de los TCA. En D. Luis, D. Bellido y P. P. García (Eds.), *Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo* (pp. 147-158). Recuperado de: http://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788479789640.pdf

Cumella, E. J., y Kally, Z. (2008). Profile of 50 women with midlife-onset eating disorders. *Eating Disorders, 16*(3), 193-203. doi: 10.1080/10640260802016670

Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J., y Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *British Journal of Psychiatry, 186*(2)**,** 132–135. doi: 10.1192/bjp.186.2.132

Dakanalis, A., y Riva, G. (2013). Current considerations for eating and body-related disor- ders among men. En L. B. Sams y J. A. Keels (Eds.), *Handbook of body image: Gender differences, sociocultural influences and health implications* (pp. 195-216). New York: Nova Science Publishers.

Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., y Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology, 75(2)*, 561-574. doi: 10.1037/0022-3514.75.2.561

DeWitz, J. S., Woolsey, L. M., y Walsh, B. W. (2009). College student retention: An exploration of the relationship between self-efficacy beliefs and purpose in life among college students. Journal of College Student Development, 50(1), 19–34. doi: 10.1353/csd.0.0049

De Leo, D., y Heller, T. S. (2004). Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *Medical journal of Australia, 181*(3), 140. Recuperado de: https://www.mja.com.au/system/files/issues/181_03_020804/del10634_fm.pdf

Díaz, A. C., González, A. M., Minor, N., y Moreno, O. (2008). La conducta autodestructiva relacionada con trastornos de personalidad en adolescentes mexicanos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 11*(4). Recuperado de http://revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/18609/17662

Díaz de Neira, M., García-Nieto, R., de León-Martínez, V., Pérez Fominaya, M., Baca-García, E., y Carballo, J. J. (2015). Prevalencia y funciones de los pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 8*(3), 137-145. doi: 10.1016/j.rpsm.2013.09.003

Drescher, C. F., Baczwaski, B. J., Walters, A. B., Aiena, B. J., Schulenberg, S. E., y Johnson, L. R. (2012). Coping with an ecological disaster: The role of perceived meaning in life and selfefficacy following the Gulf Oil Spill. *Ecopsychology, 4*(1) 56–63. doi:10.1089/eco.2012.0009

Duffy, R. D., y Raque-Bogdan, T. L. (2010). The motivation to serve others: Exploring relations to career development. *Journal of Career Assessment, 18*(3), 250-265. doi: 10.1177/1069072710364791

Díaz, M., García-Nieto, R., de León-Martinez, V., Pérez, M., Baca-García, E., y Carballo, J. J. (2015). Prevalencia y funciones de los pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental. *Revista de psiquiatría y salud mental, 8*(3), 137-145. doi: 10.1016/j.rpsm.2013.09.003

Edwards, M. J., y Holden, R. R. (2003). Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: Examining gender differences. *Journal of Clinical Psychology, 59*(10), 1133-1150. doi: 10.1002/jclp.10206

Eisenberg, M. E., y Neumark-Sztainer, D. (2010). Friends' Dieting and Dis- ordered Eating Behaviors Among Adolescents Five Years Later: Findings From Project EAT. *Journal Adolescent Health, 47*(1), 67-73. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.12.030.

Eisenberg, M. E., Wall, M., Shim, J. J., Bruening, M., Loth, K., y Neumark-Sztainer, D. (2012). Associations between friends' disordered eating and muscle-enhancing behaviors. *Social Science & Medicine, 75*(12), 2242-2249. doi:10.1016/j.socscimed.2012.08.024

Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders.* New York, NY: Guilford Press.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Bohn, K., O'Connor, M. E., Doll, H. A., y Palmer, R. L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy, 45*(8), 1705-1715. doi: 10.1016/j.brat.2007.01.010

Fairburn, C. G., Cooper, Z., y Cooper, P. J. (1986). The clinical features and maintenance of bulimia nervosa. En K. D. Brownell y J. P. Foreyt (Eds.), *Handbook of eating disorders: Physiology, psychology and treatment of obesity, anorexia and bulimia* (pp 389-404). Nueva York, NY: Basic Books.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A `transdiagnostic´theory and treatment. *Behaviour research and therapy, 42*(5), 509-528. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00088-8

Fairburn, C. G., y Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet, 361*(9355), 407-416. doi: 10.1016/S0140-6736(03)12378-1

Fairnburn, C. G., Shafran, R., y Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory og anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy, 37*(1), 1-13. doi: 10.1016/S0005-7967(98)00102-8

Fernández-Aranda, F., Krug, I., Granero, R., Ramón, J. M., Badia, A., Giménez, L., … y Treasure, J. (2007). Individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: an analysis of associated eating disorder factors. *Appetite, 49*(2), 476-485. doi: 10.1016/j.appet.2007.03.004

Fernández, M. P., Encinas, F. L., y Escursell, R. R. (2004). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, *6*, 71-72. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Rosa_Raich/publication/39238019_Epidemiologia_de_los_trastornos_de_la_conducta_alimentaria_en_Espana_revision_y_estado_de_la_cuestion/links/0912f50c4a81270106000000.pdf

Fichter, M. M., Quadflieg, N., y Hedlund, S. (2008). Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: Relevance for nosology and diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, *41*(7), 577-586. doi: 10.1002/eat.20539

Field, A. E., Javaras, K. M., Aneja, P., Kitos, N., Camargo, C. A., Taylor, C. B., y Laird, N. M. (2008). Family, Peer, and Media Predictors of Becoming Eating Disordered. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 162*(6), 574-579. doi:10.1001/archpedi.162.6.574

Field, D., Garland, M., y Williams, K. (2003). Correlates of specific childhood feeding problems. *Journal of Pediatrics and Child Health, 39*(4), 299-304. doi: 10.1046/j.1440-1754.2003.00151.x

Fietz, M., Touyz, S., y Hay, P. (2014). A risk profile of compulsive exercise among adolescents with an eating disorder: A systematic review. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice, 2*(3), 241-263. doi: 10.1080/21662630.2014.894470

First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., y Spitzer, R. L. (2016). *Structured clinical interview for DSM-5 disorders, clinician version (SCID-5-CV)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Forrest, L. N., Zuromski, K. L., Dodd, D. R., y Smith, A. R. (2017). Suicidality in adolescents and adults with binge-eating disorder: Results from the national comorbidity survey replication and adolescent supplement. *International journal of eating disorders, 50*(1), 40-49. doi: 10.1002/eat.22582

Fox, K. R., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Bentley, K. H., y Nock, M. K. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical psychology review, 42*(1), 156-167. doi:10.1016/j.cpr.2015.09.002

Fox, A. P., y Leung, N. (2009). Existential well-being in younger and older people with anorexia nervosa. – A preliminary investigation. *European Eating Disorders Review, 17,* 24-30. doi: 10.1002/erv.895

Frank, G. K. (2016). The Perfect Storm - A Bio-Psycho-Social Risk Model for Developing and Maintaining Eating Disorders. *Frontiers in Behavioral Neuroscience, 10*(1), 44. doi: 10.3389/fnbeh.2016.00044

Frank, G. K., Reynolds, J. R., Shott, M. E., Jappe, L., Yang, T. T., Tregellas, J. R., y O'Reilly, R. C. (2012). Anorexia nervosa and obesity are associated with opposite brain reward response. *Neuropsychopharmacology, 37*(9), 2031-2046. doi: 10.1038/npp.2012.51

Frankl, V. E. (1978). *Psicoanálisis y Existencialismo. De la Psicoterapia a la Logoterapia*. México: Fondo de Cultura Económica.

Frankl, V. E. (1994). *La voluntad de sentido. Conferencias escogidas sobre logoterapia*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. E. (2001). *Psicoterapia y existencialismo. Escritos selectos sobre logoterapia.* Barcelona: Herder.

Frankl, V. E. (2003). The Unheard Cry for Meaning [Ante el vacío existencial]. Barcelona: Herder

Frankl, V. E. (2010). *Psicoanálisis y existencialismo: de la psicoterapia a la logoterapia*. Fondo de Cultura Económica.

Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Jaroszewski, A. C., ... y Nock, M. K. (2016). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin, 143*(2), 187-232. doi: 10.1037/bul0000084

Franklin, J. C., Puzia, M. E., Lee, K. M., y Prinstein, M. J. (2014). Low implicit and explicit aversion toward self-cutting stimuli longitudinally predict nonsuicidal self-injury. *Journal of Abnormal Psychology, 123*(2), 463–469. doi: 10.1037/a0036436

Frederick, D. A., Peplau, L. A., y Lever, J. (2006). The swimsuit issue: Correlates of body image in a sample of 52.677 heterosexual adults. *Body Image, 3*(4), 413-419. doi: 10.1016/j.bodyim.2006.08.002

Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Martinsen, E. W., Schmierer, P., y Rosenvinge, J. H. (2014). Personality disorders in eating disorder not otherwise specified and binge eating disorder: a meta-analysis of comorbidity studies. *The Journal of nervous and mental disease, 202*(2), 119-125. doi: 10.1097/NMD.0000000000000080

García-Alandete, J., Gallego-Pérez, J., y Pérez-Delgado, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica, 8*(2), 447-454. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/647/64712165013.pdf

Garcia-Camba, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Masson.

García-Fernández, J. M., Inglés, C. J., Vicent, M., Gonzálvez, C., Gómez-Núñez, M. I., y Poveda-Serra, P. (2016). Perfectionism during childhood and adolescence. Bibliometric and thematic analysis (2004-2014). *Revista iberoamericana de psicología y Salud, 7*(2), 79-88. doi: 10.1016/j.rips.2016.02.001

García-Palacios, A. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 70-74. Dsiponible en: https:// Dialnet-ElTrastornoPorAtraconEnElDSM5-4803021.pdf

Gardner, R. M., Stark, K., Friedman, B. N., Jackson, N. A. (2000) Predictors of eating disorder scores in children ages 6 through 14: a longitudinal study. *Journal Psychosomatic Research, 49*(3), 199–205. doi: 10.1016/S0022-3999(00)00172-0

Garner, D. M., y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*(02), 273- 279. doi: 10.1017/S0033291700030762

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., y Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine, 12*(04), 871-878. doi: 10.1017/S0033291700049163

Gartner A. F., Marcus, R. N., Halmi, K., y Loranger, A. W. (1989). DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry, 146*(12), 1585-1591. doi: 10.1176/ajp.146.12.1585

Gianninni, A. J. (1993). A history of bulimia. En A. J. Gianninni y A. E. Slaby (Eds.) *The eating disorders. 1ª ed* (pp.18-21). Nueva York: Springer-Verlag.

Golan, M. (2006). Parents as agents of change in childhood obesity - from research to practice. *International Journal of Pediatric Obesity, 1*(2), 66-76. doi: 10.1080/17477160600644272

Goldschmidt, A. B., Lavender, J. M., Hipwell, A. E., Stepp, S. D., y Keenan, K. (2017). Emotion regulation and loss of control eating in community-based adolescents. *Journal of abnormal child psychology, 45*(1), 183-191. doi: 10.1007/s10802-016-0152-x

Gonçalves, S., Silva, M., Gomes, A. R., y Machado, P. P. (2012). Disordered eating among preadolescent boys and girls: the relationship with child and maternal variables. *Nutrients, 4*(4), 273-85. doi: 10.3390/nu4040273

Goodman, A., Heshmati, A., Malki, N., y Koupil, I. (2014). Associations between birth characteristics and eating disorders across the life course: findings from 2 million males and females born in Sweden, 1975–1998. *American journal of epidemiology, 179*(7), 852-863. doi: 10.1093/aje/kwt445

Goyal, S., Balhara, Y. P. S., y Khandelwal, S. K. (2012). Revisiting classification of eating disorders-toward diagnostic and statistical manual of mental disorders-5 and international statistical classification of diseases and related health problems-11. *Indian journal of psychological medicine, 34*(3), 290. doi: 10.4103/0253-7176.106041

Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T, Lejuez, C. W., y Gunderson, J. G. (2010). An experimental investigation of emotional reactivity and delayed emotional recovery in borderline personality disorder: The role of shame. *Comprehensive Psychiatry, 51*(3), 275-285. doi: 10.1016/j.comppsych.2009.08.005

Groschwitz, R. C., Kaess, M., Fischer, G., Ameis, N., Schulze, U. M., Brunner, R., … y Plener, P. L. (2015). The association of non-sucicidal self-injury and suicidal behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatry Research, 228(1),* 454-461. doi: 10.1016/j.psuchres.2015.06.019

Grouden, M. E., y Jose, P. E. (2015). Do sources of meaning differentially predict search for meaning, presence of meaning, and wellbeing? *International Journal of Wellbeing, 5*(1), 33-52. doi:10.5502/ijw.v5i1.3

Gull, W, W. (1874). Anorexia Nervosa. *The Lancet, 131*(3368), 516-517. doi: 10.1016/s0140-6736(00)48519-3

Gunnard, K., Krug, I., Jiménez-Murcia, S., Penelo, E., Granero, R., Tesoro, J., ... y Fernández-Aranda, F. (2012). Relevance of Social and Self-standards in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review, 20*(4), 271-278. doi: 10.1002/erv.1148

