PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Predictores de Severidad en Trastornos de Conducta Alimentaria en Población Clínica Adulta

MATÍAS DANIEL LETELIER VUSKOVIC

Profesor guía Alex Behn, PhD
Profesor guía Melina Vogel, MD, PhD

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, como requisito para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica

Noviembre 2021
Santiago, Chile

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Predictores de Severidad en Trastornos de Conducta Alimentaria en Población Clínica Adulta

MATÍAS DANIEL LETELIER VUSKOVIC
Profesor guía Alex Behn, PhD
Profesor guía Melina Vogel, MD, PhD

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, como requisito para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica

AGRADECIMIENTOS: En particular, me gustaría agradecer a mis profesores guía Alex y Melina; al equipo interdisciplinario de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTAL) de la Unidad de Salud Mental (USM) por toda su ayuda y disposición a apoyar este estudio; y en particular a Lucas Lacalle quien me ayudó en casi todas las instancias de este trabajo a lo largo del año. Sin la participación de alguno de estos actores, este trabajo no hubiera sido posible.

Índice

1. Resumen VII
2. Introducción VIII
3. Marco teórico X
   - 3.1. Factores de riesgo de TCA XI
     - 3.1.1 Nivel Internacional XI
     - 3.1.2 Nivel Latinoamericano XII
   - 3.2 Factores predictores de severidad en TCA XIII
     - 3.2.1 Mortalidad XIII
     - 3.2.2 Suicidalidad XIV
     - 3.2.3 Cronicidad de los síntomas XV
     - 3.2.4 Resultados de tratamientos XVI
     - 3.2.5 Sexo XVII
     - 3.2.6 Constructos asociados a los TCA XVIII
     - 3.2.7 Constructos no asociados directamente a TCA XIX
4. Objetivos XX
   - 4.1 Objetivo general XX
   - 4.2 Objetivos específicos XX
5. Hipótesis XXI
6. Método XX
   - 6.1 Participantes y criterios de inclusión XXII
   - 6.2 Instrumentos XXII
   - 6.3 Procedimiento XXII
7. Resultados XXVI
   - 7.1 Descripción de la muestra XXVI
     - 7.1.1 Información sociodemográfica XXVI
     - 7.1.2 Información clínica XXV
   - 7.2 Resultados de objetivos específicos XXVIII
     - 7.2.1 Objetivo específico 1 XXVIII

7.2.2 Objetivo específico 2 XXIX
7.2.3 Objetivo específico 3 XXX
7.3 Resultados de hipótesis XXXII
7.3.1 Hipótesis 1 XXXII
7.3.2 Hipótesis 2 XXXIV
7.3.3 Hipótesis 3 XXXV
8. Conclusión y discusión XXXVIII
9. Bibliografía XLVIII
10. Anexos LIII

1. RESUMEN

Debido a la baja tasa de prevalencia y las complicaciones clínico/prácticas de su naturaleza, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son patologías mentales difíciles de estudiar e investigar. Esto es en particular cierto en el contexto Latinoamericano, donde la evidencia internacional no necesariamente se corresponde con las características de esta población. Lo mismo ocurre con casos en la adultez, ya que la mayoría de la investigación se centra en la edad de mayor riesgo, que sería la pubertad y la adolescencia. Sin embargo, existen personas adultas en países sudamericanos como Chile que sufren de estas enfermedades y muy poco se conoce de la naturaleza, características y factores que predicen un mejor o peor pronóstico. Debido a esto, el presente estudio se plantea explorar e identificar posibles predictores de severidad y deterioro en adultos atendiéndose en una unidad clínica especializada en tratamiento de TCA. En este estudio se espera que, en primer lugar, el IMC; el diagnóstico de AN; el inicio temprano de los síntomas; comorbilidades psiquiátricas; y la duración entre el inicio de síntomas y búsqueda de tratamiento, deberían predecir una mayor severidad de los TCA. En segundo lugar, se espera que una mayor cronicidad/duración de los síntomas no debería implicar mayores niveles de severidad. Y tercero, se hipotetiza que un mayor puntaje obtenido en las escalas del EDE-Q sobre preocupación sobre peso, comida y forma corporal impliquen mayores niveles de severidad.

Para este fin, se realizó un muestreo de 220 pacientes adultos a quienes se les fue enviado un set de encuestas con el fin de detectar estos factores, compuesto de una encuesta de datos sociodemográficos, la *Clinical Impairment Assessment* (CIA) y el *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q). De este número, se obtuvo un N de 109 participantes (97.2% del sexo femenino), que padecían de anorexia nerviosa (AN= 32.1%), bulimia nerviosa (BN=17.4%), trastorno por atracones (TPA=34.9%) y TCA no especificado (TCANE=15.6%). Por medio del análisis estadístico, mediante un modelo multivariado de regresión lineal, se encontró que el índice de masa corporal (IMC) al ingreso, conductas restrictivas y preocupaciones por la alimentación/figura corporal predijeron un mayor nivel de severidad y deterioro. Se discuten al final las implicancias

de estos resultados en relación con la literatura y se hacen referencia a otros resultados que no se tenían contemplados al inicio del estudio, como diferencias en variables clínicas según el diagnóstico específico de TCA. Se concluye que aún se necesitan investigaciones en pacientes con TCA para determinar predictores de severidad, tanto para el espectro en general, como para cada diagnóstico de este espectro. No obstante, este estudio tendría utilidad científica como información preliminar en una población poco estudiada; y clínica, al determinar algunos factores a tener en mente durante el tratamiento de esta patología.

2. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son patologías mentales reconocidas internacionalmente en manuales psiquiátricos, como el DSM – 5 y el CIE – 11, que afectan a 1-2 cada 100 personas y tienen una tasa de mortalidad que varía desde el 0.5% al 5%, según trastorno específico (Button, Chadalavada y Palmer, 2009; Smink, Hoeken y Hoek, 2012). Como lo denota la literatura, a pesar de no ser las patologías más comunes, son de las más mortíferas, en particular el caso de la anorexia nerviosa, cuya prevalencia y mortalidad habría ido en aumento en los últimos años (Jagielska y Kacperska, 2017). Sin embargo, esta información no se condice con estudios de prevalencia llevados a cabo en Latinoamérica. Los autores Kolar, Rodriguez, Chams y Hoek (2016), en un metaanálisis de estudios sobre TCA llevados a cabo en países latinoamericanos, habrían detectado una prevalencia de 0.1% para anorexia, 1.16% de bulimia y 3.53% en trastornos por atracones en esta población. Estos datos se diferencian también, por ejemplo, a los encontrados en Europa, donde anorexia nerviosa se reportaría entre el 1-4%; bulimia entre 1-2%; trastorno por atracones con 1-4% y trastornos alimentarios no especificados entre el 2-3% (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016). Este contraste entre índices de prevalencia pone en discusión la información que se tiene a nivel internacional, la que quizás no se adecue apropiadamente a las características de las poblaciones menos estudiadas, como la latinoamericana.

Además de esta diferencia entre poblaciones, se suma la importancia de las consecuencias de casos de TCA con altos niveles severidad y deterioro, los que tendrían graves consecuencias a niveles físicos, sociales, psicológicos, familiares, ocupacionales y a nivel de tratamiento (Robinson, Kukucska, Guidetti y Leavey, 2015). En general, la teoría ha relacionado la severidad de los TCA con la cronicidad de estos (Robinson, 2014), sin embargo, un estudio reciente realizado recientemente en Chile, en una unidad clínica de atención de TCA, demostró que esta relación no se demostraría en esta población de pacientes (Dapelo, Gil, Lacalle y Vogel, 2020). Esto nuevamente pone en duda la evidencia internacional y remarca la brecha de conocimiento entre las diferentes zonas del mundo con respecto a estos factores, los que no serían necesariamente correspondidos en la población clínica latina y, por extensión, la chilena. Por ende, la importancia de indagar qué factores podrían predecir o relacionarse con un mayor nivel de severidad adquiere una relevancia a nivel científico y clínico/práctico, en particular cuando se sabe que una detección temprana de estos trastornos conllevaría a mejores resultados en los tratamientos (Son, Hoeken, Furth, Donker, & Hoek, 2010).

Siguiendo la línea anterior, sería también importante estudiar grupos etarios que podrían estar sub representados en la investigación. En general, es reconocido por guías psiquiátricas como el DSM – 5 que los TCA son patologías cuyo grupo de mayor riesgo serían personas entre la adolescencia y la adultez joven, sin embargo, poco es conocido sobre los factores que caracterizarían la presentación y mantención de estas patologías en la adultez (Patrick y Stahl, 2009). En un metaanálisis, se encontró que, debido a los cambios hormonales propios de la menopausia, mujeres entre 40 y 50 años estarían expuestas a contraer una TCA de una forma similar a adolescentes del mismo sexo (Behar, 2018). Además, en este estudio se encontró que habría una diferencia a nivel epidemiológico entre estudios en población adolescente joven y adulta/adulta tardía, en donde el segundo grupo tendría una epidemiología mayor de trastorno por atracones (TPA) y no especificados (TCANE), en vez de anorexia (AN) y bulimia (BN) (Behar, 2018). Esta información se suma a que casos severos de TCA, que involucran hospitalizaciones durante la adolescencia, tendría consecuencias a largo plazo en la salud

y bienestar en la adultez de estas personas, como infecciones en la garganta, mayores niveles de colesterol en la sangre, reflujos gastrointestinales, depresión, ansiedad, entre otras (Chapelon et al., 2020).

A partir de estas características propias a los TCA y al estudio de ellos, sería relevante explorar y caracterizar estos grupos poco investigados, como son las poblaciones adultas en Latinoamérica. Cabe destacar que, debido a la baja prevalencia de estos trastornos, su estudio a nivel poblacional sería considerada una tarea ardua y costosa en términos económicos y temporales (Hay y Mitchison, 2014). Debido a esto, la mayoría de los estudios encontrados en la bibliografía y que son citados aquí son realizados en poblaciones clínicas de reducido tamaño, por lo que no necesariamente representarían a toda la población de, por ejemplo, el país de donde provienen. Debido a esto, se considera relevante destacar que la información que se obtenga del presente estudio tendría alcances a nivel de la misma muestra que se planea evaluar, que serían pacientes adultos actualmente activos con tratamiento en unidades especializadas de TCA en Chile, y no necesariamente serían generalizables para la población general.

3. MARCO TEÓRICO

El Manual de diagnóstico y estadístico de trastorno mentales (DSM-5) describe a los trastornos de conducta alimentaria (TCA) como conjuntos de alteraciones a nivel de alimentación y comportamiento, que llevan a una disrupción en la ingesta o consumo de alimentos y causa un deterioro significativo en la salud física o el funcionamiento psicosocial del individuo (APA, 2013). Estos incluyen trastornos como la Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), trastorno por atracones (TPA o BED en inglés) y otros trastornos específicos o no especificados de la conducta alimentaria (TCANE). También incluye otros trastornos como la pica, el trastorno por rumiación y el de la evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID por sus siglas en inglés), pero estos serán excluidos de esta investigación debido a que los índices de prevalencia de los dos primeros trastornos son muy variables, inconsistentes, desconocidos o simplemente asumidos que a nivel poblacional son más comunes en la infancia (Hartmann, Becker,

Hampton, y Bryant-Waugh, 2012); y sobre el ARFID, si bien en los últimos años se ha empezado a estudiar su presentación en poblaciones adultas (Zickgraf, Franklin, y Rozin, 2016), los niveles de prevalencia parecieran estar subrepresentados en la actualidad y habría una falta de instrumentos psicométricos para detectar y diagnosticar este trastorno en este grupo etario.

Teniendo esclarecido lo anterior, el foco de este estudio serán los factores que podrían detectar o predecir mayores o menores niveles de severidad en casos de TCA en adultos, incluyendo AN, BN, TPA y TCANE. Como fue mencionado anteriormente, parte de la relevancia de estudiar este tema devendría de la falta de estudios que midan y expliciten específicamente niveles y factores de gravedad en TCA. Esto se contrapone con la extensa cantidad de investigaciones y metaanálisis sobre factores de riesgo y de información epidemiológica en el área, pero como este estudio tiene como meta estudiar una base de datos de pacientes ya en tratamiento en una unidad especializada de TCA, y no a nivel poblacional, se considera que saber qué factores conllevarían a distintos niveles de severidad sería más relevante para la utilidad clínica durante un tratamiento. Por ende, se tomará la decisión de utilizar factores de riesgo ya conocidos y estudiados, y analizar si estos se mantienen relevantes al intentar predecir severidad y deterioro en la vida de personas con este diagnóstico. Además de aquellos que habrían medido la severidad de esta patología manera más indirecta.

