



**AED**  
Academy *for*  
**Eating Disorders**

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN  
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION  
(Quito, 6 de Marzo de 2003)

Fernando Fernández Aranda, Ph.D.

Psicólogo Adjunto y Profesor Asociado  
Servicio de Psiquiatría  
Hospital Universitario de Bellvitge  
Hospitalet del Llobregat, Barcelona  
España  
e-mail: [ffernandez@csub.scs.es](mailto:ffernandez@csub.scs.es)  
[ffernandez@psi.ub.es](mailto:ffernandez@psi.ub.es)

---

FACTORES DE RIESGO EN TCA  
FACTORES SOCIO-CULTURALES  
FACTORES INDIVIDUALES.  
FACTORES FAMILIARES.

## FACTORES BIOLÓGICOS-GENÉTICOS

## FACTORES SOCIO-CULTURALES

- Culturas occidentalizadas
- Valoración de ideales delgados de belleza
- Determinadas situaciones laborales

## FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES

- Valoración excesiva del rendimiento escolar
- Timidez y retraimiento social
- Personalidad obsesivo-compulsiva
- Realización de dietas
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno de ansiedad y/o fobia social
- Experiencias traumáticas en la infancia/adolescencia
- Críticas respecto al físico

## FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

- Problemáticas de alcoholismo en padres.
- Trastorno obsesivo-compulsivo y/o afectivo en madre
- Obesidad en madres
- Trastorno alimentario atípico en madres

## RISK FACTORS IN HEALTHY EATING (*Framework-V, QLK1- 1999/916*)

Objetivos: determinar factores de riesgo (psicológicos-sociales y genéticos) en pacientes con TCA.

Muestras: 1000 casos-contróles (pairs-trios)

Participantes: Alemania, Austria, Eslovenia, España, Finlandia, Francia, Inglaterra e Italia

Duración: 03/2000 - 03/2003 (36 meses).

## RISK FACTORS IN HEALTHY EATING (*Framework-V, QLK1- 1999/916*)

Pacientes-Hermanas:

- Sintomatología alimentaria
- Psicopatología
- Rasgos de personalidad
- Factores de riesgo (Individuales/ Familiares)
- Hábitos alimentarios y educativos durante infancia y adolescencia.
- Estilos educativos.
- Aspectos genéticos.

Padres:

- Rasgos de personalidad
- Aspectos genéticos

## HABITOS Y ESTILOS ALIMENTARIOS:

Muestra: 262 TCA vs. 166 Controles

Participantes: España

Evaluación: CCQ (51 Items)

Resultados:

PACIENTES: 31,7%AN; 47,6%BN; 20,7% EDNOS

CONTROLES: 6 (3,6%)TCA

Dietas: 51.1%

Reducción de peso autoinducida: 21.9%

**RISK FACTORS IN HEALTHY EATING**  
(Framework-V, QLK1- 1999/916)

Bellvitge Hospital

✦ Hábitos alimentarios individuales y en la familia durante la infancia y temprana adolescencia.

Variables de la Ecuac

	B	Error tipo	Wald	gl	Sig.	Odds Ratio	Intervalo de confianza para E al 95.0%	
							límite inferior	límite superior
Mod 1								
Con posterioridad a los años.comer en familia de for regular	1.631	.819	3.960	1	.047	5.11	1.025	25.453
Con anterioridad a los 12 al desayuar antes de ir al cole)	1.077	.342	9.921	1	.002	2.93	1.502	5.735
Excesiva importancia dada p madre a la comic	1.018	.518	3.862	1	.049	2.77	1.003	7.644
Comer dulces o chucherías: exceso durante infan	1.242	.594	4.371	1	.037	3.46	1.081	11.097
(Constante)	-.830	.581	2.039	1	.153	.436		

(Paper In preparation)

## FACTORES DE RIESGO-DIFERENCIAS TRANSCULTURALES:

Alimentación y pautas alimentarias durante infancia y temprana adolescencia en TCA (133 España vs. 127 UK)

Número de comidas/día en familia E>UK <.002

Acceso a golosinas E>UK <.005

Normas estrictas respecto a la alimentación E<UK <.005

Comida utilizada como recompesa o castigo E<UK <.001

## CONCLUSIONES (Apartado 1):

Hasta el momento, no existen datos concluyentes sobre la existencia de una vulnerabilidad genética en TCA.