Gustafsson, A., Edlund, B., Kjellin, L., y Norring, C. (2009). Risk and protective factors for disturbed eating in adolescent girls - aspects of perfectionism and attitudes to eating and weight. *European Eating Disorders Review, 17*(5), 380-389. doi: 10.1002/erv.930

Guttmann, D. (1996). *Logotherapy for the helping professional: Meaningful social work*. New York: Springer

Habermas T. (1996). Friderada: A case of miracolous fasting. *International Journal of Eating Disorders*, *5*(3): 555- 562. doi: 10.1002/1098-108x(198603)5:3<555::aid-eat2260050312>3.0.co;2-g

Haedt-Matt, A. A., y Keel, P. K. (2011). Revisiting the affect regulation model of binge eating: A meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *Psychological Bullet, 137*(4), 660-681. doi: 10.1037/a0023660

Haines, J., Kleinman, K. P., Rifas-Shiman, S. L., Field, A. E., y Austin, B. (2010). Examination of shared risk and protective factors for overweight and disordered eating among adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 164*(4), 336-343. doi: 10.1001/archpediatrics.2010.19

Haines, J., y Neumark-Sztainer, D. (2006). Prevention of obesity and eating disorders: A consideration of shared risk factors. *Health Education Research, 21*(6), 770-782. doi: 10.1093/her/cyl094

Hamza, C. A., Stewart, S. L., y Willoughby, T. (2012). Examining the link between non- suicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical PsychologyReview, 32*(6), 482-495. doi: 10.1016/j.cpr.2012.05.003

Hamza, C. A., y Willoughby, T. (2014). A longitudinal person-centered examination of nonsuicidal self-injury among university students. *Journal of youth and adolescence, 43*(4), 671-685. doi: 10.1007/s10964-013-9991-8

Harris, R. B. (2015). Chronic and acute effects of stress on energy balance: are there appropriate animal models? *American Journal of Physiology. Regulatory, Integrative and Comarative Physiology, 308*(4), 250-265. doi:10.1152 / ajpregu.00361.2014

Hawton, K., y van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet, 373*(9672), 1372-1381. doi: 10.1016/s0140-6736(09)60372-x

Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., y Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ, 325*(7374), 1207-1211. doi: 10.1136/bmj.325.7374.1207

Haynos, A. F., Roberto, C. A., Martinez, M. A., Attia, E., y Fruzzetti, A. E. (2014). Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa before and after inpatient weight restoration. *International Journal of Eating Disorders, 47*(8), 888-891. doi: 10.1002 / eat.22265

Heatherton, T. F., y Polivy, J. (1992). Chronic dieting and eating disorders: A spiral model. In J. H. Crowther, D. L. Tennenbaum, S. E. Hobfoll, & M. A. P. Stephens (Eds.), *Series in applied psychology: Social issues and questions. The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context* (pp. 133-155).

Washington, DC, US: Hemisphere Publishing Corp. doi: 10.1007/978-981-287-104-6_94

Hedayati, M., y khazaei, M. (2014). An Investigation of the Relationship between Depression, Meaning in Life and Adult Hope. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 114*(1), 598-601. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.12.753

Heintzelman, S. J., y King, L. A. (2014). Life Is Pretty Meaningful. *American Psychologist, 69*(6), 561-574. doi: 10.1037/a0035049

Herdman, T. H., y Kamitsuru, S. (Eds.). (2014). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015-2017*. Oxford: Wiley Blackwell.

Herpertz-Dahlmann, B., Muller, B., Herpetz, S., Heussen, N., Hebebrand, J., y Remschdmidt, H. (2001). Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa-course, outcome., psychiatry comorbidity, and psychosocial adaptation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *42*(5), 603-12. doi: 10.1002/cpp.623

Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., y Caelian, C. F. (2006). Trait perfectionism dimensions and suicide behavior. En T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and practice* (pp. 215-235). Washington, DC: American Psychological Association.

Hicks, J. A., y King, L. A. (2009). Meaning in life as a subjective judgment and lived experience. *Social and Personality Psychology Compass, 3*(4), 638-653. doi: 10.1111/j.1751-9004.2009.00193.x

Hilbert, A., Hartmann, A. S., Czaja, J., y Schoebi, D. (2013). Natural course of preadolescent loss of control eating. *Journal of abnormal psychology, 122*(3), 684-693. doi: 10.1037/a0033330

Hill, M. L., Masuda, A., y Latzman, R. D. (2013). Body image flexibility as a protective factor against disordered eating behavior for women with lower body mass index. *Eating Behaviors, 14* (3), 336-341. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.06.003

Hill, P. L., y Turiano, N. A. (2014). Purpose in life as a predictor of mortality across adulthood. *Psychological Science, 25*(7), 1482-1486. doi: 10.1177/0956797614531799

Hoek, H. W. (1991). The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. *Psychological Medicine, 21*(2), 455. doi: 10.1017/s0033291700020560

Hoek, H. W. (2013). Classication, epidemiology and treatment of DSM-5 feeding and eating disorders. *Current Opinion Psychiatry, 26*(6), 529-531. doi: 10.1097/yco.0b013e328365b656

Hoek, H. W., y Elburg, A. (2014). Voedings-en eetstoornissen in de DSM-5. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 56*(3), 187-91. Recuperado de: http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/56-2014-3-artikel-hoek.pdf

Hoeken, D., Veling, W., Sinke, S., Mitchell, J. E., y Hoek, H. W. (2009). The validity and utility of subtyping bulimia nervosa. *International Journal Eating Disorders, 42*(7), 595-602. doi: 10.1097/yco.0b013e328365b656

Houben, M., Claes, L., Vansteelandt, K., Berens, A., Sleuwaegen, E., y Kuppens, P. (2017). The emotion regulation function of non-suicidal self-injury: A momentary assessment study in inpatients with borderline personality disorder features. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(1), 89-95. doi: 10.1037/abn0000229

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., y Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry, 61*(3), 348-358. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040

Hunter, E. C., y O'Connor, R. C. (2003). Hopelessness and future thinking in parasuicide: The role of perfectionism. *British Journal of Clinical Psychology, 42*(4), 355-365 doi:10.1348/014466503322528900

Iliceto, P., Pompili, M., Candilera, G., Borges, G., Lamis, D. A., Serafini, G., y Girardi, P. (2013). Suicide Risk and Psychopathology in Immigrants: A Multi-Group Confirmatory Factor Analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48*(7), 1105-114. doi:10.1007/s00127-012-0608-4

Imaz, C., Ballesteros, M., Higuera, M. y Conde, V. (2008). Análisis asistencial en los trastornos del comportamiento alimentario en Valladolid. *Actas Españolas de Psiquiatría, 36(2),* 75-81.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2017). Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2016. INE. Recuperado de www.ine.es

Irala, J., Cano-Prous, A., Lahortiga-Ramos, F., Gual-García, P., Martínez-González, M. A., y Cervera-Enguix, S. (2008). Validación del cuestionario Eating Attitudes Test (EAT) como prueba de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la población general. *Medicina clínica, 130*(13), 487-491. doi: 10.1157/13119489

Ishida, R., y Okada, M. (2006). Effects of a firm purpose in life on anxiety and sympathetic nervous activity caused by emotional-stress: Assessment by psycho-physiological method. *Stress and Health*, 22(4), 275-281. doi: 10.1002/smi.1095

Isomaa, R., Isomaa, A. L., Marttunen, M., Kaltiala-Heino, R., y Björkqvist, K. (2009) The prevalence, incidence and development of eating disorders in Finnish adolescents: a two-step 3-year follow-up study. *European Eating Disorders Review, 17(*3), 199-207. doi: 10.1002/erv.919

Jackson, T., y Chen, H. (2011). Risk factors for disordered eating during early and middle adolescence: prospective evidence from mainland Chinese boys and girls. *Journal of abnormal psychology, 120*(2), 454-64. doi: 10.1037/a0022122

Jacobi, C., y Fittig, E. (2010). Psychosocial Risk Factors for Eating Disorders. En W. S. Agras (Ed.), *The Oxford Handbook of Eating Disorders* (pp.123-136). doi: 10.1093/oxfordhb/9780195373622.013.0008

Jacobi, C., Haiward, C., de Swaan, M., Kraemer, H. C., y Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: aplication of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological bulletin, 130*(1), 19-65. doi: 10.1037/0033-2909.130.1.19

Jacobson, C. M., y Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research, 11*(2), 129-147. doi: 10.1080 / 13811110701247602.

Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., y Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*(2), 363-375. doi: 10.1080 / 15374410801955771.

James, R. A. (1743). *Medical dictionary.* Londres: Osborne.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma.* New York: Free Press.

Jáuregui-Lobera, I., y Bolaños-Ríos, P. (2012). Review of nutritional and dietary management of anorexia nervosa. *Revista Médica de Chile, 140*(1), 98-107. doi:/S0034-98872012000100015

Joiner, T. E. (2005). *Why People Die By Suicide*. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press

Jones, W. R., y Morgan, J. F. (2010). Eating disorders in men: A review of the literatura. *Journal of Public Mental Health, 9*(2), 23-31. doi: 10.5042/jpmh.2010.0326

Kashdan, T. B., Biswas-Diener, R., y King, L. A. (2008). Reconsidering happiness: the costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *The Journal of Positive Psychology, 3*(4), 219-233. doi: 10.1080/17439760802303044

Kashdan, T. B., y McKnight, P. E. (2013) Commitment to a purpose in life: An antidote to the suffering by individuals with social anxiety disorder. *Emotion, 13*(6), 1150-1159. doi: 10.1037/a0033278

Kaye, W. H., Wierenga, C. E., Bailer, U. F., Simmons, A. N., y Bischoff-Grethe, A. (2013). Nothing tastes as good as skinny feels: the neurobiology of anorexia nervosa. *Trends in Neurosciences, 36*(2), 110-120. doi: 10.1016/j.tins.2013.01.003

Kazdin, A. (2003). *Research Design in Clinical Psychology (4th ed. ed.).* Boston: Allyn & Bacon.

Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., ... y Bruffaerts, R. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological psychiatry, 73*(9), 904-914. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.11.020

Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Linna, M. S., Raevuori, A., Sihvola, E., Bulik, C. M., … y Kaprio, J. (2009). Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychological Medicine, 39*(5), 823-831. doi: 10.1017/s0033291708003942

Keski-Rahkonen, A., Raevuori, A., Bulik, C. M., Hoek, H. W., Rissanen, A., y Kaprio, J. (2014). Factors asoociated with recovery from anorexia nervosa: a population-based study. *International Journal of Eating Disorders, 47*(2), 117-23. doi: 10.1002/eat.22168

Kiang, L., y Witkow, M. R. (2015). Normative changes in meaning in life and links to adjustment in adolescents from Asian American backgrounds. *Asian American Journal of Psychology, 6*(2), 164-173. doi: 10.1037/aap0000018

King, L. A., Hicks, J. A., Krull, J., y Del Gaiso, A. K. (2006). Positive affect and the experience of meaning in life. *Journal of Personality and Social Psychology, 90*(1), 179-196. doi: 10.1037/0022-3514.90.1.179

Kleiman, E. M., y Beaver, J. K. (2013). A meaningful life is worth living: meaning in life as a suicide resiliency factor. *Psychiatry Research, 210*(3), 934-939. doi:10.1016/j.psychres.2013.08.002

Kleftaras, G., y Psarra, E. (2012). Meaning in life, psychological well-being and depressive symptomatology: a comparative study. *Psychology, 3*(4), 337-345. doi: 10.4236/psych.2012.34048

Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological medicine, 41*(9), 1981-1986. doi: 10.1017/s0033291710002497

Klonsky, E. D., y Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements about Self- Injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31(3),* 215-219. doi: 10.1007/s10862-008-9107-z

Klonsky, E. D., y Olino, T. M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76(1),* 22-27. doi: 10.1037/0022-006x.76.1.22

Klonsky, E. D., May, A. M., y Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual review of clinical psychology, 12*(1), 307-330. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204

Klonsky, E. D., May, A. M., y Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(1), 231-237. doi: 10.1037/a0030278

Klonsky, E. D., y May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): a new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. *International Journal of Cognitive Therapy, 8*(1), 114-129. doi: 10.1521/ijct.2015.8.2.114

Klump, K. L., y Culbert, K. M. (2007). Molecular Genetic Studies of Eating Disorders: Current Status and Future Directions. *Current Directions in Psychological Science, 16*(1), 37-41. doi: 10.1111/j.1467-8721.2007.00471.x

Klump, K. L., Keel, P. K., Sisk, C., y Burt, S. A. (2010). Preliminary evidence that estradiol moderates genetic influences on disordered eating attitudes and behaviors during puberty. *Psychological Medicine, 40*(10), 1745-53. doi: 10.1017/S0033291709992236

Kostro, K., Lerman, J. B., y Attia, E. (2014). The current status of suicide and self-injury in eating disorders: a narrative review. *Journal of eating disorders, 2*(1), 19. doi: 10.1186/s40337-014-0019-x