3.1 Factores de riesgo de TCA

Con respecto a factores de riesgo, que serán mencionados a continuación, se contemplan aquellos que serían transversales a todos los TCA (AN, BN, TPA y TCANE). Debido a esto, es probable que factores asociados a los diagnósticos específicos no sean considerados con el fin de puntualizar y medir aquellos que tengan mayor chance de predecir severidad a lo largo del espectro, a menos que se especifique lo contrario.

3.1.1 Nivel internacional

En un metaanálisis de estudios europeos realizados entre el 2015 y 2016, se encontraron los siguientes factores asociados al riesgo de desarrollar un TCA: Insatisfacción corporal en la infancia; factores asociados a imagen corporal y peso; y

ambientes escolares de predominancia femenina y de edad adolescente (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016). Por otro lado, otra investigación realizó una revisión bibliográfica de correlatos sociodemográficos, ambientales y genéticos con TCA en adultos, en el que se encontró que el sexo femenino; menor edad; y haber sido víctima de abuso físico o sexual, tendrían mayor riesgo de contraer un TCA, esto además de detectar un 50-60% de influencia de heredabilidad genética (Hay y Mitchison, 2014). Cabe mencionar que este estudio concluyó que una mayor edad se relacionaría con mayor prevalencia de TPA, en comparación a otros TCA. De manera similar, un estudio nacional en Estados Unidos, encontró una mayor prevalencia de TPA en edades adultas de inicio de síntomas (*onset*), contrastada a una elevada cantidad de casos de BN con *onset* en la infancia y adolescencia, los que también se destacaban por mayor cronicidad y gravedad sintomática (Brewerton, Rance, Dansky, O'Neil y Kilpatrick, 2014). Estos últimos hallazgos mencionados serían consistentes con los encontrados por Behar (2018) en su revisión de literatura sobre los TCA en mujeres de mediana edad (sobre 40 años), en la que encontró que la prevalencia de AN y BN serían menores a la de TPA y TCANE en este grupo etario. En este mismo artículo, se detectó que factores biológicos como el IMC; psicológicos, como ser víctima de burlas por el peso; y socioculturales, como los ideales de forma corporal. Resultados que serían similares a estudios de factores de riesgo en población juvenil, con la adición de factores como la menopausia y ansiedad ante el envejecimiento (Behar, 2018). Estos hallazgos también tendían cierta consonancia con aquellos en población adulta emergente o joven, en los que factores como la insatisfacción con la apariencia; cogniciones mal adaptativas asociadas a la comida; e IMC se relacionarían con un mayor riesgo, que aparentemente no tendrían diferencias entre grupos etarios de 18 a 88 años (Patrick & Stahl, 2009). Por último, cabe destacar los altos índices de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos como ansiedad, déficit atencional, trastorno obsesivo compulsivo, depresión y problemas somáticos (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016; Godoy, Albrecht y Mesquita, 2019) en pacientes con estas condiciones. Estos estudios destacan la relevancia de factores como la edad, el *onset*, la apariencia del cuerpo y comorbilidades psiquiátricas

que serían relevantes tener en cuenta para analizar su incidencia en la severidad de los TCA.

3.1.2 Nivel latinoamericano

Cabe destacar que los estudios y revisiones anteriores provendrían de investigaciones internacionales con baja o nula representación de población latinoamericana la que, como fue mencionado anteriormente, pareciera tener diferencias epidemiológicas con otras zonas del planeta (Kolar et al, 2016). Dentro de la literatura de factores de riesgo en Latinoamérica, un estudio en México realizó una encuesta a 289 estudiantes universitarias y encontró un riesgo del 9.7% de TCA, asociado a factores de sobrepeso e insatisfacción corporal (Franco, Díaz, López-Espinoza, Escoto y Camacho, 2013). Otros estudios en Latinoamérica toman en cuenta factores asociados a diagnósticos específicos; en poblaciones adolescentes; u otros estudios realizados en población universitaria, con resultados similares al mencionado anteriormente, o que habrían utilizado instrumentos específicos para medir constructos no considerados en este estudio, por ejemplo: ascetismo, conductas de riesgo o autoestima (Berengüí et al, 2016). Aparte de los estudios mencionados, no se encontraron investigaciones en población latinoamericana que fueran relevantes de mencionar para los fines de este trabajo.

3.2 Factores predictores de severidad en TCA

Aparte de los factores anteriores, dentro de los pocos estudios que analizan severidad de forma directa o indirecta en los TCA, se encontraron investigaciones sobre factores asociados a: tasas de mortalidad o suicidios; cronicidad; factores asociados a los tratamientos; y constructos asociados directamente o indirectamente con los TCA.

3.2.1 Mortalidad

Con respecto a estudios sobre mortalidad, un extenso estudio en Alemania analizó a aproximadamente 6.000 pacientes en una duración de 20 años de tratamientos hospitalarios por TCA y comparó las causas de muerte prematuras con las características de estos pacientes (Fitcher y Quadflieg, 2016). Dentro de sus hallazgos, se detectó que el

diagnóstico de AN, alta prematura o complicada de tratamiento; mayor número de tratamientos previos; ser soltero; severidad y cronicidad de síntomas, se relacionaron con un menor tiempo de vida. Resultados similares se encontraron en un estudio longitudinal de duración similar en un hospital de Massachusetts en Estados Unidos, donde se hicieron seguimientos cada 6 meses a 200 pacientes y detectaron que una mayor duración de enfermedad; bajo índice de masa corporal (IMC); abuso de sustancias, en particular alcohol; y pobre ajuste psicosocial en pacientes con AN de larga data, se encontrarían asociados a una muerte prematura (Franko et al., 2013). Cabe destacar que, si bien en ambos estudios el índice de mortalidad para AN era hasta 5 veces mayor que lo esperado, no ocurría lo mismo en el caso de BN, TPA y TCANE, que poseían índices levemente mayores a la media, con una diferencia considerable a casos de AN.

En relación con lo anterior, si bien la mayoría de estos factores serían relevantes al momento de considerar posibles predictores de severidad, habría que tener en mente que la mayoría de estos estarían asociados a casos de AN y, por ende, no necesariamente representarían factores que indican gravedad en otros TCA. Esto añadiría relevancia para considerar las posibles diferencias que existan entre estos diagnósticos. Por otro lado, a partir de los estudios mencionados, se considera que factores como el IMC, el número de tratamientos previos, el estado civil y la cronicidad de síntomas, serían factores relevantes de ser investigados en este estudio. Se destaca que no se encontraron estudios de este tipo en poblaciones latinoamericanas.

3.2.2 Suicidalidad

Con respecto a factores asociados a suicidios en TCA, el estudio mencionado anteriormente en Alemania encontró que el 83.3% de las muertes asociadas a pacientes con TCA fueron por causas naturales, la mayoría relacionado a consecuencias de bajo IMC; y del porcentaje restante, 4 de cada 6 muertes fueron por suicidio (Fitcher y Quadflieg, 2016). No obstante, un metaanálisis que evaluó el diagnóstico y la presencia de síntomas de TCA como posibles factores predictores de suicidalidad, descubrió que estos, a pesar de tener significancia al momento de predecir intentos de suicidios, tendrían

una magnitud mínima en comparación a otros factores de riesgo (Smith, Velkoff, Ribeiro & Franklin, 2018). Esto se contrapone a un estudio en Finlandia que detectó que pacientes hospitalizados por TCA tendrían una alta prevalencia de intentos de suicidio (más del 66% habría tenido más de 1 intento) y de muertes por esta causa (45% de las muertes, con 12.5% de riesgo de muerte en general) (Suokas et al., 2014). Esta información pone en discusión la relación entre los TCA y el suicidio, por lo que el estudiar y descubrir qué factores pudieran predecir que estos pacientes lleguen a un estado de riesgo, como historial de hospitalizaciones o un estado de IMC grave, podría ser una ayuda considerable para idear intervenciones y estrategias multidisciplinarias de prevención.

3.2.3 Cronicidad de los síntomas

Un consenso que se tenía hasta hace unos años, y que se mantiene en algunas partes del mundo, es que la duración de un TCA, o su cronicidad, implicaría y predeciría una mayor gravedad global en estos pacientes. Esto lo respaldan autores como Robinson et al. (2014; 2015), quienes destacan las consecuencias de pacientes con TCA de duraciones sobre 10 años, como problemas físicos, como osteoporosis y problemas renales; psicológicos, como depresión y sensaciones persistentes de inutilidad; sociales, como aislamiento; y ocupacionales. El enfoque de este autor es uno más cualitativo y fenomenológico, al concebir la severidad y el sufrimiento asociado a algo complicado de cuantificar (Robinson, 2014). Esto, si bien se opone a la manera de medir severidad en este estudio, se considera como un punto de partida en un campo poco estudiado que, en el futuro, podría abrir posibilidades de estudios más comprensivos y naturalistas de este fenómeno.

Las conclusiones anteriores sobre la cronicidad, sin embargo, se contrastarían con un estudio reciente realizado en una muestra clínica de pacientes en tratamiento por TCA con alta severidad y duración de enfermedad (SEED, en sus siglas en inglés) en Chile. En este se detectó que la severidad, a nivel de deterioro clínico, no se tendría relación con la duración de la enfermedad misma, en cambio solo pareció correlacionarse con la cantidad de tiempo que transcurrió entre el inicio de síntomas y la búsqueda de tratamiento (Dapelo,

Gil, Lacalle y Vogel, 2020). Otro estudio de cronicidad realizado en Inglaterra buscó relacionar la severidad de los TCA, por medio de la duración de la enfermedad y el IMC, con la flexibilidad cognitiva utilizando el *Brixton Spatial Anticipation* Test, pero descubrieron que, a pesar de confirmar que pacientes con AN y TCANE tendrían peores resultados y menor flexibilidad, no confirmaron su relación con la duración de los síntomas ni el IMC (Tchanturia et al., 2011).

Esta información novedosa y controversial devolvería al estudio de severidad en TCA en términos de su cronicidad a un punto base donde se haría necesario la realización de estudios en poblaciones donde existan lagunas de conocimiento con respecto a este fenómeno, como el presente.

3.2.4 Resultados de tratamientos

Otro tipo de medición, que podría ser entendido como predictor de la severidad de un TCA, son los resultados de tratamiento y los factores asociados a peores resultados. Un estudio RTC (*randomized controlled trial)* de pacientes con TCA adultos en Inglaterra comparó el uso de terapia CBT (terapia cognitiva conductual) e ITP (terapia interpersonal), y detectó que mayor duración de síntomas y sobre evaluación de la importancia de la forma y el peso corporal implicarían peores resultados en ambos tratamientos (Cooper et al., 2016). Cabe destacar, que no se encontraron diferencias según diagnóstico DSM-IV; que pacientes con diagnóstico de AN no fueron evaluados; y que no existieron factores que diferenciaran entre ambos tipos de terapia (Cooper et al, 2016). Acá de nuevo aparece la importancia de la duración de los síntomas y de constructos como la evaluación del peso y la figura, en la severidad del TCA.

No necesariamente directamente vinculado al tratamiento, pero la demora entre el inicio de los síntomas y el inicio o la búsqueda de uno habría sido recientemente tomado en cuenta por la literatura. El estudio australiano de Hamilton et al. (2021) encontró diferencias significativas entre diferentes diagnósticos de TCA en los tiempos de estas demoras, destacando un mayor lapsus para casos de BN y TPA en comparación a AN, haciendo referencia al estigma social como una prominente barrera percibida por esta

población afectada para acceder a tratamiento de manera transversal a los TCA. Esto haría relevante explorar si este lapsus de tiempo también ocurre en nuestro país, en qué casos de TCA pareciera ser más prominente que en otros, y su incidencia en la severidad de estos.

