



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL

SANITARIA

Curso 2023-2024

Trabajo Fin de Máster

**COMORBILIDAD ENTRE TRASTORNOS DE CONDUCTA
ALIMENTARIA DE TIPO BULIMICO CON SINTOMATOLOGÍA
DISOCIATIVA. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.**

Autora: Encarnación Porto Mato

Tutora: Yolanda Quiles Marcos

Cotutora: María José Quiles San Sebastián

Código de la Oficina de Investigación Responsable: TFM.MPG.YQM.EPM.231224

Convocatoria: enero

RESUMEN

Introducción: La sintomatología disociativa es frecuente en personas con bulimia, que puede ser explicada como una forma de hacer frente a emociones intensas que las personas no son capaces de manejar. Tanto la bulimia como la disociación pueden ser respuestas de afrontamiento a eventos traumáticos.

Objetivo: Recopilar y conocer la información acerca de la comorbilidad entre la patología alimentaria de tipo bulímico con los trastornos o sintomatología disociativa.

Metodología: Revisión sistemática siguiendo el Método PRISMA llevando a cabo una búsqueda en las bases de datos PubMed, PsycINFO, Scopus y Web of Science incluyendo estudios en inglés y español con un criterio temporal de 20 años.

Resultados: Los datos sugieren que la disociación está significativamente relacionada con los trastornos alimentarios, mostrando variaciones en su intensidad y características específicas en diferentes subgrupos. Además, factores como el trauma y la gravedad de los episodios alimentarios parecen estar vinculados a la disociación

Conclusión: Dado que la disociación puede ser un mecanismo mediador, es importante abordar de forma integral la disociación en el tratamiento de las personas con BN, ya que la sintomatología disociativa podría ser utilizada junto a los atracones y purgas para afrontar las emociones abrumadoras.

Palabras clave: Disociación, Bulimia, Sintomatología disociativa, Atracones, Trastorno alimentario

ABSTRACT

Introduction: Dissociative symptoms are common in people with bulimia, which can be explained as a way of coping with intense emotions that people are not able to handle. Both bulimia and dissociation can be coping responses to traumatic events.

Objective: Compile and understand information about the comorbidity between bulimic-type eating pathology with dissociative disorders or symptoms.

Methodology: Systematic review following the PRISMA Method, carrying out a search in the PubMed, PsycINFO, Scopus and Web of Science databases including studies in English and Spanish with a time criterion of 20 years.

Results: The data suggest that dissociation is significantly related to eating disorders, showing variations in its intensity and specific characteristics in different subgroups. Additionally, factors such as trauma and the severity of eating episodes appear to be linked to dissociation.

Conclusion: Given that dissociation can be a mediating mechanism, it is important to comprehensively address dissociation in the treatment of people with BN, since dissociative symptomatology could be used together with binge eating and purging to cope with overwhelming emotions.

Keywords: Dissociation, Bulimia, Dissociative symptoms, Binge eating, Eating disorder

INTRODUCCIÓN

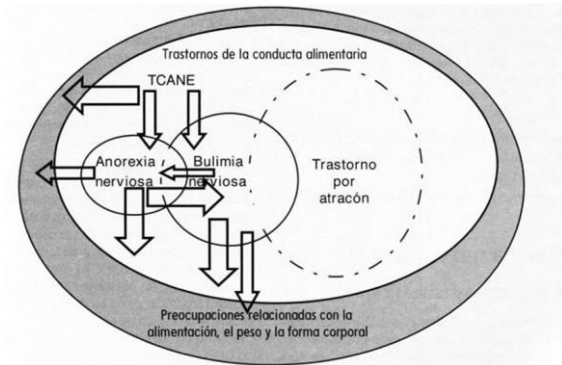
Los Trastornos de la Alimentación y de la Conducta Alimentaria (TCA) son enfermedades de salud mental que se caracterizan un miedo intenso a engordar, así como una necesidad imperiosa por controlar su peso y su cuerpo (Roncero y Perpiñá, 2020). A nivel conductual, se puede reflejar en un consumo alterado, exagerado o restringido de los alimentos repercutiendo directamente sobre la salud y generando un deterioro físico y un malestar psicológico y social en quien lo padece.

El actual Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, (DSM 5, APA, 2013) recoge bajo el epígrafe TCA un total de ocho diagnósticos, a diferencia de las versiones anteriores que únicamente reconocían la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) y los Trastornos de la Conducta Alimentaria No especificada (TCANE)

La CIE 11 (Clasificación Internacional de Enfermedades) (OMS, 2019), se asemeja al DSM-5, incluyendo estos diagnósticos bajo el epígrafe TCA. Aunque estos diagnósticos se describen como entidades independientes, en la práctica clínica es habitual observar una migración entre diagnósticos, es decir, que un paciente cumpla criterios de diferentes diagnósticos en diferentes etapas de su vida (Hernangómez, 2020). De hecho, la mitad de las pacientes con AN desarrollan BN siendo inferiores las probabilidades a la inversa (Fairburn et al., 2003). A este fenómeno se le ha denominado transición diagnóstica que se muestra en la Figura 1 adaptada por Belloch et al., (2021).

Figura 1

Representación gráfica de la migración entre diagnósticos TCA



Nota. Belloch et al., (2021).

Aunque los síntomas conductuales pueden ser diferentes, se identifican una serie de factores en común. Como aspectos psicológicos destacamos la dificultad para afrontar situaciones adversas y resolver conflictos o regularse emocionalmente. En relación a la comida hay un miedo a consumir alimentos “prohibidos”, perder el control y a sentirse observados y juzgados si comen delante de otras personas. En cuanto a la imagen corporal sienten una preocupación excesiva por su peso y silueta.

Los TCA tradicionalmente aparecen en todas las culturas siendo más usuales en países desarrollados y afectando dentro de estos a las mujeres de clase alta (Moral de la Rubia, 2022). No obstante, es una enfermedad en aumento y que ya no entiende de etnia, nivel social y/o económico y que aparece cada vez a edades más tempranas y en más perfiles masculinos. A nivel nacional, la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia afirma que se trata de la tercera causa de enfermedad crónica entre nuestros

adolescentes y se espera un incremento del 15% en los próximos años y cada vez a edades más tempranas (SEMGF, 2018).

En cuanto al origen de los TCA, el modelomultifactorial de Gardner y Garfinkel (1985) considera que entran en juego factores genéticos, biológicos, conductuales, psicológicos y sociales que interactúan entre sí y que pueden actuar tanto como factores desencadenantes como predisponentes del TCA (Behar,2009).