Krause, N. M. (2007). Social involvement in religious institutions and God-mediated control beliefs: A longitudinal investigation. *Journal for the Scientific Study of Religion, 46*(4), 519-537. doi: 10.1111/j.1468-5906.2007.00375.x

Krueger, R. F., y Eaton, N. R. (2010). Personality traits and the classification of mental disorders: Towards a more complete integration in DSM-5 and an empirical model of psychopathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 1*(5), 97-118. doi: 10.1037/a0018990

Lähteenmäki, S., Saarni, S., Suokas, J., Saarni, S., Perälä, J., Lönnqvist, J., y Suvisaari, J. (2014). Prevalence and correlates of eating disorders among young adults in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry, 68*(3), 196-203. doi: 10.3109/08039488.2013.797021

Latagliata, E. C., Valzania, A., Pascucci, T., Campus, P., Cabib, S., y Puglisi-Allegra, S. (2014). Stress-induced activation of ventral tegmental mu- opioid receptors reduces accumbens dopamine tone by enhancing dopamine transmission in the medial pre-frontal cortex. *Psychopharmacology, 231(21),* 4099-4108. doi: 10.1007/s00213-014-3549-7

Lavender, A., Startup, H., Naumann, U., Samarawickrema, N., Dejong, H., Kenyon, M., … y Schmidt, U. (2012). Emotional and social mind training: a randomized controlled trial of a new group-based treatment for bulimia nervosa. *PLOS ONE, 7*(10), e46047. doi: 10.1371 / journal.pone.0046047

Lee, J., y Lee, Y. (2016). The association of body image distortion with weight control behaviors, diet behaviors, physical activity, sadness, and suicidal ideation among Korean high school students: A cross- sectional study. BMC Public Health, 16(39), 1–10. doi: 10.1186/s12889-016-2703-z

Leitenberg, H., Agras, W. S., y Thomson, L. E. (1968). A sequential analysis of the effect of selective positive reinforcement in modifying anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy, 6*(2), 211-218. doi: 10.1016/0005-7967(68)90009-0

Lenoir, M., y Silber, T. J. (2006). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1): criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. *Archivos argentinos de pediatría*, *104*(3), 253-260. Recuperado de : http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752006000300011

Linley, A. P., y Joseph, S. (2011). Meaning in life and posttraumatic growth. *Journal of Loss and Trauma, 16(2),* 150-159. doi: 10.1080/15325024.2010.519287

Lipsman, N., Woodside, D. B., y Lozano, A. M. (2015). Neurocircuitry of limbic dysfunction in anorexia nervosa. *Cortex, 62(1),* 109-118. doi: 10.1016/j.cortex.2014.02.020.

Littleton, N. S., y Ollendick, T. (2003). Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents: what places youth at risk and how can these problems be prevented? *Clinical Child and Family Psychology Review, 6*(1), 51-66. doi:10.1023/A:1022266017046

Lowe, M. R., y Levine, A. S. (2005). Eating Motives and the Controversy over Dieting: Eating Less Than Needed versus Less Than Wanted. *Obesity Research, 3*(5), 797-806. doi: 10.1038/oby.2005.90

Madge, N., Hawton, K., McMahon, E. M., Corcoran, P., De Leo, D., De Wilde, E. J., ... y Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European child & adolescent psychiatry*, *20*(10), 499- 508. doi: 10.1007/s00787-011-0210-4

Manlick, C. F., Cochran, S. V., y Koon, J. (2013). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: Rationale and literature review. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *43*(2), 115-122. doi: 10.1007/s10879-012-9223-7

Marañón, I., Echeburúa, E., y Grijalvo, J. (2007). Are there more personality disorders in treatment-seeking patients with eating disorders than in other kind of psychiatric patients? A two control groups comparative study using the IPDE. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *7*(2), 283-293. Recuperado de: http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=33717060002

Marco, J. H., Cañabate, M., García-Alandete, J., Llorca, G., Real-López, M., Beltrán, M., y Pérez, S. (2017). Body image and nonsuicidal self-injury: Validation of the Body Investment Scale in participants with eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1-8. doi:10.1002 / cpp.2142

Marco, J. H., Cañabate, M., Pérez, S., y Llorca, G. (2017). Associations Among Meaning in Life, Body Image, Psychopathology, and Suicide Ideation in Spanish Participants With Eating Disorders. *Journal of clinical psychology*, *73*(12), 1768-1781. doi: 10.1002/jclp.22481

Marco, J. H., García-Alandete, J., Pérez, S., y Botella, C. (2014). El sentido de la vida como variable mediadora entre la depresión y la desesperanza en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual*, *22*(2), 293-305. Recuperado de: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/120322/64428.pdf?sequence=1

Marco, J. H., Pérez, S., y García-Alandete, J. (2017). Meaning in Life buffers the association between risk factors for suicide and hopelessness in participants with mental disorders. *Journal of Clinical Psychology, 72*(7), 689-700. doi:10.1002/jclp.22285

Marco, J. H., Pérez, S., García-Alandete, J., y Moliner, R. (2015). Meaning in life in people with borderline personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 24*(1), 162-170. doi:10.1002/cpp.1991

Marco, J. H., Perpiñá, C., Roncero, M., y Botella, C. (2017). Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the Spanish version of the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire-Appearance Scales in early adolescents. *Body image, 21,* 15-18. doi: 10.1016/j.bodyim.2017.01.003

Markey, C. N. (2010). Invited commentary: Why body image is important to adolescent development. *Journal of Youth and Adolescence, 39*(12), 1387-1391. doi:10.1007/s10964-010-9510

Martela, F., y Steger, M. F. (2016). The three meanings of meaning in life: Distinguishing coherence, purpose, and significance. *The Journal of Positive Psychology, 11*(5), 531-545. doi: 10.1080/17439760.2015.1137623

Martínez, E. Y., y Flórez, I. A. (2015). Meaning-centered psychotherapy: A Socratic clinical practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *45*(1), 37-48. doi: 10.1007/s10879-014-9281-0

Martínez, E., Schulenberg, S., y Pacciolla, A. (2013). Introducción a la psicoterapia centrada en el sentido. *Manual de Psicoterapia con enfoque logoterapéutico*, 23-40.

Martín, F. M., Cangas, A. J., Pozo, E. M., Martínez, M. S. y López, M. (2009). Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimantaria. *Psicothema, 21(1),* 33-38. Recuperado de: http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=f1dbae49-181e-429c-88c7-7ea8187120cd%40sessionmgr4007

Mascaro, N., y Rosen, D. H. (2005). Existencial meaning's role in the enhancement of hope and prevention of depressive symptoms. Journal of Personality 73(4), 985-1014. doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00336.x

May, A. M., O'Brien, K. M., Liu, R. T., y Klonsky, E. D. (2016). Descriptive and psychometric properties of the Inventory of Motivations for Suicide Attempts (IMSA) in an inpatient adolescent sample. *Archives of SuicideResearch, 20*(3), 476-482. doi: 10.1080/13811118.2015.1095688

McCloskey, M. S., Look, A. E., Chen, E. Y., Pajoumand, G., y Berman, M. E. (2012). Nonsuicidal self- injury: relationship to behavioral and self-rating measures of impulsivity and self-aggression. *Suicide Life-Threat Behaviour, 42*(1), 197e209. doi:10.1111/j.1943-278X.2012.00082.x

Meesters, C., Muris, P., Hoefnagels, C., y van Gemert, M. (2007). Social and family correlates of eating problems and muscle preoccupation in young adolescents. *Eating Behaviors, 8*(1), 83-90. doi: 10.1016/j.eatbeh.2006.02.002

Lenoir, M., y Silber, T. J. (2006). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes. *Archivos argentines de pediatría, 104*(3), 253-260. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S032500752006000300011&script=sci_arttext&tlng=en

Meyer, C., Plateau, C. R., Taranis, L., Brewin, N., Wales, J., y Arcelus, J. (2016). The Compulsive Exercise Test: confirmatory factor analysis and links with eating psychopathology among women with clinical eating disorders. *Journal of Eating Disorders, 4*(1), 22. doi: 10.1186/s40337-016-0113-3

Meyer, C., Taranis, L., y Touyz, S. (2008). Excessive exercise in the eating disorders: a need for less activity from patients and more from researchers. *European Eating Disorders Review, 16*(2), 81-83. doi: 10.1002/erv.863

Micali, N., Martini, M. G., Thomas, J. J., Eddy, K. T., Kothari, R., Russell, E., ... y Treasure, J. (2017). Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: a population-based study of diagnoses and risk factors. *BMC Medicine, 15*(1), 12. doi: 10.1186/s12916-016-0766-4

Miguel, F., Martín, D., y Legido, J. C. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria en el deporte; anorexia y bulimia nerviosas. *REME*, 5(11-12), 1-36.

Mond, J. M., Latner, J. D., Hay, P. H., Owen, C., y Rodgers, B. (2010). Objective and subjective bulimic episodes in the classification of bulimic-type eating disorders: Another nail in the coffin of a problematic distinction. *Behaviour Research and Therapy, 48*(7), 661-669. doi: 10.1016/j.brat.2010.03.020

Morey, C., Corcoran, P., Arensman, E., y Perry, I. J. (2008). The prevalence of self-reported deliberate self harm in Irish adolescents. *BMC public health, 8*(1), 79. doi: 10.1186/1471-2458-8-79

Mousa, T. Y., Mashal, R. H., Al-Domi, H. A., y Jibril, M. A. (2010). Body image dissatisfaction among adolescent schoolgirls in Jordan. *Body Image, 7*(1), 46-50. doi: 10.1016/j.bodyim.2009.10.002

Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, *75*(2), 324-333. doi: 10.1037/0002-9432.75.2.324

Muehlenkamp, J., Claes, L., Smits, D., Peat, C. M., y Vandereycken, W. (2011). Non-suicidal self-injury in eating disordered patients: A test of a conceptual model. *Psychiatry Research, 188*(1), 102-108. doi: 10.1016/j.psychres.2010.12.023

Muehlenkamp, J. J., Peat, C. M., Claes, L., y Smits, D. (2012). Self-injury and disordered eating: Expressing emotion dysregulation through the body. *Suicide Life Threatening Behavior, 42*(4), 416-425. doi:10.1111/j.1943-278X.2012.00100.x

Müller, A., Claes, L., Mitchell, J. E., Fischer, J., Horbach, T., y de Zwaan, M. (2012). Binge eating and temperament in morbidly obese prebariatric surgery patients. *European Eating Disorders Review, 20*(1), 91-95. doi: 10.1002/erv.1126

Munro, C., Randell, L., y Lawrie, S. M. (2017). An Integrative Bio-Psycho-Social Theory of Anorexia Nervosa. *Clinical psychology & psychotherapy*, *24*(1), 1-21. doi: 10.1002/cpp.2047

Mustelin, L., Raevuori, A., Hoek, H. W., Kaprio, J., y Keski-Rahkonen, A. (2015). Incidence and weight trajectories of binge eating disorder among young women in the community. *International Journal of EatingDisorders, 48*(8), 1106-1112. doi: 10.1002/eat.22409

Nagl, M., Jacobi, C., Pau, M., Beesdo-Baum, K., Hörler, M., Lieb, R., y Wittchen, H. U. (2016). Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *25*(8), 903-918. doi: 10.1007/s00787-015-0808-z

Neumark-Sztainer, D., Bauer, K. W., Friend, S., Hannan, P. J., Story, M., y Berge, J. M. (2010). Family weight talk and dieting: How much do they matter for body dissatisfaction and disordered eating behaviors in adolescent girls? *Journal of Adolescent Health, 47*(3), 270-276. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.02.001

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Haines, J., Story, M., y Eisenberg, M. E. (2007). Why Does Dieting Predict Weight Gain in Adolescents? Findings from Project EAT-II: A 5-Year Longitudinal Study. *Jounal of the American Dietetic Association, 107*(3), 448-55. doi: 10.1016/j.jada.2006.12.013

Nicholls, D. E., Lynn, R., y Viner, R. M. (2011). Childhood eating disorders: British national surveillance study. *The British Journal of Psychiatry, 198*(4), 295-301. doi: 10.1192/bjp.bp.110.081356

Nixon, M. K., Cloutier, P., y Jansson, S. M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *Canadian Medical Association Journal, 178*(3), 306-312. doi: 10.1503/cmaj.061693

Noblejas de la Flor, M. A. (2000). Fiabilidad de los tests PIL y Logotest. NOUS. *Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial, 4(1),* 81–90.

Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*(1), 339-363. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., y Lee, S. (2008) Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews, 30*(1), 133-54. doi: 10.1093/epirev/mxn002

Noviana, U., Miyazaki, M., y Ishimaru, M. (2016). Meaning in Life: A conceptual model for disaster nursing practice. *International journal of nursing practice, 22*(S1), 65-75. doi: 10.1111/ijn.12441

O'Brien, K. M., y Vincent, N. K. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical psychology review, 23*(1), 57-74. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00201-5

Orbach, I., y Mikulincer, M. (1998). The body investment scale: Construc- tion and validation of a body experience scale. *Psychological Assessment, 10*(4), 415-425. doi: 10.1037/1040-3590.10. 4.415

Olesti, B. M., Piñol, M. J., Martín, V. N., de la Fuente, G. M., Riera, S. A., Bofarull, B. J., y Ricomá, D. C. G. (2008). Prevalence of anorexia nervosa, bulimia nervosa and other eating disorders in adolescent girls in Reus (Spain). *Anales de pediatria,* 68(1), 18-23. doi: 10.1157/13114466

Olfson, M., Gameroff, M. J., Marcus, S. C., Greenberg, T., y Shaffer, D. (2005). National trends in hospitalization of youth with intentional selfinflicted injuries. *American Journal of Psychiatry, 162*(7): 1328–1335. doi: 10.1176/appi.ajp.162.7.1328

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *Orientaciones estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y adolescentes*. Ginebra: OMS

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. OMS

Pan, J. Y., Wong, D. F. K., Chan, C. L. W., y Joubert, L. (2008). Meaning of life as a protective factor of positive affect in acculturation: a resil- ience framework and a cross-cultural comparison. *International Journal of Intercultural Relations, 32*(6), 505-514. doi:10.1016/j.ijintrel.2008.08.002

Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological bulletin, 136*(2), 257-301. doi: 10.1037/a0018301

Park, C. (2013a). The meaning making model: a framework for understanding meaning, spirituality, and stress-related growth in health psychology. European Health Psychology Society, 15(2), 40-47. Recuperado de: https://www.ehps.net/ehp/index.php/contents/article/viewFile/ehp.v15.i2.p40/1041

Park, C. L. (2013b). Why religion? Meaning as motivation. En K. I. Pargament (Ed.), *APA handbook of psychology, religion and spirituality 1. Context, Theory and Re- search* (pp 157–171). Washington, DC: American Psychological Association.

Park, W., y Epstein, N. B. (2013). The longitudianl causal directionality between body image distress and self-steem among Korean adolescent: The moderating effect of relationships with parents. *Journal of Adolescence, 36*(2), 403-411. doi: 10.1016/j.adolescence.2013.01.002

Patton, G. C., Coffey, C., Sawyer, S. M., Viner, R. M., Haller, D. M., Bose, K., ... y Mathers, C. D. (2009). Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *The Lancet, 374*(9693), 881-892. doi: 10.1016/S0140- 6736(09)60741-8

Patton, G. C., Hemphill, S. A., Beyers, J. M., Bond, L., Toumbourou, J. W., McMorris, B. J., y Catalano, R. F. (2007). Pubertal stage and deliberate self-harm in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(4), 508-514.doi: 10.1097/chi.0b013e31803065c7

Pauwels, E., Dierckx, E., Schoevaerts, K., y Claes, L. (2016). Early Maladaptive Schemas in Eating Disordered Patients With or Without Non-Suicidal Self-Injury. *European Eating Disorders Review, 24*(5), 399-405. doi:10.1002 / erv.2460

Paxton, S. J., Eisenberg, M. E., y Neumark-Sztainer, D. (2006). Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: A five-year longitudinal study. *Developmental psychology, 42*(5), 888-899. doi: 10.1037/0012-1649.42.5.888

Pearson, C. M., Wonderlich, S. A., y Smith, G. T. (2015). A risk and maintenance model for bulimia nervosa: From impulsive action to compulsive behavior. *Psychological review, 122*(3), 516-535. doi:10.1037/a0039268.

Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research, 62(6),*681-690. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.12.010

Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J., y Raich, R. M. (2008). Comparison of single- and double-stage designs in the prevalence estimation of eating disorders in community samples. *The Spanish journal of psychology, 11*(2), 542-550. doi: 10.1017/S1138741600004546

Pennesi, J., y Wade, T.D. (2016). A systematic review of the existing models of disordered eating: Do they inform the development of effective interventions? *Clinical Psychology Review, 43*(1), 175-192. doi: 10.1016/j.cpr.2015.12.004

Pérez Rodríguez, S., Marco Salvador, J. H., & García-Alandete, J. (2017). The role of hopelessness and meaning in life in a clinical sample with non-suicidal self-injury and suicide attempts. *Psicothema, 29*(3). doi: 10.7334/psicothema2016.284

Pick, A. (1922). Störung der Orientierung am eigenen Körper. *Psychological Research, 1*(1), 303-318. doi: 10.1007/BF00410392

Pinel, P. H. (1809). *Traité médico-philosophiqué sur l'aliénation mentale. 2ª ed*. Paris: Brosson.

Pisetsky, E. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Peterson, C. B., Mitchell, J. E., Engel, S. G., ... y Crow, S. J. (2015). Depression and personality traits associated with emotion dysregulation: Correlates of suicide attempts in women with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review, 23*(6), 537–544. doi: 10.1002/erv.2401

Plener, P. L., Allroggen, M., Kapusta, N. D., Brähler, E., Fegert, J. M., y Groschwitz, R. C. (2016). The prevalence of nonsuicidal self-injury (NSSI) in a representative sample of the German popu- lation. *BMC Psychiatry, 16*(1), 353. doi: 10.1186/s12888- 016-1060-x

Preti, A., Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., Graaf, R. D., Bruffaerts, R., … y Morosini, P. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research, 43*(14), 1125-32. doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.04.003

Proulx, T., y Heine, S. J. (2008). Death and black diamonds: Meaning, mortality, and the meaning maintenance model. *Psychological Inquiry, 17*(4), 309-318. doi: 10.1080/10478400701366985

Pruzinsky, T., y Cash, T.F. (2002). Cognitive behavioral perspectives on body image. En T.F. Cash y T. Pruzinsky (Eds.), *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice* (pp. 38-46). New York, NY: Guilford Press.

Przepiorka, A. (2012). The relationship between attitude toward time and the presence of meaning in life. *International Journal of Applied Psychology, 2*(3), 22-30. doi: 10.5923/j.ijap.20120203.02

Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana, 22*(1), 15-27. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79902204

Raich, R. M., Portell, M., y Peláez-Fernández, M. A. (2010). Evaluation of a school-based programme of universal eating disorders prevention: Is it more effective in girls at risk? *European Eating Disorders Review, 18*(1), 49-57. doi:10.1002/erv.968

Räisänen, U., y Hunt, K. (2014). The role of gendered constructions of eating disorders in delayed help-seeking in men: a qualitative interview study. *BMJ open, 4*(4), e004342. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004342

Rava, M. F., y Silber, T. J. (2004). Bulimia nerviosa (Parte 1): Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Archivos argentinos de pediatría, 102*(5), 353-363. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v102n5/v102n5a07.pdf

Reas, D. L., Ro, O., Karterud, S., Hummelen, B., y Pedersen, G. (2013). Eating disorders in a large clinical sample of men and women with personality disorders. *International Journal of Eating Disorders, 46*(8), 801-809. doi: 10.1002/eat.22176

Reker, G. T., y Woo, L. C. (2011). Personal meaning orientations and psychosocial adaptation in older adults. *SAGE Open, 1*(1), 2158244011405217. doi: 10.1177/2158244011405217

Ribes, J. (2008). Epidemiología de las conductas suicidas. En E. Arques, I. Barceló, M. Belenchón, P. Benavent, J. Castelló y A. Sola. *Suicidio en el Trastorno Bipolar*. Valencia, España: Asociación Valenciana de Trastorno Bipolar.

Richards, P. S., Berrett, M. E. Hardman, R. K., y Eggett, D. L. (2007). Comparative efficacy of spirituality, cognitive, and emotional support groups for treating eating disorder inpatients. *Eating Disorders, 14*(5), 401-415. doi: 10.1080/10640260600952548

Rico-bovio, A. (1990). *Las fronteras del cuerpo: crítica de la corporeidad.* México: Editorial Joaquin Mortiz.

Robert, D. E. (2012). *The Forgiving life: A Pathway to Overcoming Resentment and Creating a Legacy of Love*. Washington: American Psychological Association. Recuperado de: http://psycnet.apa.org/record/2011-30260-000

Robinson, P. H., Kukucska, R., Guidetti, G., y Leavey, G. (2015). severe and enduring anorexia nervosa (SEED-AN): A qualitative study of patients with 20+ years of anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 23*(4), 318-326. doi: 10.1002/erv.2367

Rodgers, R. F., Paxton, S. J., y Chabrol, H. (2010). Depression as a moderator of sociocultural influences on eating disorder symptoms in adolescent females and males. *Journal of youth and adolescence, 39*(4), 393-402. doi: 10.1007/s10964-009-9431-y

Roepke, A. M., Jayawickreme, E., y Riffle, O. M. (2014). Meaning and health: A systematic review. *Applied Research in Quality of Life, 9*(4), 1055-1079. doi: 10.1007/s11482-013-9288-9

Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., y Cava, G. (2006). Dysfunctional rearing in community and clinic based populations with eating problems: prevalence and mediating role of psychiatric morbidity. *European Eating Disorders Review, 14*(1), 32-42. doi: 10.1002/erv.681

Rojo, L., Livianos, L., Conesa, Ll., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., ... y Vila, M. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: A two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. *International Journal of Eating Disorders, 34(3),* 281-291. doi: 10.1002/eat.10179

Ruiz-Lázaro, P. M., Comer, M. P., Calvo, A. I., Zapata, M., Cebollada, M., Trébol, L., y Lobo, A. (2010). Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Españolas de Psiquiatría, 38*(4), 204-211. Recuperado de http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=b0ac4be5-6f2b-4f25-86da-abec9dff66b7%40sessionmgr4007

Ruscitti, C., Rufino, K., Goodwin, N., y Wagner, R. (2016). Difficulties in emotion regulation in pa- tients with eating disorders. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 3*(3), 1-7. doi:10.1186/s40479-016-0037-1

Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological medicine, 9*(3), 429-448. doi:10.1017/s0033291700031974

Ruuska, J., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., y Koivisto, A. M. (2005). Psychopathological distress predicts suicidal ideation and self-harm in adolescent eating disorder outpatients. *European child & adolescent psychiatry, 14*(5), 276-281. doi: 10.1007/s00787-005-0473-8

Saldaña, C. (1994). Trastornos del comportamiento alimentario. *Madrid: Fundación Universidad-Empresa*.

Sancho, C., Arija, M. V., Asorey, O., y Canals, J. (2007). Epidemiology of eating disorders: A two year follow up in an early adolescent school population. *European Child and Adolescent Psychiatry, 16(8),* 495-504. doi: 10.1007/s00787-007-0625-0

Schilder, P. (1923). *Das Koerperschema*. Springer, Berlin. doi: 10.1007/978-3-662-39795-4

Schlegel, R. J., y Hicks, J. A. (2011). The true self and psychological health: Emerging evidence and future directions. *Social and Personality Psychology Compass*, *5*(12), 989-1003. doi: 10.1111/j.1751-9004.2011.00401.x

Schlegel, R. J., y Hicks, J. A. (2017). Reflections on the scientific study of meaning in life. *Journal of Constructivist Psychology*, *30*(1), 26-31. doi: 10.1080/10720537.2015.1119080

Schmidt, N. B., y Telch, M. J. (1990). Prevalence of personality disorders among bulimics, nonbulimic binge eaters, and normal controls. *Journal of Psychopathology and behavioral Assessment*, *12*(2), 169-185. doi: 10.1007/bf00960766

Schulenberg, S., Strack, K., y Buchanan, E. (2011). The meaning in life questionnaire: psychometric properties with individuals with serious mental illness in a inpatient setting. *Journal of Clinical Psychology*, *67*(12), 1210-1219. doi: 10.1002/jclp.20841

Seligman, M.E.P. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona, España: Vergara

Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J., y Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa: Friend or foe? *International Journal of Eating Disorders, 25*, 177–186. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(199903)25:2<177::aid-eat7>3.3.co;2-4

Shneidman, E. S. (1993). Commentary: Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease, 181*(3), 145-147. doi: 10.1097/00005053-199303000-00001

Silva, E. C., Benjet, C., García, F. J., Cárdenas, S. J., Gómez-Maqueo, M. E. L., y Cruz, A. V. (2016). Adaptación y propiedades psicométricas del Inventory of Statements About Self-injury en estudiantes mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica, 6*(3), 2544-2551.doi: 10.1016/j.aipprr.2016.08.004

Silverman, J. A. (1983). Richard Morton, 1637-1698 Limner of Anorexia Nervosa: His Life and Times: A Tercentenary Essay. *JAMA, 250*(20), 2830-2832. doi: 10.1001 / jama.1983.03340200064030

Shapiro, J. R., Woolson, S. L., Hamer, R. M., Kalarchian, M. A., Marcus, M. D. y Bulik, C. M. (2007). Evaluating binge eating disorder in children: development of children's binge eating disorder scale (C-Beds). *International Journal of Eating Disorders, 40*(1), 82-89. doi: 10.1002/eat.20318

Shaw, HE, Stice, E., y Springer, DW (2004). Perfectionism, body dissatisfaction, and self-esteem in predicting bulimic symptomatology: lack of replication. *International Journal of Eating Disorders, 36*(1), 41-7. doi: 10.1002/eat.20016

