

## **INTERACCIÓN DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD DE LOS PADRES CON HIJAS ADOLESCENTES AL INICIO DE LA ANOREXIA NERVIOSA: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES**

Ana Rosa Sepúlveda<sup>1</sup>, Laura Rodríguez-Mondragón<sup>1</sup>, Alba Moreno-Encinas<sup>1</sup>, Dimitra Anastasiadou<sup>1</sup> y Montserrat Graell<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Universidad Autónoma de Madrid; <sup>2</sup>Hospital infantil Universitario Niño Jesús (CIBERSAM) (España)

### **Resumen**

El objetivo del estudio fue examinar la relación entre los rasgos de personalidad de los padres y sus hijas con anorexia nerviosa (AN) mediante un estudio de casos y controles. Fueron evaluadas 50 chicas adolescentes con AN (G-AN) y 50 chicas sanas (GC), junto con sus padres, con el "Inventario de temperamento y carácter revisado" y el "Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-2". El G-AN y el GC no difirieron en los rasgos de personalidad. Los padres del G-AN mostraron diferencias significativas en los rasgos temperamentales y de carácter en comparación con los padres del GC. Se encontraron relaciones complementarias en la evitación del daño de las madres con la cooperación y la fantasía de las hijas en el G-AN, mientras que en los padres y las hijas se encontraron asociaciones entre la dependencia de la recompensa, la persistencia y la autodirección. La única escala que discriminó entre el G-AN y GC fue la obsesión por la delgadez (clasificación: 74,7%). La identificación de los rasgos de personalidad de padres y adolescentes al inicio de la AN permitirá mejorar la intervención.

PALABRAS CLAVE: *personalidad, adolescentes, padres, anorexia nerviosa.*

### **Abstract**

The aim of the study was to examine the relationship between personality traits of parents and their daughters with anorexia nervosa (AN) by a case-control study. Fifty adolescent girls with AN (G-AN) and 50 control girls without pathology

---

Este trabajo fue financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España (RYC-2009-05.092 y PSI2011-23.127) y el Ministerio de Educación de España (FPU15/05.783).

Expresamos nuestro agradecimiento a todas las familias, personal sanitario y psiquiatras de los centros de salud mental que nos ayudaron en el proceso de recogida de datos, principalmente a E. Mollejo del Hospital Sureste, Servicio de Salud Mental. Así mismo agradecemos a los directores y docentes de estas tres Escuelas Secundarias: I.E.S. La Estrella, I.E.S. Las Musas, I.E.S. Alameda de Osuna, que nos facilitaron la recogida de datos. Queremos expresar nuestro agradecimiento principalmente a T. Álvarez, L. González y C. Bustos y a los demás psicólogos que colaboraron. Actualmente, D. A. trabaja en la Universidad Autónoma de Barcelona.

*Correspondencia:* Ana R. Sepúlveda, Dpto. de Psicología Biológica y de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, Campus de Cantoblanco, 28049 Madrid (España). E-mail: [anarosa.sepulveda@uam.es](mailto:anarosa.sepulveda@uam.es)

(GC) were measured with the “Junior Temperament and Character Inventory” and the “Eating Disorder Inventory-2”, and both parents. The G-AN and the CG did not differ in personality traits. Both parents of G-AN showed significant differences in temperamental and character traits compared to both parents in CG. In the G-AN, complementary relationships were found in mothers’ harm avoidance daughters cooperativeness and fantasy, while in fathers and daughters associations between reward dependence, persistence and self-directedness were found. The only scale that discriminated between the two groups was drive for thinness for G-AN and CG (classification: 74.7%). Identifying personality traits of parents and their daughters at the onset of AN will allow improvements in the intervention.

KEY WORDS: *personality, adolescent, parents, anorexia nervosa.*

## Introducción

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) se consideran patologías graves de etiología multifactorial, en las que intervienen factores de vulnerabilidad personal (incluidos factores genéticos y psicológicos), socioculturales, interpersonales y familiares (Striegel-Moore y Bulik, 2007; Treasure *et al.*, 2010).

Por ello, la investigación se ha centrado en tratar de identificar los factores que pueden estar asociados al origen y el mantenimiento de la patología. Al respecto, varios estudios han demostrado que la personalidad es un factor implicado en la génesis de un TCA y en la sintomatología específica asociada a la patología, además de influir en el resultado de los tratamientos (Amianto *et al.*, 2011, 2013; Bruce y Steiger, 2004; Westen y Harnden-Fischer, 2001). De hecho, las características de personalidad pueden predecir mejor los factores de riesgo y mantenimiento asociados con la patología, así como los resultados del tratamiento, que los diagnósticos específicos de TCA (Wagner *et al.*, 2019). Un metaanálisis realizado por Cassin y Von Ranson (2005) identificaron rasgos de personalidad como el perfeccionismo, la impulsividad, la obsesividad, la búsqueda de sensaciones, el narcisismo y la autodirección como rasgos asociados con el desarrollo de un TCA.

La investigación sobre los rasgos de personalidad asociados a los TCA ha estado basada habitualmente en la teoría de los cinco factores, los “cinco grandes” (McCrae y Costa Jr., 1990). Este modelo propone que la personalidad refleja el patrón de pensamientos, sentimientos y acciones que son relativamente estables en el tiempo y en diferentes situaciones. Estos autores conceptualizaron cinco dimensiones que incluyen Neuroticismo (N), Extraversión (E), Apertura (O), Amabilidad (A) y Responsabilidad (C). Sin embargo, el modelo propuesto por Cloninger (1986) se ha convertido en uno de los modelos psicobiológicos más importantes aplicados en este ámbito. Este modelo se divide en dos factores: el temperamento, parcialmente heredado y definido desde la infancia, que a su vez se compone de cuatro dimensiones (Búsqueda de la novedad, NS; Evitación del daño, HA; Dependencia de la recompensa, RD; y Persistencia, P) y carácter, el cual se desarrolla a través de las experiencias vitales y está compuesto por tres dimensiones (Autodirección, SD; Cooperatividad, CO; Autotranscendencia, ST). El modelo de Cloninger propone un enfoque dimensional de evaluación de la personalidad (Komasi *et al.*, 2022) presentando los rasgos de personalidad normales y anormales

asociados con la psicopatología como dos extremos del mismo continuo (López Villalobos *et al.*, 2022; Walton *et al.*, 2008).

Siguiendo el modelo de la personalidad de Cloninger (1993) y con base en numerosas investigaciones que establecen asociaciones entre los patrones de personalidad y la psicopatología de los TCA (Cloninger *et al.*, 1993; Davico *et al.*, 2019; Farstad *et al.*, 2016; Fassino *et al.*, 2004), se espera que, por un lado, el entorno en el que se desarrolla la persona y los rasgos de la personalidad de sus padres tengan relación con la personalidad de la adolescente. Por otro lado, estos rasgos pueden estar relacionados con la psicopatología de los TCA. Por ejemplo, la obsesividad en los padres constituye un factor de riesgo para el desarrollo de una patología alimentaria (Lilenfeld *et al.*, 1998), mientras que el perfeccionismo ha sido estudiado especialmente en las madres, y los autores suelen referirse al papel de los padres como un determinante importante en el desarrollo del perfeccionismo en las hijas (Johnston *et al.*, 2018). Los padres modelan la forma en que los niños deben comportarse y reaccionar ante el mundo que los rodea. En condiciones ideales, los padres brindan a sus hijos todas las herramientas que necesitan para desarrollarse con éxito emocional, física y socialmente. Desde la investigación se han realizado diversos intentos de describir tales interacciones para saber si existe una transmisión transgeneracional del perfeccionismo y cómo se expresa en la dinámica familiar (Santos *et al.*, 2018).

Desde el año 2000, Fassino y colaboradores han investigado sobre la personalidad de los padres y su influencia en el desarrollo de los TCA de las hijas. Por ejemplo, Fassino *et al.* (2002) realizaron una investigación para analizar los rasgos personalidad de 50 pacientes con anorexia nerviosa restrictiva (AN-R) y la personalidad de sus padres utilizando el "Inventario de temperamento y carácter" (*Temperament and Character Inventory*, TCI; Cloninger, 1993). Estas pacientes presentaban la "triada de la anorexia": alta HA, baja NS, alta P y baja SD. En las madres también se encontró un SD baja en comparación con los controles sin patología. Los padres presentaron alta HA, alta RD y bajo nivel de P. La alta HA predispone a reacciones depresivas, ansiosas y de estrés ante estímulos amenazantes. De esta manera es posible que estos patrones de personalidad de los padres puedan suponer estresores a nivel relacional con sus hijas y contribuyan al desarrollo de la AN-R antes que otro subtipo de TCA. La RD es la tendencia a responder intensamente a las señales de recompensa que llevan a la persona a mantener o resistir la extinción de la conducta que ha sido asociada anteriormente con los refuerzos o con el alivio de evitar castigos (Atiye *et al.*, 2015). La P baja fue el rasgo de personalidad más común entre los padres de diferentes grupos de chicas y mujeres con TCA. Este estilo de temperamento puede promover la inestabilidad en la relación padre-hija a través del apoyo y la disciplina inconsistentes antes y después del inicio de un TCA (Fassino *et al.*, 2009).

Sin embargo, la literatura científica ha demostrado que las dinámicas familiares con base en la personalidad parecen diferir mucho de una familia a otra (Amianto *et al.*, 2013). En madres de chicas y mujeres con AN se han hallado dos grupos predominantes de temperamento: (1) el grupo explosivo/aventurero (alta NS, baja HA, baja RD y P media), que ha sido descrito como más hábil y con un menor nivel de psicopatología, así como una mayor resistencia al desánimo derivado de los TCA

de sus hijas; y (2) el grupo cauteloso/pasivo-dependiente (baja NS, alta HA, alta RD y alta P), que se caracteriza por la inhibición en la búsqueda del placer, la preocupación y el pesimismo, lo que podría derivar en una predisposición genética alta de sus hijas hacia una HA alta y al desarrollo de un perfil más ansioso/depresivo (Mazzeo y Bulik, 2009). En el caso de los padres, se encontraron dos grupos con base en su temperamento: (1) el explosivo metódico (alta NS, alta HA, alta RD y baja P), que se caracteriza por la inmadurez, la frustración, la intolerancia y la inestabilidad, y se relaciona con una mayor probabilidad de tener arrebatos de ira, mayor necesidad de aprobación y un control conductual deficiente; y (2) el independiente metódico (baja HA, baja NS, baja RD y alta P) que muestra un alto nivel de ambición y exigencia, así como altas expectativas sobre sus hijas. La descripción de estos perfiles de los padres de las pacientes con TCAs supusieron un avance en la comprensión de la complejidad de las dinámicas que se generan en las familias y su influencia en el desarrollo de estas patologías.

Diversos avances científicos revelan la existencia de un temperamento asociado a la AN con base neurobiológica y que se caracteriza por la alteración de la conciencia interoceptiva, la insensibilidad a la recompensa, la ansiedad y la inflexibilidad cognitiva (Kaye *et al.*, 2015). Varios tratamientos dirigidos a los TCA, que se basan en el temperamento y la neurobiología, han mostrado formas de ayudar a las personas con estos trastornos a desarrollar formas constructivas, en lugar de destructivas, de controlar su temperamento (Kaye *et al.*, 2015; Knatz Peck *et al.*, 2021).

El objetivo principal de este estudio es examinar la relación entre los rasgos de personalidad de los padres y sus hijas con AN. En el contexto de la literatura científica existente sobre el tema, se formularon las siguientes hipótesis: (1) esperamos encontrar la "tríada de la anorexia" propuesta por Fassino *et al.* (2002) al inicio de la AN, las adolescentes con AN mostrarán mayor evitación del daño, menor búsqueda de la novedad, mayor persistencia y una menor autodirección que las adolescentes del grupo control (GC); (2) esperamos que las madres o padres de las chicas con AN presenten puntuaciones más altas en HA y P en comparación con las madres o padres del GC, (3) esperamos asociaciones de alguno de los padres con sus hijas con AN en los patrones de HA y P y diferencias con el GC, y (4) ambos padres de las adolescentes con AN mostrarán puntuaciones de HA bajas y P altas en comparación con los del GC.

## Método

### *Participantes*

La muestra estuvo formada por 100 adolescentes caucásicas con edades entre los 12 y los 17 años, y sus familias. Mitad de la muestra eran cincuenta adolescentes diagnosticadas con anorexia nerviosa (AN) en un estadio temprano, con menos de un año de evolución desde el diagnóstico, conformaban el grupo con AN.

En cuanto al tamaño de la muestra, teniendo en cuenta que la preocupación sobre el peso evaluada a través del "Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-2" (*Eating Disorder Inventory-2*, EDI-2, Garner, 1991), como uno de los

factores de riesgo mejor sustentados para los TCA, se encontró un tamaño medio del efecto del área bajo la curva normal (AUC) de 0,746 en una de las principales revisiones sobre factores de riesgo en esta patología (Jacobi *et al.*, 2004). A partir de ese tamaño medio del efecto se calculó la *d* de Cohen ( $d= 0,936$ ). Se utilizó el programa G\*Power (última versión 3.1.9.7; Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Alemania) para calcular el tamaño de muestra requerido para detectar este efecto, obteniendo así un tamaño de muestra estimado por grupo de 27. Con base en estas sugerencias, se consideró suficiente un tamaño de muestra de 40 o 50 para alcanzar buenos tamaños del efecto.

Las participantes presentaban un diagnóstico de anorexia nerviosa, subtipo restrictiva (AN-R). Tenían una edad media de 14,66 años ( $DT= 1,39$ ) y un índice de masa corporal (IMC) medio de  $16,08 \pm 1,74$  kg/m<sup>2</sup>. Este IMC fue significativamente menor que en el GC. La duración media del TCA era de 10,32 meses ( $DT= 7,41$ ). El nivel socioeconómico de los padres del grupo AN fue alto en el 68%, en el 12% medio y en el 20% estatus bajo. El grupo AN se emparejó con un GC con 50 adolescentes que no cumplían criterios tras la entrevista clínica para ningún diagnóstico psicológico.

**Tabla 1**  
Características sociodemográficas de las familias y sus hijas

Características	G-AN (n= 50)	GC (n= 50)	$\chi^2 / t$	<i>d</i> de Cohen
	M (DT) / %	M (DT) / %		
Padres				
Edad del padre	47,54 (4,79)	51,02 (4,44)	$t=-3,65^{***}$	0,75
Edad de la madre	45,55 (3,62)	48,30 (3,54)	$t= -3,28^{***}$	0,76
Nivel educativo del padre				
Obligatorio	12,2%	18,8%	$\chi^2= 2,99$	
Secundaria	22,4%	33,3%		
Superior	65,3%	47,9%		
Nivel educativo de la madre				
Obligatorio	16%	12%	$\chi^2= 1,18$	
Secundaria	30%	40%		
Superior	54%	48%		
Estatus socioeconómico				
I o II (bajo)	20%	14%	$\chi^2= 0,66$	
III (medio)	12%	14%		
IV o V (alto)	68%	72%		
Adolescentes				
Edad	14,68 (1,39)	14,66 (1,32)	$t= 0,074$	
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	16,06 (1,74)	21,18 (2,67)	$t= -12,46^{***}$	2,51
Duración del trastorno (meses)	10,32 (7,41)	--	--	
Duración del tratamiento (meses)	3,30 (4,43)	--	--	
Rendimiento escolar				
Alto/medio	86%	81%	$\chi^2= 0,43$	
Bajo	14%	19%		

Nota: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .

Las madres y los padres eran comparables en el nivel educativo en ambos grupos. Las edades de los padres del GC fueron estadísticamente superiores a las de los padres del grupo AN. Las edades en el caso de las madres también fueron mayores en el GC. Las características de los participantes se incluyen en la tabla 1 en la que se compara el grupo AN con el GC.

Los criterios de exclusión incluyeron un IMC fuera del rango normal ( $24,99 < \text{IMC} < 18,5$ ), la presencia de trastornos metabólicos que pudieran afectar el índice de masa corporal o un trastorno psicótico.

### *Instrumentos*

- a) "Entrevista para trastornos afectivos y esquizofrenia en niños y adolescentes, versión para el presente y a lo largo de la vida" (*Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Interview*, K-SADS-PL; Kaufman *et al.*, 1997), versión en español de Ulloa (2006). La K-SADS-PL es una entrevista semiestructurada desarrollada para evaluar a niños y adolescentes utilizando diagnósticos del eje I del DSM-IV. Los diagnósticos fueron adaptados al DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2013).
- b) "Escala de Hollingshead Redlich" (Hollingshead y Redlich, 1958). Esta escala considera la situación laboral de los padres y su nivel educativo y sirve para calcular el nivel socioeconómico. Finalmente se consideró el más alto de ambos padres.
- c) "Inventario de temperamento y carácter revisado" (*Temperament and Character Inventory Revised*, TCI-R-67; Cloninger, 1999); versión abreviada y validada en español por Pedrero-Pérez (2009). El TCI-R-67 se utilizó para evaluar la personalidad de los padres. El TCI-R es un inventario de 67 ítems que evalúa cuatro dimensiones del temperamento y cuatro de carácter. Consta de ocho subescalas (cada una de ellas formada por 8 ítems, excepto la "Excitabilidad exploratoria" que está formada por 6 ítems) y 5 ítems de control. La consistencia interna de cada una de las escalas y sus correlaciones con las del cuestionario inicial son adecuadas. Dimensiones de temperamento: Búsqueda de la novedad ( $\alpha = 0,79$ ), Evitación del daño ( $\alpha = 0,79$ ), Dependencia de la recompensa ( $\alpha = 0,86$ ) y Persistencia ( $\alpha = 0,82$ ); y las dimensiones del carácter: Autodirección ( $\alpha = 0,85$ ), Cooperatividad ( $\alpha = 0,79$ ), Autotrascendencia ( $\alpha = 0,80$ ) y Excitabilidad exploratoria ( $\alpha = 0,65$ ). Los valores calculados para el estudio actual en las dimensiones de temperamento fueron Búsqueda de novedad ( $\alpha = 0,61$ ), Evitación del daño ( $\alpha = 0,79$ ), Dependencia de recompensa ( $\alpha = 0,62$ ) y Persistencia ( $\alpha = 0,71$ ); y en las dimensiones de carácter Autodirección ( $\alpha = 0,70$ ), Cooperatividad ( $\alpha = 0,68$ ), Autotrascendencia ( $\alpha = 0,55$ ) y Excitabilidad exploratoria ( $\alpha = 0,78$ ).
- d) "Inventario de temperamento y carácter junior" (*Junior Temperament and Character Inventory*, JTCI; Luby *et al.*, 1999), validado en español por Pelaz-Antolín (2006). El JTCI está formado por 108 ítems con 7 escalas y se utilizó para evaluar la personalidad de las hijas. En el instrumento original en población

española cuatro de las escalas miden temperamento: Búsqueda de la novedad ( $\alpha= 0,64$ ), Evitación del daño ( $\alpha= 0,76$ ), Dependencia de la recompensa ( $\alpha= 0,47$ ) y Persistencia ( $\alpha= 0,42$ ); y tres miden Carácter en donde la última escala incluye dos subescalas: Autodirección ( $\alpha= 0,67$ ), Cooperación ( $\alpha= 0,61$ ) y Autotrascendencia se divide en dos: Fantasía ( $\alpha= 0,62$ ) y Espiritualidad ( $\alpha= 0,49$ ). El valor calculado para la muestra actual varía entre 0,71 y 0,85 en las escalas de Autodirección, Cooperación y Fantasía, y entre 0,51 y 0,60 en Evitación del daño, Dependencia de la recompensa y Persistencia.

- e) "Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-2" (*Eating Disorder Inventory 2*, EDI-2; Garner, 1998), adaptación validada en español por Corral et al. (1998). El EDI-2 evalúa la psicopatología alimentaria e incluye 11 subescalas: Obsesión por la delgadez (DT), Insatisfacción corporal (BD), Bulimia (B), Ineficacia (I), Perfeccionismo (P), Desconfianza interpersonal (ID), Conciencia interoceptiva (IA), Miedo a la madurez (MF), Ascetismo (A), Regulación de impulsos (IR) e Inseguridad social (SI). Los 91 ítems que contiene se responden en una escala Likert de seis puntos, donde "a veces", "rara vez" y "nunca" reciben una puntuación de cero, mientras que "a menudo", "generalmente" y "siempre" se les asigna 1, 2 y 3, respectivamente. La puntuación total EDI-2 oscila entre 91 y 546 y posee buenas propiedades psicométricas con una consistencia interna de 0,83 a 0,92. Para el estudio actual, el alfa de Cronbach para las subescalas fue: DT= 0,90, DB= 0,71, B= 0,82, I= 0,88, P= 0,91, ID= 0,91, AI= 0,85.

### Procedimiento

El diseño propuesto es un estudio de casos y controles, con un grupo con TCA y un GC de participantes sin patología, emparejados por sexo y edad de las adolescentes, y nivel socioeconómico de los padres (1:1). Los datos provienen del estudio ANOBAS (Sepúlveda et al., 2022), que establece diferencias en variables biológicas, psicológicas y familiares entre ambos grupos de participantes.

El reclutamiento se realizó entre 2012 y 2016. Se garantizó la confidencialidad de todos los participantes y se recolectó y compiló la información. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital del Niño Jesús (Ref. Cód. R-0009/10) y el Comité de Ética en Investigación (UAM, CEI 25-673).

### Análisis de datos

Los datos se seudonimizaron (nombres convertidos en números con fines de investigación; bidireccional). Se calcularon estadísticos descriptivos para todas las variables. Las variables demográficas fueron analizadas mediante la prueba de Chi cuadrado y las comparaciones entre el grupo AN y el GC se realizaron mediante la prueba *t* de Student para muestras independientes. Para analizar la correlación entre el temperamento y las dimensiones del carácter de los padres y sus hijas, se utilizó la correlación bivariada de Pearson. Se realizó un análisis discriminante entre grupos para probar la capacidad de TCI para clasificar a las adolescentes y los padres en el grupo correcto. El análisis discriminante incluyó puntuaciones de personalidad TCI

entre hijas con AN y GC, madres AN ( $AN_{ma}$ ) y madres GC ( $GC_{ma}$ ), y entre padres AN ( $AN_{pa}$ ) y padres GC ( $GC_{pa}$ ). Finalmente, las escalas EDI-2 se incluyeron en el análisis discriminante entre hijas del grupo con AN e hijas del GC para probar qué escala discriminaba mejor entre los grupos de adolescentes con AN y adolescentes del GC.

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el *software* estadístico SPSS v.25.0 en su versión para Mac. Los análisis se realizaron con un nivel de significación de 0,05. Se realizaron diferentes comparaciones y se aplicó el Procedimiento Secuencial de Bonferroni de Holm (Holm, 1979), que trata de tasas de error por familias para pruebas de hipótesis múltiples; el valor- $p$  se ajustó con la corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples ( $p \leq 0,003$ ).

## Resultados

### *Diferencias de temperamento y rasgos de carácter*

HIJAS G-AN VS. HIJAS GC. Los perfiles del JTCI mostraron que las adolescentes del grupo AN y los del GC no presentaron diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las escalas (tabla 2).

MADRES AN VS. MADRES GC. Los dos grupos de madres mostraron diferencias en todas las escalas del cuestionario. El grupo  $AN_{ma}$  presentó puntuaciones más bajas que el grupo  $GC_{ma}$  en las escalas de temperamento: NS ( $t= 11,57$ ;  $p= 0,001$ ) y HA ( $t= 2,17$ ;  $p= 0,033$ ), y en la escala de carácter ST ( $t= 8,91$ ;  $p= 0,001$ ). Sin embargo, el grupo de madres  $AN_{ma}$  presentó puntuaciones más altas en las escalas de temperamento: RD ( $t= -9,32$ ;  $p=0,001$ ) y P ( $t= -7,30$ ;  $p= 0,001$ ), y en las escalas de carácter: SD ( $t= -9,66$ ;  $p= 0,001$ ) y CO ( $t= -13,15$ ;  $p= 0,001$ ).

PADRES AN VS. PADRES GC. El grupo  $AN_{pa}$  presentó puntuaciones más bajas que el grupo de padres  $GC_{pa}$  en las escalas de temperamento: NS ( $t= 2,46$ ;  $p= 0,02$ ) y HA ( $t= 5,81$ ;  $p= 0,001$ ), y en la escala de carácter ST ( $t= 8,71$ ;  $p= 0,001$ ), mientras que presentó puntuaciones superiores al grupo de padres  $GC_{pa}$  en las escalas de temperamento: RD ( $t= -4,25$ ;  $p= 0,001$ ) y P ( $t= -9,67$ ;  $p= 0,001$ ), y en las escalas de carácter: SD ( $t= 10,55$ ;  $p= 0,001$ ) y CO ( $t= -11,47$ ;  $p= 0,001$ ). Las puntuaciones medias de los padres  $AN_{pa}$  muestran el mismo perfil en las distintas escalas de temperamento y carácter como el grupo de las madres  $AN_{ma}$ .

### *Comparación entre hijas y padres*

GRUPO CON ANOREXIA NERVIOSA. Las madres y las adolescentes mostraron correlaciones directas significativas entre la SD de las hijas y la P ( $r= 0,39$ ;  $p= 0,007$ ) de las madres; y correlaciones inversas significativas entre la CO de las hijas y la HA de las madres ( $r= - 0,32$ ;  $p= 0,03$ ), y la FA de las hijas y la HA de las madres ( $r= - 0,32$ ;  $p= 0,03$ ).

Los padres y las adolescentes del grupo AN mostraron correlaciones directas significativas entre la RD de las hijas y la RD de los padres ( $r= 0,49$ ;  $p= 0,001$ ), la CO de las hijas y la NS de los padres ( $r= 0,38$ ;  $p= 0,01$ ), la FA de las hijas y la SD de los padres ( $r= 0,32$ ;  $p= 0,03$ ), y la NS de los padres y la RD de las hijas ( $r= 0,30$ ;  $p= 0,05$ ); y correlación inversa entre la HA de los padres y la FA de las hijas ( $r= -0,31$ ;



**Tabla 2**  
Distribución de las puntuaciones medias y desviaciones típicas en las dimensiones de temperamento y carácter en el grupo con AN (n= 50) y GC (n= 50)

Dimensiones TCI y TCIU	G-AN M (DT)	AN <sub>ma</sub> M (DT)	AN <sub>pa</sub> M (DT)	GC M (DT)	GC <sub>ma</sub> M (DT)	GC <sub>pa</sub> M (DT)	d <sub>ma</sub>	d <sub>pa</sub>
Búsqueda de novedad (NS)	7,2 (2,81)	<b>15,34 (4,02)*</b>	<b>14,86 (3,72)*</b>	7,27 (2,85)	<b>26,28 (5,18)*</b>	<b>16,82 (3,45)*</b>	2,35	0,53
Evitación del daño (HA)	7,04 (4,38)	<b>18,62 (5,58)*</b>	<b>15,98 (4,99)*</b>	6,82 (4,26)	<b>20,53 (2,61)*</b>	<b>21,05 (2,30)*</b>	0,44	1,07
Dependencia de la recompensa (RD)	5,96 (2,20)	<b>30,45 (5,78)*</b>	<b>27,79 (6,25)*</b>	5,88 (2,22)	<b>22,06 (2,57)*</b>	<b>23,28 (2,23)*</b>	1,96	0,90
Persistencia (P)	3,28 (1,77)	<b>25,49 (4,94)*</b>	<b>27,58 (5,43)*</b>	3,22 (1,75)	<b>18,82 (4,04)*</b>	<b>17,95 (3,19)*</b>	1,70	1,94
Autodirección (SD)	15,70 (2,67)	<b>34,87 (4,73)*</b>	<b>35,79 (3,65)*</b>	15,71 (2,70)	<b>26,86 (3,30)*</b>	<b>27,82 (3,14)*</b>	1,99	2,21
Cooperativismo (CO)	16,76 (2,70)	<b>33,89 (3,30)*</b>	<b>33,05 (3,84)*</b>	16,65 (2,71)	<b>24,49 (3,34)*</b>	<b>23,82 (3,42)*</b>	2,27	2,54
Auto trascendencia (ST)		<b>14,42 (5,36)*</b>	<b>14,16 (4,87)*</b>		<b>22,49 (3,30)*</b>	<b>22,05 (3,02)*</b>	1,92	1,95
Fantasia (FA)	1,44 (1,26)			1,39 (1,29)				
Espiritualidad (SP)	1,96 (1,28)			1,89 (1,22)				
Excitabilidad exploratoria		<b>18,37 (4,25)*</b>	<b>17,95 (3,93)*</b>		<b>14,1 (3,03)*</b>	<b>15,13 (2,62)*</b>		

Nota: TCI= "Inventario de temperamento y carácter"; JTCl= Inventario de temperamento y carácter junior; AN= grupo de chicas con anorexia nerviosa; AN<sub>ma</sub>= madres grupo con anorexia nerviosa; AN<sub>pa</sub>= padres grupo con anorexia nerviosa; GC= chicas del grupo control; GC<sub>ma</sub>= madres del grupo control; GC<sub>pa</sub>= padres del grupo control.

\*Diferencia significativa entre G-AN y CG. Los valores significativos después de la corrección de Bonferroni están en negrita.

$p= 0,04$ ), y la P de los padres y la SD de las hijas ( $r= -0,38$ ;  $p= 0,01$ ).

En el caso de las madres y padres, hubo correlaciones positivas entre  $HA_{ma}$  y  $HA_{pa}$  ( $r=0,61$ ;  $p= 0,001$ ),  $HA_{ma}$  y  $ST_{pa}$  ( $r= 0,39$ ;  $p= 0,01$ ) y  $ST_{ma}$  y  $HA_{pa}$  ( $r= 0,42$ ;  $p= 0,005$ ). Por el contrario, hubo correlaciones inversas entre  $NS_{ma}$  y  $P_{pa}$  ( $r= -0,37$ ;  $p= 0,01$ ),  $HA_{ma}$  y  $SD_{pa}$  ( $r= -0,48$ ;  $p= 0,001$ ),  $SD_{ma}$  y  $HA_{pa}$  ( $r= -0,35$ ;  $p= 0,02$ ), y  $ST_{ma}$  y  $SD_{pa}$  ( $r= -0,31$ ;  $p= 0,04$ ).

GRUPO CONTROL. Las  $GC_{ma}$  y las adolescentes sólo correlacionaron negativamente entre ambos perfiles de CO ( $r= -0,35$ ;  $p= 0,01$ ), mientras que en el GC los padres y las adolescentes sólo correlacionaron negativamente entre la P de las hijas y la ST de los padres ( $r= -0,40$ ;  $p= 0,01$ ). Las madres y los padres mostraron correlaciones directas significativas entre  $SD_{ma}$  y  $HA_{pa}$  ( $r= 0,45$ ;  $p= 0,005$ ) y  $ST_{ma}$  y  $P_{pa}$  ( $r= 0,35$ ;  $p= 0,03$ ).

#### *Diferencias en psicopatología alimentaria: G-AN vs. GC*

Al analizar las diferencias en las puntuaciones en la psicopatología alimentaria entre el grupo AN y el GC, el grupo de adolescentes con AN presentó puntuaciones medias significativamente más altas en las escalas DT, BD, I, ID, IA, A e IR. Por el contrario, no se encontraron diferencias significativas en las escalas de B, P, MF y SI (tabla 3).

**Tabla 3**

Distribución de las puntuaciones medias y desviaciones típicas en el "Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-2" (EDI-2) de las adolescentes con AN ( $n= 50$ ) y del GC ( $n= 50$ )

Dimensiones del EDI-2	G-AN M (DT)	GC M (DT)
Obsesión por la delgadez (DT)	15,68 ± 11,0	6,75 ± 7,17***
Insatisfacción corporal (BD)	12,87 ± 9,36	7,17 ± 7,85***
Bulimia (B)	3,25 ± 4,28	3,64 ± 3,77
Ineficacia (I)	11,72 ± 9,62	5,46 ± 6,78***
Perfeccionismo (P)	11,55 ± 6,37	10,87 ± 6,13
Desconfianza interpersonal (ID)	6,77 ± 4,84	4,1 ± 3,7*
Conciencia interoceptiva (IA)	14,7 ± 8,7	10,85 ± 7,23***
Miedos a la madurez (MF)	14,45 ± 6,58	14,18 ± 6,4
Ascetismo (A)	12,56 ± 7,67	8,62 ± 6,15***
Regulación de impulsos (IR)	10,57 ± 7,07	7,56 ± 6,33
Inseguridad social (SI)	10,4 ± 4,46	8,5 ± 3,45**

Nota: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .

#### *Análisis discriminante*

El análisis discriminante con todas las dimensiones del cuestionario TCI mostró que las adolescentes con AN no se diferenciaron de las del GC (0%) (tabla 4). En el caso de las madres, las  $AN_{ma}$  se diferenciaron correctamente de las  $GC_{ma}$  (correlación

canónica: 0,94, clasificación correcta: 94%) y los AN<sub>pa</sub> también se diferenciaron correctamente de los GC<sub>pa</sub> (correlación canónica: 0,91, clasificación correcta: 98%).

Se realizó el análisis discriminante por pasos para identificar las dimensiones más significativas del TCI para diferenciar entre el AN y el GC. En el caso de las adolescentes AN y GC, ninguna de las subescalas mostró significación estadística para discriminar entre ambos grupos.

En el caso de las madres, las subescalas NS, HA, P, SD, CO y ST discriminaron entre los grupos de madres AN<sub>ma</sub> y madres GC<sub>ma</sub> (correlación canónica: 0,94, clasificación correcta: 94%), mientras que los grupos de padres AN<sub>pa</sub> y padres GC<sub>pa</sub> discriminaron en las subescalas CO, SD, P, HA, ST, RD y NS (correlación canónica: 0,91, clasificación correcta: 98%).

El análisis discriminante de las dimensiones TCI de los padres que más contribuyeron a la diferenciación de AN<sub>ma</sub> y GC<sub>ma</sub> fueron NS, HA, P, SD, CO y ST. Las subescalas que discriminaron entre los grupos de AN<sub>pa</sub> y GC<sub>pa</sub> fueron CO, SD, P, HA, ST, RD y NS. A diferencia de la investigación de Fassino (2002), quien encontró que el TCI tenía la capacidad de diferenciar de manera pobre (59%) a las madres de ambos grupos en función de la dimensión SD (autodirección), en nuestro estudio son necesarias más dimensiones para diferenciar entre el grupo de madres AN<sub>ma</sub> y las madres GC<sub>ma</sub> alcanzando una clasificación perfecta (100%) de las madres en sus grupos (AN vs GC). Durante la investigación de Fassino (2002), los padres fueron clasificados en su grupo con base a las subescalas de P (persistencia) y SD (autodirección) (80%), mientras que se requirieron más dimensiones para diferenciar entre ambos grupos de padres, logrando así una mejor tasa de clasificación con base en sus puntuaciones en el TCI (98%).

**Tabla 4**

Análisis discriminante con el "Inventario de Temperamento y Carácter (TCI)": porcentaje de clasificación correcta y  $\lambda$  de Wilks

Grupos	AN (n= 50)	GC (n= 50)	AN <sub>m</sub> (n= 50)	GC <sub>m</sub> (n= 50)	AN <sub>p</sub> (n= 50)	GC <sub>p</sub> (n= 50)
AN	0 (0%)	0 (0%)	--	--	--	--
GC	0 (0%)	0 (0%)	--	--	--	--
AN <sub>m</sub>	--	--	47 (94%)	0 (0%)	--	--
GC <sub>m</sub>	--	--	3 (6%)	50 (100%)	--	--
AN <sub>p</sub>	--	--	--	--	49 (98%)	12 (24%)
GC <sub>p</sub>	--	--	--	--	1 (2%)	38 (76%)
$\lambda$ Wilks	--	--	0,122	0,122	0,182	0,182
$r$ canónica	--	--	0,96	0,96	0,91	0,91
Valor propio	--	--	7,21	7,21	4,50	4,50

Nota: AN= grupo de adolescentes con anorexia nerviosa; AN<sub>ma</sub>= madres grupo anorexia nerviosa; AN<sub>pa</sub>= padres grupo con anorexia nerviosa; GC= adolescentes del grupo control; GC<sub>ma</sub>= madres del grupo control; GC<sub>pa</sub>= padres del grupo control.

### *Análisis discriminante incluyendo psicopatología alimentaria*

Se realizó un análisis discriminante entre los grupos de adolescentes con AN y adolescentes del GC incluyendo todas las escalas del EDI-2 (Tabla 5), obteniendo una correlación canónica de 0,56 (clasificación correcta: 74,7%). La única escala que discriminó entre los dos grupos fue la Obsesión por la Delgadez (DT).

Se realizó un análisis discriminante por pasos para identificar las dimensiones más significativas en cada grupo de adolescentes (AN vs. GC). Las puntuaciones medias de las adolescentes en la prueba JTCI no pudieron diferenciar entre ambos grupos. La dimensión que discriminó entre ambos grupos de adolescentes después de incluir EDI-2 en el análisis fue la Obsesión por la Delgadez (DT).

**Tabla 5**

Análisis discriminantes con el "Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-2" (EDI-2): porcentaje de clasificación correcta y  $\lambda$  de Wilks

Grupo	Chicas con anorexia nerviosa (n= 50)	Chicas sanas (n= 50)
Chicas con anorexia nerviosa	36 (72%)	5 (12%)
Chicas sanas	14 (28%)	45 (90%)
$\lambda$ de Wilks	0,69	
r canónica	0,56	
Valor propio	1,03	

### **Discusión**

El objetivo principal del presente estudio fue examinar la relación entre los rasgos de personalidad de los padres y las madres con los de sus hijas adolescentes con AN y confirmar si es posible describir un perfil de personalidad asociado con la psicopatología de los TCA a través de un riguroso diseño de casos y controles.

Siguiendo las sugerencias sobre el análisis de los factores de riesgo para desarrollar un TCA de Jacobi *et al.* (2004), el estudio fue diseñado para prestar atención a las primeras etapas de la patología. Hasta donde sabemos, este es uno de los primeros estudios que evalúa la personalidad de las adolescentes al inicio de un trastorno alimentario y la personalidad de ambos padres. Este diseño tiene en cuenta la precedencia y la interacción entre varios factores de personalidad, tanto de las hijas como de las madres y los padres, para dar robustez al diseño general del estudio en el que la personalidad es muy importante por el papel que juega en la etiología, el curso y el pronóstico de la AN (Farstad *et al.*, 2016).

Al contrario de lo esperado en la primera hipótesis, los resultados confirmaron fuertes similitudes entre las adolescentes con AN al inicio de la enfermedad y las chicas sin patología en términos de rasgos de personalidad. Las adolescentes con AN muestran niveles bajos de NS y niveles altos de HA en comparación con las chicas del grupo control (Bennett *et al.*, 2015; Farstad *et al.*, 2016; Fassino *et al.*, 2002; Jacobs *et al.*, 2009; Karwautz *et al.*, 2003). Sin embargo, en este estudio no se encontraron diferencias entre AN y GC; aun así, las puntuaciones en la NS son bajas y altas en la HA y, a diferencia de estudios previos, el nivel de persistencia es bajo,

por lo que los resultados no confirman la “tríada anoréxica” encontrada por Fassino *et al.* (2002). Los cambios sustanciales en la personalidad ocurren durante el desarrollo durante la adolescencia (Zohar *et al.*, 2018), y las chicas del grupo AN y las chicas del GC fueron emparejadas por edad. Por lo tanto, de manera similar en los estudios de Fassino *et al.* (2002), no se encontraron diferencias significativas en la personalidad cuando comparó a las mujeres con AN de inicio temprano *versus* inicio tardío. Los resultados encontrados en el presente estudio pueden estar relacionados con la tendencia a emociones como la timidez, el miedo a la incertidumbre, la preocupación y el pesimismo, junto con la baja tendencia a la actividad exploratoria, la evitación de la frustración y con la edad de la muestra en la que la media de las muestras es próxima a los 15 años.

La segunda hipótesis fue confirmada parcialmente. Los resultados hallados confirmaron que las AN<sub>ma</sub> presentan puntuaciones medias más altas que las GC<sub>ma</sub> en los rasgos de temperamento RD y P, y en los rasgos de carácter SD y CO; y puntuaciones medias más bajas en los rasgos de temperamento NS y HA, y en el rasgo de carácter ST. En la muestra actual, los padres AN<sub>pa</sub> mostraron el mismo perfil en temperamento y rasgos de carácter que el grupo de madres AN<sub>ma</sub>, lo que contrasta con los estudios previos que establecieron niveles más altos de HA y P, y niveles más bajos de SD (Barajas-Iglesias *et al.*, 2017; Farstad *et al.*, 2016; Fassino *et al.*, 2002, 2004). Un meta-análisis reciente de los rasgos de personalidad utilizando la Teoría de Cloninger ha demostrado la existencia de una relación positiva entre P alta y la condición de AN, y una relación negativa entre NS y la condición de AN (Komasi *et al.*, 2022). La SD y la HA altas han sido rasgos relacionados con los trastornos alimentarios en varias investigaciones (Amianto *et al.*, 2013; Fassino *et al.*, 2009, 2013). En nuestra muestra, las adolescentes se encontraban en las primeras fases del trastorno, mientras que en otras investigaciones previas, las muestras de adolescentes o mujeres jóvenes con AN presentaban una mayor duración de la patología y los padres mostraron niveles más altos de evitación del daño (HA) (Cassin y von Ranson, 2005; Fassino *et al.*, 2002, 2004, 2009). Uno de los argumentos detrás de este hallazgo en los rasgos de personalidad de los padres de AN es que la HA puede ser un factor de personalidad que facilita el manejo de la carga emocional desencadenada por el trastorno (Monteleone *et al.*, 2021) y podría incrementarse en fases más avanzadas de la AN de sus hijas. En futuras investigaciones, sería importante abordar si la duración de la enfermedad puede modular algunos de los factores de personalidad de las madres y los padres.

En cuanto a las asociaciones entre las adolescentes, sus madres y padres, los resultados mostraron diferencias interesantes en el grupo AN y el GC. Las AN<sub>ma</sub> y las adolescentes con AN presentaron correlaciones inversas entre HA de madres y la CO de las adolescentes, y entre la HA de madres y la FA de las hijas. Las AN<sub>ma</sub> y la personalidad de las adolescentes fueron complementarias. La CO y la FA de las adolescentes se relacionaron con la evitación del daño (HA) de sus madres. El aumento de la cooperación de las hijas disminuye la evitación del daño en las madres, lo que podría modular la personalidad de las adolescentes. La HA ha sido propuesta como un importante factor de riesgo en el desarrollo de los TCA (Atiye *et al.*, 2015; Marzola *et al.*, 2019). En cambio, las madres y adolescentes del GC correlacionaron inversamente en la CO, con un grado de ajuste general en su

relación y la expresión de la empatía que facilita el vínculo con otras personas y se ha asociado con la madurez. Esto ha sido descrito en investigaciones previas como un predictor significativo del bienestar, la salud física, mental y social; así como con la felicidad de las adolescentes (Cloninger y Zohar, 2011; García *et al.*, 2012; Moreira *et al.*, 2015; Zohar *et al.*, 2018).

Los padres y las adolescentes con AN mostraron correlaciones altas y directas en dependencia de la recompensa (RD). Este rasgo puede indicar un sesgo hereditario en el mantenimiento de comportamientos relacionados con procesos como el apego social, la dependencia de la aprobación de las demás personas y el ser sentimental y afectivo (Cloninger *et al.*, 1993). Otro hallazgo interesante en el grupo de padres AN<sub>pa</sub> y sus hijas fue la asociación inversa entre la P de los padres y la SD de las adolescentes, lo que implica una disminución de la persistencia (P) de los padres si la hija muestra una persistencia (P) alta. Este rasgo está relacionado con la responsabilidad, proactividad y el ingenio en el trabajo, así como con alcanzar metas y objetivos. También podría implicar un aumento de P en los padres para animar a sus hijas a mantener una P más alta para estudiar y trabajar con dureza (Josefsson *et al.*, 2013).

Después de analizar las correlaciones entre madres y padres en cada grupo, encontramos correlaciones en el grupo AN. Entre los resultados, observamos una fuerte correlación directa entre la HA en las madres y la HA en los padres. La evitación del daño (HA) ha sido descrita como un sistema de inhibición conductual que refleja la tendencia a responder intensamente a estímulos aversivos y evitar el castigo (García, 2011). Los altos niveles de HA en los padres pueden derivar en una sobreprotección parental hacia sus hijas (Gruber *et al.*, 2020), y puede estar relacionado con una dificultad para crecer y un carácter inmaduro con alto riesgo de psicopatología (Fassino *et al.*, 2002). La HA alta se asocia con la ansiedad, la inhibición e inflexibilidad y se ha propuesto como un mediador importante que podría explicar el camino desde el nacimiento con las complicaciones obstétricas hasta el desarrollo de la AN (Favaro *et al.*, 2008). Algunas teorías plantean la hipótesis de que los rasgos de personalidad son relativamente estables a lo largo de la vida. Por lo tanto, su desarrollo debe ser anterior al TCA de su hija y, por ello, puede influir en su desarrollo y expresión (Allemand *et al.*, 2013; Costa *et al.*, 2019; Fassino *et al.*, 2009). Algunos estudios centrados en la personalidad de personas con AN proponen que existe una baja estabilidad de la personalidad en + jóvenes, con enfermedades graves y que los síntomas residuales continúan como efectos cicatriciales en las muestras de jóvenes recuperadas (Wagner *et al.*, 2019).

En cuanto al análisis discriminante por pasos en las escalas de personalidad de las hijas y sus puntuaciones en el EDI-2, la obsesión por la delgadez (DT) fue la escala que discriminó entre las adolescentes con AN y las adolescentes del GC. Esta subescala del EDI-2 denota actitudes, percepciones y comportamientos asociados con un deseo intenso de delgadez, una preocupación excesiva por el peso, la dieta, el control y evitar el aumento de peso (Davenport *et al.*, 2015; Grilo, 2013). La DT y la internalización del ideal de delgadez pueden influir en la forma en que se expresa una vulnerabilidad que existe de manera subyacente y la sintomatología específica de la AN puede utilizarse como un intento de regulación emocional (Brockmeyer *et al.*, 2014; Christian *et al.*, 2020; Fiore *et al.*, 2014; Hughes y Gullone, 2011) y el

control de la sensibilidad a la ansiedad y la emocionalidad negativa. Esta sensibilidad podría ser expresada por las adolescentes con AN a través del miedo al rechazo o la crítica, y la internalización del ideal de delgadez para minimizar las amenazas sociales (Cardi *et al.*, 2014; Sim y Peterson, 2021).

Los hallazgos de este estudio permitirán mejorar la intervención temprana de estos factores en padres y adolescentes, así como desarrollar estrategias de tratamiento al inicio de la AN. La diferenciación de las alteraciones conductuales y neurobiológicas relacionadas con los rasgos y el estado en la AN puede ser útil para comprender la etiología y el curso de la enfermedad (Kaye *et al.*, 2009; Wierenga *et al.*, 2014). Esto permitiría, como concluye Lock (2015) en su revisión sobre distintos tratamientos efectivos en adolescentes con TCA, mejorar el tratamiento considerando modelos que se basan en la neurociencia y la cognición como el modelo propuesto basado en Herpetz-Dahlmann *et al.* (2011) confirmado en un estudio (Moreno-Encinas *et al.*, 2021). La personalidad de los padres y su influencia en el tratamiento de las adolescentes con AN será un área que explorar en futuras investigaciones. Las fortalezas de este estudio incluyen la muestra emparejada por edad y nivel socioeconómico para reducir al máximo los sesgos que pudieran influir en los resultados obtenidos, así como el hecho de que las adolescentes se encuentran en las primeras etapas de la patología de TCA, y la inclusión de ambos padres de adolescentes con AN. En cuanto a las limitaciones, podemos tener en cuenta la posible alteración del comportamiento de las adolescentes con AN-R por la privación de alimentos que presentan respuestas adaptativas al estrés por inanición. Además, se requieren diseños prospectivos y no transversales para establecer la precedencia temporal de los rasgos.

La adolescencia es una etapa de desarrollo distintiva en la que las personas requieren autonomía, independencia e interdependencia en su núcleo familiar. En el que se insiste en que la alteración de la personalidad es considerada un constructo dimensional, centrándose más en estilos de personalidad que en categorías diagnósticas (Caballo *et al.*, 2011). Conocer el temperamento y los rasgos de carácter de las adolescentes y de sus madres y padres puede ser una guía para realizar tratamientos adaptados a las necesidades en esta etapa. Esto permitirá mejorar la intervención temprana de estos factores, así como desarrollar estrategias de tratamiento en fases tempranas. Los rasgos de temperamento a menudo se ven como vulnerabilidades en el desarrollo de AN y son un factor subyacente para las personas en la forma en que piensan, sienten y responden; sin embargo, algunos autores plantean la hipótesis de que estos rasgos se pueden usar de forma adaptativa en la recuperación; por ejemplo, la Terapia Basada en el Temperamento con Apoyos (TBT-S) (Kaye *et al.*, 2015). Se trata de un enfoque de tratamiento emergente que reconoce y trabaja con el temperamento de una persona que tiene la patología. Los tratamientos hasta la fecha han ignorado los fundamentos biológicos que pueden desencadenar e influir en los síntomas de la AN. El temperamento es importante para que los sistemas de apoyo (padres, hermanos, amistades, entre otros) y los y las profesionales sanitarios lo reconozcan y lo utilicen en los procesos de tratamiento mediante el uso de rasgos como fortalezas, usado sus propios recursos para gestionar sus síntomas de la patología alimentaria (AN). Asimismo, terapias de tercera generación orientadas a la aceptación, como las

técnicas de mindfulness que parecen ser eficaces con prácticas formales (yoga, meditación sentada) o informales (atención plena en actividades de la vida diaria) según Verdú y Quiles (2022) o Errasti-Pérez *et al.* (2022).

## Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Autor.
- Allemand, M., Steiger, A. E. y Hill, P. L. (2013). Stability of personality traits in adulthood: mechanisms and implications. *GeroPsych*, 26(1), 5-13. doi: 10.1024/1662-9647/a000080
- Amianto, F., Abbate-Daga, G., Morando, S., Sobrero, C. y Fassino, S. (2011). Personality development characteristics of women with anorexia nervosa, their healthy siblings and healthy controls: what prevents and what relates to psychopathology? *Psychiatry Research*, 187(3), 401-408. doi: 10.1016/j.psychres.2010.10.028
- Amianto, F., Daga, G. A., Bertorello, A. y Fassino, S. (2013). Exploring personality clusters among parents of ED subjects. Relationship with parents' psychopathology, attachment, and family dynamics. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 797-811. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.03.005
- Atiye, M., Miettunen, J. y Raevuori-Helkamaa, A. (2015). A Meta-Analysis of temperament in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 23(2), 89-99. doi: 10.1002/erv.2342
- Barajas-Iglesias, B., Jáuregui-Lobera, I., Laporta-Herrero, I. y Santed-Germán, M. Á. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria durante la adolescencia: perfiles de personalidad asociados a la anorexia y a la bulimia nerviosa. *Nutrición Hospitalaria*, 34(5), 1178-1184. doi: 10.20960/nh.1037
- Bennett, S. L., Gaudiani, J. L., Brinton, J. T. y Mehler, P. S. (2015). Motivated to survive: high cooperativeness in severe anorexia nervosa. *Eating Disorders*, 23(5), 430-438. doi: 10.1080/10640266.2015.1027118
- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W. y Friederich, H.-C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 565-571. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.12.001
- Bruce, K. R. y Steiger, H. (2004). Treatment implications of axis-ii comorbidity in eating disorders. *Eating Disorders*, 13(1), 93-108. doi: 10.1080/10640260590893700
- Caballo, V. E., Guillén, J. L., Salazar, I. C. e Iruña, M. J. (2011). Estilos y trastornos de personalidad: características psicométricas del "Cuestionario exploratorio de personalidad-III" (CEPER-III). *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19, 277-302.
- Cardi, V., Di Matteo, R., Gilbert, P. y Treasure, J. (2014). Rank perception and self-evaluation in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 543-552. doi: 10.1002/eat.22261
- Cassin, S. E. y von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25, 895-916. doi: 10.1016/j.cpr.2005.04.012
- Christian, C., Martel, M. M. y Levinson, C. A. (2020). Emotion regulation difficulties, but not negative urgency, are associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and eating disorder symptoms in undergraduate students. *Eating Behaviors*, 36, 101344. doi: 10.1016/j.eatbeh.2019.101344
- Cloninger, C. R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*, 4(3), 167-226.



- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. y Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975-990. doi: 10.1001/archpsyc.1993.01820240059008
- Cloninger, C. R. y Zohar, A. H. (2011). Personality and the perception of health and happiness. *Journal of Affective Disorders*, 128(1-2), 24-32. doi: 10.1016/j.jad.2010.06.012
- Costa, P., McCrae, R. y Löckenhoff, C. (2019). Personality across the life span. *Annual Review of Psychology*, 70. doi: 10.1146/annurev-psych-010418-103244
- Davenport, E., Rushford, N., Soon, S. y McDermott, C. (2015). Dysfunctional metacognition and drive for thinness in typical and atypical anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 24. doi: 10.1186/s40337-015-0060-4
- Davico, C., Amianto, F., Gaiotti, F., Lasorsa, C., Peloso, A., Bosia, C., Vesco, S., Arletti, L., Reale, L. y Vitiello, B. (2019). Clinical and personality characteristics of adolescents with anorexia nervosa with or without non-suicidal self-injurious behavior. *Comprehensive Psychiatry*, 94, 152115. doi: 10.1016/j.comppsy.2019.152115
- Errasti-Pérez, J., Al-Halabi, S., López-Navarro, E. y Pérez-Álvarez, M. (2022). Atención plena (mindfulness): por qué es posible que funcione y por qué es seguro que triunfe. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 30(1), 235-248. doi:10.51668/bp.8322112s
- Farstad, S. M., McGeown, L. M. y von Ranson, K. M. (2016). Eating disorders and personality, 2004-2016: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 46, 91-105. doi: 10.1016/j.cpr.2016.04.005
- Fassino, S. y Abbate-Daga, G. (2013). Resistance to treatment in eating disorders: a critical challenge. *BMC Psychiatry*, 13. doi: 10.1186/1471-244X-13-282
- Fassino, S., Abbate-Daga, G., Amianto, F., Leombruni, P., Boggio, S. y Rovera, G. G. (2002). Temperament and character profile of eating disorders: a controlled study with the Temperament and Character Inventory. *The International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 412-425. doi: 10.1002/eat.10099
- Fassino, S., Pierò, A., Gramaglia, C. y Abbate-Daga, G. (2004). Clinical, psychopathological and personality correlates of interoceptive awareness in anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity. *Psychopathology*, 37(4), 168-174. doi: 10.1159/000079420
- Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E. y Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC Psychiatry*, 9, 67. doi: 10.1186/1471-244X-9-67
- Favaro, A., Tenconi, E. y Santonastaso, P. (2008). The relationship between obstetric complications and temperament in eating disorders: a mediation hypothesis. *Psychosomatic Medicine*, 70(3), 372-377. doi: 10.1097/PSY.0b013e318164604e
- Fiore, F., Ruggiero, G. M. y Sassaroli, S. (2014). Emotional dysregulation and anxiety control in the psychopathological mechanism underlying drive for thinness. *Frontiers in Psychiatry*, 5. doi: 10.3389/fpsy.2014.00043
- García, D. (2011). Two models of personality and well-being among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 50(8), 1208-1212. doi: 10.1016/j.paid.2011.02.009
- García, D., Kerekes, N., Andersson Arntén, A.-C. y Archer, T. (2012). Temperament, character, and adolescents' depressive symptoms: focusing on affect. *Depression Research and Treatment*, 2012, 925372. doi: 10.1155/2012/925372
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2. Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34. doi: 10.1002/1098-108X(198321)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6
- Grilo, C. M. (2013). *Eating and weight disorders*. Psychology Press.

- Gruber, M., König, D., Holzhäuser, J., Castillo, D., Blüml, V., Jahn, R., Leser, C., Werneck-Rohrer, S. y Werneck, H. (2020). Parental feeding practices and the relationship with parents in female adolescents and young adults with eating disorders: a case control study. *PLoS ONE*, 15. doi: 10.1371/journal.pone.0242518
- Herpertz-Dahlmann, B., Seitz, J. y Konrad, K. (2011). Aetiology of anorexia nervosa: from a "psychosomatic family model" to a neuropsychiatric disorder? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(2), 177. doi: 10.1007/s00406-011-0246-y
- Hollingshead, A. B. y Redlich, F. C. (1958). *Social class and mental illness: community study*. John Wiley & Sons.
- Holm, S. (1979). A simple sequentially rejective multiple test procedure. *Scandinavian Journal of Statistics*, 6(2), 65-70.
- Hughes, E. K. y Gullone, E. (2011). Emotion regulation moderates relationships between body image concerns and psychological symptomatology. *Body Image*, 8(3), 224-231. doi: 10.1016/j.bodyim.2011.04.001
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C. y Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19-65. doi: 10.1037/0033-2909.130.1.19
- Jacobs, M. J., Roesch, S., Wonderlich, S. A., Crosby, R., Thornton, L., Wilfley, D. E., Berrettini, W. H., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Johnson, C., Kaplan, A. S., LaVia, M., Mitchell, J. E., Rotondo, A., Strober, M., Woodside, D. B., Kaye, W. H. y Bulik, C. M. (2009). Anorexia nervosa trios: behavioral profiles of individuals with anorexia nervosa and their parents. *Psychological Medicine*, 39(3), 451-461. doi: 10.1017/S0033291708003826
- Johnston, J., Shu, C. Y., Hoiles, K. J., Clarke, P. J. F., Watson, H. J., Dunlop, P. D. y Egan, S. J. (2018). Perfectionism is associated with higher eating disorder symptoms and lower remission in children and adolescents diagnosed with eating disorders. *Eating Behaviors*, 30, 55-60. doi: 10.1016/j.eatbeh.2018.05.008
- Josefsson, K., Jokela, M., Cloninger, C. R., Hintsanen, M., Salo, J., Hintsanen, T., Pulkki-Råback, L. y Keltikangas-Järvinen, L. (2013). Maturity and change in personality: developmental trends of temperament and character in adulthood. *Development and Psychopathology*, 25(3), 713-727. doi: 10.1017/S0954579413000126
- Karwautz, A., Troop, N. A., Rabe-Hesketh, S., Collier, D. A. y Treasure, J. L. (2003). Personality disorders and personality dimensions in anorexia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 17(1), 73-85. doi: 10.1521/pedi.17.1.73.24057
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D. y Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988. doi: 10.1097/00004583-199707000-00021
- Kaye, W. H., Fudge, J. L. y Paulus, M. (2009). New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(8), 573-584. doi: 10.1038/nrn2682
- Kaye, W. H., Wierenga, C. E., Knatz, S., Liang, J., Boutelle, K., Hill, L. y Eisler, I. (2015). Temperament-based treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 23(1), 12-18. doi: 10.1002/erv.2330
- Knatz Peck, S., Towne, T., Wierenga, C. E., Hill, L., Eisler, I., Brown, T., Han, E., Miller, M., Perry, T. y Kaye, W. (2021). Temperament-based treatment for young adults with eating disorders: acceptability and initial efficacy of an intensive, multi-family, parent-involved treatment. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 110. doi: 10.1186/s40337-021-00465-x

- Komasi, S., Rezaei, F., Hemmati, A., Rahmani, K., Amianto, F. y Miettunen, J. (2022). Comprehensive meta-analysis of associations between temperament and character traits in Cloninger's psychobiological theory and mental disorders. *Journal of International Medical Research*, 50(1), 03000605211070766. doi: 10.1177/03000605211070766
- Lilenfeld, L. R., Kaye, W. H., Greeno, C. G., Merikangas, K. R., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Strober, M., Bulik, C. M. y Nagy, L. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 603-610. doi: 10.1001/archpsyc.55.7.603
- Lock, J. (2015). An update on evidence-based psychosocial treatments for eating disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(5), 707-721. doi: 10.1080/15374416.2014.971458
- Luby, J. L., Svrakic, D. M., McCallum, K., Przybeck, T. R. y Cloninger, C. R. (1999). The Junior Temperament and Character Inventory: preliminary validation of a child self-report measure. *Psychological Reports*, 84(3 Pt 2), 1127-1138. doi: 10.2466/pr0.1999.84.3c.1127
- Marzola, E., Fassino, S., Migliaretti, G., Abbate-Daga, G. y Kaye, W. H. (2019). Development and validation of the Premorbid Childhood Traits Questionnaire (PCT-Q) in eating disorders. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(5), 815-823. doi: 10.1007/s40519-019-00748-y
- Mazzeo, S. E. y Bulik, C. M. (2009). Environmental and genetic risk factors for eating disorders: what the clinician needs to know. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 67-82. doi: 10.1016/j.chc.2008.07.003
- McCrae, R. R. y Costa Jr., P. T. (1990). *Personality in adulthood*. Guilford.
- Monteleone, A. M., Mereu, A., Cascino, G., Castiglioni, M. C., Marchetto, C., Grasso, M., Pontillo, M., Pisano, T., Vicari, S. y Zanna, V. (2021). Coping with adolescents affected by anorexia nervosa: the role of parental personality traits. *Frontiers in Psychology*, 12, 678745. doi: 10.3389/fpsyg.2021.678745
- Moreira, P. A. S., Cloninger, C. R., Dinis, L., Sá, L., Oliveira, J. T., Dias, A. y Oliveira, J. (2015). Personality and well-being in adolescents. *Frontiers in Psychology*, 5, 1-15. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01494
- Moreno-Encinas, A., Graell, M., Martínez-Huertas, J. Á., Faya, M., Treasure, J. y Sepúlveda, A. R. (2021). Adding maintaining factors to developmental models of anorexia nervosa: an empirical examination in adolescents. *European Eating Disorders Review*, 29(4), 548-558. doi: 10.1002/erv.2826
- Pedrero Pérez, E. J. (2009). TCI-R-67: versión abreviada del TCI-R de Cloninger. Proceso de creación y administración a una muestra de adictos a sustancias en tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 11(1), 12-23. doi: 10.1016/S1575-0973(09)71375-3
- Pelaz-Antolín, A. (2006). Validación del Inventario infanto-juvenil de temperamento y carácter Cloninger en la población española [Tesis doctoral no publicada]. Universidad de Alcalá, España.
- Quintana, T. y Muñoz, G. (2010). Validación y adaptación del Cuestionario de temperamento y carácter, JTCl de R. Cloninger, versión niños y padres, a escolares chilenos entre 8 y 13 años de edad. *Terapia Psicológica*, 28. doi: 10.4067/S0718-48082010000100004
- Santos, T., Marques, C., Pereira, A. T., Soares, S. y Macedo, A. F. (2018). Family systems, offspring and eating disorders: can perfectionism close the gaps? *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*, 5, 6. doi: 10.21035/ijcnmh.2018.5.6
- Sepúlveda, A. R., Moreno-Encinas, A., Nova, E., Gómez-Martínez, S., Carrobbles, J. A. y Graell, M. (2022). Biological, psychological and familial specific correlates in eating disorders at

- onset: a control-case study protocol (ANOBAS). *Actas Españolas de Psiquiatría* 2022, 50(2), 92-105.
- Sim, L. y Peterson, C. B. (2021). The peril and promise of sensitivity in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 54(11), 2046-2056. doi: 10.1002/eat.23606
- Striegel-Moore, R. H. y Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *The American Psychologist*, 62(3), 181-198. doi: 10.1037/0003-066X.62.3.181
- Treasure, J., Claudino, A. M. y Zucker, N. (2010). Eating disorders. *Lancet*, 375(9714), 583-593. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61748-7
- Ulloa, R. E., Ortiz, S., Higuera, F., Nogales, I., Fresán, A., Apiquian, R., Cortés, J., Arechavaleta, B., Foullieux, C., Martínez, P., Hernández, L., Domínguez, E. y de la Peña, F. (2006). Interrater reliability of the Spanish version of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children—Present and Lifetime version (K-SADS-PL). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(1), 36-40.
- Universität Düsseldorf (s. f.). G\*Power [programa de ordenador]. <https://www.psychologie.hhu.de/arbeitsgruppen/allgemeine-psychologie-und-arbeitspsychologie/gpower>
- Verdú, M. L., y Quiles, Y. (2022). Aplicación del programa “Reducción del estrés basado en atención plena” en pacientes con trastorno límite de la personalidad y dolor crónico: un estudio piloto. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 30(2), 373-390. doi: 10.51668/bp.8322203s
- Wagner, A. F. y Vitousek, K. M. (2019). Personality variables and eating pathology. *Psychiatric Clinics of North America*, 42, 105-119. doi: 10.1016/j.psc.2018.10.012
- Walton, K. E., Roberts, B. W., Krueger, R. F., Blonigen, D. M. y Hicks, B. M. (2008). Capturing abnormal personality with normal personality inventories: an item response theory approach. *Journal of Personality*, 76(6), 1623-1648. doi: 10.1111/j.1467-6494.2008.00533.x
- Westen, D. y Harnden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II. *The American Journal of Psychiatry*, 158(4), 547-562. doi: 10.1176/appi.ajp.158.4.547
- Wierenga, C. E., Ely, A., Bischoff-Grethe, A., Bailer, U. F., Simmons, A. N. y Kaye, W. H. (2014). Are Extremes of consumption in eating disorders related to an altered balance between reward and inhibition? *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8, 410. doi: 10.3389/fnbeh.2014.00410
- Zohar, A., Zwir, I., Wang, J., Cloninger, R. y Anokhin, A. (2018). The development of temperament and character during adolescence: the processes and phases of change. *Development and Psychopathology*, 31, 1-17. doi: 10.1017/S0954579418000159

RECIBIDO: 4 de julio de 2022

ACEPTADO: 3 de octubre de 2022