3.2.5 Sexo

Otro tema que tener en mente sería la influencia del sexo que podrían influir en las investigaciones sobre este tipo de patologías. En general, los TCA muestran una amplia prevalencia femenina y una subrepresentación masculina (Hay y Mitchinson, 2014), lo que se traslada también a las muestras usadas en estas investigaciones. Los autores Agüera y sus colaboradores (2017) realizaron un estudio en el Bellvitge University Hospital en España en el que midieron y compararon resultados a corto plazo de tratamientos en una muestra con 157 hombres y 131 mujeres. En este encontraron que, si bien ambos grupos se beneficiaron de igual manera del tratamiento (CBT y terapias grupales dividas según sexo), hombres con TCA tuvieron mayor tasa de remisión total que las mujeres. Sin embargo, los autores relacionaron esto con que, en general, los TCA en casos femeninos fueron más severos que los masculinos. Esto implicaría que la diferencia entre sexos es relevante al momento de pensar posibles factores de severidad, como remisión sintomatológica y resultados de tratamientos, cosa que no siempre es tomado en cuenta y podría asociarse a un posible sesgo en investigaciones que dan por hecho que los TCA son una patología que solo afecta significativamente a las mujeres. Por ende, hay que destacar que limitaciones como esta serían importantes de mencionar para transparentar los resultados obtenidos en este estudio.

3.2.6 Constructos asociados a los TCA

Con estos se hace referencia a factores que serían directamente derivados de la sintomatología y características de los TCA, o resultados secundarios de estos. Por ejemplo, las preocupaciones con la comida (o *eating concerns)* serían predichos por otras características potencialmente nocivas en los TCA, como perfeccionismo maladaptativo, vergüenza corporal y baja autoestima. Estos factores, si bien según los autores lo asocian

a un mayor nivel de gravedad sintomatológica, no son constructos que serían medidos en este estudio (Cella, Cipriano, Iannaccone y Cotrufo, 2017). A pesar de esto, sería relevante mencionarlos para que otros estudios pudieran tenerlos en mente.

Otra conducta patológica asociado a este trastorno a tener en mente serían las conductas restrictivas que se denotan en algunos sub diagnósticos en los TCA. En particular, se ha estudiado que en casos de AN, la presencia de restrictividad se ha relacionado con bajos índices de IMC, representando así un posible indicador de severidad en este diagnóstico específico, en especial cuando ocurren en presencia de conductas purgativas y/o de atracones (De Young et al., 2013).

3.2.7 Constructos no asociados directamente a TCA

Con estos se haría referencia a aquellos que se vincularían de manera indirecta con las causas o consecuencias de los TCA. Por ejemplo, un estudio investigó la relación entre el carácter de las relaciones interpersonales en personas con TCA. En este, si bien se habría encontrado cierta relación con la severidad de la psicopatología, pareciera ser que factores como personalidad de base y perturbaciones psíquicas generales tendrían mayor relación con estos problemas vinculares; y, que la hipótesis de que mayores problemas interpersonales conllevan peores resultados de tratamiento, solo se habría mantenido parcialmente, ya que distintos subgrupos de TCA tuvieron distintos conflictos relacionales y severidad de sintomatología de atracones (Hartmann, Zeeck y Barrett, 2009). Por último, estilos de apego habrían sido revisados en un metaanálisis, donde se encontró que, en comparación con grupos de control, pacientes con TCA tenían mayores niveles de apego inseguro y desorganizado; que aquellos con apego ansioso estuvieron positivamente asociados con severidad sintomatológica; y que el tipo de apego inseguro tendría impacto negativo con el resultado de los tratamientos, donde mayor evitación indicaría mayores índices de deserción (Tasca & Balfour, 2014). Estos constructos abrirían caminos para investigaciones futuras en el área que puedan medir de manera más directa su relación con la severidad de los TCA en Latinoamérica. No obstante, para el conocimiento de este trabajo, no se conocería algún instrumento y/o variable para medir directamente y a cabalidad la severidad de los TCA adaptado a la población hispanohablante, por lo que se

recurrirá a constructos que comprendan parte de lo que en la ciencia y en la práctica se comprende como tal. En particular, se hará uso de indicadores de calidad de vida y de conducta patológica asociada a estos trastornos como constructos relacionados a la severidad global de la patología.

A partir de toda esta información, en este estudio se considerarán los siguientes factores que serían relevantes de ser estudiados en esta muestra: datos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil/laboral); datos clínicos asociados al tratamiento de los TCA, como el índice de masa corporal (IMC) al momento de ingresar a la unidad, el número de tratamientos por TCA anteriores y la presencia de hospitalizaciones previas; factores ligados a las características de los TCA, como duración de síntomas, inicio/*onset* de estos, la presencia y el número de comorbilidades, el diagnóstico específico TCA, y el lapsus de tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y la búsqueda de ayuda general o especializada; y constructos asociados directamente con estos trastornos, como conductas restrictivas y preocupación por la figura corporal, la alimentación y el peso.

4. OBJETIVOS

4.1 *Objetivo general*

Caracterizar y explorar factores predictores de severidad en la población clínica adulta en un servicio ambulatorio de un hospital privado en la ciudad de Santiago, Chile. Esto a partir de investigar una muestra de pacientes atendiéndose en una unidad interdisciplinaria de tratamiento especializado en TCA (UTAL) en la Red UC Christus en Santiago.

4.2 *Objetivos específicos:*

1. Estimar posibles diferencias asociadas a factores sociodemográficos en relación con la severidad de los TCA. Específicamente: Sexo, edad, estado laboral y nivel educacional.
2. Estimar la relación de datos clínicos/ambulatorios en la severidad de los TCA. Específicamente: IMC de ingreso a la unidad, edad de inicio de síntomas/*onset*, tiempo transcurrido entre inicio de síntomas y búsqueda de tratamiento general

y especializado, número de equipos tratantes anteriores, y la presencia de hospitalizaciones previas.

3. Estimar la contribución de características asociadas a los TCA en la severidad de la sintomatología. Específicamente: diagnóstico TCA específico, número de comorbilidades psiquiátricas y duración/cronicidad de la patología.

5. HIPÓTESIS

A partir de la información obtenida en la revisión bibliográfica, se tienen las siguientes hipótesis:

1. La hipótesis principal será que el IMC al ingreso; el diagnóstico específico de AN; un inicio temprano los síntomas; la presencia de comorbilidades psiquiátricas; y que un mayor lapsus de tiempo entre el inicio de síntomas y la búsqueda de tratamiento, deberían predecir una mayor severidad de los TCA. Cabe destacar que esta hipótesis comprende que se espera que un mayor IMC al ingreso prediga mayor gravedad en casos de BN, TPA y TCANE; mientras que menor IMC predeciría mayor gravedad de AN.
2. Una mayor cronicidad/duración de los síntomas no debería implicar mayores niveles de severidad, tal como se fundamentó anteriormente.
3. Se espera que un mayor puntaje obtenido en las escalas del EDE-Q, asociadas a conducta restrictiva; preocupaciones sobre el peso, comer y la forma corporal; frecuencia de episodios de atracones; y conducta purgativa, impliquen mayores niveles de severidad.

6. MÉTODO:

Con el fin de estudiar el fenómeno descrito, este estudio empleará una metodología cuantitativa de diseño transversal exploratorio, es decir, que se realizará solo una medición de la muestra investigada, y con un muestreo intencionado de la población específica a estudiar. Esta decisión metodológica se tomó por los vacíos de conocimiento que existen

en el área y por la mayor accesibilidad que este tipo de estudio provee con respecto a la información que se necesita, en especial en el contexto sanitario actual que haría complicado aplicar una metodología más cercana y aproximada al campo, como entrevistas de carácter cualitativo.

6.1 ***Participantes y criterios de inclusión:***

De un total de 202 pacientes adultos, al momento de iniciar este estudio, atendiéndose de manera ambulatoria en la Unidad de Trastornos Alimentarios (UTAL) de la Red UC Christus, en sus centros clínicos ubicados en San Joaquín y San Carlos, se investigó una muestra de 109 que hayan cumplido los siguientes criterios de inclusión:

- Ser mayor de 18 años.
- Pertenecer a la UTAL, lo que implica al menos tener una intervención psicoterapéutica, además de psiquiátrica y del área de nutrición/nutriología.
- Aceptar el consentimiento informado entregado en formato online y PDF.

6.2 ***Instrumentos:***

- Encuesta sociodemográfica: Encuesta diseñada por el equipo de la UTAL que tiene el fin de recolectar la siguiente información de los pacientes: Datos personales (Sexo, Fecha de Nacimiento, Nacionalidad, Estado Civil, Previsión de Salud) Antecedentes educacionales/laborales, Información respecto a la enfermedad (Diagnóstico específico de TCA, Fecha inicio de síntomas y Complicaciones secundarias a TCA) usos de servicios de salud en relación a TCA, terapias anteriores, terapias actuales, profesionales involucrados en el manejo actual, Fecha de primera consulta por TCA y en el equipo actual, número de equipos tratantes de TCA anteriores y si es que se ha tenido alguna hospitalización por TCA.
- Cuestionario de evaluación del deterioro clínico (CIA por sus siglas en inglés): Breve cuestionario de auto reporte de 16 ítems con escala de Likert (Nada-Mucho) de 4 puntos con respecto cómo en las últimas 4 semanas aspectos secundarios

asociados a la patología, es decir, el estado de ánimo, la autopercepción, el funcionamiento cognitivo e interpersonal, desempeño laboral, ejercicio físico o los sentimientos de la persona; han sido afectados por su el trastorno de conducta alimentaria (Lindvall, Stedal & Rø, 2017). Los puntajes totales varían de 0 a 48, donde mayor puntuación representa mayor afectación o severidad. Este cuestionario está validado al idioma español y ha sido validado en población chilena (Inostroza et al., 2019), con buena confiabilidad interna (Alpha de Cronbach de 0.91 en relación con la escala original y de 0.96 para esta muestra) y una validez convergente con resultados consistentes con las pruebas EAT-12 (factores de bulimia y preocupación sobre la comida) y HeRQoLED-s ("Mental/cognitive impairment") (Martín et al, 2015).

- Cuestionario de conducta alimentaria - versión en español (S-EDE-Q 6th *edition* por sus siglas en inglés): Es un cuestionario de auto reporte adaptado de la prueba EDE de 28 ítems. Tiene 4 subescalas compuestas de 22 ítems que miden "Restricción", "Preocupación por comer", "Preocupación por la figura" y "Preocupación por el peso", por medios de puntajes del 0 al 6 en escala de Likert en los últimos 28 días, en el que un mayor puntaje significaría mayor patología en el comportamiento del trastorno, y donde una puntuación mayor o igual a 4 se consideraría como puntaje de corte para significancia clínica (Fairburn, Cooper, O'Connor, 2008). El puntaje total del EDE-Q se obtiene con el promedio obtenido de las subescalas previamente mencionadas. Además, posee un par de escalas extras, compuestas de 3 ítems cada una y que no serían parte del puntaje total, que medirían la frecuencia de "Episodios de atracones" y de "Conducta purgativa". Este cuestionario estaría validado en español con una confiabilidad interna aceptable (Alpha= ≥ .74 entre las 4 subescalas principales y $K = .57$, $p < .001$ con el test original EDE; Alpha= .847 para esta muestra); y una validez convergente con la prueba EAT-40, considerado como el *"gold standard"* dentro de las pruebas que miden comportamiento de los TCA, con resultados consistentes ($r \geq .70$) (Peláez-Fernández, Labrador & Raich, 2012).

6.3 ***Procedimiento:***

El contacto con los pacientes fue realizado por medio de 3 envíos masivos vía correo electrónico de la UTAL a las direcciones proporcionadas por los pacientes al momento de ingresar a la unidad, ya sea al mismo individuo o algún familiar (en estos casos se redactaron correos particulares para solicitarles a los familiares la participación del paciente). Además, se les solicitó ayuda a los profesionales tratantes de pacientes cuyos datos no se encontraban disponibles en la base de datos de la unidad, y en casos particulares donde se envió la encuesta, pero no se obtuvo ni la confirmación ni el rechazo de la participación. Por último, se tuvo en cuenta el criterio clínico de los equipos tratantes en casos que, a juicio de ellos, se consideraba que enviarles las encuestas hubiera sido iatrogénico para su tratamiento. El equipo de investigación nunca tuvo contacto directo con los pacientes y solo se pidió el RUT en la encuesta para asegurarse de quién estaba respondiendo y para actualizar información en la base de datos. Esta información fue borrada al momento de analizar los datos obtenidos.