Slade, P. D. (1994). What is body image?. *Behaviour research and therapy*, *32*(5), 497-502. doi: 10.1016/0005-7967(94)90136-8

Smink, F., Hoeken, D., Hoek, H. (2013). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports, 14*(4), 406-4014. doi:10.1007/s11920-012-0282-y

Smith, G. T., Simmons, J. R., Flory, K., Annus, A. M., y Hill, K. K. (2007). Thinness and eating expectancies predict subsequent binge eating and purging behavior among adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(1), 188-197. doi: 10.1037/0021-843X.116.1.188

Smolak, L., Murnen, S. K., y Ruble, A. E. (2000). Female athletes and eating problems: a meta-analysis. *International journal of eating disorders, 27*(4), 371-380. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(200005)27:4<371::AID-EAT1>3.0.CO;2-Y

Smyth, J. M., Wonderlich, S. A., Heron, K. E., Sliwinski, M. J., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., y Engel, S. G. (2007). Daily and momentary mood and stress are associated with binge eating and vomiting in bulimia nervosa patients in the natural environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(4), 629-638. doi: 10.1037/0022-006X.75.4.629

Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A., Trujols, J., Soto, Á., y Elices, M. (2013). Validation of the Spanish version of the borderline symptom list, short form (BSL-23). *BMC psychiatry, 13*(1), 139-146. doi: 10.1186/1471-244X-13-139

Song, H., y Kwon, N. (2012). The relationship between personality traits and information competency in Korean and American students. *Social Behavior and Personality: an international journal, 40*(7), 1153-1162. doi: 10.2224/sbp.2012.40.7.1153

Sonneville, K. R., Horton, N. J., Micali, N., Crosby, R. D., Swanson, S. A., Solmi, F., y Field, A. E. (2013). Longitudinal associations between binge eating and overeating and adverse outcomes among adolescents and young adults: does loss of control matter? *JAMA pediatrics, 167*(2), 149-155. doi: 10.1001/2013.jamapediatrics.12

Souza, M. M., Cruz, M. L. (2008). Modificaciones corporales, autolesión y salud. *Revista Mexicana de Neurociencia, 9*(6), 490-493. Recuperado de http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=44397

Spann, N. y Pritchard, M. (2008). Disordered eating in men: A look at perceived stress and excessive exercise. *Eating and Weight Disorders, 13*(2), 25-27. doi: 10.1037/e626972012-153

Spinoza, P., Penelo E., y Raich, R. M. (2010). Disordered eating behaviors and body image in a longitudinal pilot study of adolescent girls: what happens 2 years later? *Body Image*, 7(1), 70-73. doi: 10.1016/j.bodyim.2009.09.002

Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., ... y Mitchell, J. (1992). Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, *11*(3), 191-203. doi: 10.1002/1098-108x(199204)11:3<191::aid-eat2260110302>3.0.co;2-s

Stein, D., Meged, S., Bar-Hanin, T., Blank, S., Elizur, A., y Weizman, A. (1997). Partial eating disorders in a community sample of female adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(8), 1116-1123. doi: 10.1097/00004583-199708000-00019

Steger, M. F. (2009). Meaning in life. En SJ Lopez (Ed.), *Oxford handbook of positive psychology*, (2nd Ed, pp. 679-687). Oxford: Oxford University Press.

Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., y Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of counseling psychology*, *53*(1), 80-93. doi: 10.1037/0022-0167.53.1.80

Steger, M. F., Oishi, S., y Kashdan, T. B. (2009). Meaning in life across the life span: Levels and correlates of meaning in life from emerging adulthood to older adulthood. *Journal of Positive Psychology*, *4*(1), 43-52. doi: 10.1080/17439760802303127

Steger, M. F. y Samman, E. (2012). Assessing meaning in life on an international scale: Psychometric evidence for the Meaning in Life Questionnaire-Short Form among Chilean households. *International Journal of Wellbeing*, *2*(3). doi: 10.5502/ijw.v2i.i3.2

Steger, M. F. y Shin, J. Y. (2010). The relevance of the Meaning in Life Questionnaire to therapeutic practice: A look at the initial evidence. *The International Forum for Logotherapy*, *33(2)*, 95-104.

Steinhausen, H. C., Seidel, R., y Metzke, C. W. (2000). Evaluation of treatment and intermediate and long-term outcome of adolescent eating disorders. *Psychological Medicine, 30*(5), 1089-1098. doi: 10.1017/s0033291799002354

Stice, E. (2001a). A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(1), 124-135. doi: 10.1037/0021-843X.110.1.124

Stice, E. (2001b). Risk factors for eating pathology: Recent advances and future directions. En R. H. Striegel-Moore y L. Smolak (Eds.), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice* (pp. 51-73). doi:10.1037/10403-003

Stice, E. (2016). Interactive and Mediational Etiologic Models of Eating Disorder Onset: Evidence from Prospective Studies. *Annual review of clinical psychology, 12(1),* 359-381. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093317

Stice, E., y Bearman, S. K. (2001). Body image and eating disturbances prospectively predict growth in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology, 37*(5), 597-607. doi: 10.1037/0012-1649.37.5.597

Stice, E., y Bohon, C. (2013). Eating disorders. En T. P. Beauchaine y S. P. Hinshaw (Eds.), *Child and adolescent psychopathology* (pp. 715-738). Hoboken, NJ: Wiley.

Stice, E., Cooper, J. A., Schoeller, D. A., Tappe, K., y Lowe, M. R. (2013). Efficacy trial of a selective prevention program targeting both eating disorders and obesity among female college students: 1-and 2-year follow-up effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(1), 183-189. doi: 10.1037/a0031235

Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P., y Shaw, H. (2017). Risk Factors That Predict Future Onset of Each DSM-5 Eating Disorder: Predictive Specificity in High-Risk Adolescent Females. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(1), 38-51. doi: 10.1037 / abn0000219

Stice, E., Marti, C. N., y Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy, 49*(1), 622-627. doi: 10.1016/j.brat.2011.06.009

Stice, E., Marti, C. N., y Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed *DSM–5* eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(1), 445-457. doi: 10.1037/a0030679

Stice, E., Ng, J., y Shaw, H. (2010). Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(4), 518-525. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02212.x

Stice, E., Presnell, K., Gau, J., y Shaw, H. (2007). Testing mediators of intervention effects in randomized controlled trials: An evaluation of two eating disorder prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 7*5(1), 20-32. doi: 10.1037/1022-006X.75.1.20

Stice, E., Presnell, K., y Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Health Psychology, 21*(2), 131-138. doi: 10.1037/0278-6133.21.2.131

Stice, E., Rohde, P., y Shaw, H. (2012). *The Body Project: A dissonance-based eating disorder prevention intervention: Programs that work*. New York, NY: Oxford University Press.

Stice, E., y Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of psychosomatic research, 53*(5), 985-993. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00488-9

Stice, E., y Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation. *Developmental psychology*, *38*(5), 669-78. doi: 10.1037/0012-1649.38.5.669

Striegel-Moore, R. H, Dohm, F., Kraemer, H., Schreiber, G. B., Taylor, C. B., y Daniels, S. (2007). Risk factors for binge-eating disorders: An exploratory study. *International Journal of Eating Disorders*, *40*(6), 481-487. doi: 0.1002/eat.20400

Striegel-Moore, R. H., y Franko, D. L. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *34*(1),19-29. doi: 10.1002/eat.10202

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., y Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*,*157*(3), 393-401. doi: 10.1176/appi.ajp.157.3.393

Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. C., y Turberville, D. (2012). Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eating disorders*, *20*(5), 346-355. doi: 10.1080/10640266.2012.715512

Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*, *33*(2), 284-295. doi: 10.1007/bf01575455

Suokas, J. T., Suvisaari, J. M., Gissler, M., Löfman, R., Linna, M. S., Raevuori, A. N., y Haukka, J. (2013). Mortality in eating disorders: a follow-up study of adult eating disorder patients treated in tertiary care. *Psychiatry Research*, *210*(3), 1101-1106. doi: 10.1016/j.psychres.2013.07.042

Svirko, E., y Hawton, K. (2007). Self-injurious behavior and eating disorders: The extent and nature of the association. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *37*(1), 409-421. doi: 10.1521/suli.2007.37.4.409

Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., y St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 44* (3), 273-303. doi: 10.1111/sltb.12070

Swanson, S., Crow, S., Le Grange, D., Swendsen, J., y Merikangas, K. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. *Archives of General Psychiatry, 68*(7), 714-23. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.22

Taranis, L., Touyz, S., y Meyer, C. (2011). Disordered eating and exercise: Development and preliminary validation of the compulsiva exercise test (CET). *European Eating Disorders Review, 19*(3), 256-268. doi: 10.1002/erv.1108

Tena, A., y Peschard, D. (2005). Relaciones entre trastornos de la alimentación y sentido de vida en pacientes mexicanos de consulta externa. *Psicología Iberoamericana*, *13*(1), 27-34. Recuperado de: http://www.redalyc.org/html/1339/133926982005/

Theander, S. (1970). Anorexia Nervosa. A psychiatric investigation of 94 female patiens. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 214*(1), 1-189. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5270554

Thompson-Brenner, H., Eddy, K. T., Franko, D. L., Dorer, D. J., Vashchenko, M., Kass, A. E., y Herzog, D. B. (2008) A personality classification system for eating disorders: a longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry, 49*(6), 551-560. doi: 10.1016/j.comppsych.2008.04.002

Thompson-Brenner, H., Shingleton, R. M., Thompson, D. R., Satir, D. A., Richards, L. K., Pratt, E. M., y Barlow, D. H. (2016). Focused vs. Broad enhanced cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa with comorbid borderline personality: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders, 49*(1), 36-49. doi:10.1002/eat.22468

Toro, J., Gila, A., Castro, J., Pombo, C., y Guete, O. (2005). Body image, risk factors for eating disorders and sociocultural influences in Spanish adolescents. *Eating and Weight Disorders, 10*(2), 91-97. doi:10.1007/BF03327530

Toro, J., y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.

Treasure, J., y Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders, 1(1)*, 13. doi: 10.1186/2050-2974-1-13

Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., y Reeve, C. L. (2011). Posttraumatic Growth, Meaning in Life, and Life Satisfaction in Response to Trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 4*(4), 400. doi: 10.1037/a0024204

Truby, H., y Paxton, S. J. (2002). Development of the Children's body image scale. *British Journal of Clinical Psychology, 41*(2), 185-203. doi: 10.1348/014466502163967

Turner, B. J., Yiu, A., Claes, L., Muehlenkamp, J. J., y Chapman, A. L. (2016). Occurrence and co-occurrence of nonsuicidal self-injury and disordered eating in a daily diary study: Which behavior, when? *Psychiatry Research, 246*(1), 39-47. doi: 10.1016/j.psychres.2016.09.012

Turner, B. J., Yiu, A., Layden, B. K., Claes, L., Zaitsoff, S., y Chapman, A. L. (2015). Temporal associations between disordered eating and nonsuicidal self-injury: Examining symptom overlap over 1 year. *Behavior Therapy, 46*(1), 125-138. doi:10.1016/j.beth.2014.09.002

Tylka, T. L. (2011). Refinement of the tripartite influence model for men: Dual body image pathways to body change behaviors. *Body Image, 8*(3), 199-207. doi: 10.1016/j.bodyim.2011.04.008

Utzinger, L. M., Haukebo, J. E., Simonich, H., Wonderlich, S. A., Cao, L., Lavender, J. M., y Crosby, R.D. (2016). A latent profile analysis of childhood trauma in women with bulimia nervosa: Associa- tions with borderline personality disorder psychopathology. *International Journal of Eating Disorders, 49*(7), 689-694. doi:10.1002/eat.22532

Van Orden, K. A., Merrill, K. A., Joiner, J., y Thomas, E. (2005). Interpersonal-psychological precursors to suicidal behavior: A theory of attempted and completed suicide. *Current Psychiatry Reviews, 1*(2), 187-196. doi: 10.2174/1573400054065541

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A, y Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review, 117*(2), 575-600. doi: 10.1037 / a0018697

Vanderlinden, J., Kamphuis, J. H., Slagmolen, C., Wigboldus, D., Pieters, G., y Probst, M. (2009). Be kind to your eating disorder patients: the impact of positive and negative feedback on the explicit and implicit self-esteem of female patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 14*(4), 237-242. doi: 10.1007/BF03325124

Victor, S. E., Davis, T., y Klonsky, E. D. (2016). Descriptive Characteristics and Initial Psychometric Properties of the Non-Suicidal Self-Injury Disorder Scale. *Archives of Suicide Research, 21*(2), 1-14.
doi: 10.1080/13811118.2016.1193078

Viñas, F., Villar, E., Caparrós, B., Juan, J., Cornellá, M. y Pérez, I. (2004). Feelings of hopelessness in a Spanish university population: descriptive analysis and its relationship to adapting university, depressive symptomatology and suicidal ideation. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39, 326-334. doi: 10.1007/s00127-004-0756-2