Las pacientes que sufren BN tienden a llevar a cabo ingestas excesivas de alimentos en un período de tiempo corto, comúnmente conocidas como atracones. A menudo, estas ingestas van acompañadas de comportamientos compensatorios inapropiados, como la inducción de vómitos, el abuso de laxantes y diuréticos, entre otros, con el objetivo de evitar el aumento de peso después de los atracones (APA, 2014);(Lladó, et. al, 2017). En este trastorno, se observan episodios recurrentes de ingesta de grandes cantidades de alimentos, seguidos frecuentemente por conductas de purga, siendo el vómito la más común (Díaz, 2015). Estas acciones de compensación funcionan como refuerzos negativos que perpetúan el problema (López, 2017).

Las características fundamentales de la BN se pueden resumir en tres aspectos: los episodios recurrentes de atracones, comportamientos de compensación reiterados destinados a evitar el aumento de peso y, finalmente, una autoevaluación influenciada de manera inapropiada por el peso y la constitución corporal. A nivel emocional, se observa una impactante afectación, donde emociones como tristeza, ansiedad, impotencia, vergüenza y, especialmente, culpa (particularmente después de los

ataques) acompañan a la persona, exacerbando su malestar (Parejo y Fernández, 2008).

Algunos estudios han encontrado una asociación entre la BN y la disociación, sugiriendo que las personas con BN podrían experimentar episodios de disociación como una forma de hacer frente a la ansiedad, el estrés o las emociones intensas relacionadas con la alimentación y el peso corporal, (Vilariño, 2020). Según algunos autores la BN podría entenderse como un mecanismo disociativo con el objetivo de reducir el nivel de conciencia ante emociones abrumadoras (Heatherton, Baumeister, 1991; Mcshane y Zirkel, 2008; Vanderlinden, et. al, 1993).

Los trastornos disociativos se caracterizan por la interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la consciencia, la memoria, la identidad propia y subjetiva, la emoción, la percepción, la identidad corporal, el control motor y el comportamiento, (DSM-5). Se puede conceptualizar como la dificultad para recordar un evento, desconexión del cuerpo, las emociones o el entorno. Esto resulta en la fragmentación de los sistemas psicobiológicos que componen la personalidad e identidad de la persona, impidiendo la formación de una visión integrada de sí misma. Las sensaciones internas o externas se experimentan con extrañeza o distanciamiento, y el comportamiento se vive como automático (González, 2017; Van der Hart et al., 2008). La disociación se observa no solo en trastornos disociativos, sino también en otros trastornos mentales como el trastorno límite de personalidad y el trastorno por estrés postraumático entre otros como los TCA, (Reyes, 2008)

La literatura teórica sobre trastornos disociativos ha establecido una conexión entre la disociación y la exposición al trauma (Carlson et al., 2012). Janet (1889, citado en Howell, 2006) fue el pionero en vincular el trauma con la disociación, proponiendo en su teoría del trauma que las personas abrumadas por emociones extremas no pueden asimilar la experiencia ni conectarla con el resto de su historia personal.

La investigación ha revelado una relación entre la disociación, la historia de abuso en la infancia, las características del trauma actual y el modo de procesamiento de eventos traumáticos (Fleming y Resick, 2016). Respecto al abuso en la infancia, el 80% de las personas con trastornos disociativos han experimentado algún tipo de abuso durante este período crucial (Webermann y Murphy, 2019). Dado que tanto el trauma infantil como el trauma vinculado a la pareja se comprenden como traumas interpersonales, múltiples y prolongados, la investigación ha destacado niveles elevados de disociación y trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT-C), en comparación con eventos únicos (Maercker et al., 2000, citado en Fleming y Resick, 2016).

Aunque la disociación puede ser adaptativa para aquellos en situaciones traumáticas, su persistencia puede convertirse en una respuesta de afrontamiento desadaptativa (Webermann y Murphy, 2019). En consecuencia, las respuestas disociativas, inicialmente desarrolladas como defensas ante el trauma, con el tiempo evolucionan hacia patrones de respuesta ante diversas emociones y situaciones. Estos patrones reducen la capacidad de evaluar la realidad y complican aún más la salida del entorno dañino en el que se encuentra la persona (Tschoeke et al., 2019).

Tras vivir un evento traumático, pueden surgir diversos síntomas disociativos, como la despersonalización, que implica la sensación de irrealidad del propio cuerpo. También puede manifestarse la desrealización, donde la sensación de irrealidad se refiere al entorno. Asimismo, la persona puede experimentar incapacidad para recordar información autobiográfica traumática, conocida como amnesia, y una fragmentación de la identidad (APA, 2013).

Estas experiencias disociativas pueden entenderse como una pérdida de continuidad en la experiencia subjetiva, acompañada de intrusiones involuntarias y no deseadas en la conciencia o el comportamiento; incapacidad para acceder a la información o controlar las funciones mentales normalmente susceptibles de dicho acceso o control; y/o una sensación de desconexión experiencial que puede incluir distorsiones en las percepciones del yo o del entorno (Cardeña y Carlson, 2011, citado en Carlson et al., 2012).

La sintomatología derivada de la disociación se puede clasificar de diversas maneras, incluyendo una distinción entre disociación psicomorfa y somatomorfa. La primera se refiere a los síntomas disociativos que alteran procesos psicológicos, como la memoria, la identidad y la percepción del ambiente y entorno. En contraste, la disociación somática abarca los síntomas disociativos que afectan al cuerpo, experiencias, reacciones y funciones somáticas (Nijenhuis et al., 2004).

La conexión entre la BN y la disociación es compleja y puede analizarse desde diversas perspectivas. En algunos casos, aquellos que experimentan BN también pueden manifestar síntomas disociativos. Esta relación podría explicarse por la idea de que la

BN, con sus episodios de alimentación descontrolada y purga, actúa como un escape temporal de emociones intensas o situaciones estresantes. Es como si la persona intentara desconectarse momentáneamente de sus problemas al enfocarse en la comida y los comportamientos asociados. (Vilariño, 2020)

Otra posible conexión podría estar vinculada al trauma. Las personas que han vivido experiencias traumáticas a menudo desarrollan mecanismos de afrontamiento, (González, 2017) y tanto la BN como la disociación podrían ser respuestas a esas vivencias dolorosas. Mientras que la BN podría representar un intento de ejercer control sobre el cuerpo, la disociación podría ser una manera de distanciarse emocionalmente del sufrimiento. La desconexión de la propia percepción corporal podría ser una estrategia para evitar enfrentar la realidad de la insatisfacción y el malestar emocional asociado con la apariencia física. (Quintas, 2013). La correlación entre la BN y la disociación es un fenómeno complejo, donde factores emocionales, traumáticos y de afrontamiento desempeñan un papel crucial.