Mencionando otros aspectos éticos de este estudio, cabe destacar que esta tesis de magíster se comprende dentro de otra investigación realizada en la misma muestra, bajo el nombre de "Caracterización y seguimiento de muestra consultante diagnosticada con trastorno de la conducta alimentaria en atención ambulatoria y hospitalaria de la red UC-Christus", la que tiene un enfoque a largo plazo (mediciones cada 6 meses durante 2 años), y que ya tiene asociado un consentimiento informado aceptado en su formato online por el comité ético científico de ciencias de la salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Este contiene las mismas cláusulas de privacidad, voluntariedad, confidencialidad y anonimato que comprende este trabajo de tesis, además de incluir el contacto del respectivo comité y de la encargada del proyecto, la Dra. Melina Vogel.

Como este trabajo habría empezado cuando la investigación mencionada se encontraba en una etapa más avanzada de su implementación, no se participó en las fases iniciales de su desarrollo, por la que algunas decisiones ya estaban tomadas y habría

existido poco espacio a cambios (como con respecto consentimiento, la selección de muestra, de las encuestas y sobre las plataformas utilizadas).

El orden de ejecución que siguió el procedimiento que se ha llevado en este trabajo es el siguiente:

1. ***Búsqueda bibliográfica:*** Se utilizaron buscadores y bases de datos de revistas electrónicas (Scholar Google, ResearchGate, Scielo y Pro-Quest) con las siguientes palabras claves: "Severity Predictors" "Eating Disorders" "Risk Factors" "Predictors of Severity" "Early Detection" "Duration of Illness" "Outcome" "Symptoms onset" "Treatment seeking delay" "Latin America" "Chile" "Adults" "Mortality rates" "Treatment outcomes" "Suicidality rates". Tanto en inglés como en español para comparar resultados en distintas partes del mundo.
2. ***Selección de instrumentos:*** se revisaron encuestas adaptadas al idioma español y en formato Google Forms (Ver Anexos 2 y 3) y que ya habían sido escogidas por el equipo de investigación de la UTAL. Debido a la falta de instrumentos y estudios que midan severidad directamente, en el trabajo actual se considerará la escala de CIA, la que frecuentemente sería usada como indicador de calidad de vida, como un indicador de severidad. Esto bajo la suposición de que una menor calidad de vida implicaría, en algunos aspectos, un mayor nivel de severidad asociada a la patología de la conducta alimentaria.
3. ***Selección de la muestra:*** según los criterios de inclusión y exclusión indicados anteriormente.
4. ***Envío de encuestas:*** se comenzó el envío masivo del set de encuestas, con el consentimiento informado adjuntado al correo en formato PDF y se integró dentro de la encuesta online, por vía del correo electrónico de la unidad. Este proceso consistió en un total de 3 envíos masivos con periodos de 2 a 3 semanas entre cada uno, desde la segunda semana de Abril-2021 hasta la primera semana de Julio-2021. Además, estableció se contacto directo con los clínicos y profesionales de la unidad para disponer de las informaciones de contacto que no se encontraban

disponibles en la base de datos. Esto se realizó de manera directa por medio de vías de comunicación que ellos consideraban preferibles, como Whatsapp; con la aprobación de la jefatura de la unidad, la Dra. Melina Vogel; y teniendo en consideración el juicio del mismo profesional en casos de que este juzgara que sería iatrogénico que el paciente en cuestión recibiera las encuestas.

5. ***Recolección de resultados:*** Se estableció como fecha de corte la segunda semana de Julio del 2021 para considerar como válidas las respuestas obtenidas de las encuestas. Posteriormente se procedió a organizar la información según número de folio, asignados según el orden cronológico en el que fueron respondidas, y a calcular los resultados totales de las pruebas CIA y EDE-Q. Además, en casos donde existía información faltante en la base de datos, como con respecto a los IMC de ingreso o fechas de ingreso a la unidad, se trabajó en conjunto con el equipo de investigación de la unidad para buscar esta información en la intranet de la Red UC Christus y actualizarla en la base de datos. Nuevamente, esta información se asoció directamente al número de folio y no a algún factor que permitiera identificar la identidad del paciente.
6. ***Análisis de datos:*** A partir de los datos obtenidos en las encuestas enviadas y datos disponibles en la base de datos (IMC ingreso y comorbilidades psiquiátricas), se introdujo esta la información al software estadístico SPSS, donde se realizaron los siguientes análisis: Descripciones de frecuencia y de estadísticos de las variables de interés; pruebas estadísticas (pruebas t y ANOVA) de comparación entre las medias de variables categóricas (Sexo, nivel educacional, estado laboral, diagnóstico TCA, hospitalización, entre otros), con respecto a los puntajes obtenidos en la prueba de CIA; y se realizó una matriz de correlación bivariada entre los puntajes de la prueba de CIA y las variables asociadas a los objetivos e hipótesis de este estudio. Posteriormente, aquellas variables de esta matriz que tuvieron relación significativamente estadística ($p \leq .05$) con el puntaje de la CIA fueron filtradas y se introdujeron a un modelo de regresión lineal múltiple con la variable dependiente (nivel de severidad, representado por el puntaje de la prueba

CIA), donde se controló el valor predictor de cada variable entre sí, con el fin de obtener un modelo de predicción lo más certero posible.

7. ***Confección de informe y presentación de resultados.***

7. Resultados

La siguiente información se obtuvo partir del análisis estadístico de la información recopilada a partir del set de encuestas enviadas a la población de estudio (encuesta sociodemográfica, CIA y EDE-Q) y la base de datos clínica de la unidad de trastornos alimentarios de la Unidad de Salud Mental. Cabe destacar que, al menos en términos de la encuesta sociodemográfica, existe información que no será reportada debido a que serían datos no pertinentes o no estarían comprendidos dentro de los objetivos y alcances de este estudio, como con qué tipo de profesionales se estaría atendiendo actualmente. Por esta razón, los datos presentados y descritos en este reporte son solo los que fueron utilizados en el análisis y en la comprobación de las hipótesis que comprende este trabajo.

A continuación, los resultados se dividirán según los objetivos generales y específicos. En primer lugar, se reportará la caracterización de la muestra obtenida mediante la descripción de los datos sociodemográficos y clínicos. Segundo, un reporte de los análisis realizados según los objetivos específicos. Por último, los resultados de los análisis que buscaban comprobar las hipótesis de este estudio.

7.1 Descripción de la muestra

De la población estimada de 220 pacientes mayores de 18 años recibiendo tratamiento ambulatorio en la UTAL entre Abril y Julio de 2021, se obtuvo una muestra de 109 participantes que aceptaron el consentimiento informado y completaron las encuestas enviadas. Solo un participante decidió rechazar participar luego de haber ingresado al cuestionario, pero su información no fue utilizada ni incorporada al estudio, resultando en la muestra total de 109 participantes.

7.1.1 Información sociodemográfica:

La muestra utilizada tendría las siguientes características sociodemográficas: Sexo (Masculino= 3, Femenino= 106); Edad (*M*= 26.4, *SD*= 7.42, Rango= 18-54 años); Nivel de estudios, que fue representado mediante la cantidad de años de estudios primarios, secundarios y universitarios (*M*= 10.26, *SD*= 1.7); y Estado laboral actual, en términos si el participante se encontraba trabajando al momento de responder o no (Si= 47, No= 62).

7.1.2 Información clínica

Con respecto a la información referente a datos clínicos y asociados a la atención ambulatoria por el padecimiento de trastornos de la conducta alimentaria, la Tabla 1 detalla las características de esta información.

Tabla 1

Descripción de información sociodemográfica y clínica/ambulatoria

	N	Media	Desviación estándar	Rango (Mínimo-Máximo)
Edad	109	26.42	7.42	36 (18-54)
Nivel de Estudios (años)	109	10.26	1.71	5 (6-11)
IMC ingreso	105	23.47	0.63	31.57 (12.9 - 44.5)
Edad inicio de síntomas	106	19.14	0.64	37 (6 – 43)

Duración de síntomas (meses)	109	93.20	7.95	344 (9 – 353)
Tiempo transcurrido entre inicio de síntomas y primera consulta general (meses)	105	54.49	7.98	336 (0- 336)
Tiempo transcurrido entre inicio de síntomas y primera consulta TCA (meses)	108	64.63	8.23	338 (0-338)

Nota: IMC: Índice de Masa Corporal (mt/kg^2)

Cabe destacar que las variables de "tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la primera consulta general y TCA", hacen referencia, respectivamente, al lapsus de tiempo en meses entre la fecha de inicio de los síntomas asociados al TCA que reporta el paciente y la fecha de la primera consulta que este realiza en cualquier servicio de salud con respecto a estos mismos síntomas, y la que realiza en un equipo o unidad de salud especializado en tratamiento de TCA. Con respecto al cálculo de la duración de los síntomas, este se obtuvo a partir de la fecha de inicio de los síntomas reportada por el paciente y la fecha en el que fueron realizados los análisis, siendo esta última fecha un dato arbitrario que no tendría significancia en el análisis.

De manera adicional, se recopiló información sobre: Tipo de diagnóstico TCA (Anorexia= 35, Bulimia= 19, Trastorno por atracones= 38 y Trastorno de la conducta alimentaria no especificado= 17); presentación de comorbilidades psiquiátricas (Si= 56, No= 53) y el número de estas (N=56, 1=75%, 2=21.4%, 3=3.6%); y si el paciente ha sido hospitalizado por al menos una noche por TCA (Si= 21, No= 88).

7.2 Resultados de objetivos específicos

7.2.1 Objetivo específico 1

Este consideraba estimar posibles diferencias con respecto a factores sociodemográficos en relación con el nivel de severidad de los TCA, medido a través de la prueba CIA. Esto se puso a prueba por medio de la realización de pruebas t, que tenían como objetivo el identificar posibles diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en la prueba a partir de las variables de sexo y estado laboral. Con respecto a la primera variable, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las medias de sexo masculino y femenino $t(107)= -0.911$, $p= .365$. De manera similar, tampoco se encontraron diferencias significativas entre pacientes que se encontraban trabajando y aquellos que no $t(107)= -0.493$, $p= .623$. En ambos casos se asumieron varianzas iguales entre los grupos.

Con respecto a las variables de edad y nivel educacional, estas se introdujeron en conjunto con otras variables de interés a una matriz de correlaciones para observar su relación con el puntaje de la prueba CIA (Ver Anexo 1). En ambos casos no se encontró una relación significativa que permitiera establecer una correlación entre ellas.

7.2.2 Objetivo específico 2

Este objetivo en particular tenía contemplado estimar la relación entre el nivel de severidad de los TCA y las características clínicas/ ambulatorias asociadas a estos trastornos y sus cursos. En particular con respecto al IMC de ingreso, la edad de inicio de síntomas, el tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y la búsqueda de tratamiento, tanto en unidades de atención de salud general o especializada, el número de equipos tratantes anteriores y si es que ha tenido alguna hospitalización producto de un TCA.

Con respecto a la relación entre el IMC, la edad de inicio de los síntomas, los meses que transcurrieron entre el inicio y la búsqueda de tratamiento y el número de equipos tratantes, se estableció una matriz de correlación bivariada para determinar su relación con el puntaje en la prueba CIA (Ver Anexo 1). Como denota la tabla de resultados, sólo fue posible establecer una relación moderada entre el puntaje en la prueba CIA y el IMC al ingreso de la unidad. No obstante otras variables que fueron ingresadas a la matriz tuvieron correlaciones significativas entre ellas, tales como: el IMC con la edad, el tiempo entre el

onset y búsqueda de tratamiento general y especializado en TCA, la duración de los síntomas y los años de estudio; la edad actual del paciente con la del inicio de síntomas, el tiempo entre el *onset* y búsqueda de tratamiento general y especializado en TCA, la duración de síntomas y el nivel de estudios; la edad de inicio de síntomas con el tiempo entre el *onset* y búsqueda de tratamiento general y especializado en TCA, la duración de los síntomas y el nivel de estudios; y entre el tiempo entre el *onset* y búsqueda de tratamiento general y especializado en TCA con la duración de síntomas y entre ellos también. Si bien la mayoría de estos resultados no estarían comprendidos dentro de este objetivo en particular y otros son esperables debido a la cualidad similar de algunas variables, se tomó la decisión de reportarlos de todas formas y serán discutidos con detenimiento más adelante.

Con respecto a la comparación de puntajes CIA entre pacientes que alguna vez estuvieron hospitalizados y aquellos que no, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de ambos grupos $t(107)= -.0633$, $p= .528$.

7.2.3 Objetivo específico 3

Con respecto a este, se tenía planeado estimar la contribución de características asociadas específicamente a los TCA, en particular a los distintos tipos de trastornos se comprenden en estos, la presencia de comorbilidades y el número de estas, y la duración de los síntomas.

Sobre la primera variable, se realizó un análisis de varianza entre los distintos grupos para observar posibles diferencias entre las medias de los puntajes de CIA según diagnóstico específico. Sin embargo, la ANOVA realizada no proporcionó resultados capaces de establecer distinciones significativas $F(3,105)=0.072$, $p= .975$, representada en la Tabla 2.

Tabla 2

Comparación puntajes CIA entre diagnósticos TCA

	N	Media	Desviación estándar	Error estimado
Anorexia	35	22.91	13.23	2.236
Bulimia	19	23.74	12.6	2.891
Trastorno por atracones	38	24.29	11.85	1.922
TCANE	17	23.35	14.7	3.568
Total	109	23.61	12.73	1.219

Nota: Resultado ANOVA entre diagnósticos: $F(3,105)=0.072$, $p= .975$

Sobre la presencia y número de comorbilidades psiquiátricas, no se pudo encontrar una diferencia significativa entre los promedios de la prueba CIA de aquellos que tenían comorbilidades psiquiátricas y los que no $t(107)= -0.256$, $p= .798$. De manera similar, tampoco se pudo encontrar una relación entre el número de comorbilidades de aquellos que sí las padecían y el nivel de severidad $r(56)= 0.009$, $p= .946$ (Ver Anexo 1). Como se mencionó anteriormente, la duración de los síntomas tuvo relación estadísticamente significativa con el IMC de ingreso, la edad, la edad de inicio de síntomas, el tiempo entre el inicio de síntomas y búsqueda de tratamiento general y especializado en TCA (Ver Anexo 1).

Con respecto a las comparaciones entre de los distintos diagnósticos en esta muestra, la información sociodemográfica y de carácter clínico obtenida, se encontraron diferencias

significativas en los promedios de edad ($F(3,105)=10.872$, $p<.001$), nivel de estudios ($F(3,105)=2.848$, $p> .05$), edad de inicio de síntomas ($F(3,102)=4.045$, $p<.01$), duración de síntomas ($F(3,105)=6.684$, $p<.001$), tiempo entre inicio de síntomas y búsqueda de tratamiento especializado en TCA ($F(3,104)=6.310$, $p=.001$) y de número de tratamientos por TCA anteriores ($F(3,104)=3.448$, $p<.05$). Los promedios y desviaciones estándar de estas variables se presentan en la siguiente Tabla 3. Con respecto a otras variables, como número o presencia de comorbilidades y de hospitalizaciones previas, no se encontraron diferencias significativas entre los distintos diagnósticos de TCA.

Tabla 3

Comparación de variables sociodemográficas y clínicas entre diagnósticos TCA

		Edad		Edad de Inicio Síntomas		Duración síntomas (meses)		Tiempo *Onset*-Tratamiento TCA (meses)		Nivel de estudios (años)		N° tratamientos por TCA anteriores	
	N	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
AN	35	22.06	3.8	17.6	4.5	46.3	33.1	17.03	24.1	9.7	2.2	1.31	0.7
BN	19	28.4	8.6	21.9	8.3	128.6	98.4	98.7	108.8	10.2	1.6	2.06	1.5
TPA	38	30.3	7.7	16.6	6.4	107.3	85.1	82.8	87.03	10.84	0.6	1.47	0.8

TCANE	17	24.3	5.4	19.1	6.6	118.5	95.2	85.7	100.1	10.06	1.9	2.12	1.2

Nota: AN=Anorexia; BN=Bulimia; TPA= Trastorno por atracones; TCANE= Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

7.3 Resultados de hipótesis

7.3.1 Hipótesis 1

La hipótesis principal de este estudio era la de caracterizar la muestra escogida a partir de explorar las relaciones entre el puntaje en la prueba CIA y otras variables, con el fin de establecer posibles predictores del nivel de severidad en estos trastornos. En particular, se estimó que el IMC al ingreso tendría un valor predictivo moderado en el puntaje de CIA $r(105)= 0.29$, $p= .002$. Posteriormente, se realizó una regresión lineal simple para confirmar el valor predictivo de esta variable en el nivel de severidad y se obtuvo una magnitud moderada de $\beta=.295$, $t(104)=3.129$, $p<.01$ y con un valor de R^2 .087, lo que representa una baja capacidad explicativa de la varianza del puntaje de la prueba. Además, al controlar esta variable por otros predictores en un modelo de regresión lineal múltiple, esta perdió su significación estadística (Ver Tabla 7).

En adición a este resultado, se esperaba que distintos valores de IMC al ingreso implicarían distintos niveles de severidad según el diagnóstico TCA. Para esto, se separaron en 4 grupos distintos los IMC de ingreso según el diagnóstico asociado, representados en la Tabla 4, y se estableció una matriz de correlación entre estos valores y el puntaje asociado a la prueba CIA (Ver Tabla 5). A partir de esta, se obtuvo que sólo aquellos pacientes con diagnóstico de TCANE (N=16), tuvieron relación entre su IMC y el puntaje de CIA.

Tabla 4

Comparación valores IMC al ingreso entre diagnósticos TCA

	Anorexia	Bulimia	Trastorno por atracones	TCANE
N	34	18	37	16
Media	17.9	23.7	28.18	23.9
Desviación Estándar	2.3	4.08	5.04	8.75
Varianza	5.3	16.7	25.4	76.68

Nota: Resultado ANOVA entre diagnósticos e IMC: $F(3,101)=24.676$, $p> .001$.

Tabla 5

Correlaciones de Pearson entre CIA e IMC según diagnóstico TCA

	CIA	IMC AN	IMC BN	IMC TPA	IMC TCANE
CIA	-	0.14	0.44	0.21	0.64**

Nota: ** $p< .01$ (bilateral).

Con respecto al diagnóstico específico de AN, como se mencionó en el objetivo específico 3, esta no tuvo diferencias significativas en el puntaje de la prueba CIA en comparación a

los otros diagnósticos específicos de TCA, por lo que no se pudo comprobar la estimación de mayor gravedad para casos de AN en esta muestra.

Sobre el inicio de los síntomas, se estipuló que un inicio temprano podría predecir un peor estado de la enfermedad, sin embargo, como demuestra la matriz de correlaciones (Ver Anexo 1), esta no tuvo relación significativa con el puntaje de la prueba CIA. Asimismo, el lapsus de tiempo entre el *onset* y la búsqueda de tratamiento, tanto en consulta general o especializada sobre los síntomas de los TCA, tampoco tuvo relación significativa con el nivel de severidad.

7.3.2 Hipótesis 2

La segunda hipótesis que comprende este trabajo era la de comprobar que una mayor cronicidad de la enfermedad no debería conllevar a un mayor nivel de severidad sintomática. Esta, como demuestra el Anexo 1, se mantendría correcta ya que ambas variables no poseerían significancia estadística entre ellas $r(109)= 0.128$, $p> .0.5$. De esta manera se refutaría la hipótesis nula de que una mayor duración de los síntomas se relacionaría positivamente con un mayor nivel de severidad en los TCA.

7.3.3 Hipótesis 3

Por último, se hipotetizó que un mayor resultado en el cuestionario EDE-Q y en sus subescalas de conducta restrictiva y preocupaciones sobre peso, comer y forma corporal, serían predictores de un mayor puntaje en la escala de CIA. De manera adicional, se consignaron y analizaron los puntajes obtenidos de conductas purgativas y de atracones que incluye esta prueba, pero que no formarían parte del puntaje total del EDE-Q. Se realizó una matriz de correlaciones de Pearson para identificar la magnitud y significancia estadística entre estas variables y el puntaje del CIA, para posteriormente ser ingresados a un modelo de regresión lineal múltiple. Como se puede observar en la Tabla 6, tanto el puntaje total de la prueba EDE-Q como sus subescalas y las escalas adicionales tuvieron una relación significativa con la variable de estudio. Posteriormente, se introdujeron estas variables, excluyendo las subescalas de EDE-Q debido a que esta las comprendería en su

cálculo, agregando el IMC de ingreso, el cual también había indicado una relación significativa con el puntaje de CIA, a un modelo de regresión lineal múltiple con el fin de controlar el valor predictivo de estas variables independientes entre ellas al momento de influenciar la dependiente. Los resultados de esta prueba se muestran en la Tabla 7, en la que se destaca la pérdida de significancia en las variables de IMC de ingreso y de conducta purgativa, además de la pérdida de magnitud en los episodios de atracones. Esto se debería al hecho de que estarían controlados por el puntaje de la prueba EDE-Q. Este modelo tendría un valor de R^2 de .71, lo que implicaría que el setenta por ciento de la varianza de los puntajes de CIA serían predichos por este modelo, dentro del que el puntaje de EDE-Q tendría la mayor magnitud como predictor estadísticamente significativo.

Tabla 6

Matriz de correlaciones entre CIA y EDE-Q

	EDE-Q Total	Restricción	Preocupaciones por la comida	Preocupaciones por la figura	Procupaciones por el peso	Atracones	Purgas
CIA	0.83**	0.59**	0.78**	0.80**	0.76**	0.42**	0.38**

Nota: ** $p <$ .01 (bilateral).

Tabla 7

Coeficientes de regresión lineal múltiple

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig
	B	Desv. Error	Beta		
(Constante)	4.27	2.65		1.61	0.11
EDE-Q Total	6.68	0.54	0.76	12.3	0.00
Binge	0.05	0.03	0.10	1.67	0.09
Purge	0.10	0.08	0.07	1.20	0.23
IMC ingreso	0.03	0.11	0.01	0.23	0.76

Nota: Variable dependiente: CIA Total.

De forma adicional, se evaluó la capacidad predictiva de cada subescala de la prueba EDE-Q en el puntaje de CIA. Los resultados presentados en la Tabla 8 muestran la magnitud y significancia de cada una de estas, y se destaca que la variable asociada a las preocupaciones sobre el peso habría perdido su significancia estadística al ser controlada por las otras subescalas. Por el contrario, las otras tres variables habrían mantenido su valor como predictores, por lo que se podría concluir que, en este modelo, que posee un R^2 de .71, las escalas de restricción, preocupaciones de alimentación y de forma corporal explicarían un setenta por ciento de la varianza del puntaje obtenido en la prueba CIA.

Tabla 8

Regresión lineal múltiple subescalas EDE-Q

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig
	B	Desv. Error	Beta		
(Constante)	5.14	1.42		3.62	0.00
Restricciones	1.24	0.56	0.14	2.18	0.03
Preocupaciones por la comida	3.16	0.76	0.37	4.16	0.00
Preocupaciones por el peso	0.57	1.11	0.07	0.51	0.60
Preocupaciones por la figura	2.34	1.08	0.33	2.16	0.03

Nota: Variable dependiente: CIA Total.

De esta manera, se comprobaría la hipótesis de que el puntaje de la prueba EDE-Q sería capaz de predecir el puntaje de la escala CIA, lo que implicaría que un mayor nivel de conductas asociadas a trastornos de conducta alimentaria predeciría un mayor nivel de severidad de la enfermedad. No obstante, dentro de los constructos que mide la prueba

EDE-Q, se denota que las preocupaciones sobre el peso no tendrían valor predictivo para el nivel de severidad en esta muestra clínica.

Cabe destacar que, por fines exploratorios, otras variables se relacionaron con el puntaje en la prueba EDE-Q (Ver Anexo 1), pero como el foco de este estudio se encuentra en los puntajes de CIA, estas solo serán mencionadas en la sección de discusión cuando sea relevantes mencionarlas.

8. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio era el de explorar e identificar posibles predictores de severidad en el espectro de los TCA en una población clínica adulta en Chile. Este trabajo comprobó que una mayor presencia de conductas y cogniciones patológicas asociadas a estos trastornos conllevaría a un incremento en la severidad y en el deterioro de distintas áreas de la vida de las personas que los padecen. Esto se obtuvo a partir de las escalas de la prueba EDE-Q, particularmente, a las de conductas de restricción (*restraint)*, preocupaciones sobre el comer (*eating concerns)* y sobre la figura corporal (*shape concerns)*. Estos resultados serían similares a los de Cella et al. (2017), quienes explicaban que las preocupaciones exacerbadas por la comida y su ingesta conllevarían la presencia de factores perjudiciales en los TCA, como perfeccionismo mal adaptativo, vergüenza corporal y baja autoestima. También se encontraron similitudes con el estudio de Franco et al. (2013), quienes estimaron una presencia significativa de insatisfacción corporal asociado a casos de TCA en población universitaria latinoamericana, lo que podría ser un símil a las preocupaciones por la figura corporal medidas en esta muestra. No obstante, no serían los mismos constructos y la edad media es de aproximadamente 6 años menor que en la del presente estudio.

Por otro lado, se destaca que, si bien no serían exactamente el mismo constructo, los factores de riesgo asociados a negativas cogniciones sobre la comida y la insatisfacción corporal que destacan Patrick y Stahl (2009), serían también predictores de mayor severidad en estos casos, de manera independiente al rango etario. Esto último se sostiene en este trabajo, ya que no se encontró relación significativa entre la edad y el nivel de

severidad (Ver Anexo 1). Sobre las conductas restrictivas en los TCA, tal como lo mencionaba De Young et al. (2013), este aspecto de la patología serviría de predictor de mayores niveles de severidad, pero al contrario de cómo estos autores estipulaban, estas conductas no tuvieron relación significativa con el IMC de ingreso. En base a esto, se podría decir que las conductas restrictivas serían perjudiciales a lo largo del espectro, al no haber existido diferencias significativas entre los distintos diagnósticos. No obstante, cabe destacar que es probable que la falta de diferenciación entre subtipos de AN en el presente estudio haya conllevado una menor precisión de los datos y en el análisis, por lo que sería una limitación a considerar.

Con respecto a otros predictores que, según la literatura, se consideraban como posibles variables a tomar en cuenta en relación con la severidad de esta patología, cabe destacar que el IMC, al igual como varios autores lo señalan (Behar, 2018; Franko et al., 2013; Fitcher y Quadflieg, 2016; Patrick & Stahl, 2009), sí tuvo relación con un mayor nivel de deterioro. Sin embargo, su magnitud fue moderada, solamente los casos de TCANE mantuvieron esta hipótesis, y que, al ser ingresada al modelo multivariado de regresión lineal, habría perdido su significancia como predictor. Esto podría interpretarse como que el IMC al momento de ingresar a una unidad de atención, por sí solo, puede ser predictor de una mayor severidad en casos donde haya menor claridad diagnóstica y se decidan usar los criterios de un TCANE. En base a esto, como expresa Tchanturia et al. (2011), es posible que el IMC no indicaría necesariamente deterioro en todos los ámbitos de la persona y que podría ser más útil explorar la influencia de este factor en indicadores más específicos de gravedad.

Con respecto a factores sociodemográficos y su contribución a la severidad de los TCA, no se encontraron contribuciones significativas de parte de variables como edad del paciente, nivel de estudios y estado laboral. Esto implicaría que, si bien podrían ser factores de riesgo tal y como lo plantea la literatura, esto no se traduciría en niveles de severidad. Por ejemplo, se estipulaba que una menor edad conllevaría un mayor riesgo de severidad (Hay y Mitchison, 2014), pero no se encontró relación significativa entre estas 2 variables en este estudio. Por otro lado, un hallazgo a destacar es el de la prevalencia de

los tipos de diagnósticos en esta muestra, según la edad de los pacientes. Se encontró una edad promedio significativamente mayor en casos de BN y TPA en comparación a los casos de AN y TCANE, lo que sería consistente con los hallazgos de Hay y Mitchison (2014), y Brewerton et al. (2014) quienes proponían que, a mayor edad, más prevalente era el diagnóstico de TPA. No obstante, es interesante destacar que la edad promedio de los casos de BN sería bastante mayor a la estipulada por la literatura internacional, la que asociaría este diagnóstico a ser más prevalente en la adolescencia. Además, según Kolar et al. (2016), pareciera haber un mayor porcentaje de casos de BN y TPA en Latinoamérica que en otras regiones del mundo, principalmente asociándolo a un factor cultural del ideal de la figura corporal, sin embargo, esta muestra tiene una alta prevalencia de casos de AN (32%). Este resultado sería consistente con los resultados de Jagielska y Kacperska (2017), quienes encontraron un aumento de casos de anorexia en la última década. Por otro lado, esta diferencia en la prevalencia podría deberse al carácter clínico de esta muestra, en comparación a la poblacional del estudio de Kolar et al. (2016), y a que quizás las personas que se atienden en este centro podrían tener distintas características sociodemográficas, que no fueron medidas en este estudio, en comparación a muestras usadas en estos otros estudios, como: nivel socioeconómico, previsión de salud, distintos ideales sobre el cuerpo y ascetismo, etc. Debido a esto, factores como ideales culturales, serían relevantes de ser estimados en otros estudios de TCA.

Por otro lado, se encontró una relación positiva entre el IMC de ingreso y la edad del paciente, sin embargo, como la edad no tuvo relación con la severidad del trastorno, no se podría concluir que el IMC a una mayor edad implique mayor gravedad de la patología. Eso último, al compararse con los resultados del estudio de Patrick y Stahl (2009), se podría decir que se mantiene cierto que factores como la preocupación por la imagen corporal serían factores de riesgo y de gravedad independiente de la edad; y que, en casos de TCANE, un mayor IMC de ingreso podría también estar relacionado a una mayor severidad, además de ser un factor de riesgo.

En relación con factores asociados a las características clínicas o particularidades mismas de los TCA, se propuso explorar su contribución a la severidad de estos. Sin embargo,

como se mencionó anteriormente, solo el IMC tuvo relación significativa con esta variable. En particular, se esperaba que un inicio temprano de los síntomas, una mayor duración de estos, la presencia de comorbilidades, y un mayor tiempo entre el *onset* y la búsqueda de tratamiento, implicarían mayores niveles de gravedad. Con respecto al primero, en relación con su predominancia como factor de riesgo (Hay y Mitchison, 2014) y a su posible gravedad (Brewerton et al., 2014), se estimaba que cuanto más temprana fuera el *onset*, peor sería el curso de la enfermedad. No obstante, esto no se comprobó en este estudio, lo que confirmaría los hallazgos previamente mencionados de Patrick y Stahl (2009) sobre la nula injerencia de la edad en la gravedad de los síntomas. Sobre la duración de los síntomas, a partir de los hallazgos en una población clínica en Chile de pacientes con TCA (Dapelo et al., 2020), se esperaba no encontrar relación entre esta variable y la gravedad de los casos, lo que se oponía a estudios internacionales que demostraban lo contrario (Cooper et al., 2016; Fitcher y Quadflieg, 2016; Robinson et al., 2014; Robinson et al., 2015). Esta relación no pudo ser establecida en este estudio, lo que confirmaría la hipótesis de que, al menos en poblaciones clínicas de TCA en Chile, la cronicidad de los síntomas no influiría en la gravedad de estos, dando así un mejor pronóstico a casos de larga data y desmitificando la creencia de que los casos con mayor duración de los síntomas serían necesariamente más graves. A partir de este mismo estudio, se desligó la hipótesis de que mientras mayor la demora para alguien con síntomas de TCA en buscar tratamiento, peor sería su condición (Dapelo et al., 2020). Si bien esta variable no tuvo incidencia en el puntaje de la prueba CIA, sí la tuvo con un mayor puntaje global en la prueba EDE-Q y una menor edad de *onset.* Esto podría implicar que la presencia de conductas patológicas asociadas a los TCA y un inicio temprano de estos, podrían actuar como moderadores de la gravedad sintomática, en estos casos de mayor retraso en el tratamiento de la enfermedad. No obstante, esto no podría concluirse con certeza, ya que excedería los límites de este trabajo.

Otro factor que se estimaba que tuviera incidencia en la gravedad de la patología, era la presencia de comorbilidades psiquiátricas. Se hallaron dos de estudios en donde se encontró que la presencia de distintos diagnósticos en casos de TCA, como depresión,

ansiedad, uso de sustancias, entre otros (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016; Godoy, Albrecht y Mesquita, 2019) conllevaría un peor estado de la patología; por lo que se tomó como supuesto que la presencia, en contraste con la ausencia, de estos diagnósticos tendría incidencia en el nivel de severidad. Sin embargo, no existieron diferencias significativas entre las personas que padecían de una o más comorbilidades y las que no. Este resultado se opone radicalmente a lo que normalmente en la investigación se estimaría, por lo que sería relevante que otros estudios analizaran en más detalles y con instrumentos más precisos, si existen otros factores asociados a la presencia de diagnósticos psiquiátricos en casos de TCA que no se tomaron en cuenta en este estudio y que quizás podrían explicar en más detalle la ausencia de esta relación.

Con respecto al número de tratamientos previos por TCA y hospitalizaciones, estudios en mortalidad y suicidalidad, como el de Suokas et al. (2014) y Fitcher y Quadflieg (2016), expresaban que una mayor frecuencia o la presencia de estas variables serían factores de riesgo para una muerte prematura o suicidio. Sin embargo, en esta muestra en particular, no se pudieron establecer las mismas relaciones entre estas variables y la severidad de la patología. Lo anterior podría deberse a las diferencias asociadas a las muestras, como el carácter ambulatorio del estudio actual en comparación a un estudio hecho en una población hospitalaria que supone una mayor incidencia de factores de severidad. Debido a esto, es probable que un estudio que mida gravedad en casos hospitalizados por TCA pueda tener mayor similitud con los resultados expuestos por la literatura.

Por último, en relación con las diferencias entre los tipos de TCA contemplados en este estudio, se esperaba un nivel mayor de gravedad en casos de AN en comparación a BN, TPA y TCANE (Fitcher y Quadflieg, 2016; Franko et al., 2013). Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los diagnósticos en la escala del CIA y EDE-Q. Este dato se considera como relevante para la investigación, porque usualmente se estima que el diagnóstico de AN posea más factores de gravedad que otros diagnósticos debido a sus síntomas nocivos para la salud física y mental (desnutrición, conductas purgativas, percepción distorsionada, etc.) (Fitcher y Quadflieg, 2016; Jagielska y Kacperska, 2017), pero esto no se pudo confirmar en el presente estudio. Lo que sí se pudo encontrar, como

se mencionó anteriormente, fueron diferencias significativas a nivel de IMC, que son esperables debido a las características de los diagnósticos; en el *onset*, destacando un inicio más tardío en casos de TPA; en la cronicidad y el tiempo entre *onset* y búsqueda de tratamiento, denotando una duración significativamente menor en casos con diagnóstico de AN para ambas variables; y, aunque el tamaño de la diferencia no sea muy grande, para el número de tratamientos anteriores, donde los casos de BN y TCANE serían mayores que para AN y TPA. Algunos de estos hallazgos serían coherentes con la literatura, como el inicio tardío de los síntomas en casos de TPA (Behar, 2018; Brewerton et al., 2014; Patrick y Stahl, 2009) y a los resultados de Tchanturia et al. (2011) en relación a la nula significancia de la cronicidad en casos de AN y TCANE en el deterioro cognitivo. De manera similar, los hallazgos sobre el lapsus de tiempo entre el inicio de síntomas y la búsqueda de tratamiento en esta muestra serían consistentes con los de Hamilton et al. (2021), lo que haría aún más relevante el estudiar cuáles serían las barreras que perciben personas con diagnósticos de BN, TPA y TCANE para buscar ayuda general o especializada por sus síntomas. Lo anterior también podría implicar que, debido al menor tiempo estimado para una persona con AN en buscar tratamiento, estos se relacionaría con una menor cronicidad de sus síntomas, en comparación a los otros diagnósticos de TCA. Estas diferencias en los tiempos es posible que tengan tener relación con factores asociados al periodo vital y al curso de la enfermedad que experimentan estos pacientes, en particular en la adultez. Esto debido a que sería probable que estas personas experimenten sus síntomas como vergonzosos o no apropiados para su edad (Maine, Samuels y Tantillo, 2015), lo que podría actuar como un obstáculo para buscar asistencia externa, ya que implicaría poner sus necesidades frente a las del resto y que no podrían lidiar con estos problemas por su propia cuenta. Lo que se volvería aún más nocivo en casos de larga data donde conductas patológicas asociadas a los TCA estén normalizadas y en supuesto control por la persona (Maine et al., 2015). Factores como estos deberían ser considerados por el equipo tratante como un factor de severidad de la patología debido a la cronicidad y solidificación de estas creencias. Esto habría que tenerlo en cuenta aún en circunstancias donde estas no estarían afectando la calidad de vida de la persona, ya

que como se pudo ver en este estudio, pareciera que aunque un mayor tiempo para buscar ayuda no implica un mayor nivel general de severidad, sí implicaría una mayor cronificación y conductas patológicas, lo que podría implicar que a pesar de que la persona esté acostumbrada y pueda funcionar en su contexto sin mayores percances, de todas formas exhibiría características de severidad asociada a la enfermedad misma.

Otro factor para tener en consideración con respecto a estas conclusiones es la noción misma de severidad de una patología psiquiátrica como los TCA. Esto es relevante, ya que no sería lo mismo hablar de severidad global a la vida de la persona, en contraste con la gravedad de los síntomas que este presenta (Zimmerman, Morgan, y Stanton, 2018). Debido a las limitaciones de este estudio, que serán mencionadas a continuación, se tomó la decisión de considerar la severidad global como variable a medir, usando como constructo base el nivel de afectación en la calidad de vida. No obstante, la condición de vida de una persona dependería también de otros factores extrínsecos a la patología, como su contexto, capacidad funcional, habilidades cognitivas, entre otras (Zimmerman et al., 2018). Para intentar resolver este dilema, este estudio buscó explorar que factores asociados a variables tanto internas como externas de la patología podría implicar mayores o menores niveles de afectación en la vida de esta población particular. Esto coloca un desafío para futuras investigaciones en el área, de definir y estipular de antemano de qué manera comprenden e intentan medir constructos multifacéticos como la severidad de una patología mental.

Dentro de otras limitaciones que este estudio posee. En primer lugar, la muestra fue predominantemente femenina (97.2%), por lo que no sería posible generalizar estos resultados a casos del sexo masculino que presenten TCA. Segundo, el hecho de que no se hayan estipulado en los cuestionarios diferencias según tiempo en el tratamiento actual o periodos de remisión o recaída sintomática, podría ser un factor que cause distorsión en estos resultados, ya que las encuestas fueron enviadas tanto a personas recién ingresadas a la unidad como pacientes de larga data, sin considerar estos factores. Tercero, como los instrumentos a utilizar habrían estado definidos antes de empezar a elaborar este estudio, algunas variables de interés encontradas en la bibliografía no pudieron ser estudiadas,

como constructos de insatisfacción corporal, de ascetismo, perfeccionismo patológico, variables de personalidad, relaciones interpersonales, tipos de apego, estructuras familiares, ambientes de crianza, diferentes diagnósticos psiquiátricos o médicos de base, entre otros. Cuarto, debido a estos factores anteriores, es posible que variables asociadas a la severidad no hayan sido tomadas en cuenta y que otros instrumentos pudieran medir de manera más precisa esta variable en casos de TCA. Quinto, en relación con el punto anterior, cabe destacar que en la búsqueda bibliográfica para este estudio no se habrían encontrado escalas y/o estudios que midieran de manera directa la severidad en los TCA por medio de alguna escala y/o cuestionario validado en español o en Chile. Debido a esto se tomó la decisión de utilizar el CIA como un indicador aproximado para medir esta variable, lo limitaría los alcances de este estudio, al no medir todos los aspectos que se comprenderían dentro del constructo de severidad en psicopatología. Por estas razones expuestas, sería relevante que futuros estudios realizados en Chile y Latinoamérica las tuvieran presentes al momento de realizar estudios exploratorios, correlacionales o predictivos en esta población y al intentar niveles de severidad en esta población.

En conclusión, esta tesis de magíster, comprendida en el tiempo de realización de 10 meses aproximadamente, ha permitido caracterizar, explorar y describir distintos factores asociados a los TCA y con respecto a su severidad en una muestra clínica adulta atendiéndose en una unidad de salud especializada en el tratamiento de estos diagnósticos. En particular, este estudio permitió confirmar la influencia de factores asociados a la gravedad en los TCA, como conductas restrictivas, preocupaciones sobre la imagen corporal y la alimentación, y el IMC, como variables a tener en cuenta al momento de establecer la severidad de estos diagnósticos. De manera adicional, se denotaron diferencias a nivel de los distintos diagnósticos en relación a diferentes variables como, valores de IMC de ingreso, *onset*, duración de síntomas, el lapsus de tiempo entre el inicio de síntomas y la búsqueda de tratamiento, y el número de tratamientos anteriores por esta patología. Estos hallazgos, se considerarían de interés para equipos de tratamiento clínicos y ambulatorios, tenerlos en cuenta al momento de establecer criterios de severidad para un paciente y no basándose netamente en lo que estudios internacionales han investigado

en esta temática. Esto, debido a que, como demuestran los resultados de este trabajo, al ser comparados con los hallazgos en la literatura, no siempre se corresponden entre sí.

Bibliografía:

Agüera, Z., Sánchez, I., Granero, R., Riesco, N., Steward, T., Martín-Romera, V., y Fernández-Aranda, F. (2017). Short-Term Treatment Outcomes and Dropout Risk in Men and Women with Eating Disorders. European Eating Disorders Review, 25(4), 293–301. doi:10.1002/erv.2519

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Ed., DSM-5. Washington DC: American Psychiatric Association.

Behar, R. (2018). Trastornos alimentarios en mujeres adultas (maduras). *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, *56*(3), 177-185.

Berengüí, Rosendo, Castejón, M. Ángeles, & Torregrosa y M. Soledad. (2016). Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, *7*(1), 1-8. Doi:https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.004

Brewerton, T.D., Rance, S.J., Dansky, B.S., O'Neil, P.M. and Kilpatrick, D.G. (2014). A comparison of women with child-adolescent versus adult onset binge eating: Results from the National Women's Study. Int. J. Eat. Disord., 47: 836-843. https://doi.org/10.1002/eat.22309

Button, E. J., Chadalavada, B., & Palmer, R. L. (2009). *Mortality and predictors of death in a cohort of patients presenting to an eating disorders service. International Journal of Eating Disorders, NA–NA.* doi:10.1002/eat.20715

Cella, S., Cipriano, A., Iannaccone, M., & Cotrufo, P. (2017). Identifying predictors a ssociated with the severity of eating concerns in females with eating disorders. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, *20*(1).

Chapelon, E., Barry, C., Hubert, T., Com-Ruelle, L., Duclos, J., Mattar, L., Godart, N. (2020). *Health in adulthood after severe anorexia nervosa in adolescence: a study*

of exposed and unexposed women. Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. doi:10.1007/s40519-020-00940-5

Cooper, Z., Allen, E., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Murphy, R., O'Connor, M. E., & Fairburn, C. G. (2016). Predictors and moderators of response to enhanced cognitive behaviour therapy and interpersonal psychotherapy for the treatment of eating disorders. *Behaviour research and therapy*, *84*, 9-13.

Dapelo MM., Gil AA., Lacalle L. & Vogel M. (2020). Severity and Endurance in Eating Disorders: An Exploration of a Clinical Sample From Chile. Front. Psychiatry 11:869. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00869

De Young, K. P., Lavender, J. M., Steffen, K., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Mitchell, J. E. & Crosby, R. D. (2013). Restrictive eating behaviors are a nonweight-based marker of severity in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 46(8), 849–854.* doi:10.1002/eat.22163

Fairburn C, Cooper Z, O'Connor M (2008). Cognitive behaviour therapy and eating disorders. Appendix A: Eating disorder examination, pp. 268–269. The Guilford Press: New York

Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2016). *Mortality in eating disorders - results of a large prospective clinical longitudinal study. International Journal of Eating Disorders, 49(4), 391–401.* doi:10.1002/eat.22501

Franco, K., Díaz, F. D. J., López-Espinoza, A., Escoto, M. D. C., & Camacho, E. J. (2013). Variables predictoras de riesgo de trastorno del comportamiento alimentario en mujeres. *terapia psicolÓgica*, *31*(2), 219-225.

Franko, D. L., Keshaviah, A., Eddy, K. T., Krishna, M., Davis, M. C., Keel, P. K., & Herzog, D. B. (2013). A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *170*(8), 917-925.

Godoy, L., Albrecht, W., & Mesquita, M. (2019). Comorbilidades psiquiátricas de la anorexia y bulimia nerviosa en pediatría. *Rev. Nac.(Itauguá)*, 17-26.

Hamilton, A., Mitchison, D., Basten, C., Byrne, S., Goldstein, M., Hay, P., Heruc, G., Thornton, C., & Touyz, S. (2021). Understanding treatment delay: Perceived barriers preventing treatment-seeking for eating disorders. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. https://doi.org/10.1177/0004867421102010

Hartmann, A. S., Becker, A. E., Hampton, C., & Bryant-Waugh, R. (2012). *Pica and Rumination Disorder inDSM-5. Psychiatric Annals, 42(11), 426–430.* doi:10.3928/00485713-20121105-09

Hartmann, A., Zeeck, A., & Barrett, M. S. (2009). *Interpersonal problems in eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 43(7), 619–627.* doi:10.1002/eat.20747

Hay, P., & Mitchison, D. (2014). *The epidemiology of eating disorders: genetic, environmental, and societal factors. Clinical Epidemiology, 89.* doi:10.2147/clep.s40841

Inostroza C., Urrejola P., Zubarew T., Correa ML., Gill AA., Bedregal P., et al. (2019). Health-related quality of life of eating disorders in Chilean adolescents. *J Adolesc Health* 64(2):S33–4. doi: 10.1016/j.jadohealth.2018. 10.077

Jagielska, G., & Kacperska, I. (2017). Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatr Pol*, *51*(2), 205-18.

Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in psychiatry*, *29*(6), 340-345.

Kolar, D. R., Rodriguez, D. L. M., Chams, M. M., & Hoek, H. W. (2016). Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, *29*(6), 363-371.

Lindvall C., Stedal, K. & Rø Ø. (2017). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) and Clinical Impairment Assessment (CIA): clinical norms and

functional impairment in male and female adults with eating disorders, *Nordic Journal of Psychiatry*, DOI: 10.1080/08039488.2016.1271452

Maine, M. Samuels, K., & Tantillo, M. (2015). Eating disorders in adult women: biopsychosocial, developmental, and clinical considerations, Advances in Eating Disorders, 3:2, 133-143, DOI: 10.1080/21662630.2014.999103

Martín, J., Padierna, A., Unzurrunzaga, A., González, N., Berjano, B., & Quintana, J. M. (2015). Adaptation and validation of the Spanish version of the Clinical Impairment Assessment Questionnaire. *Appetite, 91*, 20-27.

Patrick, J, & Stahl, S. (2009). Understanding disordered eating at midlife and late life. *The Journal of General Psychology, 136*(1), 5-20. Retrieved from http://ezproxy.puc.cl/scholarly-journals/understanding-disordered-eating-at-midlife- late/docview/213651859/se-2?accountid=16788

Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J., & Raich, R. M. (2012). *Validation of Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) –Spanish Version– for Screening Eating Disorders. The Spanish Journal of Psychology, 15(02), 817–824.* doi:10.5209/rev_sjop.2012.v15.n2.38893

Robinson, P. (2014). Severe and enduring eating disorders: recognition and management. Adv Psychiatr Treat 20:392–401. doi: 10.1192/ apt.bp.113.011841

Robinson, PH., Kukucska, R., Guidetti, G., Leavey, G., (2015). Severe and enduring anorexia nervosa (SEED-AN): a qualitative study of patients with 20+ years of anorexia nervosa. Eur Eating Disord Rev 23(4):318–26. doi: 10.1002/erv.2367

Keane, S., Clarke, M., McGrath, D., Farrelly, N., & MacHale, S. (2017). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for female university students attending a university primary health care service in Ireland. *Irish Journal of Psychological Medicine, 34*(1), 7-11. doi:10.1017/ipm.2015.35

Smink, F.R.E., van Hoeken, D. & Hoek, H.W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Curr Psychiatry Rep* 14, 406–414 doi:https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y

Smith, A. R., Velkoff, E. A., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. (2018). *Are Eating Disorders and Related Symptoms Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors? A Meta-analysis. Suicide and Life-Threatening Behavior.* doi:10.1111/sltb.12427

Suokas, J. T., Suvisaari, J. M., Grainger, M., Raevuori, A., Gissler, M., & Haukka, J. (2014). *Suicide attempts and mortality in eating disorders: a follow-up study of eating disorder patients. General Hospital Psychiatry, 36(3), 355–357.* doi:10.1016/j.genhosppsych.2014.01.002

Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). *Attachment and eating disorders: A review of current research. International Journal of Eating Disorders, 47(7), 710–717.* doi:10.1002/eat.22302

Tchanturia, K., Harrison, A., Davies, H., Roberts, M., Oldershaw, A., et al. (2011). Cognitive Flexibility and Clinical Severity in Eating Disorders. PLOS ONE 6(6): e20462. Doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020462

Son, G., Hoeken, D., Furth, E., Donker, G. & Hoek, H. (2010). Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort. *International Journal of Eating Disorders*, *43*(2), 130-138.

Zickgraf, H. F., Franklin, M. E., & Rozin, P. (2016). Adult picky eaters with symptoms of avoidant/restrictive food intake disorder: comparable distress and comorbidity but different eating behaviors compared to those with disordered eating symptoms. *Journal of eating disorders*, *4*(1), 1-11.

Zimmerman, M., Morgan, T.A. and Stanton, K. (2018), The severity of psychiatric disorders. World Psychiatry, 17: 258-275. https://doi.org/10.1002/wps.20569

Anexos:

Anexo 1. Matriz de correlaciones de Pearson entre CIA, EDE-Q y otras variables de interés.

Matriz de correlaciones de Pearson

	CIA	EDE-Q T	IMC Ingreso	Edad	Edad inicio síntomas	Tiempo inicio - tratamiento general	Tiempo inicio - tratamiento TCA	Duración síntomas (meses)	Nivel de estudios (años)	N° equipos tratantes anteriores por TCA	N° de comorbilidades
CIA	-	0.83**	0.29**	0.05	-0.07	0.13	0.16	0.12	0.12	0.12	0.01
EDE-QT	0.83**	-	0.31**	0.11	-0.06	0.26**	0.23*	0.19*	0.09	-0.35	0.13
IMC Ingreso	0.29**	0.31**	-	0.37**	0.04	0.34**	0.41**	0.38**	0.26**	0.09	-0.18
Edad	0.05	0.11	0.37**	-	0.6**	0.47**	0.49**	0.49**	0.26**	-0.08	0.01
Edad inicio síntomas	-0.07	-0.06	0.04	0.60**	-	-0.20*	-0.29**	-0.33**	0.12	-0.21*	0.01
Tiempo inicio - 1ra consulta general (meses)	0.13	0.26**	0.34**	0.47**	-0.20*	-	0.91**	0.87**	0.09	-0.05	0.02
Tiempo inicio - 1ra consulta TCA (meses)	0.16	0.23**	0.41**	0.49**	-0.29**	0.91**	-	0.96**	0.13	0.09	-0.06
Duración de síntomas (meses)	0.12	0.19*	0.38**	0.49**	-0.33**	0.87**	0.96**	-	0.13	0.16	-0.04
Nivel de estudios	0.12	0.09	0.26**	0.12	0.09	-0.05	0.13	0.13	-	0.03	0.05

N° de equipos tratantes anteriores por TCA	0.12	-0.35	0.09	-0.08	-0.21*	-0.05	0.09	0.16	0.03	-	-0.05
N° comorbilidades	0.01	0.13	-0.18	0.01	0.01	0.02	-0.06	-0.04	0.05	-0.05	-

Nota: * $p < .05$ (bilateral). ** $p < .01$ (bilateral).

Anexo 2. Cuestionario de evaluación del deterioro clínico (CIA 3.0) (Martín et al., 2015)

INSTRUCCIONES
Por favor, marca con una 'X' en la columna que describa mejor cómo te han afectado durante las últimas 4 semanas (28 días), tu alimentación, el ejercicio físico o tus sentimientos acerca de tu alimentación, tu figura o tu peso. Gracias.

En los últimos 28 días, en qué medida tus hábitos alimentarios, tu ejercicio, o tus sentimientos relacionados con tu alimentación, figura o peso...

Nada (0) Un poco (1) Bastante (2) Mucho (3)

1 ... te han dificultado la concentración?
2 ... han hecho que fueras crítica/o contigo misma/o?
3 ...te han impedido salir con otras personas?
4 ...han afectado a tu rendimiento en el trabajo o en tus estudios (si procede)?
5 ...han hecho que fueras olvidadiza/o?
6 ...han afectado a tu capacidad para tomar las decisiones cotidianas?
7 ...han interferido en tus comidas familiares o con los amigos?
8 ...te han alterado?
9 ...te han hecho sentir vergüenza de ti misma/o?
10 ...te han dificultado salir a comer con otras personas?
11 ...te han hecho sentir culpable?
12 ...han interferido a la hora de hacer actividades con las que antes solías disfrutar?
13 ...te han hecho estar distraída/o?
14 ... han hecho que te sintieras un/a fracasado/a ?
15 ...han interferido en tus relaciones con otras personas?
16 ... han hecho que estuvieras preocupada/o?

Anexo 3. Cuestionario de conducta alimentaria (S-EDE-Q v.6) (Peláez-Fernández et al., 2012)

Instrucciones: Las siguientes preguntas se refieren exclusivamente (solamente) a las últimas cuatro semanas (últimos 28). Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta. Por favor, responda todas las preguntas. Gracias.

Preguntas 1 a 12: Por favor marque su opción encerrando en un círculo el número correspondiente a la derecha. Recuerde que las preguntas sólo se refieren a las últimas cuatro semanas (últimos 28 días).

En cuántos de los últimos 28 días.... Ningún día [1-5] días

6-12 días

13-15 días

16-22 días

23-27 días

Todos los días

1. ¿Has intentado deliberadamente limitar la cantidad de alimento que comes para influir en tu figura o peso (con o sin éxito)?
0 1 2 3 4 5 6
2. ¿Has pasado largos períodos de tiempo (8 horas seguidas o más) sin comer nada con el fin de influir en tu figura o peso?
0 1 2 3 4 5 6
3. ¿Has intentado excluir de tu dieta algún alimento que te gusta con el fin de influir en tu figura o peso (con o sin éxito)
0 1 2 3 4 5 6
4. ¿Has intentado seguir reglas definidas respecto de tu alimentación (por ejemplo, un límite de calorías) con el fin de influir en tu figura o peso (con o sin éxito)?
0 1 2 3 4 5 6
5. ¿Has tenido un claro deseo de tener el estómago vacío con el fin de influir en tu figura o peso?
0 1 2 3 4 5 6
6. ¿Has tenido un claro deseo de tener el abdomen totalmente plano?
0 1 2 3 4 5 6
7. Pensar en comida, comer o calorías, ¿Ha dificultado tu concentración en cosas de tu interés (por ejemplo, trabajar, seguir una conversación o leer)?
0 1 2 3 4 5 6
8. Pensar en la figura o el peso, ¿Ha dificultado tu concentración en cosas de tu interés (por ejemplo, trabajar, seguir una conversación o leer)?
0 1 2 3 4 5 6
9. ¿Has tenido un claro miedo a perder el control sobre la comida?
0 1 2 3 4 5 6
10. ¿Has tenido un claro miedo a subir de peso?
0 1 2 3 4 5 6

En cuántos de los últimos 28 días....

Ningún día

1-5 días

6-12 días

13-15 días

16-22 días

23-27 días

Todos los días

11. ¿Te has sentido gorda(o)?

0 1 2 3 4 5 6

12. ¿Has tenido un fuerte deseo de perder peso?

0 1 2 3 4 5 6

Preguntas 13-18: Por favor rellene con el número que corresponda en los espacios a la derecha. Recuerde que las preguntas se refieren sólo a las cuatro semanas anteriores (28 días previos).

Dentro de las últimas cuatro semanas (28 días).....

13. Dentro de los últimos 28 días, ¿Cuántas veces has comido lo que otros considerarían un cantidad inusual de comida (para las circunstancias)?

.....

14. ¿Cuántas de esas veces has tenido la sensación de perder el control de tu alimentación (en el momento en que estabas comiendo)?

.....

15. Dentro de los últimos 28 días, ¿Cuántos **DÍAS** ocurrieron esos episodios de sobreingesta (comilona) (por ejemplo, comiste una cantidad inusual de comida y tuviste la sensación de perder el control al mismo tiempo?

.....

16. Dentro de los últimos 28 días, ¿Cuántas veces te provocaste vómito como forma de controlar tu figura o tu peso?

.....

17. Dentro de los últimos 28 días, ¿Cuántas veces tomaste laxantes como forma de controlar tu figura o tu peso?

.....

18. Dentro de los últimos 28 días, ¿Cuántas veces has realizado ejercicio físico de forma "exigente" o "compulsiva" con el fin de controlar tu peso, figura o cantidad de grasa, o de quemar calorías?

.....

Preguntas 19 a 21: Por Favor encierre en un círculo el número correspondiente. Para responder estas preguntas, por favor tome en cuenta que el término "comilona" significa lo que otros podrían considerar como una cantidad inusual de comida para las circunstancias, acompañado de una sensación de pérdida de control sobre la ingesta de comida.

Ningún día

6-12 días
13-15 días
16-22 días
23-27 días
Todos los días

19. Dentro de los últimos 28 días, ¿Cuántos días has comido en secreto (por ejemplo: furtivamente)? ...No cuentes los episodios de Comilona.
0 1 2 3 4 5 6

Ninguna vez
1-5 días
La mitad de las veces
La Pocas veces
Menos de la mitad
Más de la mitad
Mayoría del tiempo
Todos los días

20. ¿Qué porcentaje de las veces en que has comido te has sentido culpable (sentir que hiciste algo malo) debido al impacto en tu figura o en tu peso? .....No cuentes los episodios de comilona
0 1 2 3 4 5 6

NADA UN POCO MODERADAMENTE MUCHO

21. Dentro de los últimos 28 días, ¿Qué tan preocupado has estado de que otros te vean comer? .....No cuentes los episodios de comilona
0 1 2 3 4 5 6

Preguntas 22 a 28: Por favor encierre en un círculo el número correspondiente a la derecha. Recuerde que las preguntas se refieren sólo a las últimas cuatro semanas (28 días).

Dentro de los últimos 28 días..... (NADA UN POCO MODERADAMENTE MUCHO)

22. ¿Ha influido tu peso en cómo te evalúas (juzgas) como persona?
0 1 2 3 4 5 6

23. ¿Ha influido tu figura en cómo te evalúas (juzgas) como persona?
0 1 2 3 4 5 6

24. ¿Cuánto te afectaría si se te pidiera que te pesaras una vez a la semana (ni más ni menos a menudo) por las próximas cuatro semanas?
0 1 2 3 4 5 6

25. ¿Qué tan insatisfecha (o) has estado con tu peso?
0 1 2 3 4 5 6

26. ¿Qué tan insatisfecha(o) has estado con tu figura?
0 1 2 3 4 5 6

27. ¿Qué tan incómoda(o) te has sentido al ver tu cuerpo (por ejemplo, ver tu cuerpo en el espejo, en una vitrina, al desvestirte o al ducharte)?
0 1 2 3 4 5 6

28. ¿Qué tan incómoda(o) te has sentido cuando otros han visto tu cuerpo o figura (por ejemplo, en camarines, al nadar o al usar ropa ajustada)?
0 1 2 3 4 5 6

MUCHAS GRACIAS