Walsh, B. T. (2013). The enigmatic persistence of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 170*(5), 477-485. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12081074

Washburn, J. J., Richardt, S. L., Styer, D. M., Gebhardt, M., Juzwin, K. R., Yourek, A., y Aldridge, D. (2012). Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, *6*(1), 14. doi: 10.1186/1753-2000-6-14

Welch, E., Jangmo, A., Thornton, L. M., Norring, C., von Hausswolff-Juhlin, Y., Herman, B. K., ... y Bulik, C. M. (2016). Treatment-seeking patients with binge-eating disorder in the Swedish national registers: clinical course and psychiatric comorbidity. *BMC psychiatry, 16* (1), 163. doi: 10.1186 / s12888-016-0840-7

Wentz, E., Gillberg, I. C., Anckarsater, H., Gillber, C., y Rastam, M. (2009). Adolescentonset anorexia nervosa: 18-year outcome. *British Journal of Psychiatry*, *194*(2), 168-174. doi: 10.1192/bjp.bp.107.048686

Wenzel, A., Brown, G. K., y Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*. doi: 10.1037/11862-00

Westerberg-Jacobson, J., Edlund, B., y Ghaderi, A. (2010a). A 5-year longi- tudinal study of the relationship between the wish to be thinner, lifestyle behaviours and disturbed eating in 9-20-year old girls. *European Eating Disorders Review, 18*(3), 207-219. doi: 10.1002/erv.983

Westerberg-Jacobson, J., Edlund, B., y Ghaderi, A. (2010b) Risk and protective factors for disturbed eating: a 7-year longitudinal study of eating attitudes and psychological factors in adolescent girls and their parents. *Eating and Weight Disorders, 15*(4), 208-218. doi: 10.1007/bf03325302

Wilchek-Aviad, Y. (2015). Meaning in life and suicidal tendency among immigrant (Ethiopian) youth and native-born Israeli youth. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *17*(4), 1041-1048. doi: 10.1007 / s10903-014-0028-5

Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., y Goodyer, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *American Journal of Psychiatry, 168*(5), 495-501. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10050718

Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Peterson, C. B., Robinson, M. D., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., ... y Strauman, T. J. (2009). Examining the conceptual model of integrative cognitive-affective therapy for BN: two assessment studies. *International Journal of Eating Disorders, 41*(8), 748-754. doi: 10.1002/eat.20551

Wonderlich, S. A., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Smith, T. L., Klein, M. H., Mitchell, J. E., y Crow, S. J. (2014). A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, *44*(3), 543-553. doi: 10.1017/s0033291713001098

Wonderlich, S. A., Swift, W. J., Slotnick, H. B., y Goodman, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating disorders subtypes. *International Journal of Eating Disorders, 9*(6), 607-616. doi: 10.1002/1098-108x(199011)9:6<607::aid-eat2260090603>3.0.co;2-0

Wong, P. T. (2014). Viktor Frankl's meaning-seeking model and positive psychology. In *Meaning in positive and existential psychology* (pp. 149-184). Springer, New York, NY.

World Health Organization [Organización Mundial de la Salud]. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: WHO. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1

Westmoreland, P., Krantz, M. J., y Mehler, P. S. (2016). Medical complications of Anorexia nervosa and Bulimia. *The American Journal of Medicine, 129*(1), 30-37. doi: 10.1016/j.amjmed.2015.06.031

Wilfley, D. E., McKenzie, K. R., Welch, R. R., Ayers, V. E., y Weissman, M. M. (2000). *Interpersonal group psychotherapy*. New York: Basic Books.

Woodside, D. B., Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A. S., Goldbloom, D. S., y Kennedy, S. H. (2001). Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *American Journal of Psychiatry, 158*(4), 570-574. doi:10.1176/appi.ajp.158.4.570

Wright, S. T., Breier, J. M., Depner, R. M., Grant, P. C., y Lodi-Smith, J. (2017). Wisdom at the end of life: Hospice patients' reflections on the meaning of life and death. *Counselling Psychology Quarterly*, 1-24. doi: 10.1080/09515070.2016.1274253

Xu, X., Mellor, D., Kiehne, M., Ricciardelli, L., McCabe, M., y Xu, Y. (2010). Body dissatisfaction, engagement in body change behaviors and sociocultural influences on body image among Chinese adolescents. *Body Image, 7*(2), 156-164. doi: 10.1016/j.bodyim.2009.11.003

Yao, S., Kuja-Halkola, R., Thornton, L. M., Runfola, C. D., D'Onofrio, B. M., Almqvist, C., ... y Bulik, C. M. (2016). Familial Liability for Eating Disorders and Suicide Attempts: Evidence From a Population Registry in Sweden. *JAMA psychiatry, 73*(3), 284-291. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2737

Yaratan, H., y Yucesoylu, R. (2011). Self-Esteem, self-concept, self-talk and significant others' Statements in fifth grade students: Differences according to gender and school type. *Procedia Social and Behavioral Sciences, 2*(2), 3506-3518. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.03.543

Yeomans, M., Boone, L., Soenens, B., Vansteenkiste, M., y Braet, C. (2012). Is there a perfectionist in each of us? An experimental study on perfectionism and eating disorder symptoms. *Appetite, 59*(2), 531-540. doi: 10.1016/j.appet.2012.06.015

Yiu, A., Turner, B. J., Layden, B. K., Chapman, A. L., y Zaitsoff, S. L. (2014). Prevalence and Correlates of Eating Disorder Symptoms in a Community Sample with Non-Suicidal Self- Injury. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 37*(3), 504-511. doi:10.1007/s10862-014-9470-x

Ystgaard, M., Arensman, E., Hawton, K., Madge, N., van Heeringen, K., Hewitt, A., ... y Fekete, S. (2009). Deliberate self-harm in adolescents: comparison between those who receive help following self-harm and those who do not. *Journal of adolescence, 32*(4), 875-891. doi: 10.1016/j.adolescence.2008.10.010

Wilcox, H. C., Arria, A. M., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Pinchevsky, G. M., y O'Grady, K. E. (2012). Longitudinal predictors of past-year non-suicidal self-injury and motives among college students. Psychological Medicine, 42(04), 717–726. doi: 10.1017/ S0033291711001814

Zehr, J., Culbert, K., Sisk, C., y Klump, K. (2007). An association of early puberty with disordered eating and anxiety in a population of undergraduate women and men. *Hormones and Behavior, 52*(4), 427-435. doi:10.1016/j.yhbeh.2007.06.005

Zwaan, M. (1997). Status and utility of a new diagnostic category: Binge eating disorder. *European Eating Disorders Review, 5*(4), 226-240. doi: 10.1002/(sici)1099-0968(199712)5:4<226::aid-erv217>3.3.co;2-3

ANEXOS

Anexos

1. Inventario de identificación del paciente y de información Clínica.

IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Código.....
...

Género ❑ Mujer ❑ Hombre

Edad .....

FECHA .....

Nivel de estudios ❑ Sin estudios ❑ Primario ❑ Medio ❑ Superior

Estado civil ❑ Soltero ❑ Pareja ❑ Casado ❑ Viudo ❑ Separado/Divorciado

HOJA DE DATOS CLÍNICOS

Índice de Masa Corporal (IMC):
Diagnóstico DSM-IV

Eje I

Eje II

Eje III

Eje IV

Eje V

Nº de Conductas de autolesión sin intención suicida a lo largo de tu vida……En el último año……..
Si tenido conductas de autolesión, ¿cuál fue el método, o métodos, que utilizó?
Cortarse ____
Rascarse con fuerza ____
Morderse ____
Golpearse con fuerza ____
Quemarse ____
Hacerse cortes poco profundos en la piel (con un cutex, cuchilla, lápiz afilado, etc.)____
Interferir en la curación de heridas (Por ejemplo, rascando las costras) ____
Frotar la piel contra una superficie rugosa ____
Pellizcarse ____
Pincharse con agujas ____
Tirarse el Pelo ____
Ingerir sustancias peligrosas ____

Nº de intentos de suicidio a lo largo de tu vida……En el último año……

Si ha intentado suicidarse, ¿cuál fue el método, o métodos, que utilizó?
____Sobre ingesta medicamentos ___Asfixia
____Cortes o acuchillamientos ___Ahorcamiento
____Precipitación ___Otros
Especificar……
____Envenenamiento
____Accidente trafico
____Arrojarse vehículo en marcha

2. Sentido/Propósito en la vida - *Purpose In Life.*

PIL

A continuación ha de responder Ud. a un cuestionario en el que debe:

1. Decidir, de la escala que va de 1 a 7, en qué número se situaría Ud., teniendo en cuenta lo que dicen los extremos (el recuadro 1 y el 7), en relación con el enunciado principal.
2. Rodear el número que corresponda, teniendo en cuenta lo anterior.

1. Generalmente me encuentro:

1	2	3	4	5	6	7
Completamente aburrido			Neutral			Exhuberante, entusiasmado

2. La vida me parece:

1	2	3	4	5	6	7
Completamente rutinaria			Neutral			Siempre emocionante

3. En la vida tengo:

1	2	3	4	5	6	7
Ninguna meta o anhelo			Neutral			Muchas metas y anhelos definidos

4. Mi existencia personal es:

1	2	3	4	5	6	7
Sin sentido ni propósito			Neutral			Llena de sentidos y propósitos

5. Cada día es:

1	2	3	4	5	6	7
Exactamente igual			Neutral			Siempre nuevo y diferente

6. Si pudiera elegir:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca habría nacido			Neutral			Tendría otras nueve vidas iguales a éstas

7. Después de retirarme:

1	2	3	4	5	6	7
Holgazanearía el resto de mi vida			Neutral			Haría las cosas emocionantes que siempre deseé realizar

8. En el logro de mis metas vitales:

1	2	3	4	5	6	7
No he conseguido ningún progreso			Neutral			He llegado a mi realización completa

9. Mi vida es:

1	2	3	4	5	6	7
Vacía y llena de desesperación			Neutral			Un conjunto de cosas buenas y emocionantes

10. Si muriera hoy, me parecería que mi vida ha sido:

1	2	3	4	5	6	7
Una completa basura			Neutral			Muy valiosa

11. Al pensar en mi propia vida:

1	2	3	4	5	6	7
Me pregunto a menudo la razón por la que existo			Neutral			Siempre encuentro razones para vivir

12. Tal y como yo lo veo en relación con mi vida, el mundo:

1	2	3	4	5	6	7
Me confunde por completo			Neutral			Se adapta significativa-mente a mi vida

13. Me considero:

1	2	3	4	5	6	7
Una persona irresponsable			Neutral			Una persona muy responsable

14. Con respecto a la libertad de que dispone para hacer sus propias elecciones, creo que el hombre es:

1	2	3	4	5	6	7
Completamente esclavo de las limitaciones de la herencia y del ambiente			Neutral			Absolutamente libre de hacer todas sus elecciones vitales

15. Con respecto a la muerte, estoy:

1	2	3	4	5	6	7
Falto de preparación y atemorizado			Neutral			Preparado y sin temor

16. Con respecto al suicidio:

1	2	3	4	5	6	7
Lo he considerado seriamente como una salida a mi situación			Neutral			Nunca le he dedicado un segundo pensamiento

17. Considero que mi capacidad para encontrar un significado, un propósito o una misión en la vida es:

1	2	3	4	5	6	7
Prácticamente nula			Neutral			Muy grande

18. Mi vida está:

1	2	3	4	5	6	7
Fuera de mis manos y controlada por factores externos			Neutral			En mis manos y bajo mi control

19. Enfrentarme a mis tareas cotidianas supone:

1	2	3	4	5	6	7
Una experiencia dolorosa y aburrida			Neutral			Una fuente de placer y satisfacción

20. He descubierto:

1	2	3	4	5	6	7
Ninguna misión o propósito en mi vida			Neutral			Metas claras y un propósito satisfactorio para mi vida

3. **Cuestionario Multidimensional de Relaciones entre el Cuerpo y el Yo -** ***Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire - Appearance Scales (MBSRQ).***

MBSRQ (Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire)AS-34
(Cash, 2000). Versión española traducida con fines de investigación por C. Perpiñá.

EJEMPLO:

Normalmente estoy de buen humor.	

En la casilla en blanco, escriba un **1** si está **En total desacuerdo** con la afirmación.
Escriba un **2** si está **Bastante en desacuerdo**.
Escriba un **3** si su respuesta es **Ni de acuerdo ni en desacuerdo**.
Escriba un **4** si está **Bastante de acuerdo**.
Escriba un **5** si está **Totalmente de acuerdo**.