Objetivo:

El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión de la literatura sobre la relación entre la patología alimentaria de tipo bulímico con los trastornos o sintomatología disociativa.

MÉTODO

Para la realización del presente estudio se llevó a cabo una revisión sistemática siguiendo la Declaración PRISMA (Liberati et al., 2020), para lo cual se efectuó una búsqueda en las bases de datos: Pubmed, PsycInfo, Web of Science y Science Direct,

estableciendo un criterio temporal que abarca desde el año 2000 hasta el presente año 2023. La búsqueda bibliográfica se inició el 29 de septiembre de 2023 y finalizó el 18 de noviembre de 2023. Para efectuar las búsquedas se utilizaron los Términos Mesh y Palabras clave Bulimia Nervosa, Binge eating, Disociación, Dissociative disorders, Psychoform dissociation, Somatoform dissociation, Dissociative symptoms

El trabajo fue aprobado por el comité de Ética e Integridad en la Investigación de la Universidad Miguel Hernández con el código TFM.MPG.YQM.EPM.231224, que se puede encontrar adjunto en el Apéndice 1.

Criterios de inclusión y exclusión:

Los criterios de inclusión que se seleccionaron para adecuarse al objetivo del trabajo fueron aquellos trabajos correspondientes a ensayos clínicos publicados entre los años 2000 y 2023 en los idiomas inglés y español en los que se ofreciesen datos acerca los pacientes que cumpliesen con los criterios diagnósticos para BN que presentasen síntomas disociativos tanto psicoformes como somatoformes.

En referencia a los criterios de exclusión, se han descartado aquellos estudios de caso único, estudios secuenciales, otras revisiones sistemáticas, así como metaanálisis además de otras publicaciones como tesis y demás literatura gris. También se han excluido aquellos trabajos que tratasen los TCA sin segregar los datos por tipología del trastorno. Además de lo anterior, se excluyeron las publicaciones que se encontrasen fuera del ámbito de la psicología.

Ecuaciones de búsqueda:

Se llevó a cabo una búsqueda en las cuatro bases de datos mencionadas previamente en las que se introdujeron dos búsquedas con dos ecuaciones similares. Las ecuaciones utilizadas se incluyen en la Tabla 1.

Tabla 1

Ecuaciones de búsqueda en las bases de datos

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Cantidad de resultados
PubMed	<i>((((((eating disorders[MeSH Terms]) OR (bulimia[MeSH Terms])) AND (dissociation disorder[MeSH Terms]) OR (psychoform dissociation[Title/Abstract]) OR (somatoform dissociation[Title/Abstract]) OR (dissociative symptoms[Title/Abstract])))</i>	66
	<i>((((((eating disorder[Title/Abstract]) AND (bulimia[Title/Abstract])) AND (dissociative disorder[Title/Abstract])) OR (psychoform dissociation[Title/Abstract])) OR (somatoform dissociation[Title/Abstract])) OR (dissociative symptoms[Title/Abstract])) NOT (anorexia[Title/Abstract])</i>	53
PsycInfo	<i>MA eating disorders OR MA bulimia AND MA dissociative disorder OR TI psychoform</i>	34

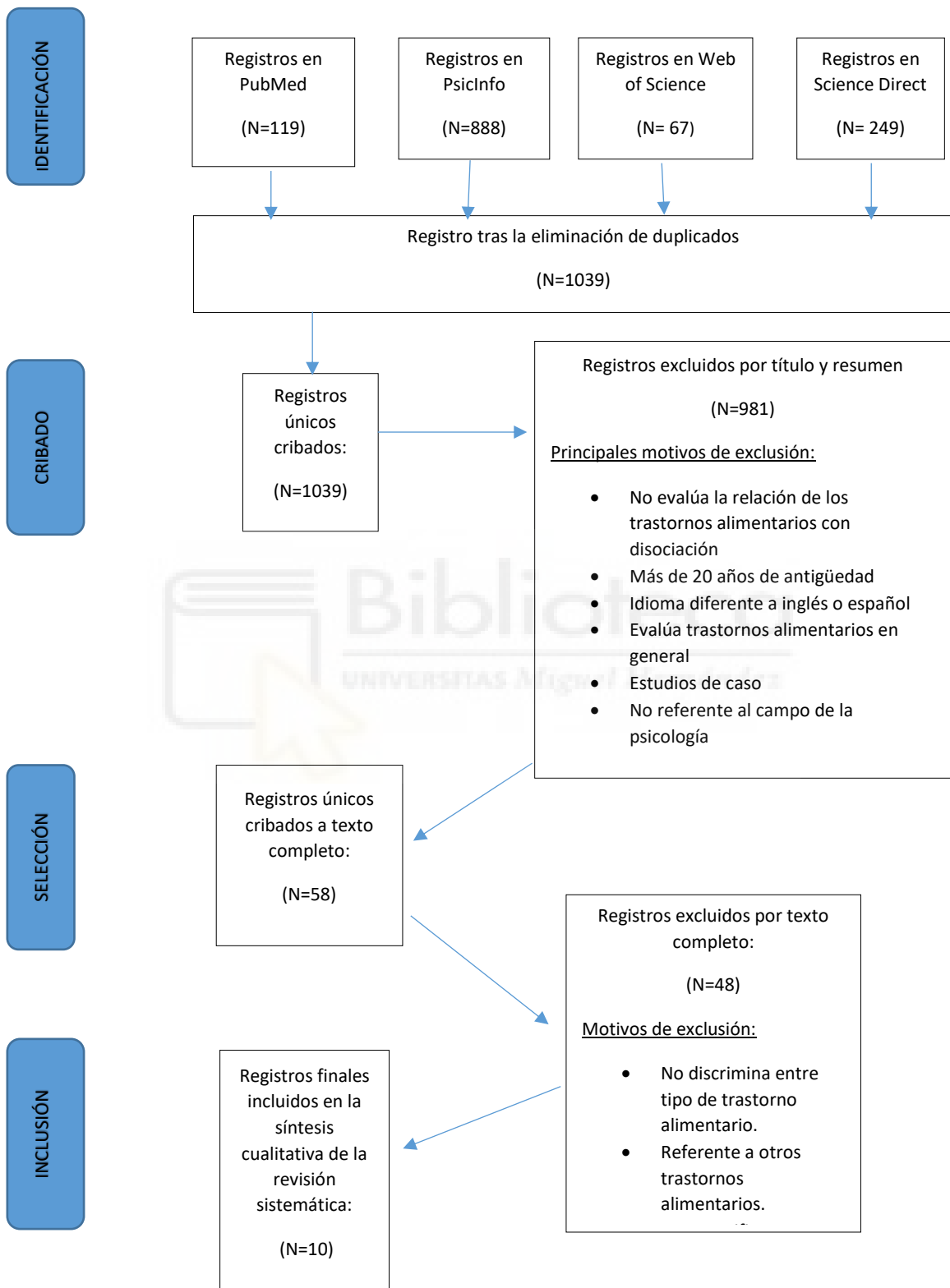
	<i>dissociation OR TI somatoform dissociation OR TI dissociation symptoms NOT TX anorexia</i>	
	<i>MA eating disorders OR MA bulimia AND MA dissociative disorder OR TI psychoform dissociation OR TI somatoform dissociation</i>	784
	<i>TI bulimia AND TI dissociative disorder OR TI psychoform dissociation OR TI somatoform dissociation</i>	69
	<i>TI bulimia AND TI dissociative disorder</i>	1
Web of Science	<i>((AB=(eating disorder)) AND AB=(dissociative disorders)) AND AB=(dissociative symptoms)</i>	57
	<i>((((AB=(eating disorder)) AND AB=(bulimia)) AND AB=(dissociative disorders)) AND AB=(somatoform dissociation)) AND AB=(psychoform dissociation)</i>	10
Science Direct	<i>eating disorder and dissociative disorder and bulimia</i>	243
	<i>eating disorder and dissociative disorder and bulimia and psychoform dissociation and somatoform dissociation</i>	6
TOTAL		1039