Determinados rasgos de personalidad en un sujeto, como perfeccionismo excesivo y rigidez, podrían influir en el riesgo de padecer un TCA a lo largo de la adolescencia.

Determinados hábitos y estilos nutricionales inadecuados, durante la infancia y adolescencia temprana, podrían estar actuando como factor de riesgo en la aparición de un TCA.

### Study 1:

- 1)to check the hypothesis that married eating disorder patients have more severe eating psychopathology, even after controlling the variable age;
- 2)to assess the effect of the different subgroups of the category “marital status” on the severity of the disorder;
- 3)to ascertain whether there are differences with regard to this category between anorexia and bulimia nervosa patients.

### Study 2:

- 1)To understand the impact of marital status on the treatment outcome of Bulimia nervosa (BN) patients.
- 2)To analyse other possible predictors of therapy outcome.

### Study 1:

332 Eating Disorders (198 Bulimia nervosa –BN- and 134 Anorexia nervosa –AN-) consecutively admitted to our Unit,, between January 1998 and October 2000, participated in the study.

All patients fulfilled criteria those pathologies according to DSM-IV (30) and all were female.

67.2% (N=223) of the sample were of purging type (12.7% AN vs. 54.5% BN);  
(Bussolotti, Fernández-Aranda et al., 2002)

## RESULTS

### *Effect of the onset of the ED disorder Before vs. After marriage-Study 1*

- The percentage of patients with post-married onset (23%, N=9) was similar to the observed values in the literature.
- Those patients have a higher mean age of onset than those with pre-married onset.
- The post-married onset subgroup presented a shorter duration of the disorder.

➤ There were no significant differences between subgroups concerning age at marriage, duration of the relationship or any eating symptomatology.➤

### Study 2:

66 BN patients admitted to our Eating Disorders Unit.

33 patients of the initial sample were living with stable partner –PL- and 33 had not partner –NPL-.

These two groups were matched for age of onset, duration and severity of the disorder.

The patients of these two groups received two different conditions:

- Experimental group (Outpatient cognitive-behavioral group therapy, N=42);
- Control group (Waiting List; N=24).

### Study 2

2x2 MANCOVA with repeated measures design (marital status x treatment), using BMI as covariate, showed:

- Significant differences between the groups were found in the outcome by considering the factor type of treatment ( $p < .005$ ).
- After the therapy the outcome was positively related to the marital status ( $p < .01$ ).
- The variable BMI in the PL group was statistically different respect to the NPL group (12,5% PL vs. 34,4% NPL were overweight;  $X^2=4,26$ ,  $p < .037$ ).

### CONCLUSIONES (Apartado 2):

La existencia de conflictos en la relación de pareja en pacientes con TCA no debe ser considerado tan solo como una consecuencia de la sintomatología alimentaria.

Pacientes con TCA que se encuentran en una relación de pareja estable pueden responder a funcionales del trastorno diferenciales.

Conflictos de pareja no resueltos podrán actuar como factor de riesgo en determinadas poblaciones.

La presencia de una relación de pareja estable influirá en el pronóstico.

### Cita Bibliográfica:

Bussolotti, D; Fernández-Aranda, F.; Solano, R.; Jiménez.Murcia,S.; Cubero, L.; Turón,J y Vallejo,J. (2002). Marital status and eating disorders: an analysis of its relevance. Journal of Psychosomatic Research, 53 (6), 1139-1145.