

**¿ESTÁN ASOCIADOS LOS TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA A LA DISFORIA DE
GÉNERO EN POBLACIÓN CLÍNICA ADULTA?**

**ARE EATING DISORDERS RELATED TO GENDER
DYSPHORIA IN ADULT CLINICAL POPULATION?**

**Villaverde-González, A.¹, Fernández-Rodríguez, M.², Fontanil-Gómez, Y.³,
Guerra-Mora, P.⁴ y Camero-García, A.⁵**

**^{1,2,4} Centro de Salud Mental “La Magdalena”, Hospital San Agustín de Avilés,
Área Sanitaria III**

^{3,5} Departamento de Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo

Plaza Feijoo s/n, 33003, Oviedo (Asturias)

C/ Valdés Salas, nº 4, 33400, Avilés (Asturias)

Correspondencia: anavillaverdegonzalez@gmail.com; ana.villaverdeg@sespa.es

Resumen

Fundamento. La Disforia de Género (DG) suele ir acompañada de una gran insatisfacción corporal. Por ello, esta población puede ser de alto riesgo para el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Actualmente se cuenta con muy pocos datos de prevalencia de TCA en personas con DG, por lo que los objetivos del presente trabajo son: determinar la prevalencia vital de TCA en los usuarios de la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA) y; describir las variables clínicas en función de si presentan o no un TCA asociado a la DG.

Método. Se llevó a cabo la revisión de 151 historias clínicas. El 64,2% pertenecían al grupo de Hombre a Mujer (HM) y el 35,8% al grupo de Mujer a Hombre (MH).

Resultados. La prevalencia vital de TCA fue del 9,9%. 15 personas presentaron algún TCA alguna vez en su vida, 12 de las cuales pertenecían al grupo de HM y 3 al grupo de MH. La comorbilidad asociada a las personas con DG, en función de si presentan o no un TCA difiere de forma significativa en depresión, ansiedad y trastorno de la personalidad.

Conclusiones. Las personas con DG podrían considerarse una población de riesgo para el desarrollo de TCA. Es necesaria la investigación en esta línea.

Palabras clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria, Disforia de género, Transexualidad, Prevalencia.

Abstract

Background. Gender Dysphoria (GD) is often accompanied by great body dissatisfaction. Therefore, this population can be of high risk for the development of Eating Disorders. Currently there is very little data on the prevalence of eating disorders in people with GD. The objectives of this study are: to determine the vital prevalence of Eating Disorders in the users of the Gender Identity Treatment Unit of Principado de Asturias and; to describe the clinical variables according to whether or not they present an Eating Disorder associated with the GD.

Methods. A review of 151 clinical histories was carried out. 64.2% belonged to the Male to Female (MF) group and 35.8% to the Female to Male (FM) group.

Results. The vital prevalence of Eating Disorders was 9.9%. 15 people presented some Eating Disorders in their lifetime, 12 of which belonged to the MF group and 3 to the FM group. The comorbidity associated with people with GD, depending on whether or not they have an Eating Disorder, differs significantly in depression, anxiety and personality disorder.

Conclusions. People with GD could be considered a population at risk for the development of eating disorders. Research in this line is necessary.

Keywords: Eating Disorders, Gender dysphoria, Transsexuality, Prevalence.

Introducción

En el presente trabajo se examinan dos entidades que a priori no parecen estar relacionadas. Se comienza definiendo ambas para reflexionar posteriormente el motivo que las hace merecedoras de un estudio conjunto, que en líneas generales sería el marcado malestar con el propio cuerpo.

La Disforia de Género (DG) hace referencia a la incongruencia entre el género asignado al nacer y el que se siente y/o expresa como propio¹. La quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) establece varias categorías: DG en niños, DG en adolescentes y adultos, otra DG especificada y DG no especificada. Un estudio reciente² de metaanálisis señala la prevalencia de la DG en 4,6 por cada 100.000 personas, 6,8 para transexuales femeninas (de hombre a mujer) y 2,6 para transexuales masculinos (de mujer a hombre). Además, se observa una tendencia creciente en las cifras de prevalencia en los últimos 50 años. En un estudio realizado en España³ se revisó la patología asociada a esta población. Aunque los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos de adaptación y la fobia social, también se halló que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), en concreto anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN), estaban presentes.