1	2	3	4	5
En total desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1.	Antes de salir de casa, siempre presto atención a mi aspecto.	
2.	Procuro comprar ropa que me siente lo mejor posible.	
3.	Mi cuerpo es sexualmente atractivo.	
4.	Me preocupo constantemente acerca de estar o llegar a estar gorda/o.	
5.	Me gusta mi aspecto tal como es.	
6.	Compruebo mi aspecto en un espejo siempre que puedo.	
7.	Antes de salir de casa, normalmente paso mucho tiempo preparándome.	
8.	Soy muy consciente de los cambios en mi peso aunque sean pequeños.	
9.	La mayoría de la gente me consideraría guapa/o.	
10.	Es importante para mí tener siempre buen aspecto.	
11.	Utilizo pocos productos de belleza.	
12.	Me gusta mi aspecto sin ropa.	
13.	Soy muy consciente de mi aspecto si no voy bien arreglada/o.	
14.	Normalmente me pongo lo primero que encuentro sin importarme cómo me sienta.	
15.	Me gusta cómo me sienta mi ropa.	
16.	No me importa lo que los demás piensen de mi aspecto.	
17.	Presto especial atención al cuidado de mi pelo.	
18.	No me gusta mi físico.	
19.	No soy físicamente atractiva/o.	
20.	Nunca pienso en mi aspecto físico.	
21.	Siempre estoy intentando mejorar mi aspecto físico.	
22.	Estoy haciendo dieta para perder peso.	

Conteste a las siguientes afirmaciones utilizando la escala que corresponde a cada una de ellas:

23.	He intentado perder peso ayunando o haciendo dietas drásticas.	

1. Nunca
2. Raramente
3. Algunas veces
4. A menudo
5. Muy a menudo

24.	Pienso que estoy:	

1. Muy por debajo del peso normal
2. Algo por debajo del peso normal
3. En el peso normal
4. Con sobrepeso
5. Con mucho sobrepeso

25.	Cuando me miran, la mayoría de la gente piensa que estoy:	

1. Muy por debajo del peso normal
2. Algo por debajo del peso normal
3. En el peso normal
4. Con sobrepeso
5. Con mucho sobrepeso

26-34. Utilice la siguiente escala de 1 a 5 para indicar su nivel de satisfacción o insatisfacción con cada una de las siguientes partes o aspectos de su cuerpo:

1	2	3	4	5
Muy insatisfecha/o	Insatisfecha/o	Neutro (ni satisfecha/o ni insatisfecha/o)	Satisfecha/o	Muy satisfecha/o

26.	Cara (rasgos faciales, cutis)	
27.	Cabello (color, grosor, textura)	
28.	Parte baja del cuerpo (glúteos, caderas, muslos, piernas)	
29.	Parte media (cintura, estómago)	
30.	Parte alta del torso (pecho, hombros, brazos)	
31.	Tono muscular	
32.	Peso	
33.	Altura	
34.	Aspecto general	

Versión traducida con fines de investigación por C. Perpiñá.

4. Escala de implicación emocional - *Body Investment Scale (BIS).*

BODY INVESTMENT SCALE (BIS)
(Orbach & Mikulincer, 1998)

Escala de interés/inversión en el cuerpo

Instrucciones para los Participantes

La siguiente, es una lista de afirmaciones sobre las experiencias, sentimientos y actitudes sobre propio cuerpo. No hay respuestas correctas o incorrectas. Nos gustaría saber cuáles son tus experiencias, sentimientos y actitudes hacia el cuerpo. Por favor, lee cada afirmación cuidadosamente y evalúa cómo se relaciona contigo seleccionando el grado de acuerdo o desacuerdo con las mismas.

1: totalmente en desacuerdo	**2: en desacuerdo**	**3: indiferente**	**4: de acuerdo**	**5: totalmente de acuerdo**

1	Pienso que cuidar mi cuerpo va a mejorar mi bienestar	1	2	3	4	5
2	No me gusta cuando la gente me toca	1	2	3	4	5
3	Hacer algo peligroso me hace sentir bien	1	2	3	4	5
4	Le presto atención a mi apariencia	1	2	3	4	5
5	Estoy frustrado/a con mi apariencia física	1	2	3	4	5
6	Disfruto del contacto físico con otras personas	1	2	3	4	5
7	No me da miedo realizar actividades peligrosas	1	2	3	4	5
8	Me gusta acicalar mi cuerpo	1	2	3	4	5
9	Intento mantener la distancia con la persona que estoy hablando	1	2	3	4	5
10	Estoy satisfecho/a con mi apariencia	1	2	3	4	5
11	Me siento incómodo/a cuando las personas se acercan mucho a mí	1	2	3	4	5
12	Disfruto tomando una ducha	1	2	3	4	5
13	Odio mi cuerpo	1	2	3	4	5
14	En mi opinión, es muy importante cuidar el cuerpo	1	2	3	4	5
15	Cuando estoy herido/a, inmediatamente cuido mi herida	1	2	3	4	5
16	Me siento cómodo/a con mi cuerpo	1	2	3	4	5
17	Siento rabia hacia mi cuerpo	1	2	3	4	5
18	Miro en ambas direcciones antes de cruzar la calle	1	2	3	4	5
19	Utilizo productos de cuidados personales regularmente	1	2	3	4	5
20	Me gusta tocar a la gente que está cerca de mí	1	2	3	4	5
21	Me gusta mi apariencia a pesar de mis imperfecciones	1	2	3	4	5
22	Algunas veces, me hago daño a propósito	1	2	3	4	5
23	Ser abrazado/a por una persona cercana a mi puede confortarme	1	2	3	4	5
24	Me cuido cuando siento algún síntoma de enfermedad	1	2	3	4	5

5. El Test de Creencias y Actitudes Alimentarias - *The Eating Attitudes Test (EAT).*

E.A.T.-40: versión española (Castro,Toro,Salamero y Guimerá,1991)

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

6. Escala de Desesperanza - *Hopelessness Scale (HS).*

Escala de Desesperanza de Beck	Verdadero	Falso
1. Veo el futuro con esperanza y entusiasmo.		
2. Quizás debería abandonar todo, porque no puedo hacer las cosas mejor.		
3. Cuando las cosas están mal, me ayuda pensar que no va a ser así para siempre.		
4. No puedo imaginar cómo va a ser mi vida dentro de 10 años.		
5. El tiempo me alcanza para hacer lo que más deseo hacer.		
6. En el futuro, espero tener éxito en lo que más me importa.		
7. El futuro aparece oscuro para mí.		
8. En la vida, espero lograr más cosas buenas que el común de la gente.		
9. En realidad, no puedo estar bien, y no hay razón para estarlo en el futuro.		
10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro.		
11. Más que bienestar, todo lo que veo por delante son dificultades.		
12. No espero conseguir lo que realmente quiero.		
13. Espero ser más feliz de lo que soy ahora.		
14. Las cosas nunca van a marchar de la forma en que yo quiero.		
15. Tengo gran confianza en el futuro.		
16. Como nunca logro lo que quiero, es una locura querer algo.		
17. Es poco probable que en el futuro consiga una satisfacción real.		
18. El futuro aparece vago e incierto para mí.		
19. Se pueden esperar tiempos mejores que peores.		
20. No hay razón para tratar de conseguir algo deseado, pues probablemente no lo logre.		

7. Inventario de declaraciones sobre autolesiones - *Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS).*

ISAS - SECCIÓN I

Este cuestionario pregunta sobre una variedad de comportamientos de autolesión. Por favor, sólo indica la presencia de estos comportamientos si los has llevado a cabo intencionadamente (es decir, a propósito) **y sin la intención de suicidio** (es decir, no por razones suicidas).

1. Por favor estima el número de veces que a lo largo de tu vida realizas o has realizado intencionalmente (es decir, a propósito) cada tipo de autolesión no suicida (por ejemplo, 0, 10, 100, 500):

Cortarse ____
Rascarse con fuerza ____
Morderse ____
Golpearse con fuerza ____
Quemarse ____
Hacerse cortes poco profundos en la piel (con un cutex, cuchilla, lápiz afilado, etc.)
Interferir en la curación de heridas (Por ejemplo, rascando las costras) ____
Frotar la piel contra una superficie rugosa ____
Pellizcarse ____
Pincharse con agujas ____
Tirarse el Pelo ____
Ingerir sustancias peligrosas ____
Otros _____

****

Importante: Si has realizado una o más de las conductas mencionadas anteriormente, por favor completa la parte final de este cuestionario. Si no has realizado ninguna de las conductas mencionadas anteriormente, continúa en la Parte II, página 2.

---

2. Si crees que existe un tipo de autolesión que realizas más frecuentemente, por favor, rodea esta conducta de las descritas en la página anterior.

---

3. ¿A qué edad…?

¿Te hiciste daño a ti misma/o por primera vez? _____
Cuál fue la fecha más reciente en la que te autolesionaste (Fecha aproximada - mes / día / año) _____

4. ¿Experimentas dolor físico durante la autolesión? Por favor marque una opción:
SÍ A VECES NO

5. Cuando te autolesionas, ¿estás solo/a? Por favor marque una opción:
SÍ A VECES NO

6. Por lo general, ¿cuánto tiempo transcurre desde el momento en que tienes la necesidad de auto-lesionarte hasta que actúas? Por favor marque una opción:
<1 hora 1 - 3 horas 3 - 6 horas 6 - 12 horas 12 - 24 horas > 1 día

7. ¿Quieres / querrías dejar de auto-lesionarte? Por favor marque una opción:
SÍ NO

ISAS PARTE II

Instrucciones
Este inventario fue escrito para ayudar a comprender mejor la experiencia de las autolesiones no suicidas. A continuación se muestra una lista de afirmaciones que pueden o no ser importantes en tu experiencia de autolesión. Por favor, indica las afirmaciones que sean más importantes para ti:

Marca **0** si no te identificas **NADA** con la frase
Marca **1** si te identificas **ALGO** con la frase
Marca **2** si te identificas **MUCHO** con la frase

"Cuando me autolesiono ...

	Respuesta		
1. Me calmo a mí misma/o	**0**	**1**	**2**
2. Creo un límite entre mí mismo/a y los demás	**0**	**1**	**2**
3. Me castigo	**0**	**1**	**2**
4. Es una forma de cuidar de mí misma/o (al cuidar la herida)	**0**	**1**	**2**
5. Al causarme dolor dejo de sentirme embotada/o	**0**	**1**	**2**
6. Evito el impulso de suicidarme	**0**	**1**	**2**
7. Es una forma de hacer algo que me provoca excitación o euforia	**0**	**1**	**2**
8. Me vinculo a los demás	**0**	**1**	**2**
9. Dejo que los demás sepan la magnitud de mi dolor emocional	**0**	**1**	**2**
10. Veo si puedo soportar el dolor	**0**	**1**	**2**
11. Genero una señal física que indica que me siento fatal	**0**	**1**	**2**
12. Me vengo de alguien	**0**	**1**	**2**
13. Me reafirma que soy autosuficiente	**0**	**1**	**2**
14. Me alivio de la presión emocional que hay dentro de mi	**0**	**1**	**2**
15. Demuestro que estoy separado de otras personas	**0**	**1**	**2**
16. Expreso ira hacia mi por ser inútil o estúpido	**0**	**1**	**2**
17. Genero un daño físico que es más fácil de cuidar que mi malestar emocional	**0**	**1**	**2**
18. Intento sentir algo (en contraposición a no sentir nada), aunque sea dolor físico	**0**	**1**	**2**
19. Respondo a los pensamientos suicidas sin realmente intentar suicidarse	**0**	**1**	**2**
20. Me entretengo a mí misma y a los demás haciendo algo extremo	**0**	**1**	**2**
21. Siento que encajo con otras personas	**0**	**1**	**2**
22. Busco cuidado o ayuda de los demás	**0**	**1**	**2**
23.			
"Cuando me autolesiono ...	**Respuesta**		
24. Me demuestro que soy fuerte o dura/o	**0**	**1**	**2**
25. Me demuestro que mi dolor emocional es real	**0**	**1**	**2**
26. Me vengo de los demás	**0**	**1**	**2**
27. Demuestro que no necesito depender de otros para obtener ayuda	**0**	**1**	**2**
28. Reduzco la ansiedad, la frustración, la ira u otros sentimientos que me desbordan	**0**	**1**	**2**
29. Establezco entre barrera entre mi misma/o y los demás	**0**	**1**	**2**
30. Es una reacción al hecho de sentirme infeliz o disgustada conmigo misma/o	**0**	**1**	**2**
31. Me permito centrarme en tratar la herida, lo que puede ser gratificante o satisfactorio.	**0**	**1**	**2**
32. Me aseguro de sentirme viva/o cuando me siento irreal	**0**	**1**	**2**
33. Pongo freno a los pensamientos suicidas	**0**	**1**	**2**
34. Me pongo al límite como cuando practico deportes de riesgo u otras actividades extremas	**0**	**1**	**2**
35. Creo una señal de amistad o parentesco con los amigos o seres queridos	**0**	**1**	**2**
36. Evito que un ser querido me deje o abandone	**0**	**1**	**2**
37. Demuestro que puedo soportar el dolor físico	**0**	**1**	**2**
38. Doy significado a la angustia emocional que estoy experimentando	**0**	**1**	**2**
39. Trato de herir a alguien cercano a mí	**0**	**1**	**2**
40. Reafirmo que soy autónoma/o o independiente	**0**	**1**	**2**

(Opcional) En el espacio de abajo, por favor indica cualquier aclaración o afirmación que creas que sería más exacta que las mencionadas anteriormente:

(Opcional) En el siguiente espacio, indica cualquier aclaración que creas que debería añadirse a la lista de arriba, aunque no necesariamente se ajuste a tu experiencia:

---

8. Escala de Ideación Suicida - *Scale for Suicide Ideation (SSI).*

Beck Scale for Suicide Ideation, BSSI; Becks, Kovacs y Weissman, 1979

Por favor, valore las actitudes/expectativas que el participante tiene hacia la muerte y el suicidio.