Tras las búsquedas en las cuatro bases de datos, se obtuvieron un total de 1323 referencias, las cuales fueron registradas en la plataforma Mendeley. Posteriormente, se utilizó esta plataforma para llevar a cabo el procedimiento de eliminación de duplicados, resultando en un total de 1039 artículos. Tras esto, se llevó a cabo el análisis de los títulos y resúmenes de las publicaciones, descartando 981 artículos y dejando 58 para una revisión más detenida. Finalmente, se seleccionaron 10 artículos relevantes para esta búsqueda. (Véase la figura 2).



Figura 2

Diagrama de flujo PRISMA



Análisis de la calidad de los estudios

La valoración de la calidad de los estudios se realizó con los criterios de la “Quality Assessment Tool”, propuesta por The National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) y que consta de 14 preguntas que se muestran en el Apéndice 2. Los aspectos fundamentales son evaluar el grado de exposición a la variable predictora, la representatividad de la muestra, la validez de constructo, la imparcialidad de los examinadores, y el control de variables extrañas.

Con el propósito de ofrecer una mayor rigurosidad y claridad, se decidió por aceptar como respuesta “Sí”, si cumplía con el ítem, “NO” si no lo cumplía, o “NA” cuando no aplica el ítem. Se valora un estudio como “bueno” cuando obtiene 0 “noes” en la valoración; “regular” en el caso de obtener un “no” y “pobre” si en su puntuación se valoran 2 o más “noes”.

Tabla 2

Nivel de calidad de los estudios

Autor y año	Calificación de calidad
Marnat & Michel(2000)	Bueno
Engelberg et. al. (2007)	Regular
Mason, et. al (2017)	Regular
La Melaa et al. (2010)	Bueno
McShane & Zirkel (2008)	Regular
Nilsson, et al (2020)	Bueno
Waller, et al. (2003)	Bueno

Waller et al. (2001)	Bueno
Hartt & Waller (2002)	Bueno
Tibon, & Rothschild (2009)	Bueno

RESULTADOS

Para la revisión sistemática se ha contado con un total de diez estudios. Los documentos seleccionados definitivamente están reseñados en la Tabla 3. Estos estudios se caracterizan por ser de naturaleza transversal y descriptiva, completados por personas diagnosticadas con un TA de tipo bulímico, pero en los estudios de Waller et al. (2001) y Hartt & Waller (2002) se distinguen diagnósticos de anorexia y trastorno por atracón.

Las muestras estaban formadas en todos los casos por mujeres diagnosticadas de BN, aunque en algunos casos también se incluía a personas con trastorno por atracón y personas con diagnóstico de anorexia. Los tamaños muestrales son en todos los casos reducidos siendo el mayor de ellos de N= 170 y el menor de N=12, lo que dificulta la generalización de los resultados obtenidos. Solo en dos casos se incluye un grupo control. En cuanto a la edad de la muestra es importante señalar que, aunque la mayoría son adolescentes y jóvenes también se encuentran personas de mayor edad.

En todos los estudios se han utilizado instrumentos de autoinforme a excepción del trabajo de Tibon, & Rothschild (2009). Para medir experiencias disociativas, en siete de los estudios se ha utilizado el Cuestionario de Experiencias disociativas (DES), mientras que dos de ellos la evaluaron a través del Cuestionario de Disociación (DIS-Q). En cuanto a la patología alimentaria, cuatro de los trabajos utilizan el cuestionario de Trastornos

Alimentarios (EDE), también se han utilizado otros métodos como la entrevista clínica, y en Tibon, & Rothschild (2009) se utiliza la prueba de Rorschach.

Respecto a la relación entre BN y síntomas disociativos se observa que las personas que experimentan BN en el presente muestran niveles más altos de disociación en comparación con aquellas que han tenido BN en el pasado o que no tienen antecedentes de BN. La tasa de trastornos disociativos entre las personas con BN en la actualidad es del 10%, y aquellas mujeres con historial de BN reportan más episodios de experiencias disociativas que las mujeres sin antecedentes de BN, aunque menos frecuentes que aquellas con BN actual, (Marnat & Michel, 2000)

La disociación parece variar a lo largo del ciclo de atracones y purgas, aumentando después de la purga y luego disminuyendo ligeramente. La presencia de disociación antes de los atracones incrementa la probabilidad de tener atracones posteriores. Se identifica una conexión entre el afecto negativo, la disociación y la caracterización de los episodios alimentarios como atracones. Los pacientes con subtipos específicos de atracones tienden a mostrar una mayor propensión a la disociación, (McShane & Zirkel, 2008)

La negligencia y el abuso sexual están correlacionados con la disociación, y hay una relación positiva entre la gravedad del abuso y la gravedad del trastorno bulímico. El ejercicio excesivo se relaciona con niveles más altos de disociación, tanto a nivel psicológico como somatomorfo, (Hartt & Waller 2002)

En resumen, los datos indican que la disociación está estrechamente vinculada a los trastornos alimentarios, presentando variaciones en su intensidad y características

específicas en distintos subgrupos. Además, factores como el trauma y la gravedad de los episodios alimentarios parecen tener una conexión significativa con la disociación en este contexto clínico.



Tabla 3

Vaciado de textos

AUTORES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	SUJETOS	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Gary Groth-Marnat and Naomi Michel	2000	<ul style="list-style-type: none"> • Observacional • Transversal • Retrospectivo 	113 mujeres. Divididas en tres grupos: bulímicos actuales (CB) (N=47), bulímicos pasados (PB) (N=29) y no bulímicos (NB) (N=37)	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de autoinfome. • Prueba de bulimia revisada (BULIT-R (Smith & Thelan, 1984; Thelan, Farmer, Wonderlich y Smith, 1991) • La Escala de Experiencias Disociativas (DES). Scale (Bernstein & Putnam, 1986) • Inventario de Abuso Infantil (CAI). (Briere y Runtz, 1988; Bryer, Nelson, Miller y Krol, 1987; Sanders y Giolas, 1991) • Entrevista clínica estructurada para los trastornos disociativos del DSM-IV(SCID-D). (SCID-D; Steinberg, 1993) 	<p>la disociación era más alta entre las personas con BN actuales, y que las que tenían BN en el pasado La comorbilidad de los trastornos disociativos y BN del 10%</p> <p>Mujeres con antecedentes de bulimia informaban episodios más frecuentes de experiencias disociativas que las no bulímicas, pero con menos frecuencia que las bulímicas actuales</p>
Marla J. Engelberg, Howard Steiger, Lise Gauvin, Stephen A. Wonderlich,	2007	<ul style="list-style-type: none"> • Observacional • Transversal • Retrospectivo 	33 mujeres con diagnósticos de TCA. 24 mujeres con diagnóstico de Bulimia	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDE) 12ª Edición • Diario electrónico de auto monitorización (ESMD) 	La presencia de disociación en el periodo previo a los atracones aumentó la probabilidad de atracones posteriores, OR = 2,07; IC del 95 %: 1,31, 3. En general, los análisis mostraron afecto negativo y disociación. Los episodios alimentarios tenían más probabilidades de caracterizarse como atracones si fueron precedidos por un mayor afecto negativo y la presencia de disociación
Tyler B.Mason, JasonM. Lavender, Stephen A.Wonderlich, Howard Steiger, Li Cao, MS, Scott G. Engel, James E. Mitchell, MD,	2017	<ul style="list-style-type: none"> • Observacional • Transversal • Retrospectivo 	Mujeres que cumplieron criterios de la para BN (N = 133)	<ul style="list-style-type: none"> • El estudio actual utilizó datos de la EMA recopilados a través de dos tipos de Métodos de autoinforme diario • Positive and Negative Affect Schedule (Watson et al., 1988): 	Se mostró mayor afecto negativo en el momento del atracón. El afecto negativo aumentó más rápidamente antes del atracón para individuos con mayor disociación

and Ross D. Crosby					
Carmelo La Melaa, Marzio Maglietta, Giovanni Castellinia, Luca Amorosob, Stefano Lucarellia,	2010	<ul style="list-style-type: none"> •Observacional •Transversal •Retrospectivo 	Pacientes diagnosticados de TCA (N=54), Pacientes de control de trastornos de ansiedad y estado de ánimo N(=56) individuos sin Dx (N=39)	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista clínica estructurada DSM-IV-I. Versión italiana del SCID-I. • Cuestionario de examen de trastornos alimentarios (EDE-Q) • Cuestionario de Disociación (DIS-Q) 	<p>El grupo ED tuvo puntuaciones promedio más altas que el grupo A-M D y el grupo HC en el total de EDE-Q.</p> <p>El grupo ED tuvo puntuaciones promedio más altas que el grupo control en todas las medidas de experiencia disociativa (DIS-Q total y subescalas DIS-Q; P < 0,01 para todas las comparaciones)</p> <p>Se encuentra una correlación entre el número de episodios de atracones y la puntuación total del DIS-Q</p>
Johanna Marie McShane PhD & Sabrina Zirkel	2008	<ul style="list-style-type: none"> •Observacional •Transversal •Retrospectivo 	12 mujeres adultas con que cumplen los criterios del DSM IV para Bulimia Nerviosa	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de historia de bulimia • Escala de estados disociativos. CADSS. (Bemmer et al.1998) 	Los síntomas disociativos fueron mayores durante los atracones y las purgas. La disociación varió dentro el ciclo de atracones-purgas, aumentando a lo largo del ciclo hasta después de la purga, luego disminuyendo ligeramente.
Doris Nilsson, Annika Lejonclou & Rolf Holmqvist	2020	<ul style="list-style-type: none"> •Observacional •Transversal •Retrospectivo 	60 mujeres de 14 a 30 años que cumplían los criterios de la CIE-10 [28] para el diagnóstico de trastornos alimentarios.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista Estructurada sobre Trastornos de la Alimentación – SEDI, • Cuestionario de Examen de Trastornos de la Alimentación (EDEQ), • Evaluación del Impairment Clínico (CIA), • Escala de Calificación del Estado Psiquiátrico para anorexia/bulimia (PSR) • Cuestionario de Disociación (DIS-Q) • El Cuestionario de Disociación Somatomorfa (SDQ-20) • Entrevista para trastornos disociativos y síntomas relacionados con el trauma (IDDTs) 	Los participantes con trastornos alimentarios informaron un mayor grado de disociación psicofórmica y somatomorfa en comparación con los individuos no clínicos. Los análisis también mostraron una correlación entre el grado de disociación y la gravedad de los síntomas del trastorno alimentario. Las calificaciones del SDQ-20 en nuestro estudio mostraron que el grupo con trastorno alimentario obtuvo una puntuación significativamente más alta en disociación somatomorfa en comparación con el grupo no clínico.
G. Waller a,*, M. Babbs a, F. Wright a, C.	2003	<ul style="list-style-type: none"> •Observacional •Transversal •Retrospectivo 	131 mujeres que cumplían con los	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Experiencias Disociativas: versión revisada (DES-II; Carlson y Putnam, 1993) 	Ambos grupos bulímicos tenían niveles más altos de ambas formas de disociación que las mujeres no clínicas.

Potterton a, C. Meyer b, N. Leung c			criterios para Bulimia Nerviosa	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Disociación Somatomorfa (SDQ-20) fue ideado por Nijenhuis, Spinhoven, van Dyck, van der Hart y Vanderlinden (1996). • Bulimic Investigatory Test de Edimburgo (BITE; Henderson y Freeman, 1987 (Waller, 1992). 	El ejercicio excesivo se asoció con niveles más altos de disociación tanto psicológica como somatomorfa
Glenn Waller et al.	2001	<ul style="list-style-type: none"> • Observacional • Transversal • Retrospectivo 	170 mujeres con diagnósticos de trastornos alimentarios: 17 AN restrictiva, 37 AN atracón-purga, 99 casos de BN y 17 trastorno por atracón. Grupo no clínico: 203 mujeres	<ul style="list-style-type: none"> • DES-Taxon. autoinforme • Escala de Experiencias Disociativas (DES-II; Carlson y Putnam, 1993). 	Los pacientes con BN se disociaron más que los pacientes con trastorno por atracón. En el caso de cada medida, los anoréxicos por atracones y purgas tuvieron la mayor proporción de casos disociativos, mostrando niveles más altos de disociación entre los anoréxicos por atracones y purgas que para cualquier otro grupo.
Joanne Hartt a, Glenn Waller b	2002	<ul style="list-style-type: none"> • Observacional • Transversal • Retrospectivo • Correlacional 	23 mujeres que cumplían con los criterios del DSM-IV para la bulimia nerviosa (N = 15), el trastorno por atracón (N = 3) o la anorexia del subtipo atracones/purgas (N = 5)	<ul style="list-style-type: none"> • Registros diarios de atracones y vómitos durante un período de 2 semanas, para permitir la frecuencia de Conductas bulímicas a evaluar. • Escala de Trauma y Abuso Infantil (CATS; Sanders & Becker-Laussen, 1995). • Cuestionario de esquema de Young (YSQ; Young, 1994). • Escala de Experiencias Disociativas II (DES II; Carlson & Putnam, 1993). • The Bulimic Investigatory Test, Edimburgo (BITE; Henderson & Freeman, 1987). 	La negligencia y el abuso sexual se correlacionaron con la disociación. correlación entre la gravedad del abuso denunciado y la gravedad de la patología bulímica. Se encontró una correlación positiva entre la gravedad general del abuso y la disociación.

Shira Tibon, and Lily Rothschild	2009	<ul style="list-style-type: none"> •Observacional •Transversal •Retrospectivo 	<p>61 mujeres adolescentes, admitidas en una unidad de internación para trastornos alimentarios. Divididas en dos grupos en función de si presentaban o no síntomas de ingesta compulsiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Después de la consulta inicial, todos los pacientes que ingresaron en la unidad completaron una batería de evaluación compuesta por métodos de autoinforme y basados en el desempeño. • Protocolo de Rorschach. RFS 	<p>Los resultados indican que la disociación entre realidad y fantasía es una faceta importante de los trastornos por atracón. Las pacientes a quienes se les diagnosticó uno de los subtipos de atracones muestran propensión disociativa medida por una puntuación RFS-S elevada</p>
--	------	--	--	--	--



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este TFM se plantea una revisión sistemática que estudia la relación entre BN y disociación. Los resultados encontrados en la mayoría de los estudios revisados en el presente trabajo concluyen que existe una correlación positiva entre el trastorno alimentario de tipo bulímico con la sintomatología disociativa. En cambio, no se puede establecer una comorbilidad entre el trastorno alimentario con el diagnóstico de trastornos disociativos. La tasa base de trastornos disociativos entre una muestra comunitaria de mujeres con BN actual se estimó en 10%. (Marnat & Michel, 2000).

La teoría de regulación del afecto destaca que tanto los afectos negativos como los lapsus de conciencia pueden ser factores precipitantes y de mantenimiento de la BN nerviosa. Se sugiere que tanto los atracones como las purgas pueden ser formas de aliviar los estados emocionales negativos. Según Marla J. et al. (2007) los episodios alimentarios tenían más probabilidades de caracterizarse como atracones si fueron precedidos por un mayor afecto negativo y la presencia de sintomatología disociativa. Ya que los atracones ocurrían con mayor probabilidad cuando los niveles de disociación eran más altos. De la misma manera Tyler B.Mason et al. (2017) encuentran que los episodios en que la muestra informaba de una mayor disociación estaban asociadas a niveles más altos de emocionalidad negativa y que aquellas personas que experimentaban una mayor disociación tendían a los atracones en momentos de mayor afecto negativo. Plantea como hipótesis que los atracones pueden servir como un mecanismo para que los individuos experimentando sensaciones físicas como malestar o hinchazón después del atracón, “vuelvan a la realidad”.

Hay una conexión significativa entre la gravedad de las diferentes formas de abuso y experiencias traumáticas con la tendencia a la desconexión emocional como mecanismo de afrontamiento. En el trabajo de Joanne Hartt & Glenn Waller se identificó una correlación positiva entre la gravedad de la negligencia y el abuso sexual con la disociación.

McShane, (2008) abordó de manera integral en su estudio la relación entre el abuso sexual infantil, la disociación y la BN, proponiendo como hipótesis que el abuso sexual puede ser un antecedente tanto de la BN como de la disociación, y que esta puede estar actuando como un mediador entre el trauma sexual y el trastorno alimentario. Las mujeres con BN nerviosa reportaron experimentar mayores niveles de síntomas disociativos durante los episodios de atracones y purgas, y los síntomas volvieron a niveles normales después de completar la purga. Estos datos respaldan la idea de que la BN nerviosa está asociada con la disociación, pero que los síntomas disociativos se expresan más dramáticamente durante atracones. Así se sugiere la posibilidad de que la disociación sirva como mecanismo de afrontamiento a experiencias traumáticas.

Cabe destacar el trabajo de Tibon, (2009), que aporta una visión psicoanalítica diferente utilizando la Escala de Realidad-Fantasia, reveló que la disociación entendida como una ruptura entre la realidad y la fantasía se manifestaba como una herramienta utilizada para evitar ser consciente de experiencias dolorosas. Glenn Waller et al. (2001) señalan que las puntuaciones más elevadas en disociación se dan en aquellos pacientes que presentan comportamientos de purga, tanto personas con BN como con AN.

Pese a que no se encuentran datos para la comorbilidad diagnóstica se encuentra sintomatología disociativa en los pacientes diagnosticados con trastornos alimentarios, presentándose en mayor medida en aquellos que presentan más conductas de atracón y purga.

Dado que la disociación puede ser un mecanismo mediador, es importante abordar de forma integral la disociación en el tratamiento de las personas con BN, ya que los atracones y purgas podrían ser mecanismos utilizados junto a la disociación para afrontar las emociones abrumadoras.

La disociación parece estar especialmente vinculada a los síntomas bulímicos de atracones y purgas. Los fenómenos disociativos, parecen tener la función de ayudar a las personas a escapar de emociones negativas, lo que puede conducir a una reducción en la autoconciencia y, por ende, a una pérdida de control sobre la alimentación.

Es crucial destacar la importancia de evaluar y reconocer la presencia de síntomas disociativos en pacientes con BN, ya que estos síntomas pueden prever la gravedad del trastorno y tener un impacto negativo en el pronóstico y la eficacia de los tratamientos. Tanto los trastornos alimentarios como los trastornos disociativos son campos complejos que necesitan de una mayor investigación.

Entre las limitaciones de este trabajo me gustaría destacar que los artículos utilizados para este trabajo han sido analizados únicamente por la autora de este trabajo, lo que podría introducir cierto sesgo.

Así mismo se destaca la dificultad de acceso a los trabajos que no están disponibles en las bases de datos consultadas, así como el bajo número de trabajos que abordan este

aspecto de investigación. Además, hay pocos artículos que traten directamente sobre la conexión entre los trastornos disociativos y la BN.

Para concluir, en este trabajo se presenta una revisión que aborda una sintomatología relevante en la BN como son los síntomas disociativos, que considero que puede resultar de interés en el ámbito clínico y que puede apoyar nuevas vías de intervención psicoterapéutica. Futuros estudios deberán ampliar este trabajo a otros TCA como el Trastorno por Atracón.



REFERENCIAS

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los tras- tornos mentales DSM-5*. Panamericana.

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2021). *Manual de Psicopatología (I)*. Mc Graw Hill.

Brewin, C. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?* New Haven, Yale University Press.

Carlson, E. B., Dalenberg, C., y McDade-Montez, E. (2012). *Dissociation in posttraumatic stress disorder part I: Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(5)

Díaz, M. (Coord.) (2015). *¿Qué hacer para que la alimentación no sea un problema? Guía de prevención de TCA en adolescentes*. Comunicación y Ediciones Sanitarias, S.L.

*Engelberg, M. J., Steiger, H., Gauvin, L., & Wonderlich, S. A. (2007). Binge antecedents in bulimic syndromes: An examination of dissociation and negative affect. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6), 531–536. <https://doi.org/10.1002/eat.20399>

Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). *Cognitive behavior therapy for eating disorders: A «transdiagnostic» theory and treatment*. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 509-528

Fleming, C. E., y Resick, P. A. (2016). *Predicting three types of dissociation in female survivors of intimate partner violence*. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(3), 267-285. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.1079807>

Gaete, V. y López, C. (2020). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral*. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(5), 784-793. <https://doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1534>

Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1985). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press.

Gismero, M. E. (2020). *Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención*. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 33-47. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.354>

González, A. (2017). *No soy yo: Entendiendo el trauma complejo, el apego, y la disociación*.

*Groth-Marnat, G. (2000). *Dissociation, comorbidity of dissociative disorders, and childhood abuse in a community sample of women with current and past bulimia*. *Social Behavior and Personality*, 28(3), 279–292. <https://doi.org/10.2224/sbp.2000.28.3.279>

*Hartt, J., & Waller, G. (2002). Child abuse, dissociation, and core beliefs in bulimic disorders 134 (02) 00362-9. In *Child Abuse & Neglect* (Vol. 26).

Heatherton, T.F., y Baumeister, R.F. (1991). *Binge eating as escape from selfawareness*.
Psychological Bulletin. 110(1), 86-108.

Hagenaars, M. A., y Krans, J. (2011). *Trait and state dissociation in the prediction of
intrusive images*. International Journal of Cognitive Therapy, 4(2), 145-153.
<https://doi.org/10.1521/ijct.2011.4.2.145>

Howell, E. F. (2006). *Pioneers of Psychodynamic Thinking about Dissociation*. En
E.F.Howell (Ed.), *The Dissociative Mind* (pp. 49-91.). Routledge.

James, W., Burkhardt, F., Bowers, F., y Skrupskelis, I. K. (1890). *The principles of
psychology* (nº 2, vol. 1). Macmillan.

Jáuregui, I. (2013). *La heredabilidad de los trastornos de la conducta alimentaria*.
Trastornos de la Conducta Alimentaria, 18, 1968-1980.

*Ia Mela, C., Maglietta, M., Castellini, G., Amoroso, L., & Lucarelli, S. (2010). *Dissociation
in eating disorders: relationship between dissociative experiences and binge-
eating episodes*. *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 393–400.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.09.008>

Lladó, G., González-Soltero, R. y Blanco, M. J. (2017). *Anorexia y bulimia nerviosas:
difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida*. *Nutrición Hospitalaria*,
34(3), 693-701.

López, I. (2017). *Factores de riesgo y vulnerabilidad en TCA* [Trabajo de Fin de Grado,
Universidad de Jaén]. Repositorio de Trabajos Académicos de la Universidad de

Jaén.https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/6039/1/Lpez_Herrera_Irene_TF_G_Psicologa.pdf

Losada, A. V. y Charro, A. (2021). *Trastornos de la Conducta Alimentaria y Estilos Parentales*. *Perspectivas Metodológicas*, 21(1).

Maercker, A., Beauducel, A., y Schützwohl, M. (2000). *Trauma severity and initial reactions as precipitating factors for posttraumatic stress symptoms and chronic dissociation in former political prisoners*. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 13(4), 651-660. <https://doi.org/10.1023/A:1007862217298>

Martín, F. M. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria*. En A. J. Cangas, A. L. Maldonado y M. López (Eds.), *Manual de Psicología Clínica y General (Vol. I)* (pp. 320-336). Alborán Editores.

*Mason, T. B., Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Steiger, H., Cao, L., Engel, S. G., Mitchell, J. E., & Crosby, R. D. (2017). Comfortably numb: The role of momentary dissociation in the experience of negative affect around binge eating. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(5), 335–339. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000658>

*Mcshane, JM., y Zirkel, S., (2008). *Dissociation in the binge-purge cycle of bulimia nervosa*. *Journal of Trauma Dissociation*, 9(4), 463-79

Mosquera, D., González, A. & Van der Haart, O. *Trastorno límite de personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad*. *Persona*, pp.10-40

Moral de la Rubia, J. (Año de publicación). *Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial*. Salud pública y Nutrición. VOL.3 Nº3

Morales Aguilar, D. P. (2018). *Desafíos en psicoterapia: trauma complejo, apego y disociación*. Avances en Psicología, 26(2), 135-144.
<https://doi.org/10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1186>

Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O., Kruger, K. y Steele, K. (2004). *Somatoform dissociation, reported abuse and animal defence-like reactions*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38, 678-686. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01441.x>

*Nilsson, D., Lejonclou, A., & Holmqvist, R. (2020). *Psychoform and somatoform dissociation among individuals with eating disorders*. Nordic Journal of Psychiatry, 74(1), 1–8. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1664631>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11. Organización Mundial de la Salud.

Parejo, I. M. y Fernández, S. (Coords.) (2008). *Una guía para la prevención: insatisfacción corporal y Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Consejo de la Juventud de Extremadura.

Quintás, G (2013). *Bulimia nerviosa, ¿trastorno o criterio? Revisión etiológica de la bulimia nerviosa: a propósito de un grupo de apoyo*. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Vol.3 nº1.

Roncero, M. y Perpiñá, C. (2020). *Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos*. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (Eds.), *Manual de Psicopatología* (pp 415-441). Mc Graw Hill.

Ruíz, A. O., Vazquez, R., Mancilla, J. M., López, X., Álvarez, G. y Tena, A. (2010). *Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario*. *Universitas Psychologica*, 9(2), 447-455.

Sánchez Rodríguez, F. (2013). *Terapia sensorio motriz del trauma*. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(3), 1-32.

Starr, T. B. y Kreipe, R. E. (2014). *Anorexia nervosa and bulimia nervosa*. *Current Psychiatry Reports*, 16(5), 441. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0441-4>

Sociedad Española de Médicos Generales y Familia. (2018, Madrid). *Los trastornos de la conducta alimentaria son la tercera enfermedad crónica más frecuente en España*.

https://www.semg.es/images/stories/recursos/2018/agenda_actividades/nota_prensa_2_0181130.pdf

Spiegel, D. E. (1993). *Dissociative disorders: A clinical review*. The Sidran Press.

Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J., y Grabe, H. J. (2006). *Avances recientes en la teoría de la disociación*. *World Psychiatry*, 4(2), 82-86

*Tibon, S., & Rothschild, L. (2009). *Dissociative states in eating disorders: an empirical rorschach study*. *Psychoanalytic Psychology*, 26(1), 69-82. <https://doi.org/10.1037/a0014675>

Tiggemann, M. y Slater, A. (2017). *Facebook and body image concern in adolescent girls: A prospective study*. *International Journal Of Eating Disorders*, 50(1), 80-83.
<https://doi.org/10.1002/eat.22640>

Tschoeke, S., Borbe, R., Steinert, T., y Bichescu-Burian, D. (2019). *A systematic review of dissociation in female sex workers*. *Journal of Trauma & Dissociation*, 20(2), 242-257. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1572044>

Van der Hart, O., Nijenhuis, E., y Steele, K. (2008). *El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Desclée de Brouwer.

Vanderlinden, J., Vandereycken, W., van Dyck, R., y Vertommen, H. (1993). *Dissociative experiences and trauma in eating disorders*. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 187-193. doi:10.1002/109.

*Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., Everill, J., & Rouse, H. (2001). The utility of dimensional and categorical approaches to understanding dissociation in the eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(4), 387–397.
<https://doi.org/10.1348/014466501163878>

*Waller, G., Babbs, M., Wright, F., Potterton, C., Meyer, C., & Leung, N. (2003). Somatoform dissociation in eating-disordered patients. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 619–627. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00019-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00019-6)

Webermann, A. R., y Murphy, C. M. (2019). *Childhood Trauma and Dissociative Intimate Partner Violence*. *Violence Against Women*, 25(2), 148-166.
<https://doi.org/10.1177/1077801218766628>

APÉNDICES

APÉNDICE 1



INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 26/12/2023

Nombre del tutor/a	Yolanda Quiles Marcos
Nombre del alumno/a	Encarnación Porto Mato
Tipo de actividad	Sin implicaciones ético-legales
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	Comorbilidad entre la Bulimia Nerviosa y los trastornos disociativos. Una revisión sistemática
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional	231224042356
Código de autorización COIR	TFM.MPG.YQM.EPM.231224
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: Comorbilidad entre la Bulimia Nerviosa y los trastornos disociativos. Una revisión sistemática ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere ninguna evaluación adicional. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, se autoriza la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Jefe de la Oficina de Investigación Responsable
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia



Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas estén informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la Investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/solicitud-de-evaluacion/tfg-tfm/>



7. Was the timeframe sufficient so that one could reasonably expect to see an association between exposure and outcome if it existed?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
8. For exposures that can vary in amount or level, did the study examine different levels of the exposure as related to the outcome (e.g., categories of exposure, or exposure measured as continuous variable)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
9. Were the exposure measures (independent variables) clearly defined, valid, reliable, and implemented consistently across all study participants?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
10. Was the exposure(s) assessed more than once over time?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
11. Were the outcome measures (dependent variables) clearly defined, valid, reliable, and implemented consistently across all study participants?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
12. Were the outcome assessors blinded to the exposure status of participants?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
13. Was loss to follow-up after baseline 20% or less?	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
14. Were key potential confounding variables measured and adjusted statistically for their impact on the relationship between exposure(s) and outcome(s)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
	SI	11	10	10	11	10	11	11	11	11
	NO	0	1	1	0	1	0	0	0	0