Por otro lado, los TCA (o trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos según el DSM-5) se caracterizan por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos destinados al control del peso, que además implican la distorsión de la imagen corporal. Esta alteración causa una marcada angustia y un grave deterioro en el funcionamiento y la calidad de vida de la persona¹. En cuanto a la epidemiología de los TCA en población general, algunos estudios estiman una

prevalencia en países occidentales entre un 0,3% y un 1% para la AN, entre un 1% y un 3% para la BN y entre un 1,6% y un 3% para los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE)⁴. Un aspecto en el que coinciden diferentes estudios es en que los TCA parecen ser mucho más prevalentes en las sociedades industriales, en las que abunda la comida y en las que estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo, especialmente en la mujer. Este trastorno es más frecuente en Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica; de la prevalencia de este trastorno en otras culturas se posee muy poca información¹. Otro aspecto a considerar en estos trastornos es el género, ya que se trata de un grupo de trastornos que afecta principalmente a la mujer, siendo la proporción de 10 a 1 frente al hombre⁵.

Con respecto a la prevalencia de otros trastornos asociados a los TCA (en personas sin DG), los trastornos depresivos están presentes entre un 40% y un 80% de los casos, con mayor prevalencia en la bulimia nerviosa⁶. En cuanto a la ansiedad, los estudios marcan prevalencias muy variadas que pueden oscilar entre el 10% y el 40%, dependiendo de los instrumentos de medida y los criterios de inclusión⁷. Los trastornos de personalidad tienen una prevalencia del 30%, especialmente el trastorno de personalidad límite y el histriónico en BN y el obsesivo compulsivo en AN⁸⁻⁹. En personas con TCA el riesgo suicida es mayor que en población general (4 veces más)¹⁰⁻¹¹. Con respecto a problemas relacionados con el uso de sustancias, es bastante frecuente especialmente en BN (hasta el 40% de personas con TCA reconocen que abusan o dependen de alcohol y/o sustancias ilegales)¹².

Los TCA y la DG son dos entidades con un elemento común: la importancia de la imagen corporal. Aunque existen distintas definiciones, algunos autores como Baile-Ayensa¹³ plantean que se trata de un constructo psicológico complejo que se refiere a la

representación mental que nos hacemos a partir de la percepción del propio cuerpo. En ocasiones, existe una alteración de dicha imagen que consiste en experimentar emociones, pensamientos y actitudes negativas hacia el tamaño y la forma del cuerpo. En estos casos se habla de insatisfacción corporal. Esta valoración negativa puede ir desde un cierto descontento con elementos del propio cuerpo hasta una obsesión extrema con la apariencia física que interrumpe el funcionamiento normal de la persona¹⁴. La insatisfacción corporal puede estar asociada, entre otros factores, al ideal de belleza predominante en la cultura. De esta forma, no ajustarse a esos ideales de belleza puede llevar a que tanto hombres como mujeres estén insatisfechos con su cuerpo¹⁵. En la actualidad este ideal de belleza está íntimamente ligado a la delgadez en el caso de la mujer, por lo que la insatisfacción corporal es un aspecto central en los TCA.

Nuestro cuerpo es nuestra carta de presentación, los demás nos van a tratar como hombres o mujeres si nos perciben como tal. En el caso de las personas con DG la imagen corporal resulta un aspecto fundamental en su condición. Como señala Gooren¹⁶, estas personas tienen sentimientos de angustia al ser diferentes a los individuos del mismo sexo. Muchos han llegado a señalar una gran insatisfacción corporal indicando incluso que el cuerpo es su principal fuente de sufrimiento¹⁷. Esta insatisfacción que aparece casi por definición en la DG estaría más relacionada con la valoración de aquellas características que tienen que ver con la percepción social del género, es decir, con los caracteres sexuales primarios (genitales) y secundarios (senos en la mujer, vello en el hombre, etc.) que los identifican como hombres o mujeres y que tendrían un carácter más morfológico¹⁸.