Fecha actual _____Día de la última crisis suicida _____

I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA VIVIR/MORIR.

1.-Deseo de vivir
- 0 Moderado a fuerte
- 1 Débil
- 2 Ninguno

2.-Deseo de morir
- 0 Ninguno
- 1 Débil
- 2 Moderado a fuerte

3. Razones para vivir/morir
- 0 Las de vivir superan a las de morir
- 1 Más o menos igual
- 2 Las de morir superan a las de vivir

4. Deseo de efectuar un intento activo de suicidio
- 0 Ninguno
- 1 Débil
- 2 Moderado a fuerte

5. Intento pasivo de suicidio
- 0 Tomaría precauciones para salvar la vida
- 1 Dejaría al azar la vida o la muerte (por ejemplo, cruzar sin mirar una calle)
- 2 Evitaría las medidas necesarias para salvar o mantener la vida (por ejemplo, un diabético que deja de tomar insulina).

II .-CARACTERÍSTICAS DEL DESEO/IDEACIÓN DEL SUICIDIO.

6. Dimensión temporal: Duración
- 0 Breve, períodos fugaces
- 1 Períodos más largos
- 2 Continuo (crónico) o casi continuo

7. Dimensión temporal: Frecuencia
- 0 Infrecuente, ocasional
- 1 Intermitente
- 2 Persistente o continúa

8. Actitud hacia la ideación/deseo
- 0 Rechazo
- 1 Ambivalente; indiferente
- 2 Aceptación

9. Control sobre el deseo de actuación o acto suicida
- 0 Tiene sensación de control
- 1 Inseguro del control
- 2 No tiene sensación de control

10. Barreras para el intento activo (por ejemplo, familia, religión, posibilidad de lesión grave si se fracasa; irreversibilidad del intento)
- 0 No intentaría suicidio a causa de una barrera
- 1 Alguna preocupación sobre las barreras
- 2 Mínima o nula preocupación sobre las barreras

INDICAR BARRERAS SI EXISTEN:

11. Razón del intento en cuestión
- 0 Manipular el entorno: Conseguir atención, venganza
- 1 Combinación de «1» y «2»
- 2 Escape, resolver problemas, desaparecer

ATENCIÓN: SI TODAS LAS RESPUESTAS A LOS ÍTEMS 4 Y 5 SON "0", NO ADMINISTRAR LAS SECCIONES III Y IV.

III.CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO EN CUESTIÓN.

12. Método: Especificidad/planificación

0 No en cuestión
1 Considerado pero sin elaborar detalles
2 Detalles bien elaborados; bien formulado

13. Método: Disponibilidad/oportunidad

0 Método no disponible; ninguna oportunidad
1 El método llevaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no fácilmente disponible
2 Oportunidad futura o anticipada disponibilidad de método

14. Sensación de «capacidad» para llevar a cabo un intento

0 Cobarde, demasiado débil, asustado, incapaz
1 Inseguro de la valentía o de la capacidad
2 Seguro de la valentía o de la capacidad

15. Expectativas/anticipación del intento real

0 No
1 Inciertas, no seguro
2 Sí

IV. ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO EN CUESTION.

16. Preparación real

0 Ninguna
1 Parcial (por ejemplo, comenzar a acumular pastillas)
2 Completa (por ejemplo, tiene pastillas, cuchillas, un arma cargada)

17. Nota de suicidio

0 Ninguna
1 Comenzada pero no acabada; sólo se ha pensado en ella
2 Acabada

18. Actos finales en anticipación de la muerte (por ejemplo, seguros, testamento, donaciones)

0 Ninguno
1 Algunas ideas o se han hecho algunas gestiones
2 Planes finales efectuados o gestiones finalizadas

19. Engaño/encubrimiento del intento

0 Ideas expresadas abiertamente
1 Ideas reservadas
2 Intento de engañar, mentir, encubrir

V. FACTORES PREVIOS (no incluibles en la puntuación total).

20. Intentos previos de suicidio

0 Ninguno
1 Uno
2 Más de uno

21. Intención de morir asociada con el último intento

0 Baja
1 Moderada; ambivalente; incierta
2 Alta

9. Lista de Síntomas Límite - *Borderline Symptom List 23 (BSL-23).*

Borderline Symptom List 23 (BSL-23) (Soler, et al., 2013)

Por favor, siga estas instrucciones cuando responda el cuestionario: En la siguiente tabla encontrará una serie de dificultades y problemas que podrían describirle. Por favor, lea detenidamente el cuestionario y decida en qué grado le afectó cada problema durante la semana pasada. En el caso de que no sienta nada en este momento, por favor responda de acuerdo a cómo piensa *que podría haberse sentido.* Por favor responda con sinceridad.

Todas las preguntas hacen referencia a la última semana. Si se ha sentido de diferente manera en diferentes momentos de la semana, haga una valoración promedio de cómo le fueron las cosas.

	Durante la última semana…	Nunca	Algo	Bastante	Mucho	Muchísimo
1	Me resultaba difícil concentrarme	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
2	Me sentí indefenso	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
3	Estuve ausente e incapaz de recordar que estaba haciendo en realidad	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
4	Sentí asco	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
5	Pensé en hacerme daño	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
6	Desconfié de los demás	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
7	No creía que tuviera derecho a vivir	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
8	Me sentía solo	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
9	Sentí una tensión interna estresante	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
10	Sentí mucho miedo de imágenes que me vinieron a la cabeza	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
11	Me odié a mí mismo	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
12	Quise castigarme	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
13	Sufrí de vergüenza	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
14	Mi humor oscilaba rápidamente entre la ansiedad, la rabia y la depresión.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
15	Sufrí al oír voces y ruidos procedentes de dentro o fuera de mi cabeza	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
16	Las críticas tuvieron un efecto demoledor en mí	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
17	Me sentí vulnerable	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
18	La idea de morirme me causó una cierta fascinación	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
19	Nada parecía tener sentido para mí	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
20	Tuve miedo de perder el control	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
21	Me di asco a mí mismo	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
22	Tuve la sensación de salir de mí mismo	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
23	Sentí que no valía nada	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**

	Durante la última semana…	Nunca	Algo	Bastante	Mucho	Muchísimo
v	Sentí sensaciones crónicas de vacío (sentirme "*muerta por dentro*" o sentirme con un " *profundo hueco en mi interior*")	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**

	Durante la última semana…	Nada	una vez	2-3 veces	4-6 veces	Diariamente o más a menudo
1	Me hice daño cortándome, quemándome, estrangulán- dome, dándome golpes con la	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
2	Dije a otras personas que iba a matarme	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
3	Intenté suicidarme	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
4	Tuve atracones de comida	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
5	Me provoqué el vómito	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
6	Realicé deliberadamente conductas arriesgadas como conducir demasiado rápido o en dirección contraria, hacer equilibrios y juegos en lugares altos, en las vías de tren o con trenes en	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
7	Me emborraché	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
8	Tomé drogas	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
9	Tomé medicación que no se me había recetado o si se me había prescrito, tomé más de la dosis	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
10	Tuve brotes de ira incontrolada o ataqué físicamente a otras personas	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
11	Tuve relaciones sexuales que no pude controlar, de las cuales más tarde me sentí avergonzado/a o	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**

Ahora nos interesaría conocer además la calidad de su estado **general** a lo largo de la última semana. 0 % significa **absolutamente hundido**, 100% significa **excelente**. Por favor, señale el porcentaje que más se aproxime a su situación.

0%	**10%**	**20%**	**30%**	**40%**	**50%**	**60%**	**70%**	**80%**	**90%**	**100%**
◄——————————————

10. Admisión por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital de La Ribera de Alzira.

HOSPITAL UNIVERSITARIO de LA RIBERA

GENERALITAT VALENCIANA CONSELLERIA DE SANITAT

INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN- COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

Dña. María Cuenca Torres, Secretaria del Comité de Ética de la Investigación- Comisión de Investigación del Departamento de Salud de La Ribera de la Comunidad Valenciana, Hospital Universitario de La Ribera de Alzira.

CERTIFICA

Que esta Comisión ha evaluado la propuesta de la investigador principal Dr Jose Heliodoro Marco Salvador y la investigadora colaboradora Dra María Beltrán Beltrán, Dña Montserrat Cañabate Ros, Dra Sandra Pérez Rodriguez y Dra Reyes Moliner Albero para que se realice el proyecto de investigación titulado: "El sentido de la vida un factor protector de la psicopatología de los trastornos de la conducta alimentaria" con código UCV/2013-2014-0023.

Y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del Proyecto de Investigación en relación con los objetivos.

La capacidad de los investigadores.

La adecuación del proyecto a los medios existentes en este Centro.

La adecuada elaboración y presentación de la Memoria.

La conveniencia e interés de los resultados para el Departamento de Salud y el Sistema Nacional de Salud.

Y que esta Comisión acepta que dicho proyecto sea realizado en el Departamento de Salud de La Ribera/ Hospital Universitario de La Ribera por el Dr Jose Heliodoro Marco Salvador, Dra María Beltrán Beltrán, Dña Montserrat Cañabate Ros, Dra Sandra Pérez Rodriguez y Dra Reyes Moliner Albero como investigadores.

Lo que firmo en Alzira, 21 de Enero de 2015

HOSPITAL UNIVERSITARIO de LA RIBERA

Comisión de Investigación

Fdo.: María Cuenca Torres

11. Admisión por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Provincial de Castellón.

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PUBLICA

Consorci Hospitalari Provincial de Castelló

DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Dª EVA FELIP VICIANO, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

CERTIFICA:

Que este Comité ha evaluado en fecha 27 de noviembre de 2015, para que se realice el Proyecto de Investigación código: **UCV/2013-2014/0023**

Titulado:

"EL SENTIDO DE LA VIDA UN FACTOR PROTECTOR DE LA PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN POBLACION CLINICA" (Protocolo Versión 2,0 de 22 de octubre de 2015) Investigador en nuestro centro: **Dª. Montserrat Cañabate Ros** enfermera de la Unidad de Trastornos Alimentarios del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

El Comité considera que el proyecto se plantea siguiendo los requisitos necesarios de idoneidad en relación con los objetivos planteados y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, teniendo en cuenta los beneficios esperados.

El procedimiento para obtener el consentimiento informado, incluyendo la hoja de información para los sujetos y el plan de reclutamiento de sujetos previstos son adecuados, así como las compensaciones previstas para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el proyecto.

La capacidad del investigador y sus colaboradores y las instalaciones y medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el proyecto.

Por tanto este Comité acepta que dicho proyecto, sea realizado en el Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón por el Dª Monstserrat Cañabate Ros.

Lo que firmo en Castellón a 27 de noviembre de 2015

Fdo. Eva Felip Viciano

Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón - C.E.I.C.

Avda. Doctor Clará, 19 · 12002 Castellón · Tel. (+34) 964 359 700 · Fax (+34) 964 354301

www.hospitalprovincial.es

12. Modelo de consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Datos del Estudio: Título: El sentido de la vida como factor predictor de la psicopatología propia y asociado de los TA **Promotor:** Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir" **Código del Promotor:** UCV/2013-2014/0023 **Nombre y apellidos del investigador principal:**

El objetivo de este proyecto de investigación es avanzar en el estudio de alteraciones psicológicas de los trastornos de la conducta alimentaria.

Los datos de carácter personal recabados son incluidos en un fichero titularidad de la Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir (UCV). La finalidad de la recogida y tratamiento de los datos es a los únicos efectos de identificar a las personas físicas, cuya información es sometida a estudio o análisis, en la labor de investigación. Conforme a la ley, se garantiza la confidencialidad e integridad de toda esta información. Usted tiene la posibilidad de revocar su consentimiento en cualquier momento y por cualquier motivo, sin tener que dar explicaciones y sin que repercuta negativamente sobre su tratamiento futuro.

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, Vd. puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y, en su caso, oposición, presentando una solicitud por escrito, acompañada de una fotocopia de su D.N.I., Pasaporte, N.I.E. u otro documento de identificación equivalente, dirigida a la Secretaria de la Universidad Católica de Valencia – LOPD INVESTIGACIÓN C/ Quevedo, 2 46001 de Valencia.

De acuerdo con lo anterior, **CONSIENTO** que traten mis datos personales, en las condiciones y términos expuestos y afirmo que he leído la información proporcionada, o me ha sido leída.

*Consiento voluntariamente que mi hijo/a ..... con DNI .....participe en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarlo del estudio en cualquier momento sin que afecte de ninguna forma mi atención médica ni la de mi hijo/a.

En....., a ……. de ..... de 20.... Nombre y apellidos.....DNI: ..... Fdo:

El Investigador principal del proyecto Fdo: