



Universitat Autònoma de Barcelona

Facultad de Psicología

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud

El abuso infantil y su relación con sintomatología alimentaria

Ana María Villarroel Lastra

Tesis Doctoral dirigida por:

Dra. Rosa María Raich Escursell

Dra. Mariona Portell Vidal

2008

Agradecimientos:

A la Dra. Rosa María Raich y la Dra. Mariona Portell, directoras de este trabajo y dos mujeres maravillosas. Gracias por vuestra guía y apoyo en todo este proceso de trabajo, y por toda la confianza que habéis depositado en mí. Me habéis enseñado muchísimo.

A Eva Penelo, por su valiosa colaboración en la estadística de este estudio, así como por todas sus enseñanzas.

A todos los estudiantes universitarios mujeres y varones que participaron en esta investigación, sin los cuales este trabajo habría sido imposible. También a los profesores que cedieron su valioso tiempo de clase para pasar la encuesta.

A todas las personas que han colaborado en la recogida de datos, especialmente a Miriam y Silvia.

A mi abuelo, Pedro Lastra, por el sinfín de conocimientos con que ha animado mi espíritu.

A mis padres, que siempre me han apoyado en mis proyectos y sueños, y que me han llenado de amor.

A toda mi familia, por su amor y apoyo en este largo proceso lejos de casa. Gracias por vuestra espera: cada día queda menos para que retorne a vuestro lado.

A todos los amigos que he hecho en esta maravillosa ciudad; lejos o cerca, siempre estaréis en mi corazón.

Y especialmente a ti, Jorge: sin ti a mi lado, nada de esto hubiera sido posible.

Este trabajo ha sido posible gracias a la beca “Presidente de la República para estudios de postgrado en el extranjero”, que me ha otorgado el Ministerio de Planificación y Cooperación del Gobierno Chileno.

*A Jorge, mi maravilloso esposo,
y a Sofía Paz, nuestra hija que está por llegar*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. CAPÍTULO I: ABUSO INFANTIL Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS	5
1.1. CONCEPTO DE ABUSO INFANTIL	5
1.1.1. Concepto de abuso sexual infantil	5
1.1.2. Concepto de abuso físico infantil	6
1.2. PREVALENCIA DEL ABUSO INFANTIL	7
1.2.1. Prevalencia del abuso sexual infantil.....	7
1.2.1.1. Estudios de prevalencia del abuso sexual infantil	7
1.2.1.1.1. Prevalencia del abuso sexual infantil en España	8
1.2.2. Prevalencia del abuso físico infantil en España	9
1.3. RELACIÓN ENTRE EL ABUSO INFANTIL Y LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS	9
1.3.1. Prevalencia del abuso infantil en los trastornos alimentarios	12
1.3.2. Abuso sexual y físico infantil y trastornos alimentarios en mujeres.....	13
1.3.2.1. Relación entre el abuso infantil y los trastornos de la conducta alimentaria en población clínica adulta de mujeres	13
1.3.2.2. Relación entre el abuso infantil y la sintomatología alimentaria en población no clínica adulta de mujeres	14
1.3.2.2.1. Estudios que utilizan muestras comunitarias.....	14
1.3.2.2.2. Estudios que utilizan muestras de estudiantes universitarias	22
1.3.3. Abuso sexual y físico infantil y trastornos alimentarios en varones	27
2. CAPÍTULO II: OBJETIVOS E HIPÓTESIS	31
2.1. OBJETIVOS	31
2.1.1. Objetivo general	31
2.1.2. Objetivos específicos	31
2.2. HIPÓTESIS DE TRABAJO	32
3. CAPÍTULO III: MÉTODO.....	33
3.1. PARTICIPANTES	33
3.2. INSTRUMENTOS.....	34
3.2.1. Cuestionario de Acontecimientos Vitales Estresantes	34
3.2.2. Examen para Trastornos Alimentarios, versión Cuestionario.....	36
3.2.3. Inventario de Depresión de Beck.....	38

3.2.4.	Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo	39
3.2.5.	Escala de Autoestima de Rosenberg.....	39
3.3.	DISEÑO Y PROCEDIMIENTO	39
3.4.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	42
4.	CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	45
4.1.	DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA MUESTRA	45
4.2.	RELACIÓN ENTRE EL ABUSO INFANTIL Y EL GÉNERO	50
4.3.	RELACIÓN ENTRE EL ABUSO INFANTIL Y LA SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA.....	51
4.3.1.	Descripción de la muestra en función de la sintomatología psicopatológica.....	52
4.3.2.	Abuso sexual y físico infantil y aspectos actitudinales de los trastornos alimentarios	55
4.3.2.1.	Submuestra de mujeres.....	55
4.3.2.2.	Submuestra de varones.....	60
4.3.2.2.1.	Abuso sexual infantil y actitudes alimentarias	61
4.3.2.2.2.	Abuso físico infantil y actitudes alimentarias	61
4.3.3.	Abuso sexual y físico infantil y los aspectos comportamentales de los trastornos alimentarios.....	62
4.3.3.1.	Submuestra de mujeres.....	63
4.3.3.2.	Submuestra de varones.....	66
4.3.3.2.1.	Abuso sexual infantil y aspectos comportamentales de los trastornos alimentarios.....	67
4.3.3.2.2.	Abuso físico infantil y aspectos comportamentales de los trastornos alimentarios	68
5.	CAPÍTULO V: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	69
5.1.	PRESENCIA DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL	69
5.2.	PRESENCIA DEL ABUSO FÍSICO INFANTIL.....	70
5.3.	ABUSO INFANTIL Y SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA EN MUJERES.....	71
5.3.1.	Abuso sexual infantil y sintomatología alimentaria: aspectos actitudinales	71
5.3.2.	Abuso sexual infantil y sintomatología alimentaria: aspectos comportamentales	73
5.3.3.	Abuso físico infantil y sintomatología alimentaria: aspectos actitudinales y comportamentales	74
5.4.	ABUSO INFANTIL Y SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA EN VARONES.....	77
5.4.1.	Abuso sexual infantil y sintomatología alimentaria: aspectos actitudinales y comportamentales	77
5.4.2.	Abuso físico infantil y sintomatología alimentaria: aspectos actitudinales y comportamentales	78
5.5.	CONSIDERACIONES FINALES Y CONCLUSIONES	79

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
7. ANEXOS	99
7.1. ANEXO I: CUESTIONARIO DE ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES	101
7.2. ANEXO II: EXAMEN PARA TRASTORNOS ALIMENTARIOS VERSIÓN CUESTIONARIO.....	110
7.3. ANEXO III: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK	114
7.4. ANEXO IV: CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO / RASGO...	117
7.5. ANEXO V: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG	119
7.6. ANEXO VI: DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES EXCLUIDOS EN SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA Y PSICOPATOLÓGICA	120

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Resumen de los estudios del abuso sexual y físico infantil y su relación con sintomatología alimentaria en muestras comunitarias de mujeres y mixtas.....	19
Tabla 2. Resumen de los estudios del abuso sexual y físico infantil y su relación con sintomatología alimentaria en muestras universitarias de mujeres y mixtas.....	24
Tabla 3. Resumen de los estudios del abuso sexual y físico infantil y su relación con sintomatología alimentaria en muestras comunitarias y universitarias de varones y mixtas	29
Tabla 4. Resumen de las variables estudiadas: definición operacional y sistema de valoración	40
Tabla 5. Comparación por género de la presencia de episodios de atracón y conductas compensatorias, a través de la prueba de χ^2	48
Tabla 6. Estadísticos descriptivos de los aspectos actitudinales de los trastornos alimentarios, sintomatología depresiva, ansiosa y autoestima en el grupo de mujeres...49	49
Tabla 7. Estadísticos descriptivos de los aspectos actitudinales de los trastornos alimentarios, sintomatología depresiva, ansiosa y autoestima en el grupo de varones...49	49
Tabla 8. Relación entre el abuso sexual y físico y el género.....	50
Tabla 9. Comparación de las medias obtenidas por las mujeres en sintomatología depresiva, ansiosa y autoestima, en función de la presencia/ausencia de abuso sexual infantil, a través de la prueba <i>t</i> de Student	52
Tabla 10. Estadísticos descriptivos y prueba no paramétrica <i>U</i> de Mann Whitney de comparación de las estudiantes mujeres en las medidas de sintomatología depresiva, ansiosa y autoestima, según la presencia o ausencia de abuso físico infantil	53
Tabla 11. Estadísticos descriptivos y prueba no paramétrica <i>U</i> de Mann Whitney de comparación de los estudiantes varones en las medidas de sintomatología depresiva, ansiosa y autoestima, según la presencia o ausencia de abuso sexual infantil	54
Tabla 12. Estadísticos descriptivos y prueba no paramétrica <i>U</i> de Mann Whitney de comparación de los estudiantes varones en las medidas de sintomatología depresiva, ansiosa y autoestima, según la presencia o ausencia de abuso físico infantil	54
Tabla 13. Análisis de la asimetría y la curtosis de las variables del modelo de regresión lineal múltiple en mujeres.....	56

Tabla 14. Resumen del análisis de regresión lineal múltiple para las variables que predicen aspectos actitudinales claves asociados a los trastornos alimentarios en las mujeres	58
Tabla 15. Análisis de la asimetría y la curtosis de las variables para la construcción del modelo de regresión lineal múltiple en varones	60
Tabla 16. Estadísticos descriptivos y prueba <i>U</i> de Mann-Whitney: comparación de los varones con y sin abuso sexual infantil en los aspectos actitudinales claves de los trastornos alimentarios.....	61
Tabla 17. Estadísticos descriptivos y prueba <i>U</i> de Mann-Whitney: comparación de los varones con y sin abuso físico infantil en los aspectos actitudinales claves de los trastornos alimentarios.....	62
Tabla 18. Resumen del análisis de regresión logística para las variables que predicen los aspectos comportamentales claves asociados a los trastornos alimentarios en las mujeres	64
Tabla 19. Comparación de los grupos de varones abusados y no abusados sexualmente en la infancia en cada una de las conductas de atracón y compensatorias	67
Tabla 20. Comparación de los grupos de varones abusados y no abusados físicamente en la infancia en cada una de las conductas de atracón y compensatorias	68

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribución porcentual de las mujeres y varones en el IMC	46
Figura 2. Distribución porcentual de las mujeres y varones en la conducta de hacer dieta para adelgazar al momento de la encuesta.....	46
Figura 3. Distribución porcentual de las mujeres y varones en torno a la historia de obesidad infantil	47

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por objetivo principal estudiar la relación entre el abuso sexual y físico en la infancia y la sintomatología alimentaria en estudiantes universitarios varones y mujeres.

El estudio del vínculo entre el abuso sexual infantil y los trastornos alimentarios ha sido bastante prolífico en población clínica y no clínica femenina. También se tienen datos de la relación con el maltrato físico infantil en ambos tipos de poblaciones, aunque son más escasos.

Sin embargo, en España el fenómeno ha sido escasamente tratado por lo que respecta a las mujeres y aún menos en lo que atañe a los varones y no se han hallado estudios publicados que aborden la cuestión en población universitaria. Este vacío ha sido la principal motivación de esta investigación.

Es importante destacar que el abuso infantil se ha vinculado a diversas patologías psiquiátricas, así como a malestar psicológico general. En el estudio de sus consecuencias a largo plazo, se ha asociado con baja autoestima (Gold, 1986), sentimientos de desamparo y autorecriminación (Briere & Runtz, 1991), malestar psicológico crónico, expresado principalmente como sintomatología depresiva y ansiosa (Stein, Golding, & Siegel, 1994), tendencias suicidas (Bryer J.B., Nelson, Miller, & Krol, 1987) y una gran variedad de patologías psiquiátricas adultas, destacando el trastorno de personalidad límite, el trastorno por abuso de sustancias, el trastorno por estrés post-traumático, el trastorno de identidad disociativo (Putnam, 2003; Toro, 2004), así como la bulimia nerviosa y los trastornos alimentarios en general (Jacobi, 2005). De modo que el abuso infantil parece ser un factor de riesgo inespecífico de psicopatología en general y no puede asociarse exclusivamente con un tipo de trastorno.

El estudio de la relación del abuso sexual infantil y los trastornos alimentarios en particular, tuvo su origen en la práctica clínica a comienzos de los años ochenta (Crisp, 1984). Muchos clínicos especialistas en patología alimentaria se inquietaron frente a la importante presencia del abuso sexual en sus pacientes y comenzaron a argumentar que

este constituía un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos alimentarios (Toro, 2004). Se postularon distintas explicaciones teóricas para este vínculo. Dentro de estas, las más estudiadas fueron las que relacionaban la victimización sexual con los estilos de afrontamiento disociativos, los cuales podrían desencadenar eventualmente una sintomatología bulímica (Perry, Pollard, Blakely, Baker, & Vigilante, 1995). Asimismo, se postuló que el abuso podía tener una repercusión importante en la autoestima y la autorecriminación de las pacientes, dos factores que podrían llevarles a castigar su propio cuerpo por medio de la inanición, o bien a través de las conductas de atracón y purga (Heatherton & Baumeister, 1991). Del mismo modo, se sugirió que el abuso podría generar una sensación de falta de control sobre la propia vida, la que a su vez desencadenaría estrategias restrictivas o purgativas como forma de restablecer el control (Kearney-Cooke & Striegel-Moore, 1994; Smolak, Levine, & Sullins, 1990).

Aunque las hipótesis teóricas abundan, no ha sido fácil verificar empíricamente la relación en cuestión. Como señala Toro (2004, p. 121): “el hecho de que el abuso sexual infantil aparezca como una experiencia frecuente en pacientes afectados por muy diversas patologías psiquiátricas, la ausencia de estudios longitudinales metodológicamente correctos y la inconsistencia de los datos suministrados por distintos estudios, son otros tantos factores que hacen difícil alcanzar conclusiones inapelables”.

Sin embargo, en los últimos años se ha llegado a acordar que el abuso sexual infantil es un factor de riesgo no específico de trastornos de la conducta alimentaria, especialmente de bulimia nerviosa y sintomatología asociada, tanto en población clínica como no clínica (Brewerton, 2005).

En cuanto al vínculo con el abuso físico infantil, este ha sido menos estudiado, y las conclusiones a las que han llegado los diferentes estudios que lo han abordado han sido divergentes. En su revisión, Schmidt, Humfress & Treasure (1997) concluyen que el abuso físico es más común en los trastornos bulímicos que restrictivos y que suele ocurrir en el marco de ambientes familiares disfuncionales. En el caso concreto de muestras no clínicas, y más específicamente muestras universitarias, son muy pocos los estudios que se tienen y en general coinciden en establecer que la relación se da con

sintomatología bulímica, específicamente, las conductas de atracón y purga (Bailey & Gibbons, 1989; Borman & Hofstra, 2005; Messman-Moore & Scheer, 2007).

Dada las características de la población de interés que se estudia en este trabajo, así como el empleo de cuestionarios autoadministrados, no es posible estudiar la asociación con los trastornos de la conducta alimentaria como diagnóstico, sino más bien con la sintomatología asociada, la cual se ha dividido en aspectos actitudinales y comportamentales.

El estudio de los aspectos actitudinales constituye un acercamiento novedoso a la problemática, ya que la mayoría de las investigaciones que abordan la cuestión en muestras no clínicas lo hacen centrándose en los aspectos comportamentales de los trastornos alimentarios.

Se trabaja con una muestra extensa y un diseño transversal, y se realizan análisis multivariantes con el fin de controlar otros factores que pueden intervenir en la relación.

En concordancia con las últimas conclusiones a las que se ha llegado en el estudio de la cuestión, se formula la hipótesis de una asociación entre el abuso infantil y los aspectos actitudinales y comportamentales de las alteraciones alimentarias en las mujeres. En los varones, dado lo poco estudiado del tema, no es posible aventurar hipótesis y el abordaje tendrá un carácter exploratorio.

La estructura del trabajo es la siguiente: en el primer capítulo se presenta una conceptualización del abuso infantil y se revisan los estudios de prevalencia realizados en España. A continuación se examinan los trabajos que estudian la relación entre el abuso infantil y las alteraciones alimentarias en muestras no clínicas de mujeres y varones. Los capítulos dos, tres y cuatro constituyen la parte empírica de este estudio. En el capítulo dos se enuncian los objetivos e hipótesis de trabajo; en el capítulo tres se expone el marco metodológico global y en el capítulo cuatro se presentan los resultados obtenidos. Finalmente, en el capítulo cinco, se discuten los resultados en torno a la literatura científica correspondiente, se resumen las principales conclusiones obtenidas,

se describen las implicaciones clínicas que pueden derivarse del estudio y se señalan los puntos fuertes y limitaciones de este trabajo.

1. CAPÍTULO I: ABUSO INFANTIL Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

1.1. CONCEPTO DE ABUSO INFANTIL

No existe una definición unificada y reconocida del abuso, por lo cual los investigadores suelen adoptar aquella más adecuada para los objetivos de sus estudios. Como consecuencia se dificulta la comparación de resultados y el estudio de su prevalencia (Pope & Hudson, 1992). Esta diversidad se explica por las múltiples áreas profesionales que se relacionan con el problema, los diferentes intereses de aplicación de los conceptos acogidos, y, por supuesto, por los distintos factores culturales que influyen en la consideración y evaluación de determinadas conductas (Arruabarrena & de Paúl, 1999).

Es muy difícil establecer la línea divisoria que separa el abuso del trato adecuado, puesto que esta división se basa en un *continuum* de conductas y no en categorías independientes (Whipple & Richey, 1997). Sin embargo, Finkelhor & Korbin (1988) considerando las discrepancias que existen en las definiciones de maltrato infantil de los distintos países señalan que, si bien este puede verse influido por las variaciones culturales, no es un problema culturalmente relativo, sino que existen estándares absolutos a nivel internacional, independientemente de las normas culturales locales. Señalan que el maltrato infantil es “el daño causado a un niño que resulta de una acción humana proscrita, próxima y evitable”.

1.1.1. CONCEPTO DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

El abuso sexual puede considerarse como “cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años, por parte de un adulto, o desde una posición de poder o autoridad sobre el niño”. Este puede dividirse en intrafamiliar, cuando el abusador es parte de la familia de la víctima y extrafamiliar, cuando el abuso es perpetrado por

alguien ajeno a la familia de la víctima, pudiendo ser un conocido o un desconocido (Corsi, 1995).

El *National Center of Child Abuse and Neglect* propuso, en 1987, que se da abuso sexual en los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otras personas. El abuso sexual puede también ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando está (el agresor) en una posición de poder o control sobre otro menor (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2000). Esta definición es ampliamente utilizada ya que permite incluir dentro del concepto de abuso sexual infantil, además de los contactos sexuales, algunas formas de explotación sexual como la pornografía y la prostitución infantil, así como la presencia de conductas exhibicionistas.

La definición que se utiliza en este estudio también considera hasta los 18 años de edad de la víctima, pero es más estricta que la anterior al requerir la presencia de contacto físico (tocamientos en zonas sexuales o caricias sexualizadas). Especifica que esto ha de ser en contra de la voluntad o consentimiento de la víctima cuando esta es menor de 13 años y el agresor de edad cercana, o cuando el abuso se produce entre los 13 y 18 años. Para el abuso que se da en una víctima menor de 13 años por alguien por lo menos 5 años mayor, no se requiere esta condición de falta de consentimiento.

1.1.2. CONCEPTO DE ABUSO FÍSICO INFANTIL

El abuso físico infantil puede considerarse como cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el menor o le coloque en grave riesgo de padecerlo (Arruabarrena & De Paúl, 1999). Existen varios tipos de conductas e indicadores físicos del maltrato en el menor, entre estos, la presencia de hematomas, quemaduras, fracturas, torceduras o dislocaciones, heridas, raspaduras, mordeduras, cortes o pinchazos, así como lesiones internas no visibles. Los niveles de gravedad pueden ser:

-Leve: el maltrato no ha provocado en ningún momento lesión alguna en el/la menor, o esta ha sido mínima, no requiriendo intervención médica.

-Moderado: el maltrato ha provocado en el/la menor lesiones físicas de carácter moderado, que han requerido algún tipo de diagnóstico o tratamiento médico, o que le han dejado lesiones en diferentes fases de cicatrización o curación.

-Severo: el/la menor ha requerido de hospitalización o atención médica inmediata a causa de las lesiones producidas por el maltrato, o padece lesiones severas en diferentes fases de cicatrización.

Nuestra investigación se acoge de esta definición requiriendo que el castigo haya dejado en el/la menor indicadores tales como moratones, quemaduras, cortes o fracturas.

1.2. PREVALENCIA DEL ABUSO INFANTIL

1.2.1. PREVALENCIA DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Dada las diferentes metodologías y definiciones de abuso sexual infantil con que trabajan los distintos investigadores, las cifras de prevalencia varían considerablemente entre estudios. La importancia de la metodología aplicada en el estudio de la prevalencia del abuso sexual infantil ha sido demostrada y se ha visto que las cifras suelen ser más altas cuando se aplica una entrevista personal en vez de un cuestionario de lápiz y papel, y que también es más elevada cuando se preguntan diferentes cuestiones detalladas sobre la experiencia abusiva en lugar de una única cuestión sobre la vivencia o no del acontecimiento (Starr, Dubowitz, & Bush, 1990).

1.2.1.1. Estudios de prevalencia del abuso sexual infantil

En 1994 Finkelhor presenta un resumen de la prevalencia del abuso sexual infantil en 21 países, entre ellos España, basándose en estudios que van desde los años setenta a principios de los noventa. En este estudio las diferencias metodológicas entre los diversos países quedan patentes, con unos porcentajes de prevalencia que varían entre el

7 y el 36% en mujeres y entre el 3 y 29% en hombres. Estos hallazgos constatan la alta presencia del abuso sexual infantil en los distintos países incluidos, considerándose un problema internacional. En su mayoría, estos estudios coinciden en que gran parte de las víctimas son mujeres y que éstas sufren en mayor porcentaje el abuso sexual intrafamiliar.

Las diferencias en las cifras encontradas no parecen responder a disimilitudes reales en los casos de abuso sexual infantil que pueden encontrarse en uno u otro país, sino a diferencias en la metodología utilizada (tipo y características de la muestra, definición de abuso sexual infantil, uso de autoinformes o entrevistas personales, etc.) (Finkelhor, 1994).

1.2.1.1.1. Prevalencia del abuso sexual infantil en España

La única investigación encontrada en España que aporta datos de prevalencia nacional es el estudio de López, Carpintero, Hernández, Martín & Fuentes (1995), el cual contó con un muestreo aleatorio estratificado por sexos y comunidades autónomas, y que se realizó mediante la aplicación de una entrevista estructurada individual a cada participante y un cuestionario específico para aquellas personas que declararon haber sufrido abuso sexual infantil antes de los 17 años. De las 1821 personas entrevistadas, 18.9% manifestaron haber padecido abuso sexual en algún momento de su infancia. En los varones el porcentaje fue de 15.2% y en las mujeres de 22.5%. Si se excluyen las conductas sin contacto físico, se observa que un 13.1% de los varones y un 16.4% de las mujeres informaron haber sufrido abuso sexual antes de los 17 años, lo que resulta en un 14.8% del total de la muestra.

Otras de las aproximaciones a la prevalencia del abuso sexual infantil en España las aportan, por una parte, el estudio desarrollado por De Paúl, Milner & Múgica (1995). Estos autores trabajan con un grupo de 403 estudiantes universitarios del País Vasco, observando que 13.4% de los estudiantes (9.7% de los varones y un 14.9% de las mujeres) manifestaban haber padecido abuso sexual infantil (un 3.9% de los varones y un 6.4% de las mujeres antes de los 13 años; un 2.9% de los varones y un 3.7% de las mujeres después de los 13 años; y un 2.9% de los varones y un 4.7% de las mujeres

antes y después de los 13 años). Por otra parte, se tiene el reciente estudio realizado en Cataluña por Pereda (2006), quien observa que, antes de los 13 años, 16.2% de las mujeres y 12% de los varones, había padecido victimización sexual, mientras entre los 13 y los 18 años lo sufrió un 2.8% de las mujeres y un 3.5% de los varones. El total de abuso sexual antes de los 18 años resultó en un 19% en las mujeres y un 15.5% en los varones. Todas estas investigaciones trabajan con diseños retrospectivos.

1.2.2. PREVALENCIA DEL ABUSO FÍSICO INFANTIL EN ESPAÑA

El mismo estudio de Pereda (2006) realizado con estudiantes universitarios en Cataluña investigó también la presencia de maltrato físico en la infancia y observó que un 5.3% de las mujeres y 3.8% de los varones sufrieron abuso físico durante la infancia, lo que resultó en un 4.8% del total de la muestra. A nivel nacional, el Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el Ámbito Familiar dirigido por el Centro Reina Sofía informó una prevalencia de maltrato físico en los menores de edad de un 7% en el periodo 1997/1998.

1.3. RELACIÓN ENTRE EL ABUSO INFANTIL Y LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Al contrario de lo que podría pensarse, el abuso sexual infantil no está asociado inevitablemente a psicopatología; de hecho, Finkelhor (1990) informó que una proporción substancial de víctimas (entre un cuarto y un tercio) muestran muy poca o ninguna psicopatología, quizás porque se trató de una experiencia abusiva menos seria y/o por la presencia de adecuados recursos tales como el soporte social.

Tal como se ha señalado, en la década de los ochenta los clínicos e investigadores comenzaron a considerar la posibilidad de que el abuso sexual infantil pudiera cumplir una función de factor de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, relación que parecía plausible por el importante número de pacientes con psicopatología alimentaria que manifestaban haberlo padecido y por la semejanza en síntomas tales como la vergüenza, la denigración del cuerpo y la baja autoestima. Su estudio cobró impulso a

mitad de los años noventa, lo que permitió la realización del primer metanálisis en el año 2002 (Smolak & Murnen, 2002). Este concluyó que en las mujeres, el abuso sexual infantil se asocia a un aumento de la sintomatología alimentaria pero que no se puede hablar de especificidad. Hasta la fecha, el estudio de la relación ha sido cuantioso y ha derivado en numerosos estudios en distintos tipos de muestras femeninas, así como en varias revisiones. Si bien los resultados de las diferentes investigaciones han sido diversos, en general se coincide en señalar que el abuso sexual infantil constituye un factor de riesgo inespecífico para los trastornos alimentarios, siendo mayor su asociación con la bulimia nerviosa y los cuadros que presentan sintomatología bulímica (Connors & Morse, 1993; Everill & Waller, 1995; Thompson & Wonderlich, 2004; Wonderlich, Brewerton, Jolic, Dansky, & Abbott, 1997).

Al respecto, en su revisión, Wonderlich et al. (1997) estudiaron detenidamente la asociación entre abuso sexual infantil y bulimia nerviosa, para lo cual consideraron los 12 estudios pertinentes que existían a la fecha, los cuales trabajaban con distintos tipos de muestra. Diez de estos apoyaban la hipótesis de que el abuso sexual infantil se asocia significativamente con la bulimia nerviosa. Concluyeron que, por un parte, el porcentaje de trastornos de la conducta alimentaria en personas con historia de abuso sexual infantil es significativamente más alto que el presentado por individuos sin dicha victimización. Por otra parte señalaron que el porcentaje de abuso sexual infantil en personas con trastornos de la conducta alimentaria es significativamente más alto que el de los individuos con trastornos alimentarios que no fueron víctimas de abuso sexual infantil. Por último, apuntaron que la asociación entre abuso sexual infantil y bulimia nerviosa en la población general no puede atribuirse al azar. Thompson & Wonderlich (2004) continúan la revisión de Wonderlich et al. (1997), incluyendo los estudios más recientes que esta no alcanzó a contemplar, e informan que, revisando los diferentes tipos de muestra considerados por las investigaciones, la asociación significativa entre abuso y trastornos alimentarios está más presente en los estudios que trabajan con muestras de personas que han padecido abuso sexual infantil (Jarvis & Copeland, 1997; Romans, Gendall, Martin, & Mullen, 2001; Swanston, Tebbutt, O'Toole, & Oates, 1997; Wonderlich et al., 2001a; Wonderlich et al., 1996a; Wonderlich et al., 2001b; Wonderlich et al., 2000), seguidos por las muestras comunitarias (Ackard, Neumark-Sztainer, Hannan, French, & Story, 2001; Bulik, Prescott, & Kendler, 2001; Edgardh & Ormstad, 2000; Fairburn, Welch, Doll, Davies, & O'Connor, 1997; Johnson, Cohen,

Kasen, & Brook, 2002; Kendler et al., 2000; Laws & Golding, 1996; Petrie & Tripp, 2001; Romans et al., 2001; Thompson, Wonderlich, Crosby, & Mitchell, 2001; Wonderlich, Wilsnack, Wilsnack, & Harris, 1996b) y los individuos con trastornos alimentarios (Fairburn et al., 1997; Favaro, Dalle Grave, & Santonastaso, 1998).

Es importante subrayar que el abuso sexual infantil, como factor de riesgo inespecífico, se asocia a la psicopatología en general, en donde la bulimia es un cuadro más (Romans et al., 2001; Thompson et al., 2004; Welch & Fairburn, 1994; Wonderlich et al., 1997).

En cuanto al abuso físico infantil, aunque no son muchas las investigaciones que lo abordan en su relación con sintomatología alimentaria, también se ha sugerido como un factor de riesgo inespecífico, principalmente para sintomatología de tipo bulímica. Esta conclusión se deriva tanto de estudios con muestras clínicas (Nagata, Kiriike, Iketani, Kawarada, & Tanaka, 1999; Root & Fallon, 1988; treuer, Koperdák, & Rózsa, 2005; Webster & Palmer, 2000), como de aquellos que utilizan muestras de escolares (Ackard et al., 2001; Neumark-Sztainer, Story, Hannan, Beuhring, & Resnick, 2000), muestras de estudiantes universitarios y muestras comunitarias (Bailey et al., 1989; Borman et al., 2005; Feldman & Meyer, 2007b; Kinzli, Mangweth, Traweger, & Biebl, 1997; Messman-Moore et al., 2007; Rayworth, Wise, & Harlow, 2004).

Aunque se tiende a pensar que la severidad del abuso podría relacionarse con la severidad de la patología alimentaria, no hay suficiente evidencia empírica para apoyar esta idea. En efecto, un estudio observó que la severidad del abuso sexual infantil (incluyendo el tipo, la frecuencia y el nivel de contacto físico) y la familiaridad con el perpetrador, no estaban relacionadas con la alteración alimentaria (Smolak et al., 1990). Otros autores observaron que el uso de la fuerza y la identidad del abusador no se relacionaban con la sobreestimación del tamaño del cuerpo, así como la edad del abuso (antes o después de los 14 años) no se relacionaba con la percepción del cuerpo (Byram, Wagner, & Waller, 1995). Hastings & Kern (1994) no encontraron relación entre los niveles de sintomatología bulímica y el nivel de contacto físico y familiaridad con el abusador. Quienes sí informaron de una asociación fueron Abramson & Lucido (1991). Ellos trabajaron con una muestra que combinó universitarios y muestra clínica y observaron una asociación entre síntomas bulímicos y experiencias sexuales con

familiares, mayor número de experiencias sexuales, reacciones negativas de miedo o *shock* frente al abuso y evaluación retrospectiva negativa de la experiencia.

No hay claridad en cuanto a los modelos causales que llevan del abuso sexual a las alteraciones alimentarias. Algunos autores han propuesto hipótesis focalizándose en el significado del cuerpo como el sitio del trauma sexual, la importancia de la vergüenza del cuerpo y el deseo de restablecer el control y reducir la vulnerabilidad mediante acciones relacionadas con el cuerpo (Connors, 2001).

Hay mucha evidencia que señala que el abuso sexual infantil, además de menoscabar la autoestima (Browne & Finkelhor, 1986; Echeburúa et al., 2000), aumenta el estrés o perturbación psicológica (Briere, 1992; Briere & Runtz, 1993). Briere (1992) identifica lo que él denomina “actividades de reducción de tensión” como una secuela común del abuso sexual infantil, sugiriendo que los sobrevivientes del abuso intentan reducir el dolor a través de actividades que les distraen temporalmente, así como les permiten restablecer la sensación de control, interrumpir los estados disfóricos y disminuir el malestar psicológico. Estas conductas, que incluyen autolesiones y una variedad de conductas impulsivas además de los atracones y purga, proveen de un alivio temporal para la perturbación no resuelta relacionada con el abuso, que repiten frecuentemente (Connors, 2001). En la misma línea, Brown (1997) señala que las conductas bulímicas, como los atracones y la purga, pueden ser una forma de anestesiar los intensos sentimientos negativos, o bien una manera de limpiarse simbólicamente, expulsar la rabia, justificar el sentimiento de minusvalía (*worthlessness*) o un intento de auto-nutrirse.

1.3.1. PREVALENCIA DEL ABUSO INFANTIL EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

La discusión de la prevalencia del abuso cae siempre en el debate de la definición adecuada. Tal como se señaló anteriormente, Pope & Hudson (1992) destacaron que la definición de abuso sexual infantil varía entre los estudios, lo que en consecuencia produce una variación en la prevalencia estimada del abuso sexual infantil.

Connors & Morse (1993), en su exhaustiva revisión de los estudios de la relación entre el abuso sexual infantil y los trastornos alimentarios, observan que existen muchas divergencias en lo que respecta a la prevalencia del abuso en las muestras de pacientes con este tipo de trastorno. Concluyen que cerca de un 30% de los pacientes con patología alimentaria han sido abusados sexualmente, lo que puede ser relativamente comparable a la prevalencia encontrada en la población general y es más baja que la encontrada en otras poblaciones psiquiátricas. No se encontraron estudios que revisen específicamente la prevalencia del abuso físico en los trastornos alimentarios.

1.3.2. ABUSO SEXUAL Y FÍSICO INFANTIL Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN MUJERES

La relación del abuso y los trastornos alimentarios ha sido muy estudiada en población clínica con trastornos de la conducta alimentaria, sin embargo nuestro foco de interés es lo que sucede en población no clínica, y, más concretamente, en estudiantes universitarios. Antes de centrarnos de lleno en ello, se resumirá brevemente lo que se ha observado en población clínica.

1.3.2.1. Relación entre el abuso infantil y los trastornos de la conducta alimentaria en población clínica adulta de mujeres

En general, en los estudios que comparan pacientes con anorexia y bulimia nerviosa se ha observado que la relación se da mayormente con la bulimia y cuadros con sintomatología bulímica. Entre estos, tenemos el estudio de Steiger & Zanko (1990) y el de Deep, Lilenfeld, Plotnicov, Pollice & Kaye (1999), que observan porcentajes más altos de abuso sexual infantil en la bulimia nerviosa que en la anorexia, y, en la misma línea, Webster & Palmer (2000) y Van Gerko, Hughes, Hamill & Waller (2005), concluyen que la adversidad infantil puede tener un rol importante en la bulimia pero no en la anorexia. Asimismo, Waller & Ruddock (1995), observan una mayor frecuencia de atracones en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria con historia de abuso sexual infantil, y Tobin & Griffing (1996) establecen que dentro de la sintomatología alimentaria, el abuso sexual correlaciona mayormente con la conducta de purga y otras

conductas compensatorias. Del mismo modo, varios estudios observan que las pacientes con historia de abuso sexual infantil presentan una clínica más grave en términos de mayor comorbilidad psiquiátrica (Corstorphine, Waller, Lawson, & Ganis, 2007; Fullerton, Wonderlich, & Gosnell, 1995; Herzog, Staley, Carmody, Robbins, & van der Kolk, 1993; Mateos et al., 2004; Raich & Vilanova, 2006; Tobin & Griffing, 1996; Waller, 1998) así como mayor porcentaje de recaídas (Rodríguez, Pérez, & García, 2005). Sin embargo, otros autores lo ponen en duda. Es el caso del estudio de Favaro et al. (1998) que descarta la mayor gravedad de la sintomatología alimentaria en las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria abusadas física o sexualmente. Y, en un contexto sociocultural muy distinto, Nagata et al. (1999) observa que la sintomatología bulímica se asocia con abuso físico infantil pero no con abuso sexual infantil, en una muestra de pacientes japonesas con anorexia y bulimia nerviosa.

Los estudios que se centran exclusivamente en pacientes con anorexia nerviosa son pocos, pero coinciden en señalar que la relación se da con la anorexia subtipo purgativo y no restrictivo (Carter, Bewell, Blackmore, & Woodside, 2006; Schechter, Schwartz, & Greenfeld, 1987). En cuanto a las investigaciones que trabajan específicamente con pacientes bulímicas y con trastornos por atracón, la mayoría coincide en observar que la presencia de abuso sexual infantil se asocia a psicopatología alimentaria más grave y mayor comorbilidad psiquiátrica (Anderson, LaPorte, Brandt, & Crawford, 1997; Gleaves & Eberenz, 1994; Leonard, Steiger, & Kao, 2003; Sullivan, Bulik, Carter, & Joyce, 1995), si bien esto es cuestionado por otros estudios (Hartt & Waller, 2002; Vaz Leal et al., 2005).

1.3.2.2. Relación entre el abuso infantil y la sintomatología alimentaria en población no clínica adulta de mujeres

1.3.2.2.1. Estudios que utilizan muestras comunitarias

Todos los estudios revisados que trabajan con muestras comunitarias (véase tabla 1) observan que existe una relación entre la historia de abuso y sintomatología alimentaria, con excepción de la investigación de Korte, Horton & Graybill (1998). Estos autores

trabajan con un diseño retrospectivo y una muestra de mujeres de entre 18 y 44 años. Examinan la concurrencia del abuso sexual infantil y la sintomatología bulímica y evalúan si la disociación puede explicarla. Observan que el solapamiento de ambos fenómenos es mínimo y que, por mucho que los niveles de disociación entre los grupos con historia de abuso sexual infantil y aquellos con conductas bulímicas son elevados y mayores que en los grupos sin abuso sexual infantil y sin bulimia, no hay interacción entre el abuso sexual infantil y la conducta bulímica.

Dentro de los estudios con este tipo de muestra, destaca el de Johnson et al. (2002), por su carácter prospectivo, su extensa muestra (782 familias) y la amplia extensión del seguimiento, que se realiza a los 8, 10, 16 y 18 años. Tras controlar por edad, temperamento, problemas de alimentación en la infancia y enfermedades psiquiátricas de los padres, concluyen que el abuso sexual infantil es un factor de riesgo no específico para desarrollar bulimia nerviosa y trastorno por atracón en la adolescencia o en la temprana adultez, tanto en varones como en mujeres. En el caso concreto de las mujeres, el abuso sexual infantil se relaciona principalmente con la conducta de vómito autoprovocado y el abuso físico infantil con bajo peso.

El resto de los estudios con muestra comunitaria revisados poseen carácter retrospectivo.

Romans et al. (2001), que trabajan con una muestra de 477 mujeres extraídas de la población general, concluyen que las mujeres con experiencia de abuso sexual infantil presentan porcentajes significativamente mayores de anorexia o bulimia nerviosa (según una entrevista y siguiendo criterios ICD-10), estando en riesgo aumentado de padecer estos u otros trastornos psiquiátricos (como depresión y ansiedad). Wonderlich et al. (1996b), que utilizan una muestra de 1099 mujeres estadounidenses, van un paso más allá, estableciendo que el abuso sexual infantil puede ser por sí mismo suficiente para causar sintomatología bulímica y trastorno por atracón en un rango de entre un sexto y un tercio de los casos. Dansky et al. (1997) emplean una muestra nacional representativa de 3006 mujeres estadounidenses. Exploran la presencia de alteraciones alimentarias y abuso sexual en distintas edades a través de una entrevista telefónica semiestructurada. Observan que la proporción de violación y abuso sexual con contacto

físico pero sin penetración, es mayor en el grupo bulímico en comparación a las no bulímicas y sin trastorno por atracón. Informan que las características específicas del abuso sexual no están relacionadas con los patrones disfuncionales alimentarios. Concluyen que la victimización sexual puede contribuir al desarrollo y/o mantenimiento de la bulimia nerviosa.

El estudio de Kenardy & Ball (1998), que trabajan con una muestra comunitaria estratificada en Australia, además de incluir un grupo de 136 mujeres jóvenes (de 18 a 20 años), evalúa también a un grupo de mujeres adultas mayores (de 45 a 49 años). A través de diferentes cuestionarios indagan la relación entre el abuso sexual y la insatisfacción con el peso, la conducta de dieta y síntomas de trastornos de la conducta alimentaria (medido con el EDE-S, que es un breve cuestionario de *screening* de trastornos alimentarios en muestras comunitarias). Observan que en las mujeres jóvenes, el abuso sexual infantil predice insatisfacción con el peso pero no dieta ni síntomas de trastornos de la conducta alimentaria y que, en cambio, en mujeres adultas mayores, predice síntomas de trastornos alimentarios pero no dieta ni insatisfacción con el peso. También observan que el abuso sexual y físico más reciente (no infantil), predice síntomas de trastornos alimentarios en mujeres jóvenes pero no en las mujeres mayores, lo que indica una diferencia generacional en la experiencia de síntomas de trastornos alimentarios, así como sugiere que el *timing* del abuso y la edad de las mujeres son importantes factores mediadores de la relación entre los trastornos alimentarios y el abuso sexual.

También en una muestra comunitaria, pero en este caso de mujeres de entre 18 y 30 años en Italia, un grupo de investigadores concluyen que el abuso sexual antes de los 12 años es un factor de riesgo para sintomatología alimentaria, relación que está mediada por la insatisfacción corporal (Preti, Incani, Camboni, Petretto, & Masala, 2006). Y, en una extensa muestra nacional estadounidense con mujeres mayores de 18 años, Laws & Golding (1996) observan que el abuso sexual infantil está significativamente asociado a varias medidas de sintomatología alimentaria.

En Holanda, Schoemaker, Smit, Bijl & Vollebergh (2002), utilizan una muestra bastante grande de mujeres, proponiéndose verificar si el abuso infantil (sexual, físico o

psicológico) se asocia a un diagnóstico dual de bulimia nerviosa y abuso de sustancias u otro trastorno del Eje I. Concluyen que el abuso psicológico y el múltiple (más de un tipo de abuso) son factores de riesgo para dicho diagnóstico dual.

El estudio de Striegel-Moore et al. (2002) tiene por objetivo estudiar si el abuso sexual o físico infantil, así como otros factores, aumentan el riesgo de desarrollar trastorno por atracón en una muestra de mujeres blancas y negras. Por medio de la *Eating Disorders Examination* (EDE) y la *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID), se seleccionan tres grupos de mujeres de la población general: uno de mujeres con trastorno por atracón, otro control sano y un control psiquiátrico sin trastornos alimentarios. Observan que las mujeres blancas con trastorno por atracón exhiben porcentajes más altos de abuso sexual infantil y maltrato físico infantil que el grupo de controles sanos, pero que no hay diferencias significativas con el control psiquiátrico. El grupo de mujeres negras con trastorno por atracón, en cambio, presenta porcentajes significativamente más altos de abuso sexual infantil que ambos grupos controles, así como comunica mayor historia de abuso físico infantil que el control sano. Concluyen que existen semejanzas (abuso físico infantil) y diferencias (abuso sexual infantil) étnicas en la relación del trastorno por atracón y el abuso infantil.

Rayworth et al. (2004) trabajan con un diseño de casos y controles en una muestra de mujeres estadounidenses de 36 a 44 años. Indagan experiencias de abuso infantil a través de un cuestionario autoadministrado, y utilizan la entrevista SCID para evaluar trastornos alimentarios. Establecen que las mujeres con historia de abuso sexual infantil tienen el doble de posibilidades de desarrollar un trastorno alimentario subclínico y clínico, y que aquellas que padecieron tanto abuso sexual infantil como abuso físico infantil, tienen el triple de posibilidades de desarrollar sintomatología asociada a los trastornos alimentarios y cuatro veces más posibilidades de cumplir criterios DSM-IV de algún trastorno de la conducta alimentaria.

Kendler et al. (2000) trabajan con una muestra de 1411 mujeres gemelas, y apuntan que, comparadas con sus pares monocigóticas, aquellas que han padecido abuso sexual infantil tienen probabilidades aumentadas de desarrollar sintomatología bulímica.

En resumen, estos estudios señalan que la experiencia de abuso sexual infantil aumenta las probabilidades de padecer sintomatología alimentaria (Kenardy & Ball, 1998; Laws et al., 1996; Preti et al., 2006), y, más específicamente, sintomatología bulímica (Kendler et al., 2000; Wonderlich et al., 1996b), en mujeres jóvenes de población no clínica. Algunos estudios, por sus características de diseño, pueden ir más allá y señalan al abuso sexual infantil como un factor de riesgo no específico para el desarrollo de trastornos alimentarios (anorexia o bulimia nerviosa) (Romans et al., 2001), bulimia nerviosa (Dansky, Brewerton, Kilpatrick, & O'Neil, 1997; Johnson et al., 2002) y trastorno por atracón (Johnson et al., 2002; Striegel-Moore, Dohm, Pike, Wilfley, & Fairburn, 2002).

En cuanto al abuso físico infantil, este no ha sido tan estudiado como el abuso sexual infantil. En este tipo de muestra, tan sólo lo abordan tres investigaciones: en primer lugar, el estudio de Striegel-Moore et al. (2002), que señala que las mujeres con trastorno por atracón poseen porcentajes significativamente mayores de abuso físico infantil en comparación a las controles normales; en segundo lugar, el estudio prospectivo de Johnson et al. (2002), que tan sólo identifica una relación entre el maltrato infantil y el bajo peso en las mujeres; por último, la investigación de Rayworth et al. (2004), que observan que comparando a las mujeres con y sin historia de abuso físico infantil, aquellas abusadas presentan el doble de posibilidades de presentar síntomas subclínicos de patología alimentaria, o de cumplir criterios DSM-IV para algún trastorno de la conducta alimentaria según la SCID.

A continuación, en la tabla 1, se resumen las investigaciones halladas que estudian el vínculo entre el abuso infantil sexual y físico y sintomatología alimentaria, en muestras comunitarias principalmente femeninas. En ella se describen las características generales de la muestra, los instrumentos utilizados para medir la sintomatología alimentaria y la presencia de abuso en la infancia, la perspectiva metodológica empleada, los porcentajes de abuso encontrados y las principales conclusiones alcanzadas.

Tabla 1. Resumen de los estudios del abuso sexual y físico infantil y su relación con sintomatología alimentaria en muestras comunitarias de mujeres y mixtas

Autores	N (% mujeres)	Características de la muestra	Medición sintomatología alimentaria	Medición abuso	Perspectiva metodológica	Autoinforme abuso	Grupos de comparación	% de abuso
Preti et al. (2006)	126 (100)	Mujeres entre 18 y 30 años	EAT, BULIT y BAT	2 preguntas de autoinforme	Retrospectivo	Si	No	11.1% abuso sexual antes de los 12 años; 7.2% después de los 12 años
Conclusiones: El abuso sexual antes de los 12 años es factor de riesgo para sintomatología alimentaria. Esta relación está mediada por la insatisfacción corporal.								
Rayworth et al. (2004)	186 (100)	Casos y controles, mujeres de 36 a 44 años de la población general estadounidense	SCID	Encuesta para la invest.	Retrospectivo	Si	Si	11,8% abuso sexual infantil; 42,7% abuso físico infantil
Conclusiones: Mujeres con historia de abuso sexual infantil tienen el doble de posibilidades de desarrollar sintomatología alimentaria clínica o subclínica y aquellas que padecieron abuso sexual y físico infantil tienen el triple de posibilidades de desarrollar sintomatología alimentaria, así como cuatro veces más posibilidades de cumplir criterios DSM-IV de trastornos alimentarios.								
Johnson et al. (2002)	782 (49,2)	Muestra comunitaria de 659 familias, en donde se estudia a 397 hijos varones y 385 hijas mujeres.	DIS	Entrevista del State Agency	Prospectivo longitudinal (seguimiento por 18 años)	No	No	No especificado
Conclusiones: Controlando por edad, temperamento, problemas de alimentación infantil y enfermedades psiquiátricas de los padres, las personas que han experimentado abuso sexual infantil o negligencia física, están en alto riesgo de sintomatología alimentaria o sintomatología asociada (dieta estricta y vómito autoprovocado). Las mujeres con historia de abuso sexual infantil, tienen porcentajes significativamente más altos de vómito autoprovocado. El abuso físico infantil se asocia a bajo peso.								
Schoemaker et al. (2002)	1987 (100)	Muestra comunitaria holandesa de mujeres entre 18 y 45 años	CIDI	Preguntas detalle tipo de abuso	Retrospectivo	Si	38 mujeres en grupo bulimia; 476 AFI; control psiquiátrico: 62 controles con abuso de sustancias; 61 controles con diagnóstico dual; 1350 controles sanos	Grupo bulimia: 24% ASI y 19% AFI; control psiquiátrico: 14% ASI y 10% AFI; control abuso de sustancias: 7% ASI y 10% AFI; control diagnóstico dual: 21% ASI y 19% AFI; control sano: 7% ASI y 4% AFI

Conclusiones: Una historia de abuso infantil (emocional y múltiple) es factor de riesgo para diagnóstico dual de bulimia nerviosa y abuso de sustancias o comorbilidad con trastornos del eje I (principalmente trastornos de ansiedad o del ánimo). Apoya hipótesis de automedicación (en personas abusadas, los atracones son una forma de afrontar el malestar psicológico que provoca el abuso).

Striegel-Moore et al. (2002)	520 (100)	Muestra comunitaria de mujeres adultas: 162 con trastorno por atracón	EDE	Entrevista	Retrospectivo	No	251 controles sanos y 107 controles psiquiátricos	Mujeres blancas: trastorno por atracón: 37% ASI y 48% AFI; control sano: 12% ASI y 20% AFI; control psiquiátrico: 27% ASI y 34% AFI. Mujeres negras: trastorno por atracón: 67% ASI y 52% AFI; control sano: 29% ASI y 15% AFI; control psiquiátrico: 24% ASI y 33% AFI
-------------------------------------	-----------	---	-----	------------	---------------	----	---	---

Conclusiones: Las mujeres blancas y negras con trastorno por atracón tienen porcentajes significativamente más altos de abuso sexual infantil y abuso físico infantil que las controles normales. Además, las mujeres negras con trastorno por atracón tienen porcentajes más altos de abuso sexual infantil al compararlas con las controles psiquiátricas.

Romans et al. (2001)	477 (100)	Mujeres adultas población general, selección en 2 etapas: 254 abuso sexual infantil (antes de los 16 años); 223 no abusadas	Preguntas ICD-10	Entrevista	Retrospectivo	No	223 mujeres no abusadas	Abuso sexual infantil: 53.2%
-----------------------------	-----------	---	------------------	------------	---------------	----	-------------------------	------------------------------

Conclusiones: Mujeres con experiencia de abuso sexual infantil presentan significativamente mayor porcentaje de sintomatología alimentaria (anorexia o bulimia nerviosa), estando en riesgo aumentado de padecer estos u otros trastornos psiquiátricos.

Kendler et al. (2000)	1411 (100)	Mujeres gemelas del Registro de Gemelas de Virginia	SCID	Cuestionario Martin et al.	Retrospectivo	Si	No	30.4%
------------------------------	------------	---	------	----------------------------	---------------	----	----	-------

Conclusiones: Mujeres que han padecido abuso sexual infantil tienen probabilidades aumentadas de desarrollar sintomatología bulímica.

Simental (1999)	52 (100)	Mujeres población general	BULIT-R	TSC-33	Retrospectivo	Si	No	No informado
------------------------	----------	---------------------------	---------	--------	---------------	----	----	--------------

Conclusiones: Las mujeres clasificadas con tendencia bulímica (sobre punto corte BULIT-R) informan significativamente mayores niveles de abuso sexual infantil, apuntando que el abuso puede jugar un rol importante en el desarrollo de conductas bulímicas.

Autores	N (% mujeres)	Características de la muestra	Medición sintomatología alimentaria	Medición abuso	Perspectiva metodológica	Autoinforme abuso	Grupos de comparación	% de abuso
Kenardy & Ball (1998)	332 (100)	Muestra comunitaria estratificada: 136 mujeres jóvenes (18 a 22 años); 196 adultas maduras (45 a 49 años)	EDE-S	Preguntas Cuest. Martin et al.	Retrospectivo	Si	No	No informado
Conclusiones: Para las jóvenes el abuso sexual infantil predice insatisfacción con el peso mientras para las adultas maduras predice alimentación desordenada. El abuso sexual o físico reciente predice alimentación desordenada.								
Korte et al. (1998)	391 (100)	Muestra no clínica de mujeres entre 18 y 44 años	Preguntas <i>ad-hoc</i>	Preguntas <i>ad-hoc</i>	Retrospectivo	Si	No	16%
Conclusiones: No se observan diferencias significativas en conducta bulímica entre los grupos con y sin abuso sexual infantil.								
Dansky et al. (1997)	3006 (100)	Muestra comunitaria representativa estadounidense de 3006 mujeres	Entrevista semi-estructurada telefónica	Entrevista semi-estructurada telefónica	Retrospectivo	No	No	13.6% violación (de éstas, 37.4% antes de los 12 años y 30.9% entre los 12 y 18 años); 12.3% abuso sexual sin penetración
Conclusiones: Mujeres con bulimia nerviosa tienen significativamente mayores porcentajes de abuso sexual y de trastorno por estrés post-traumático que aquellas con trastorno por atracón y sin sintomatología alimentaria.								
Laws & Golding (1996)	6025 (57)	Muestra nacional estadounidense, mujeres y varones ≥ 18 años	Sección de anorexia de la DIS	Entrevista	Retrospectivo	No	No	Abuso sexual: mujeres 10.5%, varones 5.9%
Conclusiones: Dado que las interacciones de género no fueron significativas, se combinaron los datos de ambos sexos. La circunstancia del abuso más asociada a desórdenes alimentarios fue el abuso ocurrido antes de los 16 años. Las personas con historia de abuso sexual infantil tenían significativamente mayor tendencia a perder peso. La revictimización y el contacto sexual forzado sin penetración se asocia a mayores pensamientos de sentirse gordo y a tener uno o más síntomas de anorexia.								
Wonderlich et al. (1996b)	1099 (100)	Muestra comunitaria estadounidense	SCID	Entrevista	Retrospectivo	No	No	24%
Conclusiones: El abuso sexual infantil puede ser por sí mismo suficiente para causar sintomatología bulímica y trastorno por atracón. Entre un sexto y un tercio de los casos de bulimia pueden atribuirse al abuso sexual infantil.								

Autores	N (% mujeres)	Características de la muestra	Medición sintomatología alimentaria	Medición abuso	Perspectiva metodológica	Autoinforme abuso	Grupos de comparación	% de abuso
Welch & Fairburn (1994)	250 (100)	Muestra comunitaria en dos etapas. Selección de 50 mujeres con bulimia nerviosa sin tratamiento; 100 sanas; 50 con otros trastornos psiquiátricos; y 50 con bulimia nerviosa en tratamiento	EDE	Entrevista creada para el estudio	Retrospectivo y de casos y controles	No	100 controles sanas, 50 con otro trastorno psiquiátrico y 50 con bulimia nerviosa en tratamiento	26% bulimia nerviosa sin tratamiento; 10% bulimia nerviosa en tratamiento; 24% controles psiquiátricos; 10% bulimia nerviosa en tratamiento

Conclusiones: El abuso sexual infantil es factor de riesgo para trastornos psiquiátricos en general, entre ellos bulimia nerviosa, sin ser específico a ésta.

Notas: AFI= Abuso Físico Infantil; ASI= Abuso Sexual Infantil; BAT = Body Attitudes Test (Probst, Vandereycken, Van Coppenolle, & Vanderlinden, 1995); BULIT-R = Bulimia Test Revised (Thelen, Farmer, Wonderlich, & Smith, 1991); CIDI= Composite International Diagnostic Interview (World Health Organization, 1990); Cuestionario de Martin et al. (Martin, Anderson, Romans, Mullen, & O'Shea, 1993); DIS= Diagnostic Interview Schedule (Robins, Helzer, Croughan, & Ratcliff, 1981); DSM-III-R = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd ed. Revised (American Psychiatric Association, 1987); DSM-IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed. (American Psychiatric Association, 1994); EAT = Eating Attitudes Test (Garner & Garfinkel, 1979); EDE = Eating Disorder Examination (Fairburn & Cooper, 1993); EDE-S = Eating Disorder Examination – Screening Version (Beglin & Fairburn, 1992); SCID = Structured Clinical Interview for DSM-III-R (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990); TSC-33 = Trauma Symptom Checklist-33 (Briere & Runtz, 1989).

1.3.2.2.2. Estudios que utilizan muestras de estudiantes universitarias

Los estudios que utilizan muestras de estudiantes universitarios trabajan en su gran mayoría exclusivamente con mujeres y son retrospectivos (véase tabla 2). En general coinciden en señalar que existe una asociación significativa entre el abuso sexual infantil y varias medidas de sintomatología asociada a los trastornos alimentarios (Borman et al., 2005; Calam, 1989; Smolak et al., 1990; Weiner & Thompson, 1997; Williams & Gleaves, 2003). Varios autores sugieren que la asociación se da más específicamente con sintomatología bulímica (Beckman & Burns, 1990; Borman et al., 2005; Murray & Waller, 2002; Simental, 1999; Villarroel, 2007; Williams et al., 2003). Hund & Espelage (2006) son los únicos que, además de encontrar relación con conducta bulímica, observan también relación con restricción. Destacan que tanto para la

sintomatología bulímica como para la restrictiva, la asociación aparece mediada por síntomas depresivos y ansiosos. Kent, Waller & Dagnan (1999), que trabajan con un grupo de 236 estudiantes universitarias, observan que al controlar por otras formas de abuso, depresión, ansiedad y disociación y edad del abuso, la relación con abuso sexual infantil y maltrato infantil pierde significación estadística, manteniéndose sólo para abuso emocional. Señalan que tanto el abuso físico infantil como la negligencia aparecen vinculados a actitudes alimentarias asociadas a los trastornos alimentarios, pero que su impacto se da a través del abuso emocional. Estas dos investigaciones establecen la necesidad de considerar otro tipo de sintomatología psicopatológica, principalmente depresiva y ansiosa, al abordar la asociación entre el abuso infantil y los trastornos alimentarios. Murray & Waller (2002), que evalúan sintomatología bulímica en un grupo de estudiantes universitarias de entre 17 y 40 años, observan que la relación está mediada parcialmente por la vergüenza, y que, en el caso del abuso sexual intrafamiliar, la mediación es completa.

Unos pocos estudios que trabajan con muestras universitarias no observan relación directa entre sintomatología alimentaria y abuso sexual infantil. Es el caso de Bailey & Gibbons (1989), que dividen su muestra según la presencia o no de sintomatología bulímica, observando que no hay diferencia significativa entre los dos grupos en la presencia de abuso sexual infantil, pero sí con abuso físico infantil. Otros dos grupos de investigadores (Kinzli, Traweger, Guenther, & Biebl, 1994; Messman-Moore et al., 2007), que utilizan el *Eating Disorder Inventory* (EDI) para medir sintomatología alimentaria, observan que no hay diferencias significativas en su puntuación entre las estudiantes con y sin historia de abuso sexual infantil. De estos, Messman-Moore & Scheer (2005) señalan que el abuso sexual infantil sólo predice sintomatología alimentaria al concurrir con abuso emocional y que el maltrato físico infantil se asocia a mayor puntuación en las escalas *Bulimia*, *Conciencia Propioceptiva*, así como a alto riesgo de excesiva preocupación por la dieta y el peso, persecución extrema de la delgadez y conducta de atracón. Observan una relación significativa con sintomatología alimentaria en el caso de la violación que ocurre en la adolescencia o adultez. Por otra parte, Borman & Hofstra (2005) observan mayores puntajes en la subescala *Bulimia* del EDI en aquellos estudiantes con historia de abuso físico infantil y/o abuso sexual infantil. Y Weiner & Thompson (1997) investigan en estudiantes universitarias no sólo el abuso sexual manifiesto, sino también el encubierto (que refiere a un tipo de abuso

sutil, que no implica contacto físico y se da, por ejemplo, cuando una niña siente que es desnudada con la mirada de un adulto, o cuando sufre burlas por su desarrollo sexual). Se proponen evaluar la contribución del abuso sexual encubierto en la sintomatología alimentaria, observando que éste tiene un rol importante en el desarrollo de problemas de la imagen corporal y la conducta alimentaria.

A continuación, en la tabla 2, se resumen las investigaciones halladas que estudian la relación entre el abuso sexual y físico infantil y sintomatología alimentaria, en muestras de estudiantes universitarias principalmente femeninas. Se describen las características generales de la muestra, los instrumentos utilizados para medir la sintomatología alimentaria y la presencia de abuso infantil, la perspectiva metodológica empleada, los porcentajes de abuso encontrados y las principales conclusiones a las que se llegó.

Tabla 2. Resumen de los estudios del abuso sexual y físico infantil y su relación con sintomatología alimentaria en muestras universitarias de mujeres y mixtas

Autores	N (% mujeres)	Características de la muestra	Medición sintomatología alimentaria	Medición abuso	Perspectiva metodológica	Autoinforme abuso	Grupos de comparación	% de abuso
Borman & Hofstra (2005)	146 (no señalado)	Estudiantes universitarios mujeres y varones	EDI-2	CTQ, NLEQ	Retrospectivo	Si	Punto de corte de la escala <i>EDI-Bulimia</i> divide entre estudiantes con y sin sintomatología bulímica	No informado
Conclusiones: Se observa que, tanto en varones como en mujeres, el grupo sobre el punto de corte de la escala <i>EDI-Bulimia</i> presenta un mayor porcentaje de historia de abuso físico infantil y/o abuso sexual infantil que los del grupo que está por debajo del punto de corte.								
Hund & Espelage (2005)	588 (100)	Mujeres estudiantes universitarias estadounidenses (M edad: 20.3 años)	EDI-2, EAT-26	CTQ, CATS	Retrospectivo	Si	No	No informado
Conclusiones: Existe una relación entre el abuso sexual infantil y sintomatología alimentaria (tanto conductas bulímicas como restricción e insatisfacción corporal), y esta relación está mediada por malestar psicológico general (síntomas depresivos y ansiosos). Y, a su vez, la alexitimia media la relación entre el malestar psicológico y sintomatología bulímica y restrictiva.								

Autores	N (% mujeres)	Características de la muestra	Medición sintomatología alimentaria	Medición abuso	Perspectiva metodológica	Autoinforme abuso	Grupos de comparación	% de abuso
Messman-Moore & Scheer (2005)	301 (100)	Estudiantes universitarias entre 18 y 22 años estadounidenses	EDI	LEQ, CTQ, FES, SES	Retrospectivo	Si	Si	Abuso sexual infantil: 7.9%; abuso físico infantil: 4.5%; violación en adultez: 12.8%
<p>Conclusiones: El abuso sexual infantil no predice sintomatología alimentaria, salvo al ocurrir en conjunto con abuso emocional. Abuso físico infantil y abuso emocional se asocian a mayor puntaje en escalas <i>Bulimia</i> y <i>Conciencia Propioceptiva</i> del EDI. El abuso físico infantil se asocia a alto riesgo de excesiva preocupación por la dieta, el peso, persecución extrema de la delgadez y conducta de atracón. La violación en la adolescencia o adultez predice patología alimentaria y haber padecido múltiples formas de abuso se asocia a mayor sintomatología alimentaria en todos los índices medidos.</p>								
Williams & Gleaves (2003)	213 (100)	Universitarias entre 17 y 29 años	EAT, EDI-2, MBSRQ, BSS, BIATQ	CTQ, CSEQ, COSAQ	Retrospectivo	Si	No	No informado
<p>Conclusiones: Se valida el modelo en que la imagen corporal afecta fuertemente la conducta de dieta, que a su vez afecta la conducta bulímica. No se apoya el modelo en que el abuso sexual infantil afecta indirectamente la patología alimentaria a través de la imagen corporal, sin embargo se observa una pequeña relación directa entre abuso sexual infantil y conducta bulímica y una relación moderada entre abuso sexual infantil y sintomatología postraumática.</p>								
Murray & Waller (2002)	214 (100)	Estudiantes universitarias entre 17 y 40 años	Bulimia Test	SEQ-2	Retrospectivo	Si	No	65% alguna forma de abuso sexual; de estos el 46.8% con uso de la fuerza y el 17.7% abuso intrafamiliar
<p>Conclusiones: La relación entre abuso sexual y sintomatología bulímica está mediada parcialmente por la vergüenza. En el caso del abuso sexual intrafamiliar la mediación es completa.</p>								
Kent et al. (1999)	236 (100)	236 estudiantes universitarias mujeres	EDI	CATS	Retrospectivo	Si	No	No informado
<p>Conclusiones: De las 4 formas de abuso evaluadas (abuso sexual infantil, abuso físico infantil, abuso emocional infantil y negligencia), el abuso emocional es el único que predice sintomatología alimentaria, relación que aparece mediada por ansiedad y disociación. El abuso físico y la negligencia se asocian a actitudes alimentarias relacionadas a los trastornos alimentarios, pero su impacto se da a través del abuso emocional.</p>								
Weiner & Thompson (1997)	140 (100)	Estudiantes universitarias	EDI	COSAQ	Retrospectivo	Si	No	Abuso sexual manifiesto: 18.3%; abuso sexual encubierto: 27.9%
<p>Conclusiones: Se observa que no sólo el abuso sexual manifiesto, sino también el encubierto, cumplen un importante rol en el desarrollo de problemas con la imagen corporal y sintomatología alimentaria.</p>								

Autores	N (% mujeres)	Características de la muestra	Medición sintomatología alimentaria	Medición abuso	Perspectiva metodológica	Autoinforme abuso	Grupos de comparación	% de abuso
---------	---------------	-------------------------------	-------------------------------------	----------------	--------------------------	-------------------	-----------------------	------------

Kinzl et al. (1994)	202 (100)	Estudiantes universitarias austriacas	EDI	SASC	Retrospectivo	Si	No	Abuso sexual infantil: 21.8%
----------------------------	-----------	---------------------------------------	-----	------	---------------	----	----	------------------------------

Conclusiones: No se observan diferencias significativas en el EDI entre los sujetos con y sin historia de abuso sexual infantil. Aquellos que informan la presencia de un ambiente familiar adverso muestran mayor riesgo de desarrollar desórdenes alimentarios en comparación a los que informan un ambiente positivo. El abuso sexual infantil no es un factor necesario ni suficiente para desarrollar sintomatología alimentaria.

Beckman & Burns (1990)	340 (100)	44 estudiantes universitarias con sintomatología bulímica (M edad: 19.2 años; DE: 3.70)	Punto corte de 88 en BULIT para diagnóstico de bulimia según DSM-III	LEQ	Retrospectivo	Si	170 sin sintomatología bulímica (el resto queda entre medio de los puntos de corte)	66% abusadas sexualmente en la infancia o adolescencia
-----------------------------------	-----------	---	--	-----	---------------	----	---	--

Conclusiones: Estudiantes con sintomatología bulímica tienen mayor porcentaje de abuso sexual extrafamiliar después de los 12 años (no hay diferencias en abuso intrafamiliar).

Smolak et al. (1990)	298 (100)	Estudiantes universitarias	EDI	LEQ	Retrospectivo	Si	No	23% total de la muestra
-----------------------------	-----------	----------------------------	-----	-----	---------------	----	----	-------------------------

Conclusiones: Grupo de abusadas presenta puntajes más altos en EDI total (no así en las subescalas).

Bailey & Gibbons (1989)	294 (100)	Estudiantes universitarias	Cuestionario detallado de sintomatología bulímica y abuso	4 preguntas si/no sobre abuso	Retrospectivo	Si	24 con sintomatología bulímica y las 270 restantes controles sin sintomatología alimentaria	13% abuso sexual infantil; 6% abuso físico infantil; 8% maltrato por la pareja; 11% violación
------------------------------------	-----------	----------------------------	---	-------------------------------	---------------	----	---	---

Conclusiones: El abuso físico infantil correlaciona con sintomatología bulímica, no así el abuso sexual infantil.

Calam (1989)	130 (100)	Estudiantes universitarias	EAT-40	Sexual Events Questionnaire	Retrospectivo	Si	No	29% abuso sexual infantil antes de los 14 años; 58% con alguna experiencia sexual indeseada
---------------------	-----------	----------------------------	--------	-----------------------------	---------------	----	----	---

Conclusiones: Grupo abusado presenta puntajes globales más altos en el EAT-40.

Notas: BIATQ (Cash, Lewis, & Keeton, 1987); BSS= *The Body Satisfaction Scale* (Slade, Dewey, Newton, Brodie, & Kimle, 1990); BULIT = *Bulimia Test* (Henderson & Freeman, 1987); CATS = *Child Abuse and Trauma Scale* (Sanders & Becker-Lausen, 1995); COSAQ= *Covert-Overt Sexual Abuse Questionnaire* (Weiner et al., 1997); CSEQ= *Child Sexual Abuse Questionnaire* (Williams et al., 2003); CTQ= *Childhood Trauma Questionnaire* (Bernstein & Fink, 1998); DSM-III = *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd ed.* (American Psychiatric Association, 1980); EAT = *Eating Attitudes Test* (Garner & Garkinfel, 1979); EDI = *Eating Disorder Inventory* (Garner & Olmsted, 1984); EDI-2 = *Eating Disorder Inventory-2* (Garner, 1991); FES= *Family Environment Scale* (Moos & Moss, 1986); LEQ= *Finkelhor's Life Events Questionnaire* (Finkelhor, 1979); MBSRQ= *The Multidimensional Body Self Relations Questionnaire* (Cash, 1994); NLEQ = *Negative Life Events Questionnaire* (Pitzner & Drummond, 1997); SASC = *Sexual Abuse Screening Checklist* (Finn, Hartman, Leon, & Lawson, 1986); SES = *Sexual Experiences Survey* (Koss & Gidycz, 1985); SEQ = *Sexual Experience Questionnaire* (Calam, 1989); SEQ-2 = *Sexual Experience Questionnaire-2* (Calam, Griffiths, & Slade, 1997).

1.3.3. ABUSO SEXUAL Y FÍSICO INFANTIL Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN VARONES

Muy pocas investigaciones abordan la relación entre abuso sexual infantil y síntomas de trastornos alimentarios en hombres (véase tabla 3). Esto puede deberse a que, por mucho que varios investigadores hayan reconocido que los varones pueden experimentar los mismos porcentajes de victimización sexual en la infancia que las mujeres (Murphy, 1989; Urquiza, 1989), los hombres tienden a manifestar sintomatología de naturaleza más externalizante como consecuencia del abuso (como por ejemplo conducta agresiva) (Thompson & Wonderlich, 2004).

Por otra parte, la baja edad promedio en que los varones suelen sufrir abuso sexual infantil (el *National Child and Abuse and Neglect Data System*, 1994, señala que en Estados Unidos la media de edad está entre los 4 y 6 años en los hombres) coarta la fiabilidad en el informe de estos incidentes. Asimismo, puede resultar más difícil para los muchachos que para las mujeres desvelar experiencias sexuales abusivas a entrevistadores o investigadores del servicio social, por los roles culturales que reducen la admisión de características de vulnerabilidad en los hombres (Thompson & Wonderlich, 2004).

De modo que, al contrario de lo que sucede con las mujeres, son pocos los datos que se tienen de la relación en cuestión en varones.

La única investigación encontrada que aborda el vínculo entre el abuso infantil y alteraciones alimentarias en estudiantes universitarios exclusivamente varones es la de Kinzl et al. (1997). Ellos trabajan con 301 jóvenes de una edad promedio de 22 años y

evalúan sintomatología alimentaria a través del EDI. Informan que un 4% de su muestra ha padecido abuso sexual infantil y 3.6% abuso físico infantil. No observan diferencias significativas en el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios entre los varones que informan abuso sexual infantil severo y los que no. Aquellos que informan abuso físico infantil severo o un ambiente familiar adverso, muestran un riesgo incrementado de padecer sintomatología alimentaria en comparación a los que no presentan dicha adversidad.

Otra investigación en muestra no clínica que trabaja exclusivamente con varones es la de Feldman & Meyer (2007b). Su grupo lo constituyen 193 varones homosexuales y bisexuales de entre 24 y 42 años. A través de medidas de autoinforme observan que un 33% de la muestra ha padecido abuso físico infantil y un 34% abuso sexual infantil y concluyen que los varones homosexuales y bisexuales con historia de abuso sexual infantil tienen mayor probabilidad de desarrollar bulimia u otra patología alimentaria clínica o subclínica, comparado con aquellos sin experiencia de victimización sexual. No observan relación con anorexia.

No se han hallado más investigaciones que aborden el fenómeno en muestras no clínicas exclusivamente de varones. El resto de los estudios que considera varones, lo hace en muestras mixtas; sin embargo, la mayoría de las investigaciones que se abocan al fenómeno, trabajan exclusivamente con muestras femeninas.

Entre los estudios de muestras mixtas, tenemos el de Laws & Golding (1996), que tiene el mérito de ser el primer estudio publicado que aborda la relación entre el abuso y los trastornos alimentarios en población general incluyendo varones. Trabajan con una muestra de 2612 varones y 3413 mujeres e investigan sintomatología anoréxica a través de la sección de *Anorexia Nerviosa* de la SCID. Dado que las interacciones de género no fueron significativas, se combinaron los datos de ambos sexos. La circunstancia del abuso más asociada a sintomatología alimentaria fue el abuso ocurrido antes de los 16 años. Las personas con historia de abuso sexual infantil tenían significativamente mayor tendencia a perder peso y observaron que la revictimización y el contacto sexual forzado sin penetración se asocia a mayores pensamientos de sentirse gordo y a tener uno o más síntomas de anorexia. También en muestra comunitaria, el ya mencionado

estudio prospectivo de Johnson et al. (2002) señala que, en el caso de los varones, la negligencia física infantil se asocia a un riesgo elevado de uso de medicamentos para perder peso y vómito autoprovocado.

Por último, en muestra universitaria mixta, tenemos el estudio de Borman & Hofstra (2005), que observa que tanto las niñas como los muchachos que se sitúan sobre el punto de corte de la escala *Bulimia* del EDI presentan un porcentaje significativamente mayor de historia de abuso sexual y/o físico infantil que los que están por debajo del punto de corte.

A continuación, en la tabla 3, se resumen las investigaciones encontradas que estudian el vínculo entre el abuso infantil sexual y físico y sintomatología alimentaria, en muestras no clínicas de varones y mixtas. En ella se describen las características generales de la muestra, los instrumentos utilizados para medir la sintomatología alimentaria y la presencia de abuso, la perspectiva metodológica empleada, los porcentajes de abuso encontrados y las principales conclusiones apuntadas.

Tabla 3. Resumen de los estudios del abuso sexual y físico infantil y su relación con sintomatología alimentaria en muestras comunitarias y universitarias de varones y mixtas

Autores	N (% varones)	Características de la muestra	Medición sintomatología alimentaria	Medición abuso	Perspectiva metodológica	Autoinforme abuso	Grupos de comparación	% de abuso
Feldman & Meyer (2007b)	193 (100)	Varones entre 24 y 42 años	WMH-CIDI	Life Events Questionnaire	Retrospectivo	Si	No	Abuso sexual infantil: 34%; abuso físico infantil: 33%
Conclusiones: Varones homosexuales y bisexuales con historia de abuso sexual infantil tienen mayor probabilidad que los no abusados de desarrollar bulimia u otra patología alimentaria clínica o subclínica a excepción de la anorexia. No se observa relación entre abuso físico infantil y sintomatología alimentaria.								
Borman & Hofstra (2005)	146 (no señalado)	Estudiantes universitarios varones y mujeres	EDI-2	CTQ, NLEQ	Retrospectivo	Si	Punto de corte de escala <i>EDI-Bulimia</i> divide a estudiantes con y sin sintomatología bulímica	No informado

Conclusiones: Se observa que tanto en varones como en mujeres, el grupo sobre el punto de corte de la escala *EDI-Bulimia* presenta un mayor porcentaje de historia de abuso sexual y/o físico infantil que los del grupo que está por debajo del punto de corte.

Johnson et al. (2002)	782 (51,8)	Muestra comunitaria de 659 familias, en donde se estudia a 397 hijos varones y 385 hijas mujeres	DIS	Entrevista del State Agency	Prospectivo longitudinal (seguimiento por 18 años)	No	No	No informado
------------------------------	------------	--	-----	-----------------------------	--	----	----	--------------

Conclusiones: Controlando por edad, temperamento, problemas de alimentación infantil y enfermedades psiquiátricas de los padres, las personas que han experimentado abuso sexual infantil o negligencia física, están en alto riesgo de trastornos alimentarios o sintomatología asociada (dieta estricta y vómito autoprovoado). Las mujeres con historia de abuso sexual infantil, tienen porcentajes significativamente más altos de vómito autoprovoado. En el caso de los hombres, la negligencia física infantil se asocia a un riesgo elevado de uso de medicamentos para perder peso y vómito autoprovoado.

Kinzl et al. (1997)	301 (100)	Estudiantes varones universitarios austriacos (M edad: 22.4 años)	EDI	SLEI (modificado)	Retrospectivo	Si	No	Abuso sexual infantil: 4%; abuso físico infantil: 3.6%
----------------------------	-----------	---	-----	-------------------	---------------	----	----	--

Conclusiones: No se observan diferencias significativas en el riesgo de desarrollar sintomatología alimentaria entre los varones que informan abuso sexual infantil severo y los que no. Aquellos que informan abuso físico infantil severo o un ambiente familiar adverso, muestran un riesgo incrementado de padecer trastornos alimentarios en comparación a los que no presentan dicha adversidad.

Laws & Golding (1996)	6025 (43)	Muestra nacional estadounidense	Sección de la Anorexia de la DIS	Entrevista	Retrospectivo	No	No	Abuso sexual: 5.9% en varones; 10.5% en mujeres
----------------------------------	-----------	---------------------------------	----------------------------------	------------	---------------	----	----	---

Conclusiones: Dado que las interacciones de género no fueron significativas, se combinaron los datos de ambos sexos. La circunstancia del abuso más asociada a sintomatología alimentaria fue el abuso ocurrido antes de los 16 años. Las personas con historia de abuso sexual infantil presentan significativamente mayor tendencia a perder peso. La revictimización y el contacto sexual forzado sin penetración se asocia a mayores pensamientos de sentirse gordo y a tener uno o más síntomas de anorexia.

Notas: *CTQ* = *Childhood Trauma Questionnaire* (Bernstein et al., 1998); *DIS* = *Diagnostic Interview Schedule* (Robins et al., 1981); *EDI* = *Eating Disorder Inventory* (Garner et al., 1984); *EDI-2* = *Eating Disorder Inventory-2* (Garner, 1991); *NLEQ* = *Negative Life Events Questionnaire* (Pitzner & Drummond, 1997); *SLEI* = *Sexual Life Events Instrument* (Finkelhor, 1979); *WMH-CIDI* = *The World Mental Health Survey Initiative Version of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview* (Kessler & Ustun, 2004).

2. CAPÍTULO II: OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. OBJETIVOS

2.1.1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de la Tesis Doctoral es estudiar la relación entre el abuso infantil sexual y físico y la sintomatología alimentaria (aspectos actitudinales y comportamentales claves de los trastornos alimentarios), en estudiantes universitarios.

2.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estudiar la relación entre el abuso sexual infantil y el género.
2. Estudiar la relación entre el abuso físico infantil y el género.
3. Estudiar la relación entre el abuso sexual infantil y los aspectos actitudinales claves asociados a los trastornos alimentarios, en mujeres estudiantes universitarias, controlando algunos factores psicopatológicos y ciertos aspectos asociados a los trastornos alimentarios.
4. Estudiar la relación entre el abuso físico infantil y los aspectos actitudinales claves asociados a los trastornos alimentarios, en mujeres estudiantes universitarias, controlando algunos factores psicopatológicos y ciertos aspectos asociados a los trastornos alimentarios.
5. Estudiar la relación entre el abuso sexual infantil y los aspectos comportamentales claves asociados a los trastornos alimentarios, en mujeres estudiantes universitarias, controlando algunos factores psicopatológicos y ciertos aspectos asociados a los trastornos alimentarios.
6. Estudiar la relación entre el abuso físico infantil y los aspectos comportamentales claves asociados a los trastornos alimentarios, en mujeres estudiantes universitarias, controlando algunos factores psicopatológicos y ciertos aspectos asociados a los trastornos alimentarios.

7. Explorar la relación entre el abuso sexual y físico infantil y los aspectos actitudinales y comportamentales claves asociados a los trastornos alimentarios, en estudiantes universitarios varones.

2.2. HIPÓTESIS DE TRABAJO

1. Observaremos mayor presencia de abuso sexual infantil en el grupo de mujeres.
2. La presencia de abuso físico infantil será equivalente en el grupo de mujeres y varones.
3. En las mujeres se observará una asociación entre el abuso sexual infantil y los aspectos actitudinales claves de los trastornos alimentarios.
4. En las mujeres se observará una asociación entre el abuso físico infantil y los aspectos actitudinales claves de los trastornos alimentarios.
5. En las mujeres se observará una asociación entre el abuso sexual infantil y los aspectos comportamentales claves de los trastornos alimentarios.
6. En las mujeres se observará una asociación entre el abuso físico infantil y los aspectos comportamentales claves de los trastornos alimentarios.

3. CAPÍTULO III: MÉTODO

3.1. PARTICIPANTES

Este estudio se ha realizado con una muestra incidental de población universitaria. La muestra teórica estaba constituida por 1239 estudiantes de primer ciclo de la Universidad Autónoma de Barcelona, de los que accedieron a participar 1098 (88.6%), de los cuales 1013 (92.3%) devolvieron los cuestionarios cumplimentados. De estos, 36 (3.6%) fueron excluidos por ser mayores de 30 años. Así, la muestra efectiva es de 977 personas, 708 mujeres y 269 varones, de entre 18 y 30 años de edad ($M = 21.85$ años, $DE = 2.96$ años). La participación, además de voluntaria, ha sido anónima y se han tomado varias medidas para mantener la confidencialidad de los datos.

La distribución por licenciaturas en la submuestra de mujeres es de 62% del grupo de Ciencias de la Salud (Psicología y Veterinaria), 35% de Ciencias Sociales (Derecho, Periodismo, Relaciones Laborales, Criminología, Economía, Investigación y Técnicas de Mercado, Administración y Dirección de Empresas y Ciencias Políticas) y 3% de Ingeniería (Ingeniería Química e Ingeniería Técnica Industrial). Mientras en el grupo de varones, 32% se distribuye en licenciaturas de las Ciencias de la Salud, 51% en Ciencias Sociales y 17% en Ingeniería.

La gran mayoría de las mujeres tiene nacionalidad española (94.29%), 2.8% son nacionales de otro país europeo, 2.4% son latinoamericanas y las pocas restantes provienen de África, Asia y Estados Unidos. El grupo masculino también está conformado mayoritariamente por españoles (94.8%), mientras 2.6% son originales de otro país europeo y 2.6% son latinoamericanos.

En lo que refiere al nivel socioeconómico, el 20.5% de las mujeres se ubica en un nivel bajo, 25.8% pertenece a un nivel medio bajo, 21.4% se sitúa en la clase media, 22.7% en la media alta y el 9.6% pertenece a la clase alta. En el grupo de muchachos, 25.7% se ubica en un nivel bajo, 19% pertenece a un nivel medio bajo, 22.7% se sitúa en la clase media, 22.6% en la media alta y el 10% pertenece a la clase alta.

En cuanto al estado civil, el 58.7% de las mujeres está soltera y tiene pareja, el 37.9% está soltera y no tiene pareja, el 2.5% está casada, el 0.5% está separada o divorciada y el 0.4% pertenece a otra categoría. En el caso de los varones, el 47.4% está soltero y tiene pareja, el 50% está soltero y no tiene pareja, el 2.2% está casado y el 0.4% está divorciado.

Por último, cabe destacar que el 4.9% de las mujeres ha tenido una menarquia precoz (antes de los 11 años).

3.2. INSTRUMENTOS

3.2.1. CUESTIONARIO DE ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES (TLEQ; Kubany y Haynes, 2004)

Es un cuestionario autoadministrado que cuenta con 24 ítems, aplicable a la población adulta a partir de los 18 años, con un mínimo nivel de lectura. Requiere un tiempo aproximado de aplicación de 10 a 15 minutos. Evalúa 21 tipos de eventos traumáticos, los cuales son examinados en orden gradual, comenzando por aquellos acontecimientos menos personales (tales como desastres naturales y accidentes de vehículo), hasta eventos especialmente íntimos (tales como diferentes experiencias de abuso). Diversos ítems presentan preguntas relacionadas con los diferentes sucesos evaluados y la frecuencia en que se han experimentado. En este trabajo se han considerado para los análisis exclusivamente los ítems relacionados a la experiencia de abuso sexual (ítems 15, 16, 17 y 18) y de abuso físico infantil (ítem 12). En el caso del abuso sexual infantil (ítems 15 al 17) y de la agresión sexual en la adultez (ítem 18), permite obtener información acerca del agresor, el uso de fuerza o amenazas, la presencia de heridas graves en la víctima como consecuencia del abuso y la experiencia de penetración oral, anal o vaginal; asimismo, estos ítems permiten conocer el rango de edad en que fue padecido el abuso, dividiéndolo en:

-Abuso sexual infantil I (ítem 15): definido como el contacto sexual entre un menor de 13 años y otro individuo al menos cinco años mayor.

-Abuso sexual infantil II (ítem 16): conceptualizado como el contacto sexual entre un menor de 13 años y otro individuo de similar edad en contra de la voluntad de la víctima.

-Abuso sexual infantil adolescente (ítem 17): definido como el contacto sexual entre un adolescente de 13 a 18 años y otro individuo, contra su voluntad o sin su consentimiento.

-Abuso sexual en la adultez (ítem 18): cuando el contacto sexual indeseado es padecido después de los 18 años.

Los autores han planteado que el objetivo principal de este cuestionario es la identificación de una historia de trauma con fines de investigación y clínicos, y que no hay una valoración estándar ni única; sin embargo, han señalado que puede dar lugar al menos a tres tipos de puntuaciones que reflejan la severidad de la exposición al evento traumático:

- a. Número total de diferentes tipos de eventos estresantes informados;
- b. Número total de tipos de eventos estresantes evaluados que evocan temor intenso, desamparo u horror, y,
- c. Número total de eventos discretos informados.

Del mismo modo, puede utilizarse para obtener información detallada respecto a la severidad y características del acontecimiento traumático vivido.

Se han realizado varios estudios psicométricos para evaluar su fiabilidad *test-retest*, utilizando para este fin distintos tipos de muestras (varones veteranos de Vietnam, mujeres y varones en tratamiento por abuso de sustancias, estudiantes universitarios y mujeres maltratadas físicamente por sus parejas), los cuales han informado una excelente estabilidad temporal para la mayoría de los acontecimientos evaluados, especialmente cuando se trata de experiencias personales difíciles de revelar, como el abuso físico infantil ($\kappa = .63$ a $.91$) y el abuso sexual antes de los 13 años por alguien al menos 5 años mayor ($\kappa = .70$ a $.90$). Asimismo, según los estudios realizados, el cuestionario presenta una validez de contenido, convergente y discriminante adecuada (Kubany et al., 2000; Kubany & Haynes, 2001). En la población universitaria examinada en este estudio, la validez aparente y de contenido sigue siendo adecuada. La validez convergente y discriminante serán evaluadas en trabajos posteriores. Se utiliza

la versión traducida al español por el equipo de investigación que ha colaborado en este trabajo, la cual pasó por un proceso de retrotraducción (véase anexo I).

3.2.2. EXAMEN PARA TRASTORNOS ALIMENTARIOS, VERSIÓN CUESTIONARIO (EDE-Q; Fairburn y Beglin, 1994):

Este cuestionario es una versión autoinforme del Examen para Trastornos Alimentarios (EDE, Fairburn & Cooper, 1993). Cuenta con 38 ítems de respuestas con escalas tipo Likert de 7 puntos, en donde la mayor puntuación indica mayor sintomatología alimentaria. Al igual que la entrevista EDE, permite obtener dos tipos de información. Por una parte, nos informa de la frecuencia de ciertos aspectos comportamentales claves en los trastornos de la conducta alimentaria en términos de números de episodios de la conducta y, en algunas instancias, del número de días en que esta conducta ha ocurrido. En segundo lugar, nos provee de puntajes de subescalas que reflejan la severidad de los aspectos actitudinales de los trastornos alimentarios. Estas subescalas son: *Restricción*, *Preocupación por la Ingesta*, *Preocupación por la Silueta* y *Preocupación por el Peso*. Para obtener el puntaje de cada subescala, se suman las puntuaciones de los ítems correspondientes y se divide por el total de ítems que conforman la subescala. Si la puntuación de algunos ítems no está disponible, es posible obtener un puntaje resultante de la suma de los ítems disponibles, en la medida en que se cuente con la puntuación de más de la mitad de los ítems de la subescala. Para obtener un puntaje global (*Escala Global*), se suman los puntajes de las 4 subescalas y se divide en 4. Las subescalas son informadas en medias y desviaciones estándar.

Aunque las propiedades psicométricas de la entrevista EDE han sido ampliamente estudiadas y se ha considerado el estándar de oro para la evaluación de la psicopatología alimentaria, esta posee muchas desventajas. Algunos de estos inconvenientes son propios de una entrevista, destacando su larga duración, el extenso entrenamiento previo que requieren los entrevistadores y la imposibilidad de aplicarla grupalmente. Frente a esto, el EDE-Q surge como una adecuada alternativa autoadministrada (Fairburn & Beglin, 1994). Dada sus sólidas propiedades psicométricas y su gran utilidad clínica es recomendada para su uso en la identificación de casos probables de trastornos alimentarios (Binford, Le, & Jellar, 2005; Mond, Hay, Rodgers, & Owen, 2006), sin

embargo, se vuelve menos confiable al aumentar la severidad de la sintomatología del trastorno alimentario.

Los estudios de validez del EDE-Q han demostrado un alto nivel de acuerdo con la EDE en la evaluación de las claves actitudinales de los trastornos alimentarios, tanto en la población general (Fairburn et al., 1994; Mond, Hay, Rodgers, Owen, & Beumont, 2004b), como en mujeres abusadoras de sustancias (Black & Wilson, 1996), en distintos grupos de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (Carter, Aime, & Mills, 2001; Grilo, Masheb, & Wilson, 2001; Loeb, Pike, Walsh, & Wilson, 1994; Wilfley, Schwartz, Spurrell, & Fairburn, 1997), en pacientes obesas buscando cirugía bariátrica (Kalarchian, Wilson, Brolin, & Bradley, 2000) y en niños y adolescentes (Decaluwe & Braet, 2004; Passi, Bryson, & Lock, 2003).

Asimismo, se ha demostrado una buena consistencia interna en estudiantes universitarias (Luce & Crowther, 1999) y en muestras comunitarias (Mond, Hay, Rodgers, Owen, & Beumont, 2004a; Peterson et al., 2007). En lo que respecta a la fiabilidad *test-retest* y la estabilidad temporal, en una muestra de estudiantes universitarias, Luce & Crowther (1999) observaron una estabilidad temporal aceptable, tanto en los aspectos actitudinales como en los episodios de atracón objetivo. Por su parte, Mond et al. (2004), en una muestra comunitaria, informaron una buena estabilidad temporal en las subescalas actitudinales, y más baja en los aspectos comportamentales. Y, en un grupo de pacientes con trastorno por atracón, Reas, Grilo & Masheb (2006) hallaron una buena estabilidad temporal para las subescalas actitudinales y una excelente estabilidad para los episodios de atracón objetivo; sin embargo, observaron que la estabilidad era pobre para los episodios de atracón subjetivo.

Es importante destacar que, en lo que respecta a los aspectos comportamentales asociados a los trastornos de la conducta alimentaria evaluados por este instrumento, el acuerdo entre la entrevista y el cuestionario suele ser muy bueno en ciertas conductas concretas, como el vómito autoprovocado, pero los investigadores discrepan respecto a los niveles de acuerdo en conductas más complejas de evaluar, como los episodios de atracón (Grilo et al., 2001; Mond et al., 2004a; Wilfley et al., 1997). Por último, se ha

visto que, en general, los puntajes son más altos con la versión autoadministrada (Grilo et al., 2001; Kalarchian et al., 2000; Wilfley et al., 1997).

En este estudio se utiliza la cuarta versión (EDE-Q-4), traducida al español por el equipo de investigación que ha colaborado en este trabajo, la cual pasó por un proceso de retrotraducción. La consistencia interna obtenida a partir de la muestra de este estudio es satisfactoria. En la submuestra de mujeres se obtienen valores alfa de Cronbach que oscilan entre $\alpha = .95$ para la *Escala Global* y $\alpha = .81$ para la subescala *Restricción*. En la submuestra de varones se obtienen valores que oscilan entre $\alpha = .91$ para la *Escala Global* y $\alpha = .65$ para la subescala *Preocupación por el Peso*. Las pruebas realizadas respecto a su validez convergente con las escalas correspondientes del EDI-2 y el factor único del Body Shape Questionnaire (BSQ) indican una buena convergencia en todas las subescalas, observándose correlaciones elevadas (oscilando entre $r = .69$ y $r = .89$) entre las subescalas *Preocupación por el Peso* y *Preocupación por la Silueta* y la subescala *Insatisfacción Corporal* del EDI-2 y el BSQ (en hombres y mujeres). Asimismo, se observan correlaciones altas en las mujeres entre las subescalas *Restricción* y *Preocupación por la Ingesta* y la subescala *Motivación para Adelgazar* del EDI-2 (véase anexo II).

3.2.3. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961):

Es un cuestionario autoadministrado de 21 ítems, ampliamente utilizado para evaluar depresión en adultos. Mide las actitudes y los síntomas característicos de la depresión. Para cada ítem los sujetos han de escoger de entre 4 aseveraciones, la que mejor describe su experiencia. Los puntajes van de 0 a 63 y los más altos sugieren la posibilidad de depresión severa. Presenta propiedades psicométricas robustas tanto en su versión original (BECK, Steer, & Garbin, 1988; Richter, Werner, Heerlein, Kraus, & Sauer, 1998), como en la versión española (Lasa, Ayuso-Mateos, Vázquez-Barquero, Díez-Manrique, & Dowrick, 2000). Requiere un nivel de 5º grado para contestarlo. Se utilizó su versión española adaptada por la Universidad Complutense de Madrid (Vázquez & Sanz, 1997) (véase anexo III).

3.2.4. CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO/RASGO (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970):

Es un cuestionario autoadministrado que permite medir la ansiedad, tanto de estado como de rasgo, evaluando sus manifestaciones cognitivas y físicas a través de dos subescalas separadas. Consta de 40 ítems: veinte ítems conforman la subescala de *Ansiedad Estado* y los otros restantes la de *Ansiedad Rasgo*. Se puntúa en escala tipo Likert de 4 puntos, en donde una mayor puntuación indica mayor sintomatología. Ha sido ampliamente utilizado y se ha demostrado una buena confiabilidad y validez en población general, tanto en su versión original (Spielberg, Gorsuch, & Lushene, 1982), como en la versión española (Bermúdez, 1978; Urraca, 1981). Los puntajes más altos sugieren la posibilidad de un cuadro de ansiedad generalizada o un trastorno de pánico. Se utilizó su versión española adaptada por Seisdedos (1988) (véase anexo IV).

3.2.5. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE; Rosenberg, 1965):

Cuestionario autoadministrado cuyo objetivo es evaluar el grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Consta de 10 ítems que siguen una escala tipo Likert de 4 puntos, cinco redactados en sentido positivo y cinco en negativo, con el fin de controlar la aquiescencia. El rango de las puntuaciones es de 10 a 40. Una puntuación elevada se interpreta como una alta autoestima y lo contrario como una baja autoestima. Sus sólidas propiedades psicométricas han sido demostradas tanto en su versión original (Gray-Little, Williams, & Hancock, 1997), como en la versión española (Atienza, Moreno, & Balaguer, 2000). Se utilizó su versión española adaptada por Guillén, Quero, Baños & Botella (1999) (véase anexo V).

3.3. DISEÑO Y PROCEDIMIENTO

El estudio de la relación entre el abuso infantil (sexual y físico) y la sintomatología alimentaria, se ha realizado con base en un diseño transversal analítico. Se trata de un tipo de diseño “ex post facto” que permite aproximarse al efecto de las variables

independientes asignadas. Sin embargo, las características estructurales de este diseño limitan considerablemente la validez de las conclusiones en términos causales.

En base a la revisión bibliográfica realizada, se ha decidido controlar las variables que han demostrado tener relación con el abuso infantil y/o la sintomatología alimentaria. La tabla 4 sintetiza el papel que juegan las variables estudiadas en el diseño y su definición operacional.

Tabla 4. Resumen de las variables estudiadas: definición operacional y sistema de valoración

Variable	Definición Operacional	Valor
Variables independientes		
Abuso sexual infantil	Cuando el abuso sexual ha sido padecido antes de los 18 años. Medido a través de los <i>ítems 15, 16 y 17</i> del TLEQ	Rango de puntuación total: 0 a 18, recodificado: 0 = ninguna vez y 1= una o más veces
Abuso físico infantil	Cuando el abuso físico ha sido padecido antes de los 18 años. Medido a través del <i>ítem 12</i> del TLEQ	Rango de puntuación: 0 a 6, recodificado: 0 = ninguna vez y 1= una o más veces
Variables dependientes		
Aspectos actitudinales de los trastornos alimentarios	Presencia de actitudes de riesgo de presentar trastornos alimentarios. Evaluado a través de las subescalas actitudinales del EDE-Q.	Rango de puntuación total: 0 a 138
	Ítems de las subescalas:	Rango de puntuación por subescala:
	<i>i. Restricción: 1, 2, 3, 4 y 5</i>	0 a 30
	<i>ii. Preocupación por la Ingesta: 6, 7, 9, 15 y 34</i>	0 a 30
	<i>iii. Preocupación por el Peso: 11, 14, 29, 31 y 32</i>	0 a 30
<i>iv. Preocupación por la Silueta: 10, 11, 12, 13, 30, 33, 35 y 36</i>	0 a 48	
	* <i>Escala Global</i> : suma de las puntuaciones totales de cada subescala, dividido en 4.	
Aspectos comportamentales de los trastornos alimentarios	Presencia de atracones y conductas compensatorias. Examinado a través de los ítems idóneos del EDE-Q.	Rango de puntuación total: 0 a 7

<i>i. Atracones objetivos: ítem 16</i>	Rango de puntuación por ítem: 0 y 1
<i>ii. Atracones subjetivos: ítem 19</i>	Rango de puntuación por ítem: 0 y 1
<i>iii. Conductas compensatorias: 2 o 21 o 23 o 25 o 28</i>	Rango de puntuación: ítem 2: 0 a 6, recodificado en 0 (puntuación \leq 2) y 1 (puntuación \geq 3); ítems 21, 23 y 25: 0 y 1; ítem 28: indefinido, recodificado en 0 (puntuación \leq 4) y 1 (puntuación \geq 5)

Variables controladas

Sintomatología depresiva	Estado de ánimo triste, donde predomina la desesperanza, el abatimiento y el pesimismo. Medida a través del BDI. <i>Ítems: 1 al 21</i>	Rango de puntuación total: 0 a 63 Rango de puntuación por ítem: 0 a 3
Sintomatología ansiosa	Malestar psicológico en donde predomina una sensación difusa de angustia, amenaza o miedo y deseo de huir, sin que exista un peligro inminente. Medida a través del STAI. Ítems de la subescala <i>i. Ansiedad Estado: 1 al 20</i> <i>ii. Ansiedad Rasgo: 21 al 40</i>	Rango de puntuación total: 60 en cada subescala. Rango de puntuación por ítem: 0 a 3 Rango de puntuación por ítem: 0 a 3
Autoestima	Valoración que hace de sí misma una persona. Medida a través del RSE. <i>Ítems: 1 al 10</i>	Rango de puntuación total: 10 a 40 Rango de puntuación por ítem: 1 a 4
Índice de Masa Corporal (IMC)	Razón entre el peso y la talla al cuadrado. Se pregunta específicamente por ambas medidas en la encuesta.	Rango presente en la muestra: 15.94 a 35.16 kg/m ²
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento. Se pregunta la fecha exacta de nacimiento en la encuesta.	Rango de edad incluido: 18 a 30 años

Nivel Económico (NSE)	Socio- Para su cálculo se utiliza el índice de Hollingshead de 4 factores, que se basa en la educación y ocupación de ambos padres.	Rango de puntuación total: 8 a 66. Recodificado: en los modelos de regresión se ha tratado como una variable de tres categorías (NSE Bajo, Medio y Alto), en donde la de referencia es NSE Bajo
-----------------------	---	---

Tras obtener el consentimiento de los profesores para aplicar la encuesta en diferentes cursos de distintas carreras de la Universidad Autónoma de Barcelona (Psicología, Derecho, Periodismo, Relaciones Laborales, Criminología, Economía, Ciencias Políticas, Administración y Dirección de Empresas, Ingeniería Química, Investigación y Técnicas de Mercado, Veterinaria e Ingeniería Técnica Industrial), se procede a la obtención de los datos por parte de un grupo de examinadores debidamente entrenados en cada prueba, todos los cuales son psicólogos vinculados a la Unitat d'Avaluació i Intervenció en Imatge Corporal (UAIC) de la Universidad Autónoma de Barcelona. Después de informar brevemente acerca de los objetivos de la investigación, se solicita a los estudiantes su colaboración para contestar un conjunto de cuestionarios autoadministrados de forma voluntaria y anónima, que se completan en aproximadamente 40 minutos. En las instrucciones se recalca la necesidad de que se contesten todas las preguntas, sin dejar ninguna en blanco.

A través de un código secreto, los estudiantes tienen la posibilidad de conocer sus resultados. Este código se construye a partir de los tres primeros dígitos del DNI, seguidos del día y mes de nacimiento. Los interesados pueden llamar o escribir por correo electrónico a la UAIC, cuyo *e-mail* y número de teléfono aparece en los cuestionarios. Asimismo, se ofrece atención psicológica en la UAIC para aquellas personas que se sientan afectadas tras la realización de la prueba.

3.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para cada una de las variables se ha realizado una descripción estadística básica, con análisis de tipo univariante y bivariante, con el objeto de caracterizar las distribuciones empíricas obtenidas. Para contrastar si las diferencias observadas son estadísticamente

significativas se ha usado la prueba de independencia de χ^2 cuando las variables que se relacionan son categóricas, y la prueba t de Student-Fisher cuando el contraste supone la comparación de dos medias. En los casos en que se ha constatado un incumplimiento de los supuestos de la prueba t de Student-Fisher se ha empleado la prueba U de Mann-Whitney.

Para abordar los dos primeros objetivos de este trabajo sobre la relación entre el abuso infantil y el género se ha usado la prueba de independencia de χ^2 .

Para estudiar los objetivos tercero y cuarto relativos al efecto de los dos tipos de abuso sobre los aspectos actitudinales de los trastornos alimentarios se ha utilizado el modelo de regresión múltiple. En este caso el modelo de regresión se ha empleado como técnica de control de las variables susceptibles de producir fenómenos de confusión en la valoración de la relación entre el abuso infantil y las actitudes alimentarias (Domènech & Navarro, 2006b; Kleinbaum, Kupper, & Muller, 1988). En el proceso seguido, se ha partido del modelo máximo inicial que contiene todos los términos de confusión y todos los términos de interacción de primer orden entre los dos tipos de abuso y las posibles variables confundidoras. La significación del conjunto de interacciones se ha basado en la prueba de significación global (“chunk test”), que evalúa la significación de todas las interacciones candidatas a ser eliminadas, siguiendo el criterio clásico ($p < .05$). El proceso de evaluación de las potenciales variables de confusión parte de criterios teóricos y no se ha basado en criterios de significación estadística. Así, esta etapa del proceso de ajuste se ha iniciado incluyendo todas las variables en un modelo de regresión múltiple, y este modelo de referencia se ha comparado con los diferentes modelos reducidos que se pueden formar incorporando sólo parte de las variables confundidoras. La decisión sobre el mantenimiento de las variables de confusión en el modelo se ha basado en el estudio del cambio en el valor neto de los dos coeficientes de regresión correspondientes al tipo de abuso (usando el criterio de una modificación superior al 10%). Asimismo, se ha tenido en cuenta la precisión en la estimación de los efectos asociados a los dos tipos de abuso.

Una vez seleccionados cada uno de los modelos se ha procedido al análisis de las condiciones de aplicación de cada uno de ellos. En este diagnóstico se han considerado

los siguientes aspectos: (1) linealidad; (2) homocedasticidad; (3) normalidad; (4) colinealidad e (5) identificación de valores alejados y de valores influyentes sobre las estimaciones de los parámetros del modelo.

Para el análisis de la relación entre el abuso infantil y los aspectos comportamentales de los trastornos alimentarios, que constituyen los objetivos quinto y sexto de este trabajo, se ha usado la regresión logística binaria (Domènech & Navarro, 2006a; Kleinbaum et al., 1988). En la aplicación de este modelo de regresión multivariante como técnica de control se han seguido los mismos pasos descritos en el párrafo anterior respecto al proceso de ajuste con regresión múltiple (construcción del modelo máximo inicial, valoración del conjunto de interacciones de primer orden y valoración de la presencia de confusión). En el diagnóstico de los modelos se ha considerado la posible presencia de colinealidad, así como la existencia de valores alejados y de valores influyentes.

En el caso de los varones, la vulneración de los supuestos de los dos tipos de modelos de regresión ha llevado a abordar el séptimo objetivo de esta investigación desde una perspectiva bivariante y no paramétrica. En concreto, se ha utilizado la prueba *U* de Mann-Whitney para analizar la relación entre el abuso infantil y las actitudes alimentarias. Para examinar el vínculo entre el abuso infantil y los aspectos comportamentales de los trastornos alimentarios se ha usado la prueba de independencia de χ^2 o la prueba exacta de Fisher.

Los análisis se han realizado con el sistema estadístico SPSS (v15.0).

4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA MUESTRA

Antes de pasar a revisar los resultados obtenidos en torno a los objetivos propuestos, describiremos la muestra según las variables relacionadas a los trastornos alimentarios y ciertos aspectos psicopatológicos que han demostrado asociación con las variables en estudio en investigaciones anteriores, resultando importante considerarlos antes de analizar la relación entre el abuso infantil y la sintomatología alimentaria.

En primer lugar se estudiará la relación del género con algunas variables asociadas a los trastornos alimentarios, en concreto el IMC, el estar haciendo dieta al momento de la encuesta, la historia de obesidad infantil y la presencia de episodios de atracón y ciertas conductas compensatorias asociadas a la psicopatología alimentaria.

En la figura 1 se presenta la distribución porcentual de las mujeres y los varones en torno a las categorías de IMC consideradas (infrapeso, normopeso, sobrepeso y obesidad). Tal como puede apreciarse, existen diferencias significativas entre varones y mujeres ($\chi^2 = 75.75, p < .001$). La gran mayoría de las mujeres de esta muestra se encuentra en un normopeso (80.1%); un 11.9% está bajo peso y un 8.0% presenta sobrepeso u obesidad. En cuanto a los varones, también la gran mayoría se encuentra en un normopeso (71.4%), pero sólo un 1.9% está bajo peso y en cambio un 26.8% presenta sobrepeso u obesidad.

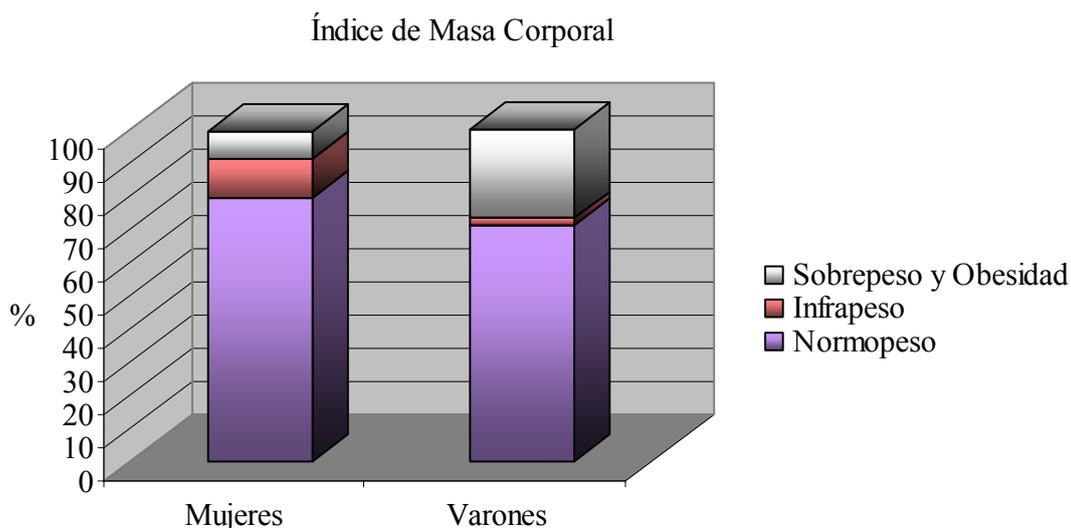


Figura 1. Distribución porcentual de las mujeres y varones en el IMC

En la figura 2 se presenta la distribución porcentual de los géneros en torno a la pregunta de si “hace dieta para adelgazar actualmente”, observándose que existen diferencias significativas entre los varones y las mujeres de la muestra ($\chi^2 = 12.921, p < .001$), en donde el grupo femenino presentan un porcentaje significativamente más alto de esta conducta (14.8%) en comparación a sus compañeros (6.3%).

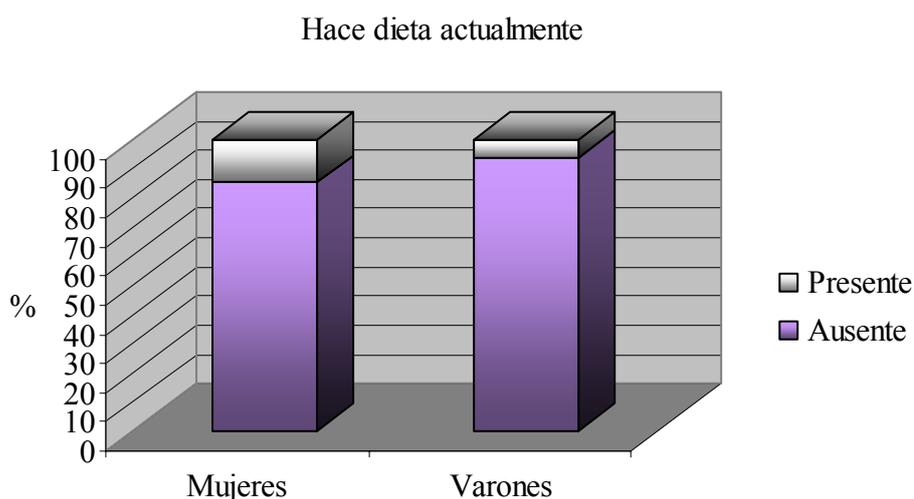


Figura 2. Distribución porcentual de las mujeres y varones en la conducta de hacer dieta para adelgazar al momento de la encuesta

En la figura 3 se presentan los porcentajes de presencia de obesidad infantil de la muestra, observándose que las mujeres con historia de obesidad en la infancia representan un 4.8% del grupo femenino, mientras los varones un 5.9%, lo que no resulta en una diferencia significativa ($\chi^2 = 0.527, p = .468$).

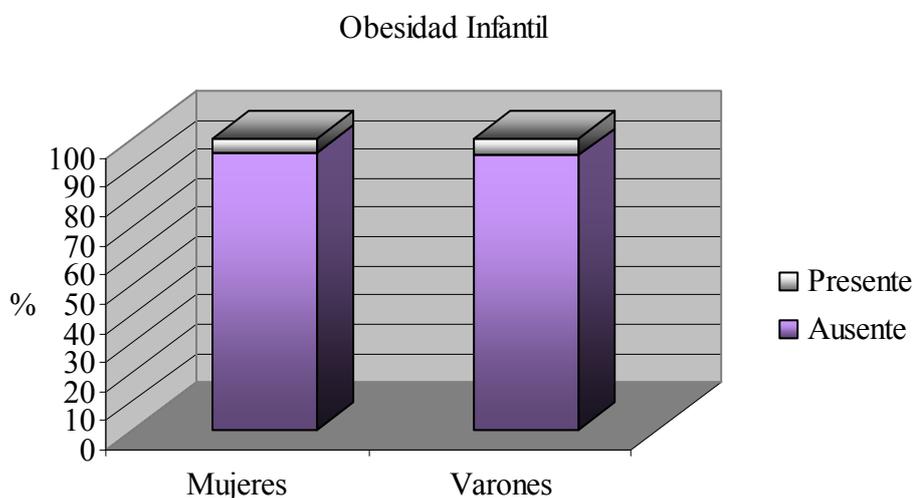


Figura 3. Distribución porcentual de las mujeres y varones en torno a la historia de obesidad infantil

Tal como se ha señalado, el objetivo principal de esta investigación es estudiar la relación entre el abuso infantil y la sintomatología alimentaria, la que se ha dividido en aspectos actitudinales y comportamentales. Dentro de los aspectos comportamentales se ha considerado la presencia de episodios de atracón (objetivo y subjetivo) y algunas conductas compensatorias (restricción de ingesta, vómito autoprovocado, ejercicio físico excesivo, abuso de laxantes y abuso de diuréticos).

Los criterios de puntuación de estos aspectos comportamentales evaluados por el EDE-Q siguen la normas utilizadas por Mond et al. (2006) y Luce, Crowther & Pole (2008), que consideran como presente las conductas de atracón objetivo y subjetivo cuando han ocurrido al menos una vez en el último mes. En los casos del vómito autoprovocado, el abuso de laxantes y el abuso de diuréticos, se requiere su ocurrencia en promedio al menos una vez a la semana durante el último mes. La restricción de ingesta se considera presente cuando ha sucedido en promedio 3 o más veces a la semana en el último mes, y el ejercicio físico excesivo cuando ha sido realizado en promedio 5 o más veces a la semana durante el último mes.

En la tabla 5 se presentan los datos de la relación entre el género y las conductas de atracón objetivo y subjetivo, así como su asociación con distintos tipos de conductas compensatorias por separado. Se aprecia que el grupo de mujeres presenta porcentajes significativamente más altos que sus compañeros varones en la mayoría de las conductas claves de los trastornos alimentarios aquí consideradas; en concreto, en la presencia de episodios de atracón subjetivo, restricción de ingesta, vómito autoprovocado, abuso de laxantes y diuréticos. A su vez, los varones informan porcentajes significativamente mayores de episodios de atracón objetivo y de ejercicio físico excesivo.

Tabla 5. Comparación por género de la presencia de episodios de atracón y conductas compensatorias, a través de la prueba de χ^2

Conductas alimentarias y compensatorias claves de los trastornos alimentarios	Género		χ^2	p
	Varones (n=269)	Mujeres (n=708)		
Episodios de atracón objetivo ^a	47.4%	37.3%	8.17	.004**
Episodio de atracón subjetivo ^b	7.8%	23.0%	29.53	<.001***
Restricción de ingesta ^c	9.3%	14.7%	4.95	.026*
Vómito autoprovocado ^d	0.4%	2.8%	5.58	.018*
Abuso de laxantes ^e	0.7%	4.1%	7.13	.008**
Abuso de diuréticos ^f	1.9%	7.8%	11.81	.001***
Ejercicio físico excesivo ^g	5.9%	2.8%	5.36	.021*

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p \leq .001$ (χ^2 de Pearson)

^{ab} Ocurrencia al menos una vez en el último mes

^{def} Ocurrencia en promedio al menos una vez a la semana en el último mes

^c Ocurrencia en promedio 3 o más veces a la semana en el último mes

^g Ocurrencia en promedio 5 o más veces a la semana en el último mes

Tal como se señaló en el marco teórico, la literatura ha establecido que el abuso infantil, tanto físico como sexual, se asocia con la psicopatología alimentaria, y que, muchas veces, esta aparece en conjunto a la sintomatología depresiva, ansiosa y a una autoestima menoscabada. Es por esto que en los análisis exploratorios realizados en este trabajo, se ha considerado el estudio de la relación entre estos factores psicopatológicos y la presencia/ausencia de abuso en la infancia.

Como paso previo a dicha exploración, se realizó un análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas por la muestra en las diferentes subescalas actitudinales del EDE-Q, así como en las otras mediciones de sintomatología psicopatológica (sintomatología depresiva, ansiedad estado y rasgo y autoestima). A continuación, se presentan los valores mínimos y máximos, así como las medias, desviaciones típicas, medianas y la amplitud intercuartil obtenidas por la submuestra de mujeres (tabla 6) y la submuestra de varones (tabla 7) en estas diferentes medidas.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de los aspectos actitudinales de los trastornos alimentarios, sintomatología depresiva, ansiosa y autoestima en el grupo de mujeres

Escala	N	Mínimo	Máximo	M	DE	Md	Amplitud intercuartil
Restricción	708	0	6	1.29	1.33	0.80	1.80
Preocupación por la Ingesta	708	0	5.2	0.66	0.97	0.20	0.80
Preocupación por el Peso	708	0	6	1.51	1.41	1.00	2.00
Preocupación por la Silueta	708	0	6	1.75	1.50	1.38	2.13
Escala Global del EDE-Q	708	0	5.75	1.30	1.19	0.92	1.49
Depresión	708	0	40	6.03	6.39	4.00	6.00
Ansiedad Estado	708	0	53	17.65	10.71	15.00	14.00
Ansiedad Rasgo	708	0	55	21.47	10.68	20.00	16.00
Autoestima	708	14	40	31.94	5.08	32.00	8.00

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de los aspectos actitudinales de los trastornos alimentarios, sintomatología depresiva, ansiosa y autoestima en el grupo de varones

Escala	N	Mínimo	Máximo	M	DE	Md	Amplitud intercuartil
Restricción	269	0	5.4	0.66	0.98	0.20	1.00
Preocupación por la Ingesta	269	0	5.2	0.24	0.53	0.00	0.20
Preocupación por el Peso	269	0	5.8	0.69	0.82	0.40	1.00
Preocupación por la Silueta	269	0	6	0.83	0.98	0.50	1.00
Escala Global del EDE-Q	269	0	4.7	0.61	0.70	0.39	0.76
Depresión	269	0	36	4.51	5.62	3.00	5.62
Ansiedad Estado	269	0	51	16.10	9.83	14.00	13.50
Ansiedad Rasgo	269	1	47	17.57	9.17	16.00	13.00
Autoestima	269	10	40	33.79	4.73	35.00	6.00

4.2. RELACIÓN ENTRE EL ABUSO INFANTIL Y EL GÉNERO

El primer objetivo de este trabajo es estudiar la relación entre el abuso infantil (sexual y físico) y el género.

A continuación, en la tabla 8, se presenta la distribución porcentual de varones y mujeres en función de cada tipo de abuso (abuso sexual infantil y abuso físico infantil). Asimismo, se informa de la coexistencia del abuso sexual y físico en la infancia y se describe la revictimización sexual en la adultez, que indica la experiencia de abuso sexual tanto en la infancia como en la adultez. En la segunda columna de la tabla se comunica la presencia de estos distintos tipos de abuso en la muestra total; la tercera columna indica el porcentaje de abuso en varones y la cuarta en mujeres. Por último, las dos columnas restantes presentan la comparación de la presencia de cada tipo de abuso entre géneros, a través del valor del estadístico χ^2 de Pearson y su grado de significación. Tal como puede apreciarse en la tabla y en concordancia con la hipótesis planteada, las mujeres presentan una historia de abuso sexual en la infancia significativamente mayor que sus compañeros (IC 95%: 0.0179 a 0.1033). En las comparaciones restantes no se detectan diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 8. Relación entre el abuso sexual y físico y el género

Tipo de abuso	Muestra total	Género		χ^2	p
		Varones (n=269)	Mujeres (n=708)		
Abuso sexual en la infancia	12.7%	8.6%	14.3%	5.75	.017*
Abuso físico en la infancia	4.0%	4.5%	3.8%	0.21	.64
Abuso sexual y físico en la infancia	1.1%	1.1%	1.1%	0.00	> .99
Abuso sexual en la infancia y adultez	1.8%	1.5%	2.0%	0.26	.79

* $p < .05$ (χ^2 de Pearson)

Tal como puede apreciarse en la tabla 8, el porcentaje de revictimización sexual en la adultez en la muestra total es de 1.8%. Pero algunos de los participantes sufrieron abuso sexual únicamente en la adultez (1.4% de las mujeres y 0.4% de los varones, sin existir diferencias significativas entre los géneros: $\chi^2 = 1.896$, $p = .307$). Estos estudiantes, así como los que padecieron abuso sexual tanto en la infancia como en la adultez, fueron

excluidos de los análisis de la relación entre el abuso infantil y la sintomatología psicopatológica, con la finalidad de conocer de la manera más nítida posible el efecto de cada tipo de abuso. Con el mismo motivo, fueron también prescindidos aquellos estudiantes que sufrieron tanto abuso sexual como físico en la infancia. Si examinamos esto en detalle, tenemos que, de las 708 participantes iniciales del grupo de mujeres, 24 comunicaron haber padecido abuso sexual en la adultez, mientras 8 señalaron haber sido víctimas de abuso sexual y físico en la infancia. De estas últimas, dos habían sido también victimizadas sexualmente en la adultez, solapándose con las primeras. Esto resultó en un total de 30 mujeres excluidas de los análisis, quedando una submuestra femenina de 678. En el caso de los varones, de los 269 participantes iniciales, 5 manifestaron haber sido abusados sexualmente en la adultez y 3 informaron haber padecido tanto abuso sexual como físico en la infancia. De estos últimos, un estudiante también sufrió abuso sexual en la adultez, solapándose con los primeros. En consecuencia, un total de 7 varones fueron excluidos de los análisis, quedando una submuestra masculina de 262 muchachos. El grupo de estudiantes mujeres y varones excluidos está descrito en el anexo VI.

4.3. RELACIÓN ENTRE EL ABUSO INFANTIL Y LA SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA: ASPECTOS ACTITUDINALES Y COMPORTAMENTALES DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En este apartado se aborda el principal objetivo de esta investigación, esto es, la relación entre el abuso infantil y la sintomatología asociada a los trastornos alimentarios. Esta sintomatología se ha dividido en aspectos actitudinales y comportamentales. Antes de pasar a analizar este objetivo, se describe el vínculo entre el abuso infantil y la sintomatología depresiva, ansiosa y la autoestima, todas las cuales han demostrado tener una asociación con el abuso infantil y la sintomatología alimentaria en investigaciones previas examinadas en el marco teórico. Se considera conveniente explorar el comportamiento de estas variables en esta muestra, dado que serán consideradas como variables de control en los modelos de regresión que se realizarán para abordar el objetivo principal de este trabajo.

4.3.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA EN FUNCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA

En el análisis de la relación entre el abuso y las variables de control sintomatología depresiva, ansiosa y autoestima, se presentarán primero los datos relativos al grupo de mujeres, seguidos por los varones.

Para analizar la relación entre el abuso sexual infantil y la sintomatología depresiva, ansiosa y la autoestima en la submuestra de mujeres, se realizó la prueba *t* de Student para comparar las medias obtenidas en dichas variables por las estudiantes con y sin experiencia de abuso sexual. Tal como puede observarse en la tabla 9, las mujeres de este grupo que han sido victimizadas sexualmente en la infancia presentan puntajes significativamente más altos que sus compañeras no abusadas en las escalas que evalúan sintomatología depresiva (IC 95%: 1.47 a 4.27) y ansiedad estado (IC 95%: 0.64 a 5.51), y puntuaciones significativamente más bajas en la medida de autoestima (IC 95%: 0.09 a 2.73).

Tabla 9. Comparación de las medias obtenidas por las mujeres en sintomatología depresiva, ansiosa y autoestima, en función de la presencia/ausencia de abuso sexual infantil, a través de la prueba *t* de Student

Escala	Abuso Sexual	N	M	DE	<i>t</i>	gl	<i>p</i>	IC 95%	
								Inf.	Sup.
Depresión	Ausente	597	5.44	5.91	-4.02	676	<.01	-4.27	-1.47
	Presente	81	8.31	6.86					
Ansiedad Estado	Ausente	597	17.09	10.41	-2.48	676	.01	-5.51	-0.64
	Presente	81	20.16	10.92					
Ansiedad Rasgo	Ausente	597	20.88	10.61	-1.89	676	.06	-4.81	0.09
	Presente	81	23.23	9.98					
Autoestima	Ausente	597	32.20	4.92	2.12	96.81	.04	0.09	2.73
	Presente	81	30.79	5.71					

Dado el incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba *t* de Student de comparación de medias, se recurrió a la prueba no paramétrica *U* de Mann-Whitney para comparar a las mujeres con y sin historia de abuso físico infantil en las medidas de

psicopatología general. En la tabla 10 se aprecia que aquellas que han sido abusadas físicamente en la infancia exhiben puntuaciones más altas que sus compañeras no abusadas en las medidas de depresión, ansiedad estado y autoestima, así como presentan puntuaciones más bajas en ansiedad rasgo, sin embargo ninguna de estas diferencias es significativa.

Tabla 10. Estadísticos descriptivos y prueba no paramétrica *U* de Mann Whitney de comparación de las estudiantes mujeres en las medidas de sintomatología depresiva, ansiosa y autoestima, según la presencia o ausencia de abuso físico infantil

Escala	Abuso Físico	N	M	DE	Md	Amplitud intercuartil	U de Mann-Whitney	p
Depresión	Ausente	659	5.73	6.03	4.00	7.00	5287.5	.25
	Presente	19	7.79	8.07	6.00	9.00		
Ansiedad Estado	Ausente	659	17.43	10.49	15.00	13.00	6229.5	.97
	Presente	19	18.21	11.53	14.00	16.00		
Ansiedad Rasgo	Ausente	659	21.19	10.57	20.00	15.00	5790.0	.58
	Presente	19	20.00	10.17	18.00	8.00		
Autoestima	Ausente	659	32.03	5.02	32.00	7.00	6086.5	.84
	Presente	19	32.05	5.90	33.00	8.00		

En el caso de los varones tampoco se cumplieron las condiciones de aplicación de la prueba *t* de Student, utilizándose la prueba no paramétrica *U* de Mann-Whitney, en donde se contrastan las puntuaciones obtenidas por el grupo con y sin abuso sexual infantil en sintomatología depresiva, ansiedad y autoestima. En la tabla 11 puede observarse que el grupo de estudiantes que ha sido abusado presenta puntajes más altos que el grupo de compañeros no abusados en las medidas de ansiedad rasgo y autoestima, y puntajes más bajos en depresión y ansiedad estado; sin embargo, estas diferencias no son significativas estadísticamente.

Tabla 11. Estadísticos descriptivos y prueba no paramétrica *U* de Mann Whitney de comparación de los estudiantes varones en las medidas de sintomatología depresiva, ansiosa y autoestima, según la presencia o ausencia de abuso sexual infantil

Escala	Abuso Sexual	N	M	DE	Md	Amplitud intercuartil	U de Mann-Whitney	p
Depresión	Ausente	245	4.38	5.62	3.00	5.00	1869.5	.48
	Presente	17	4.18	3.43	4.00	5.50		
Ansiedad Estado	Ausente	245	16.23	9.99	15.00	14.00	1741.5	.26
	Presente	17	13.12	7.24	13.00	8.50		
Ansiedad Rasgo	Ausente	245	17.49	9.32	16.00	14.00	1951.0	.66
	Presente	17	17.76	7.39	20.00	11.50		
Autoestima	Ausente	245	33.83	4.76	35.00	6.00	1896.5	.54
	Presente	17	33.88	3.12	34.00	4.00		

También a través de la prueba *U* de Mann-Whitney, se comparan las puntuaciones obtenidas por los muchachos en las diversas medidas de sintomatología psicopatológica consideradas, en función de la presencia/ausencia de abuso físico en la infancia. Como puede observarse en la tabla 12, aquellos estudiantes que han sido maltratados físicamente presentan niveles más altos de sintomatología depresiva y ansiosa (estado y rasgo), así como puntajes más bajos en la medida de autoestima, al compararlos con sus compañeros que no han padecido abuso físico. Estas diferencias alcanzan significación estadística en los casos de sintomatología depresiva y ansiedad rasgo.

Tabla 12. Estadísticos descriptivos y prueba no paramétrica *U* de Mann Whitney de comparación de los estudiantes varones en las medidas de sintomatología depresiva, ansiosa y autoestima, según la presencia o ausencia de abuso físico infantil

Escala	Abuso Físico	N	M	DE	Md	Amplitud intercuartil	U de Mann-Whitney	p
Depresión	Ausente	253	4.23	5.41	3.00	5.00	569.0	.01
	Presente	9	8.33	6.91	7.00	5.50		
Ansiedad Estado	Ausente	253	15.93	9.70	14.00	14.00	1060.0	.73
	Presente	9	18.89	14.11	13.00	16.00		

Ansiedad Rasgo	Ausente	253	17.22	9.04	16.00	13.50	631.5	.02
	Presente	9	25.44	10.53	22.00	14.00		
Autoestima	Ausente	253	33.87	4.63	35.00	5.00	1031.5	.63
	Presente	9	32.78	5.87	34.00	11.50		

En resumen, una vez revisada la relación entre el abuso sexual y físico infantil y la sintomatología psicopatológica que se ha asociado al abuso infantil y los trastornos alimentarios se obtiene que, en general, aquellas muchachas y muchachos que han padecido abuso sexual o físico presentan puntajes más elevados en las medidas de sintomatología depresiva y ansiedad estado y rasgo, y que suelen puntuar más bajo en autoestima. Más específicamente, en la submuestra de mujeres, el grupo de abusadas sexualmente en la infancia obtiene medias significativamente mayores en sintomatología depresiva, ansiedad estado y puntúa significativamente más bajo en autoestima. En la submuestra de varones, el grupo abusado físicamente obtiene puntuaciones significativamente más altas en las medidas de depresión y ansiedad rasgo.

4.3.2. ABUSO SEXUAL Y FÍSICO INFANTIL Y ASPECTOS ACTITUDINALES DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En este subapartado se estudia la relación entre el abuso sexual y físico y diferentes aspectos actitudinales de los trastornos alimentarios. En el caso de las mujeres, se desarrolla un modelo de regresión múltiple para abordar el objetivo. Esto no es posible en el grupo de varones, ya que se vulneran los requisitos exigidos por dicho modelo estadístico, lo que se detallará más adelante. De modo que el estudio de la relación en cuestión en los varones se realiza a través de análisis bivariantes no paramétricos. Primero presentaremos los datos obtenidos en la submuestra de mujeres y posteriormente los resultados de los varones.

4.3.2.1. Submuestra de mujeres

Con el fin de estudiar la relación entre el abuso sexual y físico infantil y los aspectos actitudinales asociados a los trastornos alimentarios, se ha procedido a la construcción

de un modelo de regresión múltiple para cada variable dependiente, siguiendo el procedimiento descrito en el apartado sobre análisis estadístico. El conjunto de interacciones de primer orden entre los dos tipos de abuso y las posibles variables confundidoras resultó estadísticamente no significativo ($p \geq .05$) en los cinco modelos evaluados. Además, en todos los casos el proceso de evaluación de los potenciales factores de confusión ha llevado a mantener todas las variables de control en el modelo (véase tabla 14): depresión, ansiedad estado y rasgo, autoestima, IMC, edad y nivel socioeconómico. Dada la elevada potencia de la prueba de normalidad de las variables cuantitativas presentes en los diversos modelos evaluados debido al gran tamaño de la muestra, se estudió la distribución de dichas variables atendiendo a los valores de asimetría y curtosis (tabla 13). No se observan vulneraciones severas de la normalidad en ninguna de las variables analizadas, excepto en el caso de la subescala *Preocupación por la Ingesta* del EDE-Q, cuyos valores son moderados (marcado en negrilla).

Tabla 13. Análisis de la asimetría y la curtosis de las variables del modelo de regresión lineal múltiple en mujeres

Variables	Asimetría	Curtosis
Restricción	1.11	0.51
Preocupación por la Ingesta	2.40	5.90
Preocupación por el Peso	1.08	0.39
Preocupación por la Silueta	1.00	0.13
Escala Global del EDE-Q	1.29	1.16
Depresión	1.89	4.32
Ansiedad Estado	0.89	0.42
Ansiedad Rasgo	0.57	0.00
Autoestima	-0.44	-0.29
Edad	1.36	1.57
IMC	1.13	2.29

Nota: la variable NSE no aparece en la tabla porque se ha tratado como una variable categórica en el modelo de regresión

La presencia de valores extremos en las variables criterio se evaluó mediante el valor de los residuales externamente estudentizados (“sdresid”). En los cinco modelos analizados más del 98% de los casos obtuvieron valores dentro de los límites recomendados (entre -3 y +3).

La presencia de valores extremos en las variables predictoras se evaluó mediante los valores de influencia centrados (“lever”). Dada la ligera asimetría de la escala de *Depresión*, que se observa en la tabla 13, un 5.9% de los casos presentaron valores por encima del límite recomendable ($> 2(p + 1)/n$; siendo p el número de predictores y n el tamaño de la muestra). Por ello, se procedió a evaluar la presencia de valores influyentes que afectan a la estimación de los parámetros, mediante la distancia de Cook. Los valores hallados (entre 0.00 y 0.63 en conjunto para los cinco modelos) se situaron dentro de los límites recomendados (< 1).

Para descartar la presencia de colinealidad, se calculó la correlación de Pearson entre todas las variables predictoras cuantitativas. La mayoría de los valores resultaron inferiores a 0.70 (en valor absoluto), exceptuando la relación entre la ansiedad rasgo y la puntuación de depresión (0.71) y de ansiedad estado (0.72). Asimismo, se analizaron los indicadores de colinealidad de los modelos de regresión lineal, mediante el valor de tolerancia y el factor de incremento de la variancia. En todos los casos los valores resultaron adecuados (tolerancia > 0.1 ; factor de incremento de la variancia < 10).

El resto de los análisis de residuales no reveló la vulneración de los supuestos de linealidad, homogeneidad de variancias ni normalidad.

La tabla 14 incluye un resumen de las estimaciones obtenidas con cada modelo además del valor R^2 para valorar su bondad de ajuste. Junto al coeficiente de regresión y su valor estandarizado se presenta el resultado de la prueba de significación y el intervalo de confianza del coeficiente de regresión. El resultado de la prueba F de Snedecor resultó significativo en los cinco modelos ($p < .001$). Para cada modelo se han sombreado las dos filas correspondientes a los efectos vinculados al tipo de abuso.

Tal como puede observarse en dicha tabla, en el caso del abuso sexual infantil en mujeres, una vez ajustado por las variables de control, se observa que aquellas estudiantes abusadas sexualmente en la infancia presentan puntuaciones significativamente más altas que sus compañeras no abusadas en la subescala *Preocupación por el Peso* (IC 95%: 0.003 a 0.49), lo que se adecua a la hipótesis planteada.

En cuanto al abuso físico infantil, una vez controladas las mismas variables confundidoras, observamos que, al contrario de lo que se esperaba, aquellas mujeres maltratadas en la infancia presentan puntajes significativamente menores que sus compañeras no agredidas físicamente en las subescalas *Restricción* (IC 95%: 0.12 a 1.21), *Preocupación por el Peso* (IC 95%: 0.03 a 0.97), *Preocupación por la Silueta* (IC 95%: 0.09 a 1.11) y la *Escala Global del EDE-Q* (IC 95%: 0.10 a 0.91).

Tabla 14. Resumen del análisis de regresión lineal múltiple para las variables que predicen aspectos actitudinales claves asociados a los trastornos alimentarios en las mujeres

Variable criterio	Predictor	Presencia		<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>R</i> ² <i>corre-</i> <i>gida</i>	Intervalo de	
		abuso	(N = 678)					Inferior	Superior
.20									
Restricción	Abuso Sexual	11.9%	0.06	.02	0.44			-0.22	0.35
	Abuso Físico	2.8%	-0.66	-.08	-2.39*			-1.21	-0.12
	Depresión		0.05	.21	3.96***			0.02	0.07
	Ansiedad Estado		0.00	-.02	-0.33			-0.02	0.01
	Ansiedad Rasgo		0.01	.10	1.66			0.00	0.03
	Autoestima		-0.01	-.04	-0.76			-0.04	0.02
	IMC		0.16	.32	9.04***			0.13	0.20
	Edad		-0.01	-.01	-0.34			-0.04	0.03
	NSE Medio ^a		-0.01	.00	-0.06			-0.25	0.23
	NSE Alto ^b		0.17	.06	1.61			-0.04	0.38
.35									
Preocupación por la Ingesta	Abuso Sexual	11.9%	0.08	.03	0.82			-0.11	0.26
	Abuso Físico	2.8%	-0.25	-.04	-1.40			-0.61	0.10
	Depresión		0.05	.34	6.91***			0.04	0.07
	Ansiedad Estado		0.00	-.05	-1.01			-0.01	0.00
	Ansiedad Rasgo		0.02	.24	4.33***			0.01	0.03
	Autoestima		0.00	-.02	-0.51			-0.02	0.01
	IMC		0.10	.27	8.38***			0.07	0.12
	Edad		-0.02	-.05	-1.68			-0.04	0.00
	NSE Medio ^a		-0.08	-.04	-1.04			-0.24	0.07
	NSE Alto ^b		0.08	.04	1.19			-0.05	0.22

Variable criterio	Predictor	Presencia abuso (N = 678)		B	Beta	t	R ² corre- gida	Intervalo de Confianza	
								Inferior	Superior
.45									
Preocupación por el Peso	Abuso Sexual	11.9%	0.25	.06	1.99*			0.00	0.49
	Abuso Físico	2.8%	-0.50	-0.06	-2.07*			-0.97	-0.03
	Depresión		0.06	.25	5.70***			0.04	0.08
	Ansiedad Estado		-0.01	-.06	-1.32			-0.02	0.00
	Ansiedad Rasgo		0.02	.18	3.52***			0.01	0.04
	Autoestima		-0.04	-.15	-3.70***			-0.06	-0.02
	IMC		0.23	.43	14.70***			0.20	0.26
	Edad		-0.02	-.05	-1.44			-0.05	0.01
	NSE Medio ^a		-0.19	-.06	-1.74			-0.39	0.02
NSE Alto ^b		0.07	.03	0.83			-0.10	0.26	
.44									
Preocupación por la Silueta	Abuso Sexual	11.9%	0.11	.02	0.83			-0.15	0.38
	Abuso Físico	2.8%	-0.60	-0.07	-2.30*			-1.11	-0.09
	Depresión		0.07	.28	6.25***			0.05	0.09
	Ansiedad Estado		-0.01	-.06	-1.42			-0.02	0.00
	Ansiedad Rasgo		0.03	.18	3.51***			0.01	0.04
	Autoestima		-0.05	-.17	-3.98***			-0.07	-0.03
	IMC		0.22	.39	13.09***			0.19	0.25
	Edad		-0.02	-.04	-1.27			-0.05	0.01
	NSE Medio ^a		-0.17	-.05	-1.51			-0.40	0.05
NSE Alto ^b		0.09	.03	0.92			-0.10	0.29	
.43									
Escala Global del EDE-Q	Abuso Sexual	11.9%	0.13	.04	1.16			-0.09	0.34
	Abuso Físico	2.8%	-0.50	-0.07	-2.42*			-0.91	-0.10
	Depresión		0.06	.29	6.42***			0.04	0.07
	Ansiedad Estado		-0.01	-.05	-1.15			-0.02	0.00
	Ansiedad Rasgo		0.02	.19	3.62***			0.01	0.03
	Autoestima		-0.03	-.11	-2.68**			-0.05	-0.01
	IMC		0.18	.40	13.17***			0.15	0.20
	Edad		-0.02	-.04	-1.29			-0.04	0.01
	NSE Medio ^a		-0.11	-.04	-1.22			-0.29	0.07
NSE Alto ^b		0.11	.04	1.32			-0.05	0.26	

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .0001$

^{ab} Para la variable NSE la categoría de referencia es NSE Bajo

4.3.2.2. Submuestra de varones

En el caso de los varones se planifica un análisis de regresión múltiple para analizar la relación entre el abuso infantil (sexual y físico) y las actitudes alimentarias, siguiendo un procedimiento análogo al implementado en el grupo de mujeres. Sin embargo, los resultados obtenidos al aplicar la prueba de Shapiro-Wilk para evaluar la normalidad, así como los valores de asimetría y curtosis resultantes, sugieren severas vulneraciones de los supuestos de normalidad del modelo de regresión lineal múltiple para predecir las diversas medidas del EDE-Q. En la tabla 15 se marcan en negrilla los valores que sugieren vulneraciones severas de la normalidad.

Tabla 15. Análisis de la asimetría y la curtosis de las variables para la construcción del modelo de regresión lineal múltiple en varones

VARIABLES	Asimetría	Curtosis
Restricción	1.90	3.51
Preocupación por la Ingesta	5.11	36.37
Preocupación por el Peso	2.10	6.92
Preocupación por la Silueta	1.86	4.41
Escala Global del EDE-Q	2.31	7.56
Depresión	2.68	9.55
Ansiedad Estado	0.80	0.48
Ansiedad Rasgo	0.41	-0.35
Autoestima	-1.17	2.34
Edad	0.89	-0.15
IMC	0.56	0.40

Nota: la variable NSE no aparece en la tabla porque se ha tratado como una variable categórica en el modelo de regresión

En estas condiciones se opta por seguir una estrategia de análisis no paramétrico con un propósito exploratorio, para evaluar la intensidad de las relaciones bivariantes que se establecen entre el abuso infantil y las actitudes alimentarias medidas por las subescalas del EDE-Q. Primero se estudia el abuso sexual infantil y después el abuso físico en la infancia.

4.3.2.2.1. Abuso sexual infantil y actitudes alimentarias

El análisis bivalente de la relación entre abuso sexual y las diferentes subescalas del EDE-Q, se realiza a través de la prueba no paramétrica *U* de Mann-Whitney. En la tabla 16 se observa que, si bien las puntuaciones de los estudiantes varones con historia de abuso sexual infantil en la mayoría de las subescalas actitudinales del EDE-Q son mayores que las de sus compañeros sin historia de victimización sexual, estas diferencias no alcanzan una significación a nivel estadístico.

Tabla 16. Estadísticos descriptivos y prueba *U* de Mann-Whitney: comparación de los varones con y sin abuso sexual infantil en los aspectos actitudinales claves de los trastornos alimentarios

Subescalas del EDE-Q	Abuso Sexual	N	M	DE	Md	Amplitud intercuartil	<i>U</i> de Mann-Whitney	<i>P</i>
Restricción	Ausente	245	0.64	0.97	0.20	1.00	1918.0	.57
	Presente	17	0.82	1.19	0.40	1.00		
Preocupación por la Ingesta	Ausente	245	0.24	0.54	0.00	0.20	2035.5	.86
	Presente	17	0.19	0.34	0.20	0.20		
Preocupación por el Peso	Ausente	245	0.68	0.84	0.40	1.00	1655.5	.15
	Presente	17	0.80	0.57	0.80	1.00		
Preocupación por la Silueta	Ausente	245	0.82	0.98	0.50	1.00	1663.5	.16
	Presente	17	1.07	1.00	0.88	1.31		
Escala Global	Ausente	245	0.60	0.71	0.38	0.75	1729.0	.24
	Presente	17	0.72	0.60	0.58	0.83		

4.3.2.2.2. Abuso físico infantil y actitudes alimentarias

En la tabla 17 se expone el análisis bivalente de la relación entre el abuso físico infantil y las diferentes subescalas actitudinales del EDE-Q, por medio de la prueba no paramétrica *U* de Mann-Whitney. Puede apreciarse que las puntuaciones de los estudiantes varones con y sin historia de abuso físico infantil no presentan diferencias significativas.

Tabla 17. Estadísticos descriptivos y prueba *U* de Mann-Whitney: comparación de los varones con y sin abuso físico infantil en los aspectos actitudinales claves de los trastornos alimentarios

Subescalas del EDE-Q	Abuso Físico	N	M	DE	Md	Amplitud intercuartil	<i>U</i> de Mann-Whitney	<i>P</i>
Restricción	Ausente	253	0,66	0,20	0,99	1,00	965.0	.41
	Presente	9	0,40	0,00	0,78	0,50		
Preocupación por la Ingesta	Ausente	253	0,24	0,00	0,54	0,20	1020.5	.56
	Presente	9	0,27	0,20	0,40	0,40		
Preocupación por el Peso	Ausente	253	0,69	0,40	0,82	1,00	1099.0	.86
	Presente	9	0,78	0,40	1,07	1,60		
Preocupación por la Silueta	Ausente	253	0,83	0,50	0,98	1,06	1024.5	.61
	Presente	9	0,90	0,50	0,93	1,25		
Escala Global	Ausente	253	0,61	0,39	0,71	0,76	1116.0	.92
	Presente	9	0,59	0,28	0,68	0,72		

4.3.3. ABUSO SEXUAL Y FÍSICO INFANTIL Y LOS ASPECTOS COMPORTAMENTALES DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En este subapartado se analiza el abuso sexual y físico en la infancia y su relación con aspectos comportamentales de los trastornos alimentarios, concretamente las conductas de atracón (objetivo y subjetivo) y ciertas conductas compensatorias, como son la restricción de ingesta, el vómito autoprovocado, el abuso de laxantes, el abuso de diuréticos y el ejercicio físico excesivo.

Es importante recordar que en todos los análisis que se presentarán a continuación, se excluyen aquellas personas que han padecido abuso sexual en la adultez y aquellas que han padecido los dos tipos de abuso infantil estudiados (sexual y físico).

Se presentan primero los resultados obtenidos por el grupo de mujeres seguido por el de varones.

4.3.3.1. Submuestra de mujeres

Para analizar la relación entre el abuso infantil y los aspectos comportamentales claves asociados a los trastornos alimentarios en el grupo de mujeres, se llevó a cabo un análisis de regresión logística para cada aspecto conductual considerado. En estos análisis se siguieron los mismos pasos que para los modelos de regresión lineal múltiple. En primer lugar, la prueba de significación global (“chunk test”) del conjunto de interacciones de primer orden resultó no significativa ($p > .41$) para todos los modelos evaluados, excepto en el caso de la variable atracón objetivo ($p = .01$). No obstante, ninguno de los términos de interacción del modelo máximo correspondiente a la conducta de atracón objetivo resultó estadísticamente significativo, por lo que se procedió a eliminar dichas interacciones. A continuación, se controlaron las mismas variables que en las regresiones que examinaron la relación entre el abuso infantil y los aspectos actitudinales de los trastornos alimentarios, que son sintomatología depresiva, ansiedad estado y rasgo, autoestima, edad, IMC y nivel socioeconómico. Al igual que en las regresiones lineales múltiples, el proceso de evaluación de los potenciales factores de confusión ha llevado a mantener en todos los casos la totalidad de las variables de control en cada modelo.

Respecto al diagnóstico de los modelos analizados con regresión logística binaria (aspectos comportamentales), los resultados en cuanto a valores extremos en las variables predictoras (“lever”) y colinealidad (correlación de Pearson entre predictores) coinciden con los resultados obtenidos para los modelos analizados mediante regresión lineal múltiple (aspectos actitudinales), que se han detallado en el apartado 4.3.2.1. La presencia de valores extremos en las variables criterio se evaluó mediante el valor de los residuales estudentizados (“sresid”). En los siete modelos analizados, todos los casos obtuvieron valores dentro de los límites recomendados (entre -3 y +3). La presencia de valores influyentes que afectan a la estimación de los parámetros se evaluó mediante la distancia de Cook. Sólo un máximo de tres casos en uno de los modelos evaluados superó el umbral recomendado para muestras grandes (> 1) (Cook & Weisberg, 1982).

La tabla 18 resume las estimaciones obtenidas con cada modelo. Además de señalar el porcentaje de incidencia de cada tipo de conducta evaluada en los grupos con y sin

abuso, se presenta la Odds Ratio (OR), su intervalo de confianza y el resultado de la prueba de significación. Asimismo, se incluye el valor R^2 de Nagelkerke para valorar su bondad de ajuste y el resultado de la prueba de Hosmer-Lemeshow para la calibración de cada modelo.

Al contrario de lo que se esperaba, no se observa una relación significativa entre el abuso infantil (ni sexual ni físico) y las diversas conductas asociadas a los trastornos alimentarios evaluadas.

Tabla 18. Resumen del análisis de regresión logística para las variables que predicen los aspectos comportamentales claves asociados a los trastornos alimentarios en las mujeres

Conducta	Predictor	Presencia abuso infantil (N = 678)		p	OR	IC 95%		R ²	H-L p
		No abuso	Sí abuso			Límite inferior	Límite superior		
Atracón objetivo	Abuso Sexual	35.9%	46.3%	.23	1.35	0.82	2.25	.08	.62
	Abuso Físico	37.1%	36.8%	.82	0.89	0.33	2.42		
	Depresión			<.01	1.07	1.02	1.11		
	Ansiedad Estado			.15	0.98	0.96	1.01		
	Ansiedad Rasgo			.13	1.02	0.99	1.05		
	Autoestima			.75	1.01	0.96	1.06		
	IMC			.01	1.08	1.02	1.15		
	Edad			.03	0.93	0.87	0.99		
	NSE Medio ^a			.45	0.85	0.55	1.31		
NSE Alto ^b			.87	1.03	0.71	1.50			
Atracón subjetivo	Abuso Sexual	21.1%	33.3%	.34	1.31	0.75	2.30	.16	.67
	Abuso Físico	22.9%	1.3%	.15	0.31	0.06	1.57		
	Depresión			<.01	1.07	1.02	1.12		
	Ansiedad Estado			.40	0.99	0.96	1.02		
	Ansiedad Rasgo			.22	1.02	0.99	1.05		
	Autoestima			.12	0.96	0.91	1.01		
	IMC			<.01	1.11	1.04	1.20		
	Edad			.13	1.06	0.98	1.14		
	NSE Medio ^a			.73	0.91	0.52	1.57		
NSE Alto ^b			.04	1.57	1.01	2.44			

		Presencia abuso infantil							
		(N = 678)				IC 95%			
Conducta	Predictor	No	Sí	p	OR	Límite	Límite	R ²	H-L
		abuso	abuso			inferior	superior		p
Restricción de ingesta	Abuso Sexual	2.7%	7.4%	.11	2.40	0.81	7.07	.18	.09
	Abuso Físico	3.2%	5.3%	.59	1.87	0.19	18.79		
	Depresión			.18	1.06	0.97	1.17		
	Ansiedad Estado			.75	1.01	0.95	1.07		
	Ansiedad Rasgo			.10	1.06	0.99	1.14		
	Autoestima			.57	1.04	0.91	1.18		
	IMC			.41	1.07	0.91	1.25		
	Edad			.85	1.02	0.86	1.20		
	NSE Medio ^a			.26	2.01	0.60	6.75		
	NSE Alto ^b			.39	1.58	0.56	4.47		
Vómito autoprovocado	Abuso Sexual	2.0%	6.2%	.17	2.26	0.69	7.40	.22	.69
	Abuso Físico	2.6%	0.0%	.99	0.00	---	---		
	Depresión			.04	1.12	1.00	1.24		
	Ansiedad Estado			.95	1.00	0.93	1.07		
	Ansiedad Rasgo			.70	0.98	0.90	1.07		
	Autoestima			.56	0.96	0.82	1.11		
	IMC			<.01	1.29	1.11	1.51		
	Edad			.15	0.84	0.65	1.07		
	NSE Medio ^a			.68	1.36	0.32	5.84		
	NSE Alto ^b			.53	1.46	0.46	4.65		
Abuso de laxantes	Abuso Sexual	4.0%	6.2%	.93	0.95	0.30	2.98	.19	.19
	Abuso Físico	4.2%	5.3%	.97	0.97	0.10	9.77		
	Depresión			.03	1.10	1.01	1.19		
	Ansiedad Estado			.16	0.96	0.91	1.02		
	Ansiedad Rasgo			.06	1.06	1.00	1.13		
	Autoestima			.83	0.99	0.88	1.10		
	IMC			<.01	1.20	1.06	1.36		
	Edad			.43	1.06	0.92	1.22		
	NSE Medio ^a			.76	1.19	0.39	3.64		
	NSE Alto ^b			.64	1.24	0.50	3.09		

		Presencia abuso infantil				IC 95%		H-L	
		(N = 678)							
Conducta	Predictor	No abuso	Sí abuso	p	OR	Límite inferior	Límite superior	R ²	p
Abuso de diuréticos	Abuso Sexual	7.9%	6.2%	.43	0.67	0.25	1.82	.13	.58
	Abuso Físico	7.9%	0.0%	.99	0.00	---	---		
	Depresión			.83	1.01	0.94	1.08		
	Ansiedad Estado			.60	0.99	0.95	1.03		
	Ansiedad Rasgo			<.01	1.08	1.03	1.13		
	Autoestima			.21	1.05	0.97	1.15		
	IMC			<.01	1.23	1.12	1.36		
	Edad			.55	0.96	0.86	1.08		
	NSE Medio ^a			.76	0.89	0.41	1.91		
NSE Alto ^b			.11	0.55	0.27	1.15			
Ejercicio excesivo	Abuso Sexual	2.8%	1.2%	.26	0.30	0.04	2.48	.11	.11
	Abuso Físico	2.7%	0.0%	.99	0.00	---	---		
	Depresión			.04	1.12	1.01	1.24		
	Ansiedad Estado			.44	0.97	0.90	1.04		
	Ansiedad Rasgo			.99	1.00	0.92	1.08		
	Autoestima			.73	1.03	0.89	1.18		
	IMC			.31	1.09	0.92	1.30		
	Edad			.72	0.96	0.78	1.19		
	NSE Medio ^a			.01	7.17	1.81	28.40		
NSE Alto ^b			.10	3.27	0.81	13.17			

Nota: --- = No evaluable

^{ab} Para la variable NSE la categoría de referencia es NSE Bajo

4.3.3.2. Submuestra de varones

Se planificó un análisis de regresión logística similar al utilizado en el grupo de las mujeres para analizar la relación entre el abuso infantil y las conductas claves asociadas a los trastornos alimentarios en los varones, sin embargo se descartó esta opción dado el bajo porcentaje de respuestas afirmativas. Por este motivo se realiza un análisis bivalente mediante la prueba χ^2 . Primero se revisarán los resultados relativos al abuso sexual infantil y después los del abuso físico.

4.3.3.2.1. Abuso sexual infantil y aspectos comportamentales de los trastornos alimentarios

En la tabla 19 se presentan los resultados obtenidos con la prueba χ^2 al comparar a los grupos de varones con y sin historia de abuso sexual infantil en los aspectos comportamentales claves de los trastornos alimentarios evaluados por el EDE-Q: episodios de atracón (objetivo y subjetivo) y conductas compensatorias (restricción de ingesta, vómito autoprovocado, ejercicio físico excesivo, abuso de laxantes y de diuréticos). Tal como puede apreciarse, no aparece ninguna relación estadísticamente significativa entre las variables mencionadas y la victimización sexual en la infancia en los varones.

Tabla 19. Comparación de los grupos de varones abusados y no abusados sexualmente en la infancia en cada una de las conductas de atracón y compensatorias

Conductas alimentarias y compensatorias claves de los trastornos alimentarios	Varones		Prueba de χ^2 o prueba exacta de Fisher		
	Abuso Sexual		χ^2	p	PD (IC 95%)
	No abuso (n=245)	Sí abuso (n=17)			
Episodios de atracón objetivo ^a	46.3%	58.8%	0.99	.32	12.51% (-11.15; 33.02)
Episodios de atracón subjetivo ^b	7.3%	11.8%	---	.63	4.42% (-4.94; 27.14)
Restricción de ingesta ^c	1.2%	0.0%	---	> .99	-1.22% (-3.54; 17.23)
Vómito autoprovocado ^d	0.0%	5.9%	---	.07	5.88% (0.81; 26.98)
Abuso laxantes ^e	0.4%	5.9%	---	.13	5.47% (0.29; 26.58)
Abuso diuréticos ^f	2.0%	0.0%	---	> .99	-2.04% (-4.69; 16.43)
Ejercicio físico excesivo ^g	5.7%	11.8%	---	.28	6.05% (-3.18; 28.74)

Nota: --- = Prueba exacta de Fisher

^{ab} Ocurrencia al menos una vez en el último mes

^{def} Ocurrencia en promedio al menos una vez a la semana en el último mes

^c Ocurrencia en promedio 3 o más veces a la semana en el último mes

^g Ocurrencia en promedio 5 o más veces a la semana en el último mes

PD: Diferencia de proporciones/prevalencias (en %)

4.3.3.2.2. Abuso físico infantil y aspectos comportamentales de los trastornos alimentarios

En la tabla 20 se exponen los resultados obtenidos a través de la prueba de χ^2 al comparar a los grupos de varones con y sin historia de abuso físico infantil en la presencia de episodios de atracón (objetivo y subjetivo) y conductas compensatorias (restricción de ingesta, vómito autoprovocado, ejercicio físico excesivo, abuso de laxantes y de diuréticos). Se puede observar que no aparece ninguna relación significativa entre el maltrato físico en la infancia y las conductas evaluadas.

Tabla 20. Comparación de los grupos de varones abusados y no abusados físicamente en la infancia en cada una de las conductas de atracón y compensatorias

Conductas alimentarias y compensatorias claves de los trastornos alimentarios	Varones		Prueba de χ^2 o prueba exacta de Fisher		
	Abuso Físico		χ^2	p	PD (IC 95%)
	No abuso (n=253)	Sí abuso (n=9)			
Episodios de atracón objetivo ^a	47.6%	33.3%	---	.51	-14.29% (-36.43; 17.55)
Episodios de atracón subjetivo ^b	7.5%	11.1%	---	.52	3.60% (-6.33; 36.10)
Restricción de ingesta ^c	1.2%	0.0%	---	> .99	-1.19% (-3.43; 28.74)
Vómito autoprovocado ^d	0.4%	0.0%	---	> .99	-0.40% (-2.20; 29.52)
Abuso laxantes ^e	0.8%	0.0%	---	> .99	-0.79% (-2.84; 29.13)
Abuso diuréticos ^f	1.6%	11.1%	---	.16	9.53% (0.09; 41.93)
Ejercicio físico excesivo ^g	5.9%	11.1%	---	.44	5.18% (-4.63; 37.65)

Nota: --- = Prueba exacta de Fisher

^{ab} Ocurrencia al menos una vez en el último mes

^{def} Ocurrencia en promedio al menos una vez a la semana en el último mes

^c Ocurrencia en promedio 3 o más veces a la semana en el último mes

^g Ocurrencia en promedio 5 o más veces a la semana en el último mes

PD: Diferencia de proporciones/prevalencias (en %)

5. CAPÍTULO V: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1. PRESENCIA DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Se ha establecido que el abuso sexual infantil tiene mayor presencia en la población femenina, y así lo ratifican los resultados de la presente investigación. En un estudio de Finkelhor (1994) sobre la prevalencia del abuso sexual infantil en 21 países diferentes, el autor observa que la mayoría de las víctimas son mujeres, con porcentajes que varían entre el 7 y el 36%. En el caso de los hombres, la prevalencia informada va desde un 3 hasta un 29%. En España, el estudio nacional representativo de López et al. (1995) comunicó que antes de los 17 años, 22.5% de las mujeres manifiestan haber sufrido algún tipo de abuso sexual infantil comparado al 15.2% de los varones, y que, cuando la experiencia de abuso contempla contacto físico, el 16.4% de las mujeres y el 13.1% de los hombres informan haberlo padecido.

Tal como se propuso en la primera hipótesis de trabajo, en este estudio se observó que las mujeres presentaron porcentajes de abuso sexual infantil significativamente más altos (14.3% comparado al 8.6% de los varones). Si bien los porcentajes son diferentes a los encontrados en otras investigaciones en España, se mantiene siempre una proporción similar entre los géneros. El porcentaje hallado en la presente investigación es bastante semejante al obtenido por De Paúl et al. (1995) en el País Vasco, que observaron la presencia de abuso sexual infantil en un 14.9% de las mujeres y un 9.7% de los varones. Asimismo, se asemeja al informado por López et al. (1995) en las mujeres (16.4%). Sin embargo, es más bajo que el que obtuvo este autor en varones (13.1%), y es también menor al hallado por Pereda (2006) en una muestra de estudiantes universitarios en Cataluña. En dicho estudio, 19% de las mujeres y 15.5% de los varones informaron haber sido abusados sexualmente antes de los 18 años.

La prevalencia obtenida en otros países en grupos de varones resultan aún más bajas que las presentadas en esta investigación. Kinzler et al. (1997) informan una presencia del abuso sexual infantil de un 4% en su muestra de universitarios austriacos, y Laws & Golding (1996) comunican un 5.9% de presencia de abuso sexual en cualquier etapa

evolutiva en los varones de una muestra nacional estadounidense. De este modo, se corrobora lo observado por Finkelhor (1994) respecto a la importante diferencia de prevalencia observada entre los diversos estudios que se abocan al tema. Tal como él mismo señala, esto podría deberse a diferencias metodológicas - más que a diferencias reales entre las distintas poblaciones - dentro de las cuales destaca la delimitación del término de abuso en sí mismo, así como de las características que lo definen. Del mismo modo hay que considerar que se trabaja con distintos tipos de instrumentos y cohortes.

En síntesis, los resultados obtenidos sugieren que el abuso sexual infantil es un problema mucho más extendido de lo que podría suponerse, y despierta una alarma social que requiere urgente acogida. Es curioso observar que pese al cambio de rol de la mujer en la época actual, siga siendo un problema significativamente mayor en población femenina. Sin embargo, no deja de resultar sorprendente la importante presencia que tiene también en los varones.

5.2. PRESENCIA DEL ABUSO FÍSICO INFANTIL

Los resultados obtenidos van en la línea de las hipótesis que se han planteado respecto a la presencia de un porcentaje similar de abuso físico infantil entre los géneros, a diferencia de lo que sucedía con el abuso sexual.

Se ha encontrado que el 3.8% de las mujeres y el 4.5% de los varones de la muestra padecieron maltrato físico en su infancia, porcentajes que resultan muy similares a los informados por la literatura científica, tanto en población universitaria femenina como masculina. En efecto, Pereda (2006) observa que 5.3% de las estudiantes mujeres y 3.8% de los muchachos sufrieron abuso físico en la infancia en Cataluña. Los resultados del presente trabajo también se asemejan a los obtenidos en muestras universitarias de otros países de Europa y América: Bailey & Gibbons (1989) informaron que el abuso físico infantil se daba en el 6% de las muchachas; Kinzl et al. (1997) hallaron una presencia del maltrato en el 3.6% de los varones de su muestra y Messman-Moore & Scheer (2005) lo observaron en el 4.5% de las estudiantes mujeres.

5.3. ABUSO INFANTIL Y SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA EN MUJERES

El abuso infantil, qué duda cabe, produce unas consecuencias dolorosas y en muchos casos psicopatológicas que se conservan en la edad adulta. Los análisis exploratorios que se han realizado en el presente estudio han señalado una asociación significativa entre el abuso sexual infantil en las mujeres y sintomatología depresiva, ansiosa y el desmedro de la autoestima. En los varones, se ha observado una relación significativa entre el maltrato físico en la infancia y síntomas depresivos y de ansiedad. El estudio más profundo de la relación entre el abuso infantil y este tipo de sintomatología psicopatológica trasciende los objetivos de esta investigación, pero induce a investigarlo más a fondo en futuros estudios.

5.3.1. ABUSO SEXUAL INFANTIL Y SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA: ASPECTOS ACTITUDINALES

Al revisar la relación entre el abuso sexual infantil y los aspectos actitudinales de los trastornos alimentarios en las mujeres de la muestra se obtuvo que, una vez controlados los niveles de sintomatología depresiva, ansiosa, autoestima, IMC, edad y nivel socioeconómico, así como la coexistencia de otro tipo de abuso, las mujeres abusadas sexualmente en la infancia presentan puntuaciones significativamente mayores en la subescala *Preocupación por el Peso*. De este modo, los resultados van parcialmente en la línea de la hipótesis planteada al respecto.

Los estudios que se abocan concretamente a estudiar los aspectos actitudinales de los trastornos alimentarios en población no clínica no son muchos. Los que lo hacen suelen utilizar instrumentos como el *Eating Attitudes Test* (EAT) y el EDI y coinciden en encontrar asociación con el abuso sexual infantil, tanto en muestra comunitaria femenina (Kenardy et al., 1998), como en grupos de universitarias (Calam, 1989; Hund & Espelage, 2005; Messman-Moore et al., 2007; Smolak et al., 1990; Weiner et al., 1997). Son escasos los autores que han informado ausencia de relación entre el abuso sexual infantil y las actitudes alimentarias en este tipo de muestra (Kent, Waller, & Dagnan, 1999; Kinzl et al., 1994).

De modo que los resultados de esta investigación tienen respaldo teórico, y, aunque se esperaba también obtener una asociación con las otras subescalas actitudinales, la *Preocupación por el Peso* resulta ser una de las más importantes en la medición de sintomatología alimentaria. En efecto, la preocupación por el peso constituye una de las claves actitudinales de los trastornos alimentarios y, según las revisiones más recientes sobre factores de riesgo de los trastornos alimentarios que recogen los resultados de investigaciones longitudinales prospectivas y de estudios experimentales, es uno de los factores de riesgo con mayor apoyo empírico (Fairburn & Harrison, 2003; Jacobi, 2005; Jacobi, Hayward, de, Kraemer, & Agras, 2004; Stice, 2002; The McKnight Investigators, 2003). Consiste en un temor importante a ganar peso, conducta de dieta, imagen corporal negativa y síntomas o actitudes específicas de las alteraciones alimentarias en general.

El ideal de belleza femenino promocionado día a día por los medios de comunicación es el de un cuerpo excesivamente delgado. El mercado se ha visto inundado de productos milagrosos para bajar de peso, y la sociedad ha sido sometida por el culto al cuerpo. Esto ha llevado a que, en los individuos de nuestra sociedad, sea normal la preocupación por su peso y el esfuerzo por cambiarlo (Herman & Polivy, 1982). En efecto, algunos estudios han indicado que aproximadamente el 47% de las mujeres de la población general que tienen un peso normal, y el 32% de las adolescentes de peso normal, hacen dieta para adelgazar (Biener & Heaton, 1995; Moses, Banilivy, & Lifshitz, 1989; Stephenson, Levy, Sass, & McGarvey, 1987). Y, en estudiantes universitarias, Jacobovitz (1977) observó que el 82% de las muchachas estaban haciendo alguna dieta para adelgazar o se veían sometidas a algún tipo de esfuerzo para conservar su peso bajo control. Con este panorama no resulta sorprendente que la preocupación por el peso de las jóvenes universitarias, que constituyen de por sí un grupo elite de la sociedad y que suele ser un grupo más sobreadaptado que la norma, presente una preocupación alta en esta subescala del EDE-Q. Lo que es realmente llamativo y alarmante es que, aún siendo esta la norma, las muchachas que han sufrido abuso sexual infantil presenten una preocupación significativamente mayor que sus compañeras, lo que sugiere un riesgo incrementado de desarrollar alteraciones en la conducta alimentaria.

5.3.2. ABUSO SEXUAL INFANTIL Y SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA: ASPECTOS COMPORTAMENTALES

Tal como se ha señalado anteriormente, la literatura científica ha relacionado al abuso sexual infantil con ciertos aspectos comportamentales claves de los trastornos alimentarios y más bien asociados con la sintomatología bulímica, en concreto, las conductas de atracón y ciertas conductas compensatorias. En muestras clínicas femeninas, se ha observado que la relación se da mayormente con bulimia nerviosa y cuadros con sintomatología bulímica (Steiger y Zanko, 1990; Deep et al., 1999; Webster et al., 2000; Van Gerko et al., 2005; Waller y Raddock 1995; Tobin et al., 1996). Resultados bastante parecidos los hallamos en población no clínica de mujeres, tanto en estudios de muestras comunitarias (Wonderlich et al., 1996; Dansky et al., 1997; Striegel-Moore et al., 2002; Kendler et al., 2000), como en aquellos que trabajan con universitarias (Beckman et al., 1990; Borman et al., 2005; Murray et al., 2002; Simental, 1999; Villarroel, 2007; Williams et al., 2003).

Sin embargo, los resultados de este trabajo discrepan con estas investigaciones y rechazan la hipótesis de estudio que se había planteado, ya que, tras ajustar por abuso físico infantil, sintomatología depresiva, ansiosa, autoestima, edad, IMC y nivel socioeconómico, no se observó relación significativa entre el abuso sexual infantil y los aspectos comportamentales evaluados (episodios de atracón objetivo y subjetivo y diversas conductas compensatorias). Estas discrepancias pueden explicarse por el hecho de que, a diferencia del presente estudio que es controlado y que analiza muy rigurosamente la importancia de la interferencia de factores psicopatológicos en la aparición de alteraciones alimentarias, la mayoría de los estudios que observan una relación en universitarias y muestras comunitarias presenta en cambio análisis bivariantes. En efecto, en el caso concreto de aquellas investigaciones que trabajan con muestras universitarias, a excepción del estudio de Williams & Gleaves (2003) que prueban un modelo causal, el resto de las investigaciones no controla el efecto de las posibles variables confundidoras. Igualmente sucede en los estudios que utilizan muestras comunitarias y establecen la existencia de una asociación entre el abuso sexual infantil y aspectos comportamentales relacionados principalmente con la bulimia. De estos, las únicas investigaciones que utilizan análisis multivariantes son la de

Wonderlich et al. (1996), que ajusta por edad, grupo étnico y nivel cultural de los padres, y la de Kendler et al. (2000), que trabaja con parejas de gemelas y controla por funcionamiento familiar.

Al igual que la presente investigación, existen otros pocos estudios que tampoco apoyan la relación en cuestión y que también utilizaron modelos multivariantes. Es el caso del estudio de Kent et al. (1999), que trabajan con una muestra universitaria y que informan que, al controlar por otras formas de abuso infantil, depresión y ansiedad, la relación pierde significación estadística. Asimismo, tenemos el estudio de Bailey & Gibbons (1989) que, también en una muestra universitaria, descarta la asociación entre sintomatología bulímica y abuso sexual infantil, controlando por distintas variables sociodemográficas y otros tipos de abuso. Un estudio no controlado en muestra comunitaria que tampoco observa asociación entre el abuso y los aspectos comportamentales de las alteraciones de la conducta alimentaria, es el de Korte et al. (1998).

Si bien pocos, todos estos estudios que han trabajado con análisis estadísticos más integradores y que obtienen resultados que divergen de la mayoría, sugieren la necesidad de seguir investigando el tema. Asimismo, confirman la noción de que cualquier tipo de asociación entre el abuso sexual infantil y los trastornos alimentarios y la sintomatología asociada, ha de evaluarse con una técnica de análisis que permita el control de las variables susceptibles de producir fenómenos de confusión. Este marco multivariante responde a la necesidad de desarrollar investigaciones que aborden el fenómeno en toda su complejidad, considerando todos los factores que pueden tener un rol en la asociación.

5.3.3. ABUSO FÍSICO INFANTIL Y SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA: ASPECTOS ACTITUDINALES Y COMPORTAMENTALES

Tal como se señaló en la revisión teórica, el abuso físico infantil no ha sido tan estudiado como el abuso sexual infantil en su vínculo con los trastornos alimentarios. En general, los pocos estudios que lo abordan en muestras no clínicas femeninas informan la existencia de una asociación con alteraciones en la conducta alimentaria,

especialmente con las conductas de atracón y purga (Bailey et al., 1989; Borman et al., 2005; Messman-Moore et al., 2007; Striegel-Moore et al., 2002) o con un incremento del riesgo de desarrollar síntomas subclínicos de trastornos alimentarios, o de cumplir criterios DSM-IV para algún trastorno de la conducta alimentaria según la SCID (Johnson et al., 2002). Sin embargo, los resultados aquí obtenidos se contraponen a estos hallazgos, no apoyándose la hipótesis de estudio. En el grupo de las mujeres evaluadas, tras ajustar por abuso sexual infantil, sintomatología depresiva, ansiosa, autoestima, edad, índice de masa corporal y nivel socioeconómico, no se observa asociación significativa con los aspectos actitudinales ni comportamentales evaluados por el EDE-Q; es más, al contrario de lo esperado, observamos que las estudiantes con historia de abuso físico infantil presentan puntajes significativamente más bajos en las subescalas actitudinales: *Restricción*, *Preocupación por el Peso*, *Preocupación por la Silueta* y *Escala Global*, al compararlas con sus compañeras sin historia de abuso.

Si revisamos la literatura científica en detalle, observamos que carecemos de estudios que se dediquen específicamente a revisar la relación entre el abuso físico infantil y las actitudes alimentarias. Las pocas investigaciones que tratan el abuso físico en su relación con sintomatología alimentaria en población no clínica, abordan los aspectos comportamentales de estas alteraciones, encontrando asociación, tal como se dijo, con la conducta de atracón y purga. Tan sólo la investigación de Kent et al. (1999) considera directamente las actitudes alimentarias y lo hace a través de 3 escalas del EDI-2 (*Motivación por adelgazar*, *Bulimia e Insatisfacción Corporal*), observando que el impacto del abuso físico en estas escalas no es directo, sino que se da en interacción con el abuso emocional. De modo que se carece de datos suficientes para comparar estos resultados.

Considerando que en la sociedad occidental actual es normal que las mujeres presenten una cierta cuota de preocupación por su peso y silueta, resulta sumamente llamativo que estas muchachas estén significativamente menos preocupadas que sus compañeras. Una posible explicación a estos resultados que señalan que las estudiantes abusadas físicamente en la infancia están significativamente menos preocupadas por la restricción de ingesta, el peso y la silueta, podría estar dada por el hecho de que la agresión física puede poner en peligro la vida, por cuanto alguien que crece en un ambiente cargado de

violencia ha de preocuparse antes que nada de su supervivencia básica, lo que podría resultar en que estas muchachas dejen de lado las inquietudes más típicas de las mujeres de su edad, que pueden incluso llegar a resultar triviales al lado de lo que a ellas les consterna. Esto podría manifestarse en la despreocupación por su aspecto físico, como si el cuerpo agredido físicamente no fuese digno de mayor preocupación que la de protegerlo de los daños físicos, y el resto de preocupaciones pasaran a segundo plano, aún en una sociedad que promueve el culto al cuerpo.

Las investigaciones que abordan la relación entre el abuso físico y los aspectos comportamentales de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas, tampoco son muchas. De estas pocas, la mitad utiliza análisis estadísticos ajustados por variables confundidoras, como son otras formas de abuso, funcionamiento familiar y/u otra psicopatología (Bailey et al., 1989; Johnson et al., 2002; Messman-Moore et al., 2007). El resto de estudios, en cambio, no utiliza modelos controlados al explorar la asociación. Sin embargo, independientemente del tipo de análisis estadístico empleado, todas coinciden en hallar relación entre los aspectos comportamentales (atracción y conductas compensatorias) y el abuso físico en la infancia. Las discrepancias con los resultados aquí obtenidos podrían estar dadas, en parte, por la baja presencia del abuso físico infantil en la muestra que pudo haber afectado los resultados mediante la reducción de la potencia de los análisis.

Por otra parte, es esencial tener en cuenta que, tal como se señaló, el vínculo entre el abuso infantil y el desarrollo de trastornos alimentarios es complejo y que el maltrato debe considerarse como un factor de riesgo más dentro de la etiología multidimensional de los trastornos alimentarios, en donde contribuyen factores genéticos, neuroquímicos, psicoevolutivos y socioculturales (Connors & Morse, 1993). Es posible que en la relación específica con el abuso físico, existan factores mediadores no contemplados en esta investigación que estén afectando los resultados. Por ejemplo, un factor bastante investigado en el abuso infantil y que se ha postulado como posible mediador en la relación con los trastornos alimentarios es la disociación (Carretero, 2008; Everill et al., 1995; Kent et al., 1999). Futuros estudios han de seguir investigando al respecto.

5.4. ABUSO INFANTIL Y SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA EN VARONES

La investigación de los trastornos de la conducta alimentaria fue por muchos años un campo dedicado a las mujeres, y aunque hoy en día muchos investigadores estudian el tema en población masculina, falta profundizar en algunas áreas relacionadas, como es el caso del vínculo entre la psicopatología alimentaria y el abuso infantil (Kinzl et al., 1997). Después de una exhaustiva revisión bibliográfica, fueron pocos los estudios sobre el fenómeno que se encontraron. Es por esto que la presente investigación abordó el tema desde una perspectiva exploratoria, sin plantearse hipótesis prematuras que el escaso conocimiento que se maneja del tema impide aventurar. Los resultados obtenidos se avienen con los de algunos investigadores, pero discrepan con lo establecido por otros, dejando el campo de estudio abierto para futuro trabajos.

5.4.1. ABUSO SEXUAL INFANTIL Y SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA: ASPECTOS ACTITUDINALES Y COMPORTAMENTALES

En el grupo de varones estudiados en este trabajo no se halló asociación entre la experiencia de abuso sexual infantil y las subescalas actitudinales del EDE-Q. Esto concuerda con lo sugerido por Kinzl et al. (1997) que no observan asociación entre el abuso sexual infantil y las actitudes y sintomatología alimentaria evaluadas por el EDI, en una muestra de varones universitarios.

Tampoco se encontró relación entre el abuso sexual infantil y los aspectos comportamentales asociados a los trastornos alimentarios. Esto es afín a lo informado por Kinzl et al. (1997), pero discrepa con lo indicado por Borman & Hofstra (2005), que observan que los muchachos universitarios con historia de abuso sexual infantil presentan mayor propensión a situarse sobre el punto de corte en la escala *Bulimia* del EDI. Esta diferencia puede deberse al hecho de que esta escala se centra más bien en la conducta de atracón y deja de lado las conductas compensatorias consideradas en la presente investigación (salvo por el ítem que pregunta acerca del vómito autoprovocado).

También los resultados de esta investigación son discordantes con los obtenidos por Feldman & Meyer (2007b) en una muestra de varones homosexuales y bisexuales de la población general. Esto puede deberse a las características particulares de esta muestra; de hecho, se ha visto que la población masculina homosexual y bisexual es mucho más propensa que la heterosexual a presentar síntomas comportamentales de trastornos alimentarios (Austin et al., 2004; Russell & Keel, 2002; Wichstrom, 2006; Yager, Kurtzman, Landsverk, & Wiesmeier, 1988; Yelland & Tiggemann, 2003) y que exhiben una mayor prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria según criterios DSM-IV (Carlat, Camargo, Jr., & Herzog, 1997; Feldman & Meyer, 2007a; Herzog, Norman, Gordon, & PePOSE, 1984; Olivardia, Pope, Jr., Mangweth, & Hudson, 1995).

En todo caso son muy pocos los estudios que abordan el fenómeno, de modo que no pueden establecerse conclusiones sólidas al respecto.

5.4.2. ABUSO FÍSICO INFANTIL Y SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA: ASPECTOS ACTITUDINALES Y COMPORTAMENTALES

Al comparar a los estudiantes con y sin historia de abuso físico infantil, tampoco se observaron diferencias significativas en las subescalas actitudinales, ni en los aspectos comportamentales medidos por el EDE-Q. Esto es concordante con lo observado por Feldman & Meyers (2007b) y Johnson et al. (2002), y en cambio se opone a lo que indican Kinzler et al. (1997). Estos autores observan que los varones con historia de abuso físico infantil severo o un ambiente familiar adverso, muestran un riesgo incrementado de padecer trastornos alimentarios en comparación a los que no presentan dicha adversidad. Asimismo, los resultados aquí obtenidos discrepan de lo señalado por Borman & Hofstra (2005), que exponen que el grupo de muchachos que se ubica sobre el punto de corte de la escala *Bulimia* del EDI presenta un porcentaje mayor de historia de abuso físico infantil que el grupo que está por debajo del punto de corte.

Estas divergencias entre los pocos estudios que se abocan al fenómeno en varones, al igual que como sucede con el abuso sexual, subrayan la necesidad de seguir investigando al respecto, sobre todo considerando el incremento de la patología alimentaria en la población masculina de los últimos años.

5.5. CONSIDERACIONES FINALES Y CONCLUSIONES

En síntesis, los resultados obtenidos en esta investigación sugieren que en mujeres y varones estudiantes universitarios:

1. El abuso sexual padecido en la infancia está significativamente más presente en el grupo de mujeres, y el abuso físico infantil se presenta de manera semejante en el grupo de mujeres y varones de la muestra, lo que concuerda con lo establecido en la literatura científica.
2. Las muchachas abusadas sexualmente en la infancia presentan una preocupación por el peso significativamente mayor que sus compañeras no abusadas, lo que, según la literatura científica, implica un riesgo incrementado de desarrollar algún tipo de trastorno alimentario.
3. En las estudiantes mujeres, al ajustar por las variables confundidoras, pierde significación la relación entre el abuso sexual padecido en la infancia y los aspectos comportamentales asociados a los trastornos alimentarios (atracones y conductas compensatorias), lo que cuestiona lo establecido por la mayoría de investigaciones que abordan el fenómeno y establece la necesidad de seguir estudiando el tema considerando todos los factores que pueden tener un rol en esta compleja asociación.
4. Examinados en conjunto, los puntos dos y tres sugieren que el abuso sexual infantil, si bien se relaciona con mayor preocupación por el peso y por tanto con un incremento del riesgo de desarrollar sintomatología alimentaria, no parece afectar el comportamiento alimentario actual de las muchachas. Esto insinúa que entre las actitudes y la conducta alimentaria hay otras variables en juego cuyo efecto cabe valorar en investigaciones futuras con un acercamiento estadístico apropiado.
5. En las mujeres del grupo que fueron maltratadas físicamente en la infancia se observa una menor preocupación por el peso y la silueta y una menor tendencia a la restricción de la ingesta como medida para modificar su peso o silueta, en comparación con sus compañeras no abusadas. Esto discrepa con las pocas investigaciones que han abordado la relación entre el maltrato físico y los aspectos actitudinales asociados a los trastornos alimentarios. Asimismo, los

resultados obtenidos difieren de otros estudios al no encontrar asociación entre la experiencia de abuso físico en la infancia y los aspectos comportamentales de los trastornos alimentarios. Teniendo en cuenta estas discrepancias así como el bajo porcentaje de abuso físico encontrado en el grupo, se estima necesario seguir estudiando el fenómeno en toda su complejidad, considerando un escrutinio cabal de todos los factores que pueden participar en la relación.

6. En los varones, no se observa relación entre el abuso infantil (sexual y físico) y los aspectos actitudinales y comportamentales de los trastornos alimentarios. Es importante considerar estos resultados en su carácter exploratorio, dado el pequeño grupo de muchachos que comunicaron abuso infantil. Esto requirió emplear métodos de análisis estadísticos bivariantes, impidiendo el control de otros factores que pueden participar en la relación. Se hace necesario seguir investigando este tema tan poco tratado en población universitaria masculina.

Los resultados aquí obtenidos tienen implicaciones tanto a nivel preventivo como clínico.

A nivel preventivo, el hecho de observar una preocupación por el peso significativamente mayor en las muchachas abusadas sexualmente en la infancia, y considerar su relación con un riesgo aumentado de desarrollar alteraciones alimentarias, sugiere que la prevención del abuso sexual en la infancia puede llevarnos a una consecuente reducción de los trastornos alimentarios. Esto, sin olvidar que, como factor de riesgo inespecífico de psicopatología, la prevención del abuso sexual infantil puede reducir también el desarrollo de otros tipos de trastornos psicopatológicos relacionados en nuestra sociedad.

A nivel clínico plantean la necesidad de estar atentos a la detección de una historia de abuso sexual en la infancia en pacientes con alteraciones alimentarias y otras psicopatologías relacionadas. Y, visto desde la perspectiva contraria, estos resultados indican que los clínicos que trabajan con personas que han sufrido abuso sexual infantil, han de estar capacitados para detectar trastornos alimentarios y otras psicopatologías asociadas al abuso. Esto implica que el tratamiento de personas que han padecido abuso

y que sufren trastornos alimentarios u otro tipo de trastorno, ha de considerar no sólo las especificaciones del tratamiento de la psicopatología, sino también del trauma.

Este trabajo puede finalizar estableciendo sus puntos fuertes y limitaciones, así como las líneas de investigación futura con las que se espera mitigarlas.

Este estudio aporta datos sobre varios patrones de asociación de variables que resultan interesantes, confirmando planteamientos de estudio previos, discrepando con otros, así como aportando nuevos antecedentes acerca de fenómenos menos tratados, como es la relación del abuso sexual y físico con la sintomatología alimentaria en varones universitarios.

Sin embargo, el estudio del abuso y los trastornos alimentarios es un campo muy extenso, y su abordaje requiere de investigaciones más amplias e integradoras, así como la consideración de variables que aquí no han podido estudiarse por la insuficiencia de casos de abuso. Se destaca en particular la necesidad de analizar en detalle el rol de las características específicas del abuso sexual, como son la edad en que se padece la victimización, las características del agresor, la presencia de uso de la fuerza, la existencia de violación, incesto, etc, todas las cuales pueden aportar diferentes matices en la gravedad de la victimización y sus secuelas (Abramson & Lucido, 1991; Kenardy & Ball, 1998).

Como limitaciones de este estudio, cabe destacar las características del diseño empleado, que no permite establecer relaciones de causalidad, sino de mera asociación entre variables. Futuras investigaciones longitudinales han de abordar el estudio del abuso infantil con el fin de estudiar si la sintomatología alimentaria se desarrolla como consecuencia del estresor.

Otra limitación del diseño es su carácter retrospectivo. Como bien se ha establecido, la información retrospectiva se encuentra siempre determinada por la memoria del encuestado y su deseo de responder con sinceridad, de modo que los sesgos de memoria pueden entrar en juego dando lugar a falsos positivos y negativos.

Los instrumentos de evaluación utilizados para medir el abuso infantil y la sintomatología alimentaria, también constituyen una limitación, por tratarse de cuestionarios autoadministrados, que dan una medida menos fiable que una entrevista. Dado que el abuso sexual es una experiencia de escasa revelación, esto puede aumentar el riesgo de falsos negativos (Oates et al., 2000). Por otra parte, sin embargo, este tipo de instrumentos también pueden tener sus beneficios dado su carácter de anónimo, que puede facilitar la transparencia a la hora de informar sobre temas tan delicados.

Además, el hecho de trabajar con una muestra no probabilística y centrar los objetivos del estudio en estudiantes universitarios, limita los resultados porque no pueden extrapolarse a la población general (Dhaliwal, Gauzas, Antonowicz, & Ross, 1996).

Pese a estas limitaciones de la muestra, un punto fuerte lo constituye su amplia extensión, que, entre otras cosas, permitió trabajar con análisis multivariantes que de otro modo no hubieran sido posibles. El empleo de estos modelos estadísticos permitió controlar el efecto de otros factores en la relación. Otro tipo de acercamiento estadístico, como sería un modelo causal, podría estudiar la participación específica de agentes mediadores cuyo rol en la asociación entre el abuso infantil y las alteraciones alimentarias ha sido reconocido en otros estudios. Ejemplos de estos posibles factores mediadores son, entre otros: la depresión y la baja autoestima (Casper & Lyubomirsky, 1997; Moyer, DiPietro, Berkowitz, & Stunkard, 1997), la ansiedad (Hund & Espelage, 2006; Kent et al., 1999), la impulsividad (Casper et al., 1997; Wonderlich et al., 2001a), la disociación (Kent et al., 1999; Vanderlinden, Vandereycken, Van Dyck, & Vertommen, 1993) y un mal funcionamiento familiar (Kendler et al., 2000; Kinzl et al., 1997; Kinzl et al., 1994; Messman-Moore et al., 2007; Schmidt, Humfress, & Treasure, 1997).

Un aporte relevante de esta investigación lo constituyen los datos sobre la presencia del abuso infantil sexual y físico en estudiantes de ambos géneros, cuestión poco abordada en España. La significativa presencia del abuso sexual encontrada subraya la importancia de llevar a cabo estudios nacionales en donde no sólo se estudie su prevalencia, sino también las consecuencias que este puede tener a largo plazo.

Un aspecto novedoso es la inclusión del estudio de los aspectos actitudinales de los trastornos alimentarios en su relación con el abuso infantil, además de los aspectos comportamentales. La mayoría de los estudios centran su investigación en estos últimos, sin realizar un análisis fino de la relación con las actitudes claves de estos trastornos.

Sin embargo, lo más destacable es sin duda la novedad que supone el estudio del abuso infantil y su relación con sintomatología alimentaria en estudiantes universitarios en España. Después de una revisión bibliográfica exhaustiva, no se hallaron otras investigaciones que aborden el fenómeno en población universitaria de este país. Y más aún, tal como se señaló, el estudio de la problemática en varones ha sido bastante escaso, por lo cual esta investigación podrá considerarse como un aporte que trasciende las fronteras españolas. Asimismo, significa un impulso para futuras investigaciones que amplíen el estudio del fenómeno, tanto aquí como en otros países. Al respecto sería interesante el diseño de un estudio de replicación en el que la selección de la muestra se realice de forma aleatoria.

Otra línea de investigación que ya ha tomado su curso tiene que ver con el instrumento empleado para evaluar la sintomatología alimentaria. Esta investigación ha aportado datos que pueden dar lugar a la validación del EDE-Q en población universitaria española, trabajo que ya se ha comenzado en el equipo de investigación que ha colaborado en este estudio.

Se espera haber contribuido a las tareas propias de un amplio campo de investigación sobre algunos de los problemas actuales de nuestra sociedad, que son urgentes de evaluar adecuadamente, analizando todas sus complejas relaciones para facilitar así una mejor y más positiva comprensión del sufrimiento humano.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, E. E. & Lucido, G. M. (1991). Childhood sexual experience and bulimia. *Addict.Behav.*, *16*, 529-532.
- Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., French, S., & Story, M. (2001). Binge and purge behavior among adolescents: associations with sexual and physical abuse in a nationally representative sample: the Commonwealth Fund survey. *Child Abuse Negl.*, *25*, 771-785.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.)*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic statistical manual of mental disorders (3rd ed., revised)*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4^a ed.)*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Anderson, K. P., LaPorte, D. J., Brandt, H., & Crawford, S. (1997). Sexual abuse and bulimia: response to inpatient treatment and preliminary outcome. *J.Psychiatr.Res.*, *31*, 621-633.
- Arruabarrena, M. I. & de Paúl, J. (1999). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Atienza, F. L., Moreno, Y., & Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología Universitas Tarraconenses*, *22*, 29-42.
- Austin, S. B., Ziyadeh, N., Kahn, J. A., Camargo, C. A., Jr., Colditz, G. A., & Field, A. E. (2004). Sexual orientation, weight concerns, and eating-disordered behaviors in adolescent girls and boys. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, *43*, 1115-1123.
- Bailey, C. A. & Gibbons, S. J. (1989). Physical victimization and bulimic-like symptoms: Is there a relationship? *Deviant Behavior*, *10*, 335-352.
- BECK, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. *Clinical Psychology Review*, *8*, 77-100.
- Beckman, K. A. & Burns, G. L. (1990). Relation of sexual abuse and bulimia in college women. *International journal of eating disorders*, *9*, 487-492.
- Beglin, S. J. & Fairburn, C. G. (1992). Evaluation of a new instrument for the detection of eating disorders in community samples. *Psychiatry Res.*, *44*, 191-201.
- Bermúdez, J. (1978). Análisis funcional de la ansiedad. *Psicología General y Aplicada*, *153*, 617-634.

- Bernstein, D. P. & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Biener, L. & Heaton, A. (1995). Women dieters of normal weight: their motives, goals, and risks. *Am.J.Public Health, 85*, 714-717.
- Binford, R. B., Le, G. D., & Jellar, C. C. (2005). Eating Disorders Examination versus Eating Disorders Examination-Questionnaire in adolescents with full and partial-syndrome bulimia nervosa and anorexia nervosa. *Int.J.Eat.Disord., 37*, 44-49.
- Black, C. M. & Wilson, G. T. (1996). Assessment of eating disorders: interview versus questionnaire. *Int J Eat.Disord., 20*, 43-50.
- Borman, S. & Hofstra, U. (2005). The relationship between perceived trauma and disordered eating in college men and women. *Dissertation Abstracts International, 66*, 535.
- Brewerton, T. D. (2005). Psychological trauma and eating disorders. In S.Wonderlich, J. Mitchell, M. Zwaan, & H. Steiger (Eds.), *Eating Disorders Review Part I* (pp. 136-154). Washington D.C.: Academy for Eating Disorders.
- Briere, J. (1992). *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, CA: Sage.
- Briere, J. & Runtz, M. (1989). The Trauma Symptom Checklist (TSC-33). *Journal of Interpersonal Violence, 4*, 151-163.
- Briere, J. & Runtz, M. (1991). The long-term effects of sexual abuse: a review and synthesis. *New Dir.Ment.Health Serv., 3*-13.
- Briere, J. & Runtz, M. (1993). Childhood sexual abuse: Longterm sequelae and implications for psychological assessment. *Journal of Interpersonal Violence, 8*, 312-330.
- Browne, A. & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychol.Bull., 99*, 66-77.
- Bryer J.B., Nelson, B. A., Miller, J. B., & Krol, P. A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry, 144*, 1426-1430.
- Bulik, C. M., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2001). Features of childhood sexual abuse and the development of psychiatric and substance use disorders. *Br.J.Psychiatry, 179*, 444-449.
- Byram, V., Wagner, H. L., & Waller, G. (1995). Sexual abuse and body image distortion. *Child Abuse Negl., 19*, 507-510.
- Calam, R., Griffiths, R., & Slade, P. (1997). Eating disorders, body satisfaction and unwanted sexual experience: UK, Australian and US data. *European Eating Disorders Review, 5*, 158-170.

- Calam, R. & S. P. (1989). Sexual experiences and eating problems in female undergraduates. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 391-397.
- Carlat, D. J., Camargo, C. A., Jr., & Herzog, D. B. (1997). Eating disorders in males: a report on 135 patients. *Am.J.Psychiatry*, 154, 1127-1132.
- Carretero, A. (2008). *Estudio multidimensional en los trastornos de la conducta alimentaria: experiencias traumáticas, disociación, impulsividad y otros aspectos psicológicos vinculados*. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona. España.
- Carter, J. C., Aime, A. A., & Mills, J. S. (2001). Assessment of bulimia nervosa: a comparison of interview and self-report questionnaire methods. *Int J Eat.Disord.*, 30, 187-192.
- Carter, J. C., Bewell, C., Blackmore, E., & Woodside, D. B. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse Negl.*, 30, 257-269.
- Cash, T. F. (1994). *The Multidimensional Body-Self relations Questionnaire Users Manual*. Personal Collection, T.L. Williams.
- Cash, T. F., Lewis, R. J., & Keeton, W. P. (1987). The body image automatic thoughts questionnaire: A measure of body-related cognitions. Ref Type: Unpublished Work
- Casper, R. C. & Lyubomirsky, S. (1997). Individual psychopathology relative to reports of unwanted sexual experiences as predictor of a bulimic eating pattern. *Int.J.Eat.Disord.*, 21, 229-236.
- Connors, M. E. (2001). Relationship of sexual abuse to body image and eating problems. In J.K.Thompson & L. Smolak (Eds.), *Body Image, Eating Disorders and Obesity in Youth. Assessment, Prevention and Treatment*. (pp. 149-167). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Connors, M. E. & Morse, W. (1993). Sexual abuse and eating disorders: a review. *Int.J.Eat.Disord.*, 13, 1-11.
- Cook, R. D. & Weisberg, S. (1982). *Residuals and Influence in Regression*. London: Chapman & Hall.
- Corsi, J. (1995). *Violencia familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Barcelona: Paidós.
- Corstorphine, E., Waller, G., Lawson, R., & Ganis, C. (2007). Trauma and multi-impulsivity in the eating disorders. *Eat.Behav.*, 8, 23-30.
- Crisp, A. H. (1984). The psychopathology of anorexia nervosa: getting the "heat" out of the system. *Res.Publ.Assoc.Res.Nerv.Ment.Dis.*, 62, 209-234.
- Dansky, B. S., Brewerton, T. D., Kilpatrick, D. G., & O'Neil, P. M. (1997). The National Women's Study: relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *Int.J.Eat.Disord.*, 21, 213-228.

- de Paúl, J., Milner, J. S., & Múgica, P. (1995). Childhood maltreatment, childhood social support, and child abuse potential in a Basque sample. *Child Abuse Negl.*, *19*, 907-920.
- Decaluwe, V. & Braet, C. (2004). Assessment of eating disorder psychopathology in obese children and adolescents: interview versus self-report questionnaire. *Behav.Res.Ther.*, *42*, 799-811.
- Deep, A. L., Lilenfeld, L. R., Plotnicov, K. H., Pollice, C., & Kaye, W. H. (1999). Sexual abuse in eating disorder subtypes and control women: the role of comorbid substance dependence in bulimia nervosa. *Int.J.Eat.Disord.*, *25*, 1-10.
- Dhaliwal, G. K., Gauzas, L., Antonowicz, D. H., & Ross, R. R. (1996). Adult male survivors of childhood sexual abuse, prevalence, sexual abuse characteristics, and long-term effects. *Clinical Psychology Review*, *16*, 619-639.
- Domènech, J. M. & Navarro, J. B. (2006b). *Regresión lineal múltiple con predictores categóricos y cuantitativos*. Barcelona: Signo.
- Domènech, J. M. & Navarro, J. B. (2006a). *Regresión logística binaria, multinomial, de Poisson y binomial negativa*. Barcelona: Signo.
- Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Barcelona: Ariel.
- Edgardh, K. & Ormstad, K. (2000). Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatr.*, *89*, 310-319.
- Everill, J. T. & Waller, G. (1995). Reported sexual abuse and eating psychopathology: a review of the evidence for a causal link. *Int.J.Eat.Disord.*, *18*, 1-11.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat.Disord.*, *16*, 363-370.
- Fairburn, C. G. & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th Ed.). In C.G.Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge Eating: nature, assessment and treatment* (New York: Guildford Press.
- Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, *361*, 407-416.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Arch.Gen.Psychiatry*, *54*, 509-517.
- Favaro, A., Dalle Grave, R., & Santonastaso, P. (1998). Impact of a history of physical and sexual abuse in eating disordered and asymptomatic subjects. *Acta Psychiatr.Scand.*, *97*, 358-363.
- Feldman, M. B. & Meyer, I. H. (2007b). Childhood abuse and eating disorders in gay and bisexual men. *Int.J.Eat.Disord.*, *40*, 418-423.

- Feldman, M. B. & Meyer, I. H. (2007a). Eating disorders in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *Int.J.Eat.Disord.*, 40, 218-226.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.*, 18, 409-417.
- Finkelhor, D. (1979). *Sexually victimised children*. Nueva York.
- Finkelhor, D. (1990). Early and long-term effects of child sexual abuse: An update. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 325-330.
- Finkelhor, D. & Korbin, J. (1988). Child abuse as an international issue. *Child Abuse Negl.*, 12, 3-23.
- Finn, S. E., Hartman, M., Leon, G., & Lawson, L. (1986). Eating disorder and sexual abuse: Lack of confirmation for a clinical hypothesis. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 1051-1060.
- Fullerton, D. T., Wonderlich, S. A., & Gosnell, B. A. (1995). Clinical characteristics of eating disorder patients who report sexual or physical abuse. *Int.J.Eat.Disord.*, 17, 243-249.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory - 2. Professional Manual*. Odesa (FA): Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M. & Olmsted, M. P. (1984). *The eating disorder inventory manual*. Odesa (FA): Psychological Assessment Resources.
- Gleaves, D. H. & Eberenz, K. P. (1994). Sexual abuse histories among treatment-resistant bulimia nervosa patients. *Int.J.Eat.Disord.*, 15, 227-231.
- Gold, E. R. (1986). Long-term effects of sexual victimization in childhood: an attributional approach. *J.Consult Clin.Psychol.*, 54, 471-475.
- Gray-Little, B., Williams, V. S. L., & Hancock, T. D. (1997). An items response theory analysis of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 443-451.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Wilson, G. T. (2001). A comparison of different methods for assessing the features of eating disorders in patients with binge eating disorder. *J.Consult Clin.Psychol.*, 69, 317-322.
- Guillén, V., Quero, S., Baños, R., & Botella, C. (1999). Datos psicométricos y normativos del cuestionario de autoestima de Rosenberg en una muestra española. In *I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud*.
- Hartt, J. & Waller, G. (2002). Child abuse, dissociation, and core beliefs in bulimic disorders. *Child Abuse Negl.*, 26, 923-938.
- Hastings, T. & Kern, J. M. (1994). Relationships between bulimia, childhood sexual abuse, and family environment. *Int.J.Eat.Disord.*, 15, 103-111.

- Heatherton, T. F. & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychol.Bull.*, *110*, 86-108.
- Henderson, M. & Freeman, C. P. (1987). A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. *Br.J.Psychiatry*, *150*, 18-24.
- Herman, C. P. & Polivy, J. (1982). Weight change and dietary concern in the overweight: are they really independent? *Appetite*, *3*, 280-281.
- Herzog, D. B., Norman, D. K., Gordon, C., & Pepose, M. (1984). Sexual conflict and eating disorders in 27 males. *Am.J.Psychiatry*, *141*, 989-990.
- Herzog, D. B., Staley, J. E., Carmody, S., Robbins, W. M., & van der Kolk, B. A. (1993). Childhood sexual abuse in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a pilot study. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, *32*, 962-966.
- Hund, A. R. & Espelage, D. L. (2005). Childhood sexual abuse, disordered eating, alexithymia and general distress: a mediation model. *Journal of counseling psychology*, *52*, 559-573.
- Hund, A. R. & Espelage, D. L. (2006). Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse Negl.*, *30*, 393-407.
- Jacobi, C. (2005). Psychosocial risk factors for eating disorders. In S.Wonderlich, J. Mitchell, M. Zwaan, & H. Steiger (Eds.), *Eating Disorders Review, Part I.* (Academy for Eating Disorders).
- Jacobi, C., Hayward, C., de, Z. M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychol.Bull.*, *130*, 19-65.
- Jacobovits, C. (1977). Eating habits and nutrient intakes of college women over a thirty-year period. *Journal of the american dietetic association*, *71*, 405-411.
- Jarvis, T. J. & Copeland, J. (1997). Child Sexual Abuse as a predictor of psychiatric comorbidity and its implications for drug and alcohol treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, *49*, 61-69.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *Am.J.Psychiatry*, *159*, 394-400.
- Kalarchian, M. A., Wilson, G. T., Brolin, R. E., & Bradley, L. (2000). Assessment of eating disorders in bariatric surgery candidates: self-report questionnaire versus interview. *Int.J.Eat.Disord.*, *28*, 465-469.
- Kearney-Cooke, A. & Striegel-Moore, R. H. (1994). Treatment of childhood sexual abuse in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a feminist psychodynamic approach. *Int.J.Eat.Disord.*, *15*, 305-319.

- Kenardy, J. & Ball, K. (1998). Disordered eating, weight dissatisfaction and dieting in relation to unwanted childhood sexual experiences in a community sample. *J.Psychosom.Res.*, *44*, 327-337.
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J. L., Hettema, J. M., Myers, J., & Prescott, C. A. (2000). Childhood Sexual Abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis. *Arch.Gen.Psychiatry*, *57*, 953-959.
- Kent, A., Waller, G., & Dagnan, D. (1999). A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: the role of mediating variables. *Int.J.Eat.Disord.*, *25*, 159-167.
- Kessler, R. C. & Ustun, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int.J.Methods Psychiatr.Res.*, *13*, 93-121.
- Kinzl, J. F., Mangweth, B., Traweger, C. M., & Biebl, W. (1997). Eating-disordered behavior in males: the impact of adverse childhood experiences. *Int.J.Eat.Disord.*, *22*, 131-138.
- Kinzl, J. F., Traweger, C., Guenther, V., & Biebl, W. (1994). Family background and sexual abuse associated with eating disorders. *Am.J.Psychiatry*, *151*, 1127-1131.
- Kleinbaum, D. G., Kupper, L. L., & Muller, K. E. (1988). *Applied regression analysis and other multivariable methods*. (2nd ed.) Boston: PWS-Kent Publishing Company.
- Korte, K., Horton, C., & Graybill, D. (1998). Child sexual abuse and bulimic behaviors: An exploratory investigations of the frequency and nature of a relationship. *Journal of child sexual abuse*, *7*, 53-64.
- Koss, M. P. & Gidycz, C. A. (1985). Sexual experiences survey: reliability and validity. *J.Consult Clin.Psychol.*, *53*, 422-423.
- Kubany, E. S. & Haynes, S. N. (2001). *Traumatic Life Events Questionnaire. Manual*. Second Draft: Western Psychological Services.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Leisen, M. B., Owens, J. A., Kaplan, A. S., Watson, S. B. et al. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: the Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychol.Assess.*, *12*, 210-224.
- Lasa, L., Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Barquero, J. L., Díez-Manrique, F. J., & Dowrick, C. F. (2000). The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *J Affect.Disord.*, *57*, 261-265.
- Laws, A. & Golding, J. M. (1996). Sexual assault history and eating disorder symptoms among White, Hispanic, and African-American women and men. *Am.J.Public Health*, *86*, 579-582.

- Leonard, S., Steiger, H., & Kao, A. (2003). Childhood and adulthood abuse in bulimic and nonbulimic women: prevalences and psychological correlates. *Int.J.Eat.Disord.*, *33*, 397-405.
- Loeb, K. L., Pike, K. M., Walsh, B. T., & Wilson, G. T. (1994). Assessment of diagnostic features of bulimia nervosa: interview versus self-report format. *Int.J.Eat.Disord.*, *16*, 75-81.
- López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martín, M. J., & Fuentes, A. (1995). Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse Negl.*, *9*, 1039-1050.
- Luce, K. H. & Crowther, J. H. (1999). The reliability of the Eating Disorder Examination-Self-Report Questionnaire Version (EDE-Q). *Int J Eat.Disord.*, *25*, 349-351.
- Luce, K. H., Crowther, J. H., & Pole, M. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): norms for undergraduate women. *Int.J.Eat.Disord.*, *41*, 273-276.
- Martin, J., Anderson, J., Romans, S., Mullen, P., & O'Shea, M. (1993). Asking about child sexual abuse: methodological implications of a two stage survey. *Child Abuse Negl.*, *17*, 383-392.
- Mateos, M., Sanz, B., Martínez, A., Muñoz, J., Martín, E., Muñoz, I. et al. (2004). Abusos sexuales y trastornos de la conducta alimentaria. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, *71*, 44-52.
- Messman-Moore, T. L. & Scheer, A. (2007). The association of child abuse and eating disorder symptomatology: the importance of multiple forms of abuse and revictimization. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*, *14*, 51-72.
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., & Owen, C. (2006). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): norms for young adult women. *Behav.Res.Ther.*, *44*, 53-62.
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P. J. (2004b). Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behav.Res Ther.*, *42*, 551-567.
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P. J. (2004a). Temporal stability of the Eating Disorder Examination Questionnaire. *Int J Eat.Disord.*, *36*, 195-203.
- Moos, R. & Moss, B. (1986). *Family Environment Scale Manual*. (2 ed.) Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Moses, N., Banilivy, M. M., & Lifshitz, F. (1989). Fear of obesity among adolescent girls. *Pediatrics*, *83*, 393-398.

- Moyer, D. M., DiPietro, L., Berkowitz, R. I., & Stunkard, A. J. (1997). Childhood sexual abuse and precursors of binge eating in an adolescent female population. *Int.J.Eat.Disord.*, *21*, 23-30.
- Murphy, R. T. (1989). Coercive traps and the risk for child abuse: An analogue study. *Dissertation Abstracts International*, *50*.
- Murray, C. & Waller, G. (2002). Reported sexual abuse and bulimic psychopathology among nonclinical women: the mediating role of shame. *Int.J.Eat.Disord.*, *32*, 186-191.
- Nagata, T., Kiriike, N., Iketani, T., Kawarada, Y., & Tanaka, H. (1999). History of childhood sexual or physical abuse in Japanese patients with eating disorders: relationship with dissociation and impulsive behaviours. *Psychol.Med.*, *29*, 935-942.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. J., Beuhring, T., & Resnick, M. D. (2000). Disordered eating among adolescents: associations with sexual/physical abuse and other familial/psychosocial factors. *Int.J.Eat.Disord.*, *28*, 249-258.
- Oates, R. K., Jones, D. P., Denson, D., Sirotnak, A., Gary, N., & Krugman, R. D. (2000). Erroneous concerns about child sexual abuse. *Child Abuse Negl.*, *24*, 149-157.
- Olivardia, R., Pope, H. G., Jr., Mangweth, B., & Hudson, J. I. (1995). Eating disorders in college men. *Am.J.Psychiatry*, *152*, 1279-1285.
- Passi, V. A., Bryson, S. W., & Lock, J. (2003). Assessment of eating disorders in adolescents with anorexia nervosa: self-report questionnaire versus interview. *Int.J.Eat.Disord.*, *33*, 45-54.
- Pereda, N. (2006). *Malestar Psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores*. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.
- Perry, B., Pollard, R., Blakely, T., Baker, W., & Vigilante, D. (1995). Childhood Trauma, the neurobiology of adaptation and use-dependent development of the brain: How states become traits. *Infant Mental Health Journal*, *16*, 271-291.
- Peterson, C. B., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Joiner, T., Crow, S. J., Mitchell, J. E. et al. (2007). Psychometric properties of the eating disorder examination-questionnaire: factor structure and internal consistency. *Int.J.Eat.Disord.*, *40*, 386-389.
- Petrie, T. A. & Tripp, M. (2001). Sexual abuse and eating disorders: A test of a conceptual model. *Sex Roles: A Journal of Research*, 17-29.
- Pope, H. G. & Hudson, J. I. (1992). Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa? *Am.J.Psychiatry*, *149*, 455-463.
- Preti, A., Incani, E., Camboni, M. V., Petretto, D. R., & Masala, C. (2006). Sexual abuse and eating disorder symptoms: the mediator role of bodily dissatisfaction. *Compr.Psychiatry*, *47*, 475-481.

- Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H., & Vanderlinden, J. (1995). The body attitudes test for patients with an eating disorder: psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating disorders journal of treatment and prevention*, 3, 133-144.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: child sexual abuse. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, 42, 269-278.
- Raich, R. M. & Vilanova, S. (2006). Abuso físico, sexual y/o psicológico y trastornos del comportamiento alimentario: características clínicas. In *Actas del VIII Congreso Internacional sobre el Estudio de la Conducta. Santiago de Compostela. España* (pp. 71).
- Rayworth, B. B., Wise, L. A., & Harlow, B. L. (2004). Childhood abuse and risk of eating disorders in women. *Epidemiology*, 15, 271-278.
- Reas, D. L., Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2006). Reliability of the Eating Disorder Examination Questionnaire in patients with binge eating disorder. *Behavior Research and Therapy*, 44, 43-51.
- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A., & Sauer, H. (1998). On the validity of the Beck Depression Inventory. A review. *Psychopathology*, 31, 160-168.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J., & Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Arch.Gen.Psychiatry*, 38, 381-389.
- Rodríguez, M., Pérez, V., & García, Y. (2005). Impact of traumatic experiences and violent acts upon response to treatment of a sample of Colombian women with eating disorders. *Int.J.Eat.Disord.*, 37, 299-306.
- Romans, S. E., Gendall, K. A., Martin, J. L., & Mullen, P. E. (2001). Child sexual abuse and later disordered eating: a New Zealand epidemiological study. *Int.J.Eat.Disord.*, 29, 380-392.
- Root, M. & Fallon, P. (1988). The incidence of victimization experience in bulimic sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 3, 161-173.
- Russell, C. J. & Keel, P. K. (2002). Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *Int.J.Eat.Disord.*, 31, 300-306.
- Sanders, B. & Becker-Lausen, E. (1995). The measurement of psychological maltreatment: Early data on the Child Abuse and Trauma Scale. *Child Abuse Negl.*, 19, 315-323.
- Schechter, J., Schwartz, H., & Greenfeld, D. (1987). Sexual assault and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 313-316.
- Schmidt, U., Humfress, H., & Treasure, J. (1997). The role of general family environment and sexual and physical abuse in the origins of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 5, 184-207.

- Schoemaker, C., Smit, F., Bijl, R. V., & Vollebergh, W. A. (2002). Bulimia nervosa following psychological and multiple child abuse: support for the self-medication hypothesis in a population-based cohort study. *Int J Eat.Disord.*, *32*, 381-388.
- Seisdedos, N. (1988). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Simental, L. (1999). The relationship between childhood sexual abuse, family environment, and bulimic symptomatology. *Dissertation Abstracts International*, *59*, 4485.
- Slade, P. D., Dewey, M. E., Newton, T., Brodie, D., & Kimle, G. (1990). Development and preliminary validation of the Body Satisfaction Scale. *psychology and Health*, *167*, 80-85.
- Smolak, L., Levine, M. P., & Sullins, E. (1990). Are child sexual experiences related to eating-disordered attitudes and behaviors in a collage simple? *International Journal of Eating Disorders*, *9*, 167-178.
- Smolak, L. & Murnen, S. K. (2002). A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *Int.J.Eat.Disord.*, *31*, 136-150.
- Spielberg, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. (3ªn Edición ed.) Madrid: TEA.
- Spitzer, R., Williams, J., Gibbon, M., & First, M. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Starr, R. H., Dubowitz, H., & Bush, B. A. (1990). The epidemiology of child maltreatment. In R.T.Ammerman & M.Hersen (Eds.), *Children at risk: an evaluation of factors contributing to child abuse and neglect*. (Nueva York, N.Y.: Plenum Press.
- Stein, J. A., Golding, J. M., & Siegel, J. M. (1994). Long-term psychological sequelae of child sexual abuse: The Los Angeles epidemiological catchment area study. In G.E.Wyatt & G. J. Powell (Eds.), *The lastings effects of child sexual abuse*. (Newbury Park, CA.: Sage.
- Stephenson, M. G., Levy, A. S., Sass, N. L., & McGarvey, W. E. (1987). 1985 NHIS findings: nutrition knowledge and baseline data for the weight-loss objectives. *Public Health Rep.*, *102*, 61-67.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol.Bull.*, *128*, 825-848.
- Striegel-Moore, R. H., Dohm, F. A., Pike, K. M., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (2002). Abuse, bullying, and discrimination as risk factors for binge eating disorder. *Am.J.Psychiatry*, *159*, 1902-1907.
- Sullivan, P. F., Bulik, C. M., Carter, F. A., & Joyce, P. R. (1995). The significance of a history of childhood sexual abuse in bulimia nervosa. *Br.J.Psychiatry*, *167*, 679-682.

- Swanston, H. Y., Tebbutt, J. S., O'Toole, B. I., & Oates, R. K. (1997). Sexually abused children 5 years after presentation: a case-control study. *Pediatrics*, *100*, 600-608.
- The McKnight Investigators (2003). Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: results of the McKnight longitudinal risk factor study. *Am.J.Psychiatry*, *160*, 248-254.
- Thelen, M. H., Farmer, J., Wonderlich, D., & Smith, M. (1991). A revision of the bulimia test: the BULIT-R. *Consulting Clinical Psychology*, *3*, 119-124.
- Thompson, K. & Wonderlich, S. (2004). Child sexual abuse and eating disorders. In K.Thompson (Ed.), *Handbook of eating disorders and obesity*. (pp. 679-694). New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Thompson, K. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., & Mitchell, J. E. (2001). Sexual violence and weight control techniques among adolescent girls. *Int.J.Eat.Disord.*, *29*, 166-176.
- Tobin, D. L. & Griffing, A. S. (1996). Coping, sexual abuse, and compensatory behavior. *Int J Eat.Disord.*, *20*, 143-148.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- treuer, T., Koperdák, M., & Rózsa, S. (2005). The impact of physical and sexual abuse on body image in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *13*, 106-111.
- Urquiza, A. J. (1989). The effects of childhood sexual abuse in an adult male population. *Dissertation Abstracts International*, *50*, 356.
- Urraca, S. (1981). *Actitudes ante la muerte: preocupación, ansiedad, temor y religiosidad*. Facultad de Psicología, Universidad Complutense, Madrid.
- van Gerko, K., Hughes, M. L., Hamill, M., & Waller, G. (2005). Reported childhood sexual abuse and eating-disordered cognitions and behaviors. *Child Abuse Negl.*, *29*, 375-382.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., Van Dyck, R., & Vertommen, H. (1993). Dissociative experiences and trauma in eating disorders. *Int.J.Eat.Disord.*, *13*, 187-193.
- Vaz Leal, F. J., Guisado Macias, J. A., Garcia-Herraiz, M. A., Lopez, V. B., Monge, B. M., & Bolivar, P. M. (2005). [History of sexual abuse in patients with bulimia nervosa: its influence on clinical status]. *Actas Esp.Psiquiatr.*, *33*, 135-140.
- Vázquez, C. & Sanz, J. (1997). Fiabilidad y validez de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y salud*, *8*, 403-422.
- Villarroel, A. M. (2007). *El Abuso y otros Acontecimientos Vitales Estresantes y su relación con sintomatología alimentaria en una muestra de estudiantes universitarias*. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona. España.

- Waller, G. (1998). Perceived control in eating disorders: relationship with reported sexual abuse. *Int.J.Eat.Disord.*, *23*, 213-216.
- Waller, G. & Ruddock, A. (1995). Information-processing correlates of reported sexual abuse in eating-disordered and comparison women. *Child Abuse Negl.*, *19*, 745-759.
- Webster, J. J. & Palmer, R. L. (2000). The childhood and family background of women with clinical eating disorders: a comparison with women with major depression and women without psychiatric disorder. *Psychol.Med.*, *30*, 53-60.
- Weiner, K. E. & Thompson, J. K. (1997). Overt and covert sexual abuse: relationship to body image and eating disturbance. *Int.J.Eat.Disord.*, *22*, 273-284.
- Welch, S. L. & Fairburn, C. G. (1994). Sexual abuse and bulimia nervosa: three integrated case control comparisons. *Am.J.Psychiatry*, *151*, 402-407.
- Whipple, E. E. & Richey, C. A. (1997). Crossing the line from physical discipline to child abuse: how much is too much? *Child Abuse Negl.*, *21*, 431-444.
- Wichstrom, L. (2006). Sexual orientation as a risk factor for bulimic symptoms. *Int.J.Eat.Disord.*, *39*, 448-453.
- Wilfley, D. E., Schwartz, M. B., Spurrell, E. B., & Fairburn, C. G. (1997). Assessing the specific psychopathology of binge eatin disorder patientes: Interview or self-report? *Behavior Research and Therapy*, *35*, 1151-1159.
- Williams, T. L. & Gleaves, D. (2003). Childhood sexual abuse, body image, and disordered eatling: a structural modeling analysis. *Journal of trauma & dissociation*, *4*, 91-108.
- Wonderlich, S., Crosby, R., Mitchell, J., Thompson, K., Redlin, J., Demuth, G. et al. (2001a). Pathways mediating sexual abuse and eating disturbance in children. *Int.J.Eat.Disord.*, *29*, 270-279.
- Wonderlich, S. A., Brewerton, T. D., Jolic, Z., Dansky, B. S., & Abbott, D. W. (1997). Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, *36*, 1107-1115.
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Roberts, J. A., Haseltine, B., Demuth, G. et al. (2000). Relationship of childhood sexual abuse and eating disturbance in children. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, *39*, 1277-1283.
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Thompson, K. M., Redlin, J., Demuth, G. et al. (2001b). Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *Int.J.Eat.Disord.*, *30*, 401-412.
- Wonderlich, S. A., Donalson, M. A., Carson, D. K., Staton, D., Gertz, D., Leach, L. R. et al. (1996a). Eating disturbances and incest. *Journal of Interpersonal Violence*, *11*, 195-207.

- Wonderlich, S. A., Wilsnack, R. W., Wilsnack, S. C., & Harris, T. R. (1996b). Childhood sexual abuse and bulimic behavior in a nationally representative sample. *Am.J.Public Health, 86*, 1082-1086.
- Yager, J., Kurtzman, F., Landsverk, J., & Wiesmeier, E. (1988). Behaviors and attitudes related to eating disorders in homosexual male college students. *Am.J.Psychiatry, 145*, 495-497.
- Yelland, C. & Tiggemann, M. (2003). Muscularity and the gay ideal: body dissatisfaction and disordered eating in homosexual men. *Eat.Behav., 4*, 107-116.

7. ANEXOS

7.1. ANEXO I: CUESTIONARIO DE ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES (TLEQ)

Instrucciones: El propósito de este cuestionario es identificar experiencias vitales importantes que pueden afectar el bienestar emocional de una persona, o su posterior calidad de vida. Los eventos que se enumeran a continuación, son mucho más comunes de lo que muchas personas imaginan. Por favor, lea cada pregunta cuidadosamente y marque las respuestas que mejor describen su experiencia.

1. ¿Ha experimentado alguna vez un desastre natural (una inundación, huracán, terremoto, etc.)?

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

- una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces
 tres veces más de 5 veces

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no

¿Resultó usted seriamente herido? sí no

¿Resultó seriamente herido, o muerto, un ser querido o alguien cercano? sí no

¿Pensó que usted o un ser querido estaban en peligro de muerte por el desastre? sí no

2. ¿Se ha visto involucrado en un accidente de tráfico por el cual usted recibió atención médica o en el que alguien fue gravemente herido o muerto?

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

- una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces
 tres veces más de 5 veces

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no

¿Resultó usted seriamente herido? sí no

3. ¿Se ha visto involucrado en cualquier otro tipo de accidente en el que usted u otro haya resultado gravemente herido? (ejemplos: un accidente de aviación, ahogo, un accidente eléctrico o de maquinaria, una explosión, incendio doméstico, fuga química, sobre exposición a radiación o químicos tóxicos...).

no sí

10. ¿Ha visto a un extraño (o alguien que no conociera mucho) atacar o golpear a alguien y dañarlo gravemente o matarlo?

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces
 tres veces más de 5 veces

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no

11. ¿Alguna vez alguien le ha amenazado con matarle o causarle grave daño físico?

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces
 tres veces más de 5 veces

¿Era esta persona un extraño? sí no

¿Un amigo o un conocido? sí no

¿Un pariente? sí no

¿Una pareja íntima? sí no

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no

12. *Cuando eras menor:* ¿Fuiste castigado físicamente de tal manera que sufriste moratones, quemaduras, cortes o fracturas?

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces
 tres veces más de 5 veces

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no

13. *Cuando eras menor:* ¿Observaste o escuchaste violencia familiar? (como por ejemplo ver a tu padre golpear a tu madre; o cualquier miembro de tu familia golpear o causar moretones, quemaduras o cortes a otro miembro de la familia...)

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces? una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces
 tres veces más de 5 veces

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no

14. ¿Alguna vez su esposo(a), novio(a) o pareja íntima le ha dado una bofetada, puñetazo, patada, paliza o le ha inflingido cualquier otro tipo de daño físico?

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces? una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces
 tres veces más de 5 veces

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no

¿Resultó usted seriamente herido? sí no

¿Ha sido dañado físicamente por más de una pareja íntima? sí no

Si respondió sí: ¿cuántas parejas le han dañado así? _____

15. Antes de cumplir los 13 años: ¿Alguien que era **por lo menos 5 años mayor que tú**, tocó o acarició tu cuerpo, o te hizo tocar o acariciar el suyo, de una manera sexual?

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces? una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces
 tres veces más de 5 veces

¿Era esta persona un extraño? sí no

¿Un amigo o un conocido?..... sí no

¿Tu padre, madre o cuidador? sí no

¿Un pariente? sí no

¿Hubo amenaza o uso de la fuerza?..... sí no

¿Fuiste dañado seriamente?..... sí no

¿Hubo penetración oral, anal o vaginal?..... sí no

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no

16. Antes de cumplir los 13 años: ¿Alguien **cercano a tu edad** tocó zonas sexuales de tu cuerpo o te hizo tocar las suyas, **en contra de tu voluntad o sin tu consentimiento**?

no sí

- ¿Un pariente? sí no
 ¿Una pareja íntima? sí no
 ¿Hubo amenaza o uso de la fuerza?..... sí no
 ¿Fuiste dañado seriamente?..... sí no
 ¿Hubo penetración oral, anal o vaginal?..... sí no

Si esto le ocurrió:

- ¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no

19. ¿Ha sido usted alguna vez objeto de atención sexual indeseada?
 (diferente a las experiencias de contacto sexual referidas en los ítems 15, 16, 17 y 18)
 (por ejemplo: toqueteos, agarrones, presión para la realización de favores sexuales,
 comentarios...)

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

- una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces
 tres veces más de 5 veces

- ¿Era esta persona un extraño? sí no
 ¿Un amigo o un conocido?..... sí no
 ¿Un pariente? sí no
 ¿Un supervisor o compañero de trabajo? sí no

Si esto le ocurrió:

- ¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no

20. ¿Alguna vez alguien lo ha acechado (en otras palabras, le ha seguido o ha estado al tanto de sus actividades), haciéndole sentir intimidado o preocupado por su seguridad?

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

- una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces
 tres veces más de 5 veces

- ¿Era esta persona un extraño? sí no
 ¿Un amigo o un conocido?..... sí no
 ¿Un pariente? sí no
 ¿Una pareja íntima? sí no

Si esto le ocurrió:

- ¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió? sí no

21. ¿Usted, o su pareja íntima, ha sufrido alguna vez un aborto espontáneo?

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces
 tres veces más de 5 veces

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió?

sí no

¿Ocurrió esto después de haber sido dañado físicamente?

sí no

22. ¿Usted, o su pareja íntima, se ha realizado alguna vez un aborto?

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces
 tres veces más de 5 veces

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió?

sí no

23. ¿Ha experimentado (u observado) cualquier otro acontecimiento que amenazara su vida, le causara serios daños, o que le resultó altamente perturbador o estresante? (por ejemplo: perderse en medio de un bosque o selva; una grave mordida de un animal; la muerte violenta de una mascota; haber sido secuestrado o tomado de rehén; observar un cuerpo mutilado...)

no sí

Si respondió sí, ¿cuántas veces?

una vez cuatro veces
 dos veces cinco veces
 tres veces más de 5 veces

Por favor describa la experiencia:

Si esto le ocurrió:

¿Experimentó temor, desesperanza u horror intenso cuando esto sucedió?

sí no

¿Resultó usted seriamente herido?

sí no

24. Los acontecimientos enumerados a continuación, corresponden a los ítems 1 al 23 de este cuestionario. Si alguno de estos eventos le ha ocurrido a usted, encierre en un círculo el número de *aquel* que le causó mayor perturbación. Asegúrese de escoger SÓLO UNO.

1. Desastre natural
2. Accidente de tráfico
3. “Otro” tipo de accidente
4. Situación de guerra o combate
5. Muerte repentina de un ser querido
6. Evento que ha amenazado la vida, o ha incapacitado a un ser querido
7. Enfermedad que ha amenazado su propia vida
8. Asalto a mano armada
9. Ser golpeado por un extraño o alguien que no conocía mucho
10. Presenciar el serio ataque de un extraño a otro
11. Amenaza de muerte o daño
12. *Cuando menor*: ser castigado físicamente
13. *Cuando menor*: presenciar violencia familiar
14. Ser dañado físicamente por su pareja íntima
15. *Antes de los 13 años*: contacto sexual con alguien por lo menos 5 años mayor
16. *Antes de los 13 años*: contacto sexual indeseado con alguien de edad cercana
17. *Entre los 13 y 18 años*: contacto sexual indeseado
18. *Como adulto*: contacto sexual indeseado
19. Acoso sexual
20. Acecho
21. Aborto espontáneo
22. Aborto
23. “Otro” evento traumático
24. Ninguno de estos eventos me ha ocurrido a mi

a. ¿Cuándo le ocurrió por primera vez este evento? (Señale su edad aproximada):

b. ¿Cuándo le ocurrió por última vez este evento? (Señale su edad aproximada):

c. ¿Cuánta perturbación (ansiedad, preocupación, tristeza, frustración, o pesar) le causó este evento? (Marque con una X la respuesta que mejor represente su experiencia):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido ninguno de estos eventos | <input type="checkbox"/> Perturbación moderada |
| <input type="checkbox"/> No me causó perturbación | <input type="checkbox"/> Considerable perturbación |
| <input type="checkbox"/> Leve perturbación | <input type="checkbox"/> Perturbación extrema |

7.2. ANEXO II: EXAMEN PARA TRASTORNOS ALIMENTARIOS, VERSIÓN CUESTIONARIO (EDE-Q)

Instrucciones: Este cuestionario evalúa los hábitos y estilos de alimentación. Las siguientes preguntas se refieren al ÚLTIMO MES. Lee cada pregunta con atención y encierra en un círculo el número que corresponda. Es importante que contestes todas las preguntas. No hay respuestas buenas ni malas.

Cuántos días en las últimas 4 semanas.....	Ningún día	1-5 días	6-12 días	13-15 días	16-22 días	23-27 días	Todos los días
1. ¿Has intentado limitar deliberadamente la cantidad de alimentos que comes para modificar tu figura o peso?	0	1	2	3	4	5	6
2. ¿Has pasado por períodos de 8 o más horas de vigilia sin ingerir alimentos con el fin de modificar tu figura o peso?	0	1	2	3	4	5	6
3. ¿Has intentado evitar algunos alimentos que te gustan con el fin de modificar tu figura o peso?	0	1	2	3	4	5	6
4. ¿Has procurado seguir determinadas reglas de alimentación con el fin de modificar tu figura o peso; por ejemplo, limitar el consumo de calorías o la cantidad total de ingesta, o seguir normas acerca de cuánto o cuándo comer?	0	1	2	3	4	5	6
5. ¿Has deseado que tu estómago esté vacío?	0	1	2	3	4	5	6
6. ¿Pensar en alimentos o su contenido calórico ha interferido en tu capacidad de concentrarte en actividades en las que estás interesado como, por ejemplo, leer, ver la televisión o seguir una conversación?	0	1	2	3	4	5	6
7. ¿Has tenido miedo de perder el control sobre la comida?	0	1	2	3	4	5	6
8. ¿Te has dado atracones de comida?	0	1	2	3	4	5	6
9. ¿Has comido en secreto (exceptuando los episodios de atracones)?	0	1	2	3	4	5	6
10. ¿Has experimentado un claro deseo de tener el vientre plano?	0	1	2	3	4	5	6

Cuántos días en las últimas 4 semanas.....	Ningún día	1-5 días	6-12 días	13-15 días	16-22 días	23-27 días	Todos los días
11. ¿Pensar en la figura o el peso ha interferido en tu capacidad de concentrarte en actividades en las que estás interesado, como por ejemplo leer, ver la televisión o seguir una conversación?	0	1	2	3	4	5	6
12. ¿Has experimentado un claro temor a engordar o convertirte en obeso/a?	0	1	2	3	4	5	6
13. ¿Te has sentido gordo/a?	0	1	2	3	4	5	6
14. ¿Has experimentado un fuerte deseo de perder peso?	0	1	2	3	4	5	6

15. ¿Cuántas veces en el último mes te has sentido culpable después de comer por el efecto que esto pueda tener en tu figura o peso (exceptuando los episodios de atracones)?

0 – Ninguna vez
1 – Alguna vez
2 – Menos de la mitad de las veces
3 – La mitad de las veces
4 – Más de la mitad de las veces
5 – La mayoría de las veces
6 – Siempre

16. ¿Alguna vez has sentido que has comido lo que para otras personas sería una cantidad anormalmente excesiva de comida en las mismas circunstancias?

0 – No
1 – Sí

En caso afirmativo:

17. ¿En promedio, cuántas veces a la semana han tenido lugar estos episodios de sobreingesta (en el último mes)? _____

18. ¿Durante cuántos de estos episodios de sobreingesta has experimentado la sensación de perder el control sobre lo que comías? _____

19. ¿Ha habido otros episodios en los que hayas experimentado la sensación de perder el control y comer demasiado, sin que haya sido una cantidad anormalmente excesiva de comida dada las circunstancias?

0 – No
1 – Sí

En caso afirmativo:

20. ¿Cuántas veces han tenido lugar estos episodios (en el último mes)? _____

21. En el último mes: ¿Te has provocado el vómito con el fin de controlar tu figura o peso?

0 – No
1 – Sí

En caso afirmativo:

22. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio (en el último mes)?

23. ¿Has tomado laxantes con el fin de controlar tu figura o tu peso?

0 – No

1 – Sí

En caso afirmativo:

24. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio (en el último mes)?

25. ¿Has tomado diuréticos con el fin de controlar tu figura o tu peso?

0 – No

1 – Sí

En caso afirmativo:

26. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio (en el último mes)?

27. ¿Has realizado ejercicio intenso con el fin de controlar tu figura o tu peso?

0 – No

1 – Sí

En caso afirmativo:

28. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio (en el último mes)?

En el último mes.....	Nada en absoluto	Levemente	Moderadamente	Marcadamente			
29. ¿Ha tenido tu peso una influencia importante al valorarte a ti mismo/a como persona?	0	1	2	3	4	5	6
30. ¿Ha tenido tu figura una influencia importante al valorarte a ti mismo/a como persona?	0	1	2	3	4	5	6
31. ¿En qué medida te molestaría si tuvieras que pesarte una vez por semana durante los próximos tres meses?	0	1	2	3	4	5	6
32. ¿En qué medida te has sentido insatisfecho/a con tu peso?	0	1	2	3	4	5	6
33. ¿En qué medida te has sentido insatisfecho/a con tu figura?	0	1	2	3	4	5	6

En último mes.....	Nada en absoluto	Levemente	Moderadamente	Marcadamente			
34. ¿En qué medida te ha preocupado que otras personas te vean comer?	0	1	2	3	4	5	6
35. ¿En qué grado te has sentido incómodo/a al ver tu cuerpo, por ejemplo, reflejado en un escaparate, en el espejo o cuando te desvestes o duchas?	0	1	2	3	4	5	6
36. ¿En qué grado te has sentido incómodo/a cuando otros ven tu cuerpo, por ejemplo, en los vestuarios, nadando o llevando ropas ajustadas?	0	1	2	3	4	5	6

CONTESTAR SÓLO SI ERES MUJER:

37. ¿Has tenido alteraciones en la menstruación en los últimos 3 meses?

0 – No

1 – Sí

En caso afirmativo:

38. ¿Cuántos meses consecutivos te ha faltado la menstruación?

1 mes

2 meses

3 meses

Más de 3 meses

7.3. ANEXO III: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

Instrucciones: En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lee con atención cada uno de ellos. A continuación, señala la afirmación de cada grupo que describe mejor tus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodea con un círculo el número que esté a la izquierda de la afirmación que hayas elegido. Asegúrate de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

- (1) 0 No me siento triste.
1 Me siento triste.
2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3 Me siento tan triste o tan desgraciado/a que no puedo soportarlo.
- (2) 0 No me siento especialmente desanimado/a de cara al futuro.
1 Me siento desanimado/a de cara al futuro.
2 Siento que no hay nada por lo que luchar.
3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
- (3) 0 No me siento como un/a fracasado/a.
1 He fracasado más que la mayoría de las personas.
2 Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
3 Soy un fracaso total como persona.
- (4) 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
3 Estoy insatisfecho/a o aburrido/a con respecto a todo.
- (5) 0 No me siento especialmente culpable.
1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3 Me siento culpable constantemente.
- (6) 0 No creo que esté siendo castigado/a.
1 Siento que quizás esté siendo castigado/a.
2 Espero ser castigado/a.
3 Siento que estoy siendo castigado/a.
- (7) 0 No estoy descontento/a de mí mismo/a.
1 Estoy descontento/a de mí mismo/a.
2 Estoy a disgusto conmigo mismo/a.
3 Me detesto.
- (8) 0 No me considero peor que cualquier otro/a.
1 Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
2 Continamente me culpo por mis faltas.
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

- (9) 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2 Desearía poner fin a mí vida.
3 Me suicidaría si tuviese oportunidad.
- (10) 0 No lloro más de lo normal.
1 Ahora lloro más que antes.
2 Lloro continuamente.
3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
- (11) 0 No estoy especialmente irritado/a.
1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2 Me siento irritado/a continuamente.
3 Ahora ya no me irrita ni lo que antes me irritaba.
- (12) 0 No he perdido el interés por los demás.
1 Estoy menos interesado/a en los demás que antes.
2 He perdido gran parte del interés por los demás.
3 He perdido todo interés por los demás.
- (13) 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1 Evito tomar decisiones más que antes.
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3 Me es imposible tomar decisiones.
- (14) 0 No creo tener peor aspecto que antes.
1 Estoy preocupado/a porque parezco envejecido/a y poco atractivo/a.
2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo/a.
3 Creo que tengo un aspecto horrible.
- (15) 0 Trabajo igual que antes.
1 Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2 Tengo que obligarme a mí mismo/a para hacer algo.
3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.
- (16) 0 Duermo tan bien como siempre.
1 No duermo tan bien como antes.
2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.
3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.
- (17) 0 No me siento más cansado/a de lo habitual.
1 Me canso más que antes.
2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3 Estoy demasiado cansado/a para hacer nada.

- (18) 0 Mi apetito no ha disminuido.
1 No tengo tan buen apetito como antes.
2 Ahora tengo mucho menos apetito.
3 He perdido completamente el apetito.
- (19) 0 No he perdido peso últimamente.
1 He perdido más de dos kilos.
2 He perdido más de cuatro kilos.
3 He perdido más de siete kilos.
- (20) 0 No estoy preocupado/a por mi salud.
1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago o los catarros.
2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3 Estoy tan preocupado/a por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.
- (21) 0 No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1 La relación sexual me atrae menos que antes.
2 Estoy mucho menos interesado/a por el sexo que antes.
3 He perdido totalmente el interés sexual.

7.4. ANEXO IV: CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO / RASGO (STAI)

STAI-E

Instrucciones:

A continuación encontrarás unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lee cada frase y señala la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo TE SIENTES AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplees demasiado tiempo en cada frase y contesta señalando la respuesta que mejor describa tu situación presente.

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

STAI-R

Instrucciones:

A continuación encontrarás unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lee cada frase y señala la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo TE SIENTES EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplees demasiado tiempo en cada frase y contesta señalando la respuesta que mejor describa cómo te sientes tú generalmente.

	CASI NUNCA	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los engaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

7.5. ANEXO V: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE)

Instrucciones: Lee las siguientes afirmaciones y marca con una cruz el recuadro que mejor refleje tu grado de acuerdo con ellas.

	Muy de acuerdo 1	De acuerdo 2	No estoy de acuerdo 3	Muy en desacuerdo 4
	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy de acuerdo	Muy en desacuerdo
1. En general estoy satisfecho/a conmigo mismo/a	1	2	3	4
2. A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4
3. Creo tener varias cualidades buenas	1	2	3	4
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	1	2	3	4
5. Creo que no tengo muchos motivos para enorgullecerme	1	2	3	4
6. A veces me siento realmente inútil	1	2	3	4
7. Siento que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás	1	2	3	4
8. Desearía sentir más respeto por mi mismo/a	1	2	3	4
9. Me inclino a pensar que en conjunto soy un fracaso	1	2	3	4
10. Asumo una actitud positiva hacia mi mismo/a	1	2	3	4

7.6. ANEXO VI: DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES EXCLUIDOS EN SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA Y PSICOPATOLÓGICA GENERAL

En este anexo se presentan los datos descriptivos relativos al grupo de mujeres y varones que fueron excluidos de los análisis que evaluaron la relación entre el abuso infantil y la sintomatología asociada a los trastornos alimentarios. Su exclusión respondió a la presencia de abuso sexual en la adultez y/o al haber padecido tanto abuso sexual como físico en la infancia.

En la submuestra de mujeres, de las 708 participantes iniciales, 24 comunicaron haber padecido abuso sexual en la adultez, mientras 8 señalaron haber sido víctimas tanto de abuso sexual como físico en la infancia. De estas últimas, dos habían sido también victimizadas sexualmente en la adultez, solapándose con las primeras. Esto resultó en un total de 30 mujeres excluidas de los análisis.

En la submuestra de varones, de los 269 participantes iniciales, 5 manifestaron haber sido abusados sexualmente en la adultez y 3 informaron haber padecido tanto abuso sexual como físico en la infancia. De estos últimos, uno también sufrió abuso sexual en la adultez, solapándose con los primeros. En consecuencia, un total de 7 varones fueron excluidos de los análisis.

DESCRIPCIÓN DEL GRUPO DE MUJERES EXCLUIDAS POR HABER PADECIDO ABUSO SEXUAL EN LA ADULTEZ

En la tabla 1 se presenta la descripción del grupo de mujeres excluidas por informar abuso sexual en la adultez, en los aspectos relacionados a la sintomatología alimentaria (IMC, aspectos actitudinales y comportamentales).

Tabla 1. Descripción del grupo de mujeres excluidas por presentar abuso sexual en la adultez, en distintos aspectos asociados a los trastornos alimentarios

Variable	N	Mínimo	Máximo	M	DE	Md	Amplitud intercuartil
Aspectos generales							
IMC	24	16.90	29.40	20.78	3.03	20.11	4.62
Aspectos actitudinales							
Restricción	24	0.00	6.00	1.36	1.63	0.60	1.80
Preocupación por la Ingesta	24	0.00	5.00	0.90	1.50	0.20	1.15
Preocupación por el Peso	24	0.00	6.00	1.93	1.93	1.10	3.10
Preocupación por la Silueta	24	0.13	6.00	2.09	1.98	1.13	3.53
Escala Global del EDE-Q	24	0.03	5.75	1.57	1.65	0.75	2.03
Aspectos comportamentales							
Atracón objetivo ^a	24	0.00	---	1.96	4.92	0.00	2.00
Atracón subjetivo ^b	24	0.00	---	4.46	15.27	0.00	2.00
Restricción de ingesta ^c	24	0.00	6.00	0.25	1.23	0.00	0.00
Vómito autoprovocado ^d	24	0.00	1.00	0.13	0.34	0.00	0.00
Abuso de laxantes ^e	24	0.00	0.00	---	---	---	---
Abuso de diuréticos ^f	24	0.00	6.00	0.46	1.38	0.00	0.00
Ejercicio físico excesivo ^g	24	0.00	---	1.67	4.74	0.00	2.00

^{ab} Ocurrencia al menos una vez en el último mes

^{def} Ocurrencia en promedio al menos una vez a la semana en el último mes

^c Ocurrencia en promedio 3 o más veces a la semana en el último mes

^g Ocurrencia en promedio 5 o más veces a la semana en el último mes

--- = No evaluable

A continuación, en la tabla 2, se aprecian los datos descriptivos de las mujeres excluidas por presentar abuso sexual en la adultez, respecto a las medidas de sintomatología depresiva, ansiedad estado y rasgo y autoestima.

Tabla 2. Descripción del grupo de mujeres excluidas por presentar abuso sexual en la adultez, en torno a las medidas de sintomatología psicopatológica general

Escala	N	Mínimo	Máximo	M	DE	Md	Amplitud intercuartil
Depresión	24	0.00	34.00	11.00	9.69	9.50	9.75
Ansiedad Estado	24	0.00	53.00	22.13	14.16	22.50	20.25
Ansiedad Rasgo	24	9.00	53.00	28.17	11.73	29.00	19.75
Autoestima	24	19.00	40.00	29.38	5.76	29.50	8.00

DESCRIPCIÓN DEL GRUPO DE VARONES EXCLUIDOS POR HABER PADECIDO ABUSO SEXUAL EN LA ADULTEZ

En la tabla 3 se presenta la descripción del grupo de varones excluidos por comunicar abuso sexual en la adultez, en los aspectos relacionados a la sintomatología alimentaria (IMC, aspectos actitudinales y comportamentales).

Tabla 3. Descripción del grupo de varones excluidos por presentar abuso sexual en la adultez, en distintos aspectos asociados a los trastornos alimentarios

Variable	N	Mínimo	Máximo	M	DE	Md	Amplitud intercuartil
Aspectos generales							
IMC	5	17.70	28.40	23.85	4.05	23.88	7.07
Aspectos actitudinales							
Restricción	5	0.00	2.80	0.88	1.18	0.40	2.00
Preocupación por la Ingesta	5	0.00	1.20	0.40	0.51	0.20	0.90
Preocupación por el Peso	5	0.00	2.00	0.88	0.83	0.80	1.60
Preocupación por la Silueta	5	0.00	2.88	0.98	1.12	0.63	1.75
Escala Global del EDE-Q	5	0.00	1.37	0.78	0.56	0.91	1.06
Aspectos comportamentales							
Atracón objetivo ^a	5	0.00	3.00	1.00	1.23	1.00	2.00
Atracón subjetivo ^b	5	0.00	0.00	---	---	---	---

Restricción de ingesta ^c	5	0.00	1.00	0.20	0.45	0.00	1.00
Vómito autoprovocado ^d	5	0.00	0.00	---	---	---	---
Abuso de laxantes ^e	5	0.00	0.00	---	---	---	---
Abuso de diuréticos ^f	5	0.00	0.00	---	---	---	---
Ejercicio físico excesivo ^g	5	0.00	4.00	1.20	1.79	0.00	3.00

^{ab} Ocurrencia al menos una vez en el último mes

^{def} Ocurrencia en promedio al menos una vez a la semana en el último mes

^c Ocurrencia en promedio 3 o más veces a la semana en el último mes

^g Ocurrencia en promedio 5 o más veces a la semana en el último mes

--- = No evaluable

A continuación, en la tabla 4, se aprecian los datos descriptivos de los varones excluidos por presentar abuso sexual en la adultez, respecto a las medidas de sintomatología depresiva, ansiedad estado y rasgo y autoestima.

Tabla 4. Descripción del grupo de varones excluidos por presentar abuso sexual en la adultez, en torno a las medidas de sintomatología psicopatológica general

Escala	N	Mínimo	Máximo	M	DE	Md	Amplitud intercuartil
Depresión	5	0.00	15.00	7.40	6.39	8.00	12.50
Ansiedad Estado	5	6.00	21.00	13.20	5.89	12.00	11.00
Ansiedad Rasgo	5	7.00	32.00	18.40	9.56	20.00	17.00
Autoestima	5	24.00	39.00	33.40	6.27	37.00	11.00

DESCRIPCIÓN DEL GRUPO DE MUJERES EXCLUIDAS POR HABER SUFRIDO TANTO ABUSO SEXUAL COMO FÍSICO EN LA INFANCIA

En la tabla 5 se expone la descripción del grupo de mujeres excluidas por presentar tanto abuso sexual como físico en la infancia, en los aspectos relacionados a la sintomatología alimentaria (IMC, aspectos actitudinales y comportamentales).

Tabla 5. Descripción del grupo de mujeres excluidas por presentar abuso sexual y físico en la infancia, en distintos aspectos asociados a los trastornos alimentarios

Variable	N	Mínimo	Máximo	M	DE	Md	Amplitud intercuartil
Aspectos generales							
IMC	8	16.70	23.60	21.16	2.05	21.37	1.71
Aspectos actitudinales							
Restricción	8	0.00	3.60	1.25	1.18	1.10	1.55
Preocupación por la Ingesta	8	0.00	3.40	0.93	1.18	0.30	1.45
Preocupación por el Peso	8	0.20	5.40	2.03	2.14	1.10	4.10
Preocupación por la Silueta	8	0.00	4.63	1.94	1.85	1.19	3.70
Escala Global del EDE-Q	8	0.16	3.69	1.53	1.38	1.12	2.58
Aspectos comportamentales							
Atracón objetivo ^a	8	0.00	5.00	1.38	1.85	0.50	3.00
Atracón subjetivo ^b	8	0.00	---	4.38	10.42	0.00	3.00
Restricción de ingesta ^c	8	0.00	0.00	---	---	---	---
Vómito autoprovocado ^d	8	0.00	0.00	---	---	---	---
Abuso de laxantes ^e	8	0.00	0.00	---	---	---	---
Abuso de diuréticos ^f	8	0.00	2.00	0.25	0.71	0.00	0.00
Ejercicio físico excesivo ^g	8	0.00	6.00	1.38	2.20	0.00	3.00

^{ab} Ocurrencia al menos una vez en el último mes

^{def} Ocurrencia en promedio al menos una vez a la semana en el último mes

^c Ocurrencia en promedio 3 o más veces a la semana en el último mes

^g Ocurrencia en promedio 5 o más veces a la semana en el último mes

--- = No evaluable

A continuación, en la tabla 6, se comunican los datos descriptivos de las mujeres excluidas por presentar tanto abuso sexual como físico en la infancia, respecto a las medidas de sintomatología depresiva, ansiedad estado y rasgo y autoestima.

Tabla 6. Descripción del grupo de mujeres excluidas por presentar abuso sexual y físico en la infancia, en torno a las medidas de sintomatología psicopatológica general

Escala	N	Mínimo	Máximo	M	DE	Md	Amplitud intercuartil
Depresión	8	4.00	27.00	14.50	9.40	15.00	17.25
Ansiedad Estado	8	0.00	39.00	19.00	14.70	20.50	29.50
Ansiedad Rasgo	8	17.00	45.00	31.88	10.59	32.50	21.00
Autoestima	8	22.00	38.00	30.00	5.13	30.00	8.00

DESCRIPCIÓN DEL GRUPO DE VARONES EXCLUIDOS POR HABER SUFRIDO TANTO ABUSO SEXUAL COMO FÍSICO EN LA INFANCIA

En la tabla 7 se aprecia la descripción del grupo de varones excluidos por presentar abuso sexual y físico en la infancia, en los aspectos relacionados a la sintomatología alimentaria (IMC, aspectos actitudinales y comportamentales).

Tabla 7. Descripción del grupo de varones excluidos por presentar abuso sexual y físico en la infancia, en distintos aspectos asociados a los trastornos alimentarios

Variable	N	Mínimo	Máximo	M	DE	Md	Amplitud intercuartil
Aspectos generales							
IMC	3	22.90	28.40	24.88	3.07	23.36	---
Aspectos actitudinales							
Restricción	3	0.00	0.80	0.53	0.46	0.80	---
Preocupación por la Ingesta	3	0.00	0.60	0.33	0.31	0.40	---
Preocupación por el Peso	3	0.00	0.60	0.33	0.31	0.40	---
Preocupación por la Silueta	3	0.00	0.75	0.29	0.40	0.13	---
Escala Global del EDE-Q	3	0.00	0.64	0.37	0.33	0.48	---
Aspectos comportamentales							
Atracón objetivo ^a	3	0.00	1.00	0.33	0.58	0.00	---
Atracón subjetivo ^b	3	0.00	---	5.00	8.66	0.00	---

Restricción de ingesta ^c	3	0.00	0.00	---	---	---	---
Vómito autoprovocado ^d	3	0.00	0.00	---	---	---	---
Abuso de laxantes ^e	3	0.00	0.00	---	---	---	---
Abuso de diuréticos ^f	3	0.00	0.00	---	---	---	---
Ejercicio físico excesivo ^g	3	0.00	4.00	1.67	2.08	1.00	---

^{ab} Ocurrencia al menos una vez en el último mes

^{def} Ocurrencia en promedio al menos una vez a la semana en el último mes

^c Ocurrencia en promedio 3 o más veces a la semana en el último mes

^g Ocurrencia en promedio 5 o más veces a la semana en el último mes

--- = No evaluable

A continuación, en la tabla 8, se exponen los datos descriptivos de los varones excluidos por presentar tanto abuso sexual como físico en la infancia, respecto a las medidas de sintomatología depresiva, ansiedad estado y rasgo y autoestima.

Tabla 8. Descripción del grupo de varones excluidos por presentar abuso sexual y físico en la infancia, en torno a las medidas de sintomatología psicopatológica general

Escala	N	Mínimo	Máximo	M	DE	Md	Amplitud intercuartil
Depresión	3	0.00	23.00	10.00	11.79	7.00	---
Ansiedad Estado	3	12.00	35.00	22.00	11.79	19.00	---
Ansiedad Rasgo	3	12.00	28.00	20.00	8.00	20.00	---
Autoestima	3	22.00	39.00	32.67	9.29	37.00	---