La apariencia física incongruente con los sentimientos puede dar lugar a problemas psicológicos, unidos en ocasiones a una mayor estigmatización social, por lo que muchas veces las personas con DG hacen todo lo posible para que su cuerpo se adapte a su identidad y a veces en la misma línea que el ideal de belleza imperante. Para lograrlo es posible que adopten cambios en la conducta alimentaria como estrategia para modificar su cuerpo y, por tanto, sean una población de riesgo para el desarrollo de TCA¹⁹. En el caso de las personas trans de hombre a mujer (HM o mujer trans), las conductas destinadas al control de peso suelen ir dirigidas a alcanzar el ideal de belleza (mujer delgada con pechos grandes) mientras que en el caso de las personas trans de mujer a hombre (MH o hombre trans) se han relacionado con el deseo de suprimir caracteres sexuales secundarios que los identifican como mujeres biológicas (pechos o caderas anchas, por ejemplo) y la menstruación^{17, 20-21}.

La prevalencia de TCA en personas con DG no se conoce con exactitud. Lo que más abunda en la literatura son los estudios de caso o con tamaños de muestra pequeños^{20,22-27}. No obstante, en los últimos años ha habido un interés creciente por la epidemiología de estos trastornos en personas trans²⁷. Un estudio empírico publicado con un tamaño de muestra considerable y grupos control que relaciona DG y TCA es el de Vocks et al.¹⁹ que contó con 356 participantes. En este estudio tanto las personas del grupo HM como las del grupo MH puntuaron más alto en restricción alimentaria, preocupación por el peso e insatisfacción corporal que las mujeres y los hombres del grupo control, pero obtuvieron puntuaciones más bajas que el grupo de TCA. Resultados similares se encuentran en Ålgars et al.²⁸ con personas con identidad de género conflictiva (entendida de forma amplia, pues alude al hecho de tener deseo de haber nacido como miembro del sexo opuesto, pero no necesariamente cumplirían con

todos los criterios de DG). Las personas con una identidad de género conflictiva mostraron niveles más altos de insatisfacción corporal y problemas alimentarios que el grupo control. En cuanto a las diferencias por género, las mujeres con una identidad de género conflictiva fueron las que puntuaron más alto en problemas alimentarios. En otro estudio¹⁷ se ha constatado que las personas con DG sin cirugía de reasignación de sexo eran las que tenían niveles más altos de insatisfacción corporal en comparación con el grupo control y el TCA. Las diferencias por género indicaron que las personas de HM eran las que presentaban mayores niveles de insatisfacción corporal. Por su parte, Rabito-Alcón y Rodríguez-Molina¹⁴ muestran un trabajo en el que las personas con DG obtuvieron puntuaciones en insatisfacción corporal mayores que el grupo control, pero menores que el grupo de TCA. Por último, en la investigación de Witcomb et al.²⁹ participaron mujeres y hombres cisgénero (o “cis”, cuya identidad de género se corresponde con su sexo biológico) y mujeres y hombres trans. Encontraron que las mujeres cis y trans puntuaban más alto en impulso hacia la delgadez y los hombres trans tenían puntuaciones similares a las de los hombres cisgénero con TCA.

En definitiva, los estudios de los que se dispone dan indicios de que la imagen corporal y concretamente, el grado de insatisfacción corporal y las conductas alimentarias en las personas con DG son aspectos importantes en la construcción de su identidad. Por tanto, los objetivos del presente trabajo son:

1. Determinar la prevalencia vital de TCA en los usuarios de la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA) (proporción de personas que padecen el trastorno en algún momento de su vida) en vista de los escasos estudios de prevalencia sobre DG y TCA.

2. Describir las variables clínicas de las personas con DG en función de si presentan o no un TCA, ya que esto puede ser relevante a la hora de conocer las similitudes entre ambos trastornos.

Método

Participantes

La muestra se compone de 151 sujetos que acuden a la UTIGPA por presentar quejas de DG. El 64,2% (n= 97) son del grupo de HM y el 35,8% (n= 54) de MH. Ninguno de los usuarios se definió con un género alternativo. La edad media actual de la muestra total es de 35,29 años (DT=12,25) con un rango de 14-86 años. El 78,8% de los participantes son de origen español, un 15,2% proceden de Latinoamérica y el 3,3% proceden de otros países europeos. Los usuarios se encuentran en distintos momentos del proceso: en proceso de acompañamiento psicológico, con tratamiento hormonal, con cirugías de confirmación de género realizadas, en lista de espera para intervención quirúrgica, etc.

Procedimiento

Se llevó a cabo la revisión de las historias clínicas de las dos especialidades implicadas en el proceso asistencial (psicología clínica y endocrinología). Dado que los datos para el presente trabajo abarcan desde el nacimiento de la UTIGPA en 2007 hasta el año 2016, se consultaron en papel las historias clínicas hasta el año 2009, a partir del cual pasa a estar todo documentado en el programa informático SELENE. Las variables registradas fueron: *Antecedentes asistenciales*: variable referida a si ha recibido atención por parte de salud mental o de servicios psiquiátricos o psicológicos privados; *Depresión*: si ha presentado algún tipo de trastorno depresivo diagnosticado (depresión

mayor, distimia,...); *Trastornos de ansiedad*: si ha tenido algún trastorno de ansiedad diagnosticado (crisis de angustia, ansiedad generalizada,...); *Problemas relacionados con el consumo de sustancias*: si ha tenido algún problema de abuso o dependencia de sustancias (alcohol, opiáceos, cocaína, etc.) que haya requerido atención por parte de los servicios de salud; *Trastornos de personalidad*: si ha sido diagnosticado de algún trastorno de la personalidad; *Intentos de suicidio*: si refiere algún intento autolítico (se han recogido tanto los que han recibido asistencia sanitaria como los que no); *Trastornos de la conducta alimentaria*: si tiene o ha tenido TCA según los sistemas de clasificación DSM y/o CIE en algún momento de su vida, sin especificación de si continúa o no en la actualidad; *Tipo de problema en la conducta alimentaria*: diagnóstico concreto de TCA, en caso de que la persona lo presente. Se establecieron cinco categorías: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, trastorno de la conducta alimentaria no especificado y síndrome de ingestión nocturna de alimentos. Exceptuando la variable tipo de alteración de la conducta alimentaria, el resto de variables son dicotómicas.

Análisis de datos

Se realizaron análisis descriptivos para obtener información sobre las características de la muestra. Se llevaron a cabo pruebas de comparación entre grupos para examinar posibles diferencias. Antes de proceder a realizar estos análisis se ha comprobado la normalidad de la distribución de las variables anteriormente mencionadas, utilizando para ello la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. Al no presentar éstas una distribución normal, se utilizó la Prueba de Chi-cuadrado para las variables cualitativas. Estas pruebas estadísticas se llevaron a

cabo con un nivel de significación de 0,05. El análisis de datos se realizó con el paquete estadístico IBM SPSS 19.

Responsabilidades éticas

Una vez aprobado el plan de trabajo por el comité de investigación del Hospital Universitario San Agustín (Área III, Avilés), se procedió a la revisión de las historias clínicas de los usuarios garantizando la confidencialidad de los datos.

Resultados

Un total de 15 personas han presentado un TCA en algún momento de su vida (12 HM y 3 MH), por lo que la prevalencia vital de TCA en los usuarios de la UTIGPA es de 9,9%. Haciendo referencia al subtipo de TCA, se encontraron las siguientes categorías: AN, BN, trastorno por atracón, síndrome de ingestión nocturna y TCANE, siendo este último y la AN los más prevalentes. La distribución en cuanto a género de esta variable se muestra detalladamente en la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de la variable tipo de TCA.

Tipo de TCA	Frecuencia			Porcentaje (%)		
	Total	HM	MH	Total	HM	MH
Anorexia nerviosa	4	3	1	2.6	3.1	1.9
Bulimia nerviosa	3	2	1	2	2.1	1.9

Trastorno por atracón	2	2	.	1.3	2.1	.
Síndrome de ingestión nocturna	1	1	.	0.7	1.0	.
TCA no especificado	5	4	1	3.3	4.1	1.9
Total	15	12	3	9.9	12.4	5.6

HM= Grupo de hombre a mujer; MH= Grupo de mujer a hombre; TCA= Trastorno de la conducta alimentaria

En la Tabla 2, se muestran los resultados obtenidos en las variables clínicas (antecedentes asistenciales, depresión, trastornos de ansiedad, consumo de sustancias, trastornos de personalidad e intentos de suicidio) para las submuestras con y sin TCA diferenciadas a su vez por género (HM y MH).

Tabla 2. Distribución de las variables clínicas en función de las submuestras y del sexo/género

Variables	Muestra	Sexo/género	Frecuencia	Porcentaje (%)
Antecedentes asistenciales	Con TCA	HM	11	91.7
		MH	2	66.7

		Total	13	86.7
	Sin TCA	HM	51	60
		MH	33	64.7
		Total	84	61.8
Depresión	Con TCA	HM	8	66.7
		MH	1	33.3
		Total	9	60
	Sin TCA	HM	25	29.4
		MH	17	33.3
		Total	42	30.9
Trastornos de ansiedad	Con TCA	HM	6	50
		MH	2	66.7
		Total	8	53.3

	Sin TCA	HM	13	15.3
		MH	8	15.7
		Total	21	15.4
Consumo de sustancias	Con TCA	HM	1	8.3
		MH	.	.
		Total	1	6.7
	Sin TCA	HM	12	14.1
		MH	9	17.6
		Total	21	15.4
Trastornos de personalidad	Con TCA	HM	3	25
		MH	1	33.3
		Total	4	26.7
	Sin TCA	HM	1	1.2

	MH	4	7.8
	Total	5	3.7

HM= Grupo de hombre a mujer; MH=Grupo de mujer a hombre; TCA=Trastornos de la conducta alimentaria

Por último, en la Tabla 3 se examinan las diferencias entre los participantes con TCA y sin TCA en las distintas variables clínicas anteriormente descritas. Las diferencias por género no han podido analizarse a nivel estadístico debido al escaso número de MH con TCA en comparación con el de HM.

Tabla 3. Prueba de Chi-cuadrado (χ^2) para diferencias entre las submuestras con TCA y sin TCA

Variables	χ^2	<i>g.l.</i>	<i>p</i>
Antecedentes asistenciales	4.13	2	.13
Depresión	5.12	1	.02
Trastornos de ansiedad	10.18	1	.001
Consumo de sustancias	0.28	1	.60

Trastornos de personalidad	8.97	1	.003
Intentos de suicidio	3.79	2	.15

χ^2 = Prueba de Chi-cuadrado; g.l.= grados de libertad; p= nivel de significación

Discusión

Con respecto a la prevalencia vital, se encontró que el 9,9% de los usuarios de la UTIGPA han presentado algún TCA. El 3,3% de la muestra total ha tenido algún TCANE, el 2,6% AN y el 2% BN. Se encontraron 2 personas con trastorno por atracón y una con síndrome de ingestión nocturna de alimentos. Es importante destacar la superioridad de estos trastornos en el grupo de HM (12,4%) frente al grupo de MH (5,6%). La razón HM/MH es de 4:1, de tal forma que por cada persona de MH que presenta un TCA hay 4 sujetos del grupo de HM. En población general la proporción es de 10:1, siendo también mayor para la población femenina⁵.

Gómez-Gil et al.³ plantean tasas de anorexia nerviosa para las personas trans de HM de 0,6% de forma puntual y en algún momento de la vida de 1,3% para HM y 1,4% para MH. Para la bulimia, se presentan tasas de 2,8% para el grupo de MH en algún momento de la vida. Sin embargo, la mayor parte de los estudios clínicos no incluyen participantes con TCA y DG y aquellos que lo hacen son de caso único^{22-23,26}. Este hecho dificulta el acúmulo de resultados. No obstante, en algunas investigaciones se encuentran niveles mayores de insatisfacción corporal y conductas alimentarias disfuncionales en personas con DG que en los grupos control^{17,19,29}. Las investigaciones que encuentran diferencias por género señalan niveles mayores para las trans femeninas

que para los trans masculinos^{19,28}. En otros estudios no se han encontrado diferencias significativas en cuanto a género¹⁴. A pesar de que en nuestra investigación no ha sido posible analizar en qué variables difieren las mujeres y hombres trans debido al reducido número de diagnósticos, existe una clara superioridad de TCA en las mujeres trans.

Las cifras de prevalencia obtenidas en nuestros resultados apuntan a que los TCA se pueden considerar un problema lo suficientemente relevante a nivel clínico en personas con DG. Se trata de cifras similares e incluso en algún caso superiores a las que se encuentran en población general⁴. Esto puede ser debido a que la insatisfacción corporal es el núcleo de su malestar al no adecuarse su género sentido a su sexo asignado al nacer²¹. Esta insatisfacción corporal puede poner en riesgo a estas personas para el desarrollo de TCA. En el estudio de Ålgars et al.³⁰ se explora el motivo de que desarrollen este tipo de comportamientos, señalando que el objetivo principal es la supresión de sus caracteres sexuales y la acentuación de aquellos del género con el que se identifican.

En cuanto a las variables clínicas, un 86,7% de las personas con DG y TCA han recibido atención por parte de servicios de salud mental. Sin embargo, no se han encontrado diferencias significativas con el grupo sin TCA, lo que sugiere que el mismo proceso de disforia de género conlleva una serie de dificultades a nivel social y psicológico que en muchas ocasiones requiere ayuda por parte de los servicios de salud.

Los problemas psicopatológicos más frecuentemente asociados a las personas con DG que presentan un TCA son la depresión, ansiedad y trastorno de personalidad.

En concreto, dichos problemas estarían más asociados al hecho de presentar un TCA que con la disforia de género.

Se encuentran diferencias significativas en depresión entre los usuarios con DG y TCA en comparación con la muestra sin TCA. Un 60% de los usuarios de la unidad con TCA ha sido también diagnosticado de depresión frente al 30,9% de los usuarios que no presentan TCA. En población general el porcentaje es menor, ya que en torno a un 10,6% de personas padece algún episodio depresivo alguna vez en su vida³¹. En personas con TCA pero sin DG la prevalencia de trastornos depresivos oscila entre el 40% y el 80%³². Así pues, se encuentran cifras elevadas en personas con DG y TCA, si bien las cifras para las personas sólo con DG o sólo con TCA no pueden considerarse menos relevantes.

En cuanto a trastornos de ansiedad, también se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. El 53,3% de los participantes con TCA ha presentado alguna vez trastornos de ansiedad frente a un 15,4% sin TCA. La prevalencia estimada de estos trastornos en población general oscila entre el 10,6% y el 16,6% aproximadamente³³. En la población con TCA (sin DG) algunos estudios marcan prevalencias de ansiedad muy variadas que pueden oscilar entre el 10% y el 40%⁷. De esta forma, siendo un conjunto de trastornos ya prevalentes para población general, lo son todavía más para personas con DG y TCA.

Otro aspecto a destacar es que el 25,6% de los participantes con TCA ha tenido el diagnóstico de trastornos de la personalidad frente al 3,7% de los que no tienen TCA. La prevalencia estimada en población general es del 9,1% y del 30% en personas con TCA (pero sin DG)⁸⁻⁹. Otros estudios no han encontrado psicopatología relevante en

personas con DG³⁴. Posiblemente la diferencia está en que nuestro estudio ha examinado prevalencia de vida, mientras que este último ha examinado la presencia de psicopatología en el momento de la evaluación mediante instrumentos concretos. El hallazgo de diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con y sin TCA sugiere que los trastornos de la personalidad podrían estar relacionados con los TCA pero no necesariamente con la disforia de género.

Sin embargo, a pesar de que los intentos de suicidio son mayores para el grupo con TCA (40%) que para el grupo sin TCA (22,8%), no se han encontrado diferencias significativas. En personas con TCA no encontramos estudios que hablen de la prevalencia en cuanto a intentos autolíticos, aunque sí de la presencia de mayor riesgo suicida frente a población general¹⁰⁻¹¹. En población general se cuenta con cifras de un 1,5% en España y de 1,8 en Europa³⁵.

Con respecto a problemas relacionados con el uso de sustancias sólo se ha encontrado una persona con TCA. En las personas sin TCA se ha encontrado un 15,4%. No obstante, en personas con TCA (pero sin DG) es bastante frecuente la comorbilidad de abuso de sustancias, especialmente en BN (hasta el 40% de personas con TCA reconocen que abusan o dependen de alcohol y/ o sustancias ilegales)¹². Esta es la variable clínica menos relevante en personas con DG y TCA.

A la vista de los datos hallados, se concluye que las personas con DG podrían considerarse una población de riesgo para el desarrollo de TCA. Las personas con DG en muchas ocasiones pueden requerir la atención por parte de profesionales de la salud para obtener el acompañamiento y los apoyos necesarios durante todo el proceso. Si a

ese malestar se le añaden problemas psicológicos como el TCA, la necesidad de atención psicológica se convierte en algo fundamental.

Para finalizar, se señalan algunas limitaciones: por un lado, el hecho de que se trate de una investigación retrospectiva hace que no sea posible conocer el estado actual de los participantes en cuanto a TCA. La recogida de información de las historias clínicas sólo nos permite conocer si en algún momento de su vida han presentado este tipo de problemas y no ha hecho posible la aplicación de instrumentos de evaluación que serían útiles para examinar aspectos centrales, como las alteraciones en la imagen corporal. En esta línea, extraer datos únicamente sobre el diagnóstico tampoco ofrece información cualitativa que podría ser interesante a la hora de explorar los factores que mantienen y explican la presencia del trastorno (factores familiares, presencia de apoyos, etc.). En último lugar, a pesar de ser una muestra clínica amplia, el reducido número de personas con TCA no ha permitido analizar las posibles diferencias entre el grupo de HM y de MH.

A pesar de limitaciones mencionadas, este estudio ha permitido conocer la relevancia de los TCA en personas con DG y, de manera más concreta, examinar la prevalencia de vida de estos trastornos en la UTIGPA. La unidad comenzó su andadura en 2007 y nueve años después ha atendido a más de 150 personas por quejas de disforia de género. Como retos futuros sería interesante analizar de manera más exhaustiva la insatisfacción corporal de estas personas y su relación con la conducta alimentaria mediante instrumentos específicos, tanto en la misma muestra como en otras unidades de España. En definitiva, este trabajo puede ser considerado como un primer paso para dar a conocer la importancia de estos trastornos y poder examinar en investigaciones futuras los factores que influyen en su aparición y mantenimiento.

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th. Ed.). Washington, DC; 2013.
2. Arcelus J. Bouman WP. Van Den-Noortgate W. Claes L. Witcomb G. Fernández-Aranda F. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry*. 2015; 30(6): 807-815.
3. Gómez-Gil E. Trilla A. Salamero M. Godás T. Valdés M. Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Arch Sex Behav*. 2009; 38(3): 378-92.
4. Swanson SA. Crow SJ. Le Garage D. Swendsen J. Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents supplement. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2011; 68(7): 714–723.
5. Striegler-Moore RH. Rosselli F. Perrin N. Debor L. Wilson GT. May A. Kraemer HC. Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. *Eating Disorders*. 2009; 42(5): 471–474.
6. Enns MW. Swenson JR. McIntyre RS. Swinson RP. Kennedy SH. Depression and eating disorders. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. *Can J Psychiatry*. 2001; 46(1): 77-90. 7
7. Swinbourne JM. Touyz SW. The comorbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *Eur Eat Disord Rev*. 2007; 15(4): 253-74.
8. Godt K. Personality disorders in 545 patients with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2008; 16(2): 94-9
9. Sansone RA. Levitt JL. Sansone LA. The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders*. 2004; 13(1): 7-21.

10. American Psychiatric Association. Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. Washington, DC; 2003. Recuperado de: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf
11. Beautrais AL. Collings SC. Ehrhardt P. Suicide prevention: a review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health; 2005. Recuperado de: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/suicideprevention-areviewoftheevidence.pdf>
12. Herzog DB. Franko DL. Dorer DJ. Keel PK. Jackson S. Manzo MP. Drug abuse in women with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2006; 39(5): 364-8.
13. Baile-Ayensa JI. ¿Qué es la imagen corporal? Cuadernos del Marqués de San Adrián: Revista de humanidades. 2003; 2: 53-70.
14. Rabito-Alcón MF. Rodríguez-Molina JM. Body dissatisfaction differences and similarities among people with eating disorders, people with gender dysphoria and university students. *RPPC*. 2016; 21(2): 97-104.
15. Furnham, A., Badmin, N. y Sneade, I. Body image dissatisfaction: gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *J. Psychol*. 2002; 136(6): 581-596.
16. Gooren L. Introducción al tema de la transexualidad. *Revista Sexología y Sociedad*. 2014; 12(31).

17. Bandini E. Fisher AD. Castellini G. Lo Sauro C. Lelli L. Meriggiola MC. Dettore D. Gender identity disorder and eating disorders: similarities and differences in terms of body uneasiness. *J Sex Med.* 2013; 10(4): 1012-1023.
18. Van de Grift TC. Cohen-Kettenis PT. Elaut E. De Cuypere G. Richter-Appelt H. Haraldsen IR. Kreukels BP. A network analysis of body satisfaction of people with gender dysphoria. *Body Image;* 2016;17: 184-190.
19. Vocks S. Stahn C. Loenser K. Legenbauer T. Eating and body image disturbances in male-to-female and female-to-male transsexuals. *Arch Sex Behav.* 2009; 38(3): 364-377.
20. Hepp U. Milos G. Gender identity disorder and eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2002; 32(4): 473-478.
21. Jones BA. Haycraft E. Murjan S. Arcelus J. Body dissatisfaction and disordered eating in trans people: a systematic review of the literature. *Int Rev Psychiatry.* 2015; 28(1): 81-94.
22. Ewan LA, Middleman AB, Feldmann J. Treatment of anorexia nervosa in the context of transsexuality: a case report. report. *Int J Eat Disord.* 2014 Jan;47(1):112-5.
23. Fernández-Aranda F. Peri JM. Navarro V. Badía-Casanovas A. Turón-Gil V. Vallejo-Ruiloba J. Transsexualism and anorexia nervosa: a case report. *Eating Disorders.* 2000; 8(1): 63-66.
24. Hepp U. Milos G. Braun-Scharm H. Gender identity disorder and anorexia nervosa in male monozygotic twins. *Int J Eat Disord.* 2004; 35(2): 239-243.

25. Murray SB. Boon E. Touyz SW. Diverging eating psychopathology in transgendered eating disorder patients: a report of two cases. *Eating Disorders*. 2013; 21(1): 70-74.
26. Turan Ş. Poyraz CA. Duran A. Prolonged anorexia nervosa associated with female-to-male gender dysphoria: a case report. *Eating Behaviors*. 2015; 18: 54-56.
27. Winston AP. Acharya S. Chaudhuri S. Fellowes L. Anorexia nervosa and gender identity disorder in biologic males: a report of two cases. *Int J Eat Disord*. 2004; 36(1): 109-113.
28. Ålgars M. Santtila P. Sandnabba NK. Conflicted gender identity, body dissatisfaction, and disordered eating in adult men and women. *Sex Roles*. 2010; 63(1-2): 118-125.
29. Witcomb GL. Bouman WP. Brewin N. Richards C. Fernandez-Aranda F. Arcelus J. Body image dissatisfaction and eating-related psychopathology in trans individuals: a matched control study. *Eur Eat Disord Rev*. 2015; 23(4): 287-293.
30. Ålgars M. Alanko K. Santtila P. Sandnabba NK. Disordered eating and gender identity disorder: a qualitative study. *Eating Disorders*. 2012; 20(4): 300-311.
31. Gabilondo A. Rojas-Farreras S. Vilagut G. Haro JM. Fernández A. Pinto-Meza A. Alonso J. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project. *J Affect Disord*. 2010; 120(1), 76-85.
32. Jenkins PE. Hoste RR. Meyer C. Blissett JM. Eating disorders and quality of life: a review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2011; 31(1): 113–121.

33. Somers JM. Goldner EM. Waraich P. Hsu L. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*. 2006; 51, 100–113.
34. Fernández-Rodríguez M. Guerra-Mora P. Martín-Sánchez E. Grupo GIDSEEN. Reflexiones en torno al marco epistemológico de la disforia de género. *Rev Esp Salud Public*. 2016; 90: 1-4.
35. Bernal M. Haro JM. Bernert S. Brugha T. De Graaf R. Bruffaerts R. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMeD study. *J Affect Disord*. 2007; 101(1-3), 27-34.