

# **VARIABLES DE PERSONALIDAD Y MALESTAR PSICOLÓGICO EN PERSONAS CON Y SIN TCA**

Trabajo Fin de Grado de Psicología.

Autora: Guillermina del Carmen Reyes Sánchez

Tutorizado por Dr. Conrado M. Viña Lorenzo

Curso académico 2020-2021

## **RESUMEN:**

Este estudio se ha realizado con el fin de determinar ciertas diferencias en cuanto a la personalidad y el malestar psicológico entre personas con y sin trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Para ello, se ha comparado a un grupo clínico compuesto por personas que han tenido, tienen o creen tener alguno de estos trastornos, con un grupo de comparación. Los medios utilizados para poner a prueba los objetivos propuestos, han sido dos cuestionarios: el EDI-2 y el GHQ-28.

Después de analizar los resultados obtenidos en base a esos cuestionarios, se ha descubierto que efectivamente existen diferencias significativas en varias de las variables de los dos cuestionarios entre los dos grupos.

**Palabras clave:** trastornos de la conducta alimentaria, anorexia, bulimia, malestar psicológico, personalidad.

## **ABSTRACT:**

This study has been conducted to determine certain differences in personality and psychological distress between people with and without eating disorders (ED). To do this, a clinical group composed of people who have had, have, or believe to have any of these disorders has been compared to a comparison group. The means used to test the proposed objectives have been two questionnaires: EDI-2 and GHQ-28.

After analyzing the results obtained from these questionnaires, it has been discovered that there are indeed significant differences in several of the variables of the two questionnaires between both groups.

**Keywords:** eating disorders, anorexia, bulimia, psychological distress, personality.

## INTRODUCCIÓN:

Se entiende por trastornos de la conducta alimentaria (TCA) “aquellas alteraciones en las cuales la conducta alimentaria está perturbada; fundamentalmente, como consecuencia de los dramáticos intentos reiterados que las pacientes hacen para controlar su cuerpo y su peso corporal” (Perpiñá, 1994, citado en Rivarola, 2003).

Todas las personas que experimentan trastornos de conducta alimentaria como la anorexia o la bulimia nerviosas lo hacen con un objetivo válido para ellas, el sentirse mejor consigo mismas. Pero, el problema recae en el desconocimiento de las consecuencias nocivas que conllevan los medios utilizados para tal fin (Cervera, 1996).

La anorexia y la bulimia nerviosas han sido declaradas trastornos que es preciso combatir con programas diseñados *ad hoc*. Por otro lado, se ha descubierto que los TCANE (Trastornos de la conducta alimentaria no especificados) y otras alteraciones de la conducta alimentaria son muchas veces el punto de partida para que se desarrollen los trastornos de la conducta alimentaria posteriormente con todos los criterios establecidos (Martínez, 2010).

Los datos epidemiológicos sobre TCA apuntan a una mayor vulnerabilidad de padecer este tipo de trastorno en las mujeres jóvenes, concretamente cuando se encuentran en la adolescencia o en la adultez temprana. La incidencia máxima se da entre los 15-25 años. Hay ciertos factores demográficos relacionados con TCA como el sexo, la edad, el ser hijo único, vivir en una familia monoparental, haber sufrido la muerte de algún progenitor... (Vargas, 2013). Por otro lado, según Behar et al. (2005) las personas que sufren algún tipo de TCA poseen mayor incidencia de trastornos afectivos en comparación con la población general, teniendo mayor prevalencia la depresión mayor.

Staudt y Rojo (2006) afirman que la población en mayor riesgo de padecer este tipo de trastornos es la formada por atletas, modelos, deportistas, aquellos con antecedentes familiares de TCA o con antecedentes de obesidad en la niñez, historia de abuso sexual, de maltrato, antecedentes de depresión y alexitimia.

En el caso de la anorexia, según el DSM-5 (APA, 2014) los criterios diagnósticos que la definen son:

- Una restricción de la ingesta que conduce a un peso corporal significativamente bajo en relación con la edad, el sexo, la etapa evolutiva y la salud física.
- Miedo intenso a ganar peso o a engordar.
- Alteración de la imagen corporal en la que hay una distorsión en la forma en que uno se percibe respecto a su peso o constitución. También se puede tratar de una influencia exagerada del peso o la silueta en la autovaloración, o una negación de la gravedad del bajo peso.

El DSM-5 (APA, 2014) especifica que existen dos tipos de anorexia nerviosa:

- El tipo restrictivo que consiste en perder peso a base de exigentes dietas, ayunos o ejercicio excesivo. En este caso no se recurren a atracones ni a purgas.
- El tipo atracones – purgas en el que, durante los últimos tres meses, se han dado episodios de atracones o métodos purgativos para perder peso, además del uso de laxantes, diuréticos o enemas.

Normalmente según el DSM-5 (APA, 2014) se debe especificar si la persona se encuentra en:

- Remisión parcial: después de haber cumplido anteriormente todos los criterios de la AN, el Criterio A (peso corporal bajo) deja de cumplirse durante un periodo continuado, pero aún se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).
- Remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la AN, ya no se cumplen ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Según Nazario (2012, citado en Vargas, 2013) afecta a 0,5-1% de personas a lo largo de sus vidas, dándose más en las mujeres (90-95%). Según el DSM-5

(APA, 2014) la proporción entre mujeres y hombres llega a ser 10:1. Principalmente en la adolescencia y afecta a un 1% de la población, las edades en las que se produce el inicio suelen estar entre los 14-18 años (Vargas, 2013).

En cuanto a la bulimia nerviosa, en 1979 fue descrita como una variante de la anorexia nerviosa por Rusell (Vargas, 2013). Según el DSM-5 (APA, 2014) los criterios diagnósticos que la definen son los siguientes:

- Episodios recurrentes de atracones de comida, que se caracterizan por:
  - o Ingesta de alimentos durante un periodo de tiempo determinado, entre 2 horas aproximadamente, que es claramente superior a la ingesta normal que se debería de hacer.
  - o Sensación de no poder controlar la ingesta durante ese episodio.
- Se dan comportamientos compensatorios inadecuados de manera recurrente para evitar el aumento de peso. Entre estos nos encontramos con, por ejemplo, vomitar de forma voluntaria, usar laxantes, diuréticos, otros medicamentos, hacer ayuno o ejercicio excesivo.
- Los atracones y los comportamientos compensatorios de promedio suelen darse al menos una vez a la semana durante mínimo tres meses.
- La autoevaluación se ve influida por la constitución y el peso corporal.
- La alteración no se produce sólo durante los episodios de la anorexia nerviosa.

Al igual que en la anorexia nerviosa, también se debe especificar si el individuo se encuentra en remisión parcial, donde durante un periodo de tiempo continuado ya no se cumplen algunos criterios, o en remisión total donde no se cumplen ninguno de los criterios durante un tiempo continuado (APA, 2014).

Según informa Chinchilla (1994, citado en Moral, 2002), en un tercio de los casos aparece un curso con periodos de remisión, en otro tercio un curso crónico que se atenúa con la edad y en otro tercio se presenta como episodio único, quedando algún síntoma residual que desaparece con los años, así también es un trastorno crónico. Se halla una tasa de prevalencia del 1 al 3% en muestras grandes de población general, y según el DSM-V (APA, 2014) la proporción entre mujeres y hombres al igual que en la anorexia nerviosa es 10:1.

“La distorsión de la Imagen Corporal (IC) es una característica esencial de la AN y BN. Se caracteriza por una sobrestimación del tamaño, una idea sobrevalorada de la delgadez y una insatisfacción con el propio cuerpo. La IC se asocia con variables como autoestima, ansiedad, depresión, comportamiento sexual y calidad de vida” (Fernández y Jáuregui, 2016).

Tanto en la anorexia como en la bulimia nerviosa interactúan diferentes factores, como son los biológicos (hormonales), psicológicos (rasgos de personalidad, actitudes y conductas) y sociales (problemas con la familia o amigos) o culturales (modelo de delgadez/belleza que se transmite en los medios de comunicación) (Rivarola, 2003).

En cuanto a factores biológicos, se sabe que el hipotálamo es la región que mayor importancia tiene en el control de las señales para el consumo de alimentos. Las sustancias que modulan la actividad hipotalámica (i.e. leptina, ghrelina e insulina) son sustancias que también se expresan en otras regiones cerebrales como en las involucradas con la recompensa, motivación, aprendizaje, emoción y estrés. El consumo de alimentos se lleva a cabo por las propiedades gratificantes que conlleva, este hecho se vincula con el aumento de la actividad dopaminérgica en los circuitos cerebrales de recompensa (Méndez et al., 2008).

Según Fairbum y Cooper (1989, citado en Rivarola, 2003), en cuanto al aspecto cognitivo los pacientes con TCA suelen pensar con insistencia y preocupación en un mismo tema sin poder tomar decisiones racionales al respecto. Además, suelen presentar errores en las interpretaciones de los acontecimientos, tienden a dicotomizar, tener ideas catastróficas, abstracción selectiva, magnificación, absolutismo. Estas distorsiones cognitivas son automáticas por lo que es complicado su control, provocando así problemas y sentimientos negativos.

Varios estudios han relacionado los TCA con ciertos factores psicológicos como son la ansiedad, depresión, trastornos de personalidad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de control de impulsos, realización de dietas inadecuadas y preocupación por el cuerpo, excesiva rigidez, perfeccionismo, retraimiento social y baja autoestima (Fernández y Jáuregui, 2016).

Por otro lado, en cuanto al aspecto emocional, se sabe que el reconocer y expresar adecuadamente las emociones tiene gran importancia ya que se relaciona con un efecto saludable tanto en salud física como psíquica. De esta manera, una buena regulación emocional está negativamente relacionada con la ansiedad y la depresión, y positivamente con las estrategias de afrontamiento saludables (Calvo et al., 2014).

Según Bourke et al. (1992, citado en Calvo et al., 2014), en la comparación de las características emocionales de personas con y sin TCA, se ha descubierto que las personas que sufren algún tipo de trastorno alimentario muestran mayor dificultad para identificar y describir los sentimientos, lo que se conoce como “alexitimia” y presentan formas más inadecuadas de actuación como la evitación, el escape o la negación, a la hora de regular las emociones.

Dentro de la anorexia suelen darse algunas conductas anómalas como, por ejemplo, pesarse en una báscula cada vez que se come y se hace ejercicio, otras veces sucede todo lo contrario, donde la persona evita por completo mirarse al espejo y saber su peso. Además, suelen aislarse socialmente encerrándose en su habitación de manera que rehúyen de la conversación familiar, y consumen excesivamente estimulantes para perder peso o laxantes (Cervera, 1996).

Es importante recalcar el papel fundamental que tienen los factores socioambientales a la hora de desarrollar en las personas este tipo de trastornos. Hay factores que contribuyen al inicio de los TCA como son, por ejemplo, los comentarios críticos sobre la apariencia y alimentación que provienen de personas cercanas. Este punto se puede confirmar después de haber entrevistado a una de las personas con TCA que contestó a los cuestionarios utilizados para este estudio. La chica confirmó que comenzó a desarrollar el trastorno a partir de recibir ciertos comentarios por parte de su madre sobre su aumento de peso. En el Anexo 1 se puede observar un fragmento acerca de la entrevista que se le realizó. Por otro lado, hay otros factores que influyen en el mantenimiento del trastorno, como el haber sido víctima de acoso (objeto de burla) o la presión que se siente de tener que cumplir con los cánones de belleza impuestos por la sociedad, los cuales asocian con valores positivos (Gaete y López, 2020).

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente mencionado, en este estudio se pretende observar principalmente si hay o no diferencias en cuanto a características psicológicas entre personas con y sin TCA. Para ello, se plantean los siguientes objetivos del estudio:

- Comprobar si se dan diferencias en las escalas que evalúan algunos factores de personalidad entre ambos grupos, y si las hay, en qué sentido van dirigidas.
- Comprobar si se dan diferencias entre ambos grupos en las escalas que evalúan malestar psicológico.
- Analizar si se dan algunas correlaciones entre dichas variables dentro de cada uno de los grupos.

## **MÉTODO:**

### **a. Diseño:**

Se trata de un estudio analítico descriptivo y correlacional, realizado de manera transversal entre un grupo clínico y un grupo de comparación.

### **b. Participantes:**

La muestra obtenida para realizar dicho estudio está compuesta por un total de 80 personas, de las cuales 40 pertenecen al grupo clínico, y las otras 40 al grupo de comparación. Se trata de una muestra disponible, concretamente la muestra del grupo clínico fue contactada por diferentes medios, primero por correo electrónico a asociaciones de TCA, y luego por redes sociales (Whatsapp, Instagram y Twitter) a personas individualmente. Las que componen el grupo de comparación se contactaron sólo por dichas redes sociales.

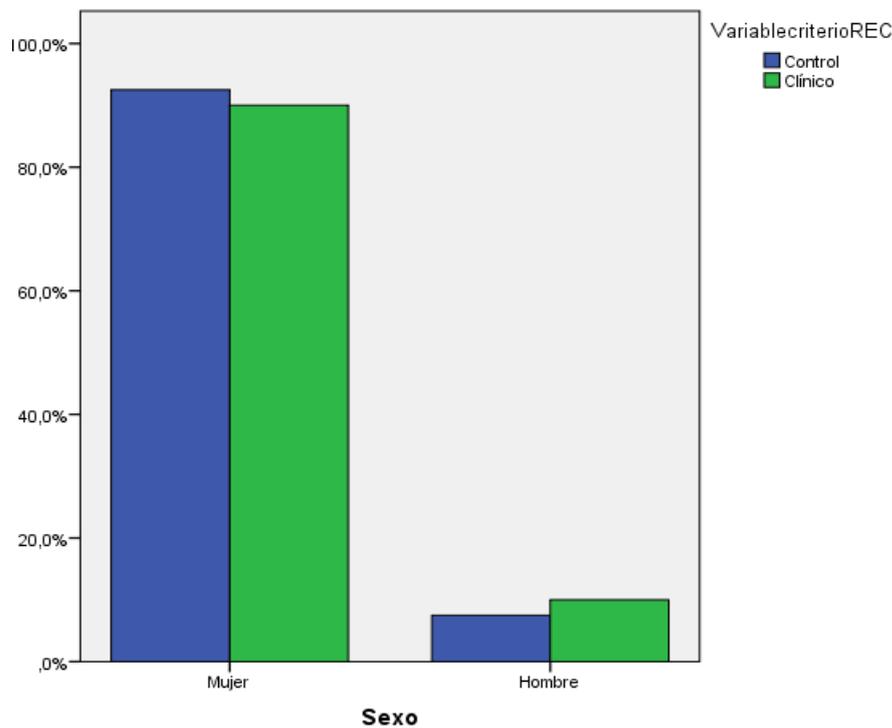
Como criterio para incluir a las personas en determinado grupo, se utilizaron tres ítems o preguntas de manera que desde que se contestara que sí a alguna de ellas, se formaría parte del grupo clínico, conformándose así tres subgrupos dentro del grupo clínico (Anexo 2). Dichos ítems son los siguientes:

- “Tuve un problema alimentario, pero actualmente no”.
- “Creo que tengo un problema alimentario, pero no me lo han diagnosticado”.
- “Tengo un problema alimentario diagnosticado”.

Se ha procurado en la medida de lo posible que las variables demográficas entre ambos grupos fueran parecidas, de manera que las variables en cada grupo quedaron de la siguiente forma:

En cuanto a la variable “sexo”, las mujeres conforman la gran mayoría de la muestra en ambos grupos (Figura 1).

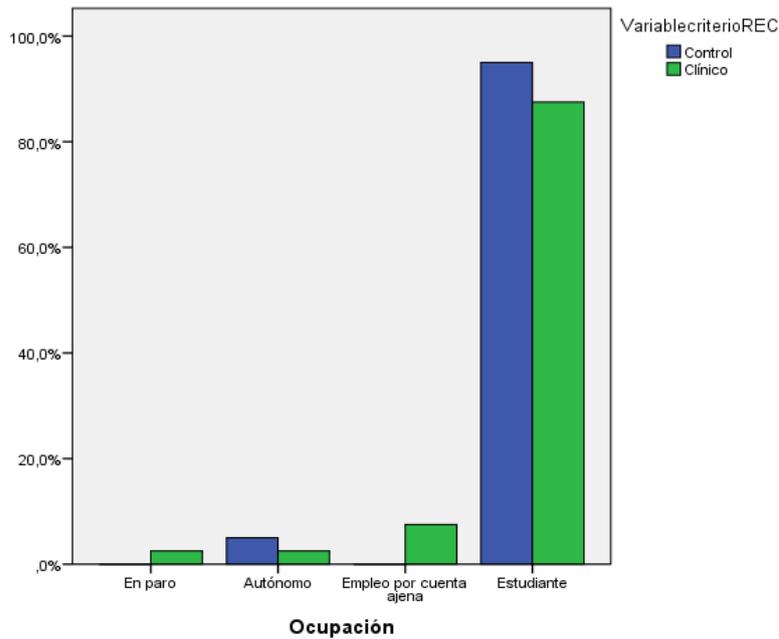
**Figura 1**



*Porcentajes de la variable “sexo” dentro de cada grupo*

En cuanto a la variable “ocupación”, prácticamente todas las personas son estudiantes, el resto de las personas se dividen en autónomos, empleados por cuenta ajena y en paro (Figura 2).

**Figura 2**



*Porcentajes de la variable “ocupación” dentro de cada grupo*

En estas variables nominales de “sexo” y “ocupación”, y en las de “nacionalidad” (Anexo 4), “nivel de estudios” (Anexo 5), “estado civil” (Anexo 6) e “ingresos de la unidad familiar” (Anexo 7), se llevaron a cabo análisis de varianza por medio de  $Ji^2$ , donde se observó que no había diferencias significativas entre los dos grupos.

En cuanto a la edad, se llevó a cabo un ANOVA en el que se observó que no había diferencias significativas tampoco entre ambos grupos ( $p=0.761$ ). Las medias en el grupo clínico y de comparación eran de 21.15 y 21.33 respectivamente, en cuanto a las desviaciones típicas fueron de 2.91 y 2.15.

**c. Instrumentos:**

Para medir y evaluar en la muestra de participantes ciertas características o variables, se han utilizado dos cuestionarios, concretamente el “EDI-2” y el “GHQ-28”. Además, como ítems finales se utilizaron unas preguntas basadas en los criterios diagnósticos para la anorexia y bulimia nerviosas del DSM.

El cuestionario EDI-2 (Eating disorders Inventory - 2) de Garner (1998), es una segunda versión del cuestionario original. Es un instrumento de autoinforme compuesto por 91 ítems que, en principio, no tiene como objetivo el diagnóstico de algún tipo de TCA, sino evaluar ciertas características o rasgos psicológicos que suelen estar asociados a la anorexia y bulimia nerviosas. Está constituido por 11 escalas las cuales son: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. El método de corrección empleado para las respuestas dadas es (0-0-0-1-2-3), correspondientes a “nunca”, “pocas veces”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre” y “siempre” respectivamente (Garner, 1998).

Las escalas podrían describirse brevemente según Garner (1998) como:

➤ Obsesión por la delgadez:

Es la manifestación de un intenso impulso por estar más delgado o un fuerte temor a engordar. Es un síntoma básico para el diagnóstico de la AN y la BN. Los elementos de esta escala se refieren a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar.

➤ Bulimia:

Evalúa la tendencia a tener pensamientos de comer o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables, este es un síntoma característico de la BN y del trastorno de atracón, que permite diferenciar entre los dos tipos de anorexia, bulímica y restrictiva.

➤ Insatisfacción corporal:

Esta escala mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con algunas partes del mismo que más le preocupan a los que padecen TCA (estómago, caderas, muslos, nalgas, etc.). La insatisfacción con el propio cuerpo se suele dar mucho en mujeres jóvenes de los países occidentales, pero cuando llega a grados extremos puede considerarse como una de las características centrales de trastornos de AN y BN. La insatisfacción corporal se considera uno de los aspectos principales de la "perturbación de la imagen corporal" que se encuentra en los pacientes con TCA (Garner, 1998).

➤ Ineficacia:

Evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida. Conceptualmente la escala está estrechamente relacionada con una pobre autoestima o una autoevaluación negativa de sí mismo, pero va más allá de estos constructos al incluir sentimientos de vacío y soledad. Puntuar alto en esta escala significa tener un déficit significativo en la autoestima.

➤ Perfeccionismo:

Esta escala mide el grado en el que la persona cree que sus resultados personales no son lo suficientemente óptimos. Bruch (1978, citado en Garner, 1998) ha indicado que la lucha por alcanzar niveles de rendimiento perfeccionistas es característica de los pacientes con TCA. Los elementos de esta escala evalúan en qué grado el sujeto tiene las creencias de que sólo son aceptables niveles de rendimiento personales excelentes y está convencido de que los demás esperan de él o ella lo mismo.

➤ Desconfianza interpersonal:

Evalúa el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones interpersonales con los demás, así como la dificultad para expresar sus propios sentimientos y pensamientos. Garner (1998) considera que la necesidad de mantener a los demás a una cierta distancia de uno mismo, es un rasgo psicológico que tiene relación con la aparición y persistencia de algunos casos de TCA.

➤ Conciencia introceptiva:

Esta escala evalúa el grado de confusión o dificultad que se posee para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales, y se relaciona también con la inseguridad a la hora de identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad. La confusión y desconfianza en relación al funcionamiento del cuerpo y de los sentimientos se ha descrito como un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de algunos casos de TCA (Garner y Bemis, 1985, citado en Garner, 1998).

➤ Miedo a la madurez:

Esta escala evalúa el deseo de volver a la seguridad que proporciona la infancia. El ayuno se convierte en un mecanismo para evitar la madurez psicobiológica que conlleva la adultez, porque provoca volver a la apariencia y estado hormonal prepuberales. Esta regresión proporciona cierto alivio frente a la confusión de la adolescencia y los conflictos familiares.

➤ Ascetismo:

Esta escala mide la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales. Hay grupos de pacientes cuya conducta parece estar influida por la creencia en el carácter virtuoso que tiene la restricción a comer (Bemis, 1983, citado en Garner, 1998).

➤ Impulsividad:

La escala de Impulsividad evalúa la dificultad para regular los impulsos y la tendencia que hay al consumo de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales.

➤ Inseguridad Social:

Esta escala mide la creencia de que las relaciones sociales que se tiene con los demás no son lo suficientemente cómodas, son tensas, inseguras, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad. Se ha observado con frecuencia que algunos pacientes con TCA experimentan falta de seguridad y de felicidad en sus relaciones sociales.

Según Garner et al. (1983, citado en Mintz y Kashubeck-West, 2004), la fiabilidad de consistencia interna del EDI y el EDI-2 ha sido generalmente aceptable, con alfas por encima de 0,70 tanto en muestras clínicas como en no clínicas. En términos de validez de criterio el EDI, pese a no ser un instrumento destinado al diagnóstico, parece ser capaz de discriminar entre las mujeres con diagnóstico de TCA (AN y BN) y participantes de control.

En cuanto al GHQ-28 (General Health Questionnaire) de Goldberg (1979), se trata de un cuestionario autoadministrado dirigido a la población general que evalúa la salud mental de la población en general. El objetivo es detectar problemas psicológicos y valorar cambios en el estado de ánimo, sentimientos y comportamientos que hayan aparecido en las últimas 4 semanas desde que se ha administrado el cuestionario. Consta de 28 ítems que miden 4 escalas diferentes: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. Se centra en dos grupos fundamentales de problemas: la incapacidad para llevar a cabo funciones normales del día a día, y la aparición de nuevos fenómenos de naturaleza angustiante. Su método de puntuación utilizado ha sido el tipo Likert (0-1-2-3). Su consistencia interna se sitúa entre 0,82 y 0,93. En cuanto a la fiabilidad y la validez, oscilan entre 0,85 – 0,9 y 0,88 respectivamente (Makowska et al., 2002).

#### **d. Procedimiento:**

Este es un estudio transversal ya que las pruebas se han pasado a la muestra en un momento determinado, concretamente en los meses de diciembre, enero y febrero.

Para conseguir la muestra clínica en este estudio, en un principio se contactó por correo electrónico con varias asociaciones de España que se dedicasen a tratar a personas con TCA, dos de ellas contestaron y pidieron recibir el cuestionario que se le pasaría a los pacientes para que previamente las terapeutas pudieran revisar las preguntas a las que se responderían. Lamentablemente, ambas asociaciones decidieron no colaborar con el estudio ya que consideraban que no sería recomendable para sus pacientes que respondiesen a esos cuestionarios puesto que, según ellos, podrían perjudicar el tratamiento en el que se encontraban en ese momento. Por tanto, como alternativa para poder conseguir personas con TCA que contestaran a los cuestionarios, se publicó por redes sociales (Whatsapp, Instagram y Twitter) la noticia de que se buscaban personas con TCA para colaborar en un estudio de TFG. De esta manera, varias personas voluntariamente se ofrecieron a

responder los cuestionarios, al igual que otras personas sin TCA que compondrían el grupo control.

Los cuestionarios se pasaron de forma telemática mediante un enlace que dirigía a la persona a un cuestionario en formato digital gracias a la aplicación de “Google Forms”. Una vez contestadas todas las preguntas, los resultados fueron pasados automáticamente a un Excel en el que se transformarían las respuestas a un formato numérico (tipo Likert), menos los ítems del “EDI-2” que fueron transformados según el método de corrección de los propios autores del cuestionario.

Posteriormente, se creó un solo Excel en el que se encontrasen los resultados de ambos grupos, el cual luego fue analizado por el programa “IBM SPSS Statistics, versión 22”. En este programa se invirtieron los ítems que pesaban de forma negativa en las escalas y se calcularon las 11 escalas del cuestionario “EDI-2” y las 4 escalas del cuestionario “GHQ-28”. Por otra parte, se creó una variable denominada “Variable criterio” para usarla a la hora de distinguir los dos grupos en los análisis (Anexo 3). De esta manera se pudo proseguir a hacer los análisis destinados a poner a prueba las hipótesis planteadas en el estudio.

Antes de comenzar a analizar las diferencias que se encontraban entre los grupos, primero se calcularon los porcentajes de las variables demográficas en cada grupo para observar que más o menos fueran equitativas.

Luego, para calcular las diferencias de medias, se llevaron a cabo análisis de varianza (ANOVA's) de un factor en cada una de las variables del EDI-2 y del GHQ-28 entre los dos grupos. Por otro lado, se realizaron determinadas correlaciones bivariadas entre las variables dentro de cada grupo por separado.

## RESULTADOS:

Como ya se ha mencionado, el procedimiento utilizado para comparar las medias de ambos grupos han sido ANOVA's de una vía en todas las subescalas de los cuestionarios, y correlaciones entre las variables dentro de cada grupo. A continuación, en la Tabla 1 presentamos los resultados de dichos ANOVA's en el cuestionario EDI-2 entre el grupo clínico y el grupo de comparación.

**Tabla 1.** ANOVAS de las variables del EDI-2 entre grupo clínico y grupo de comparación

		Media	Desviación típica	F	Sig.
Obsesión por la delgadez	Clínico	<b>10.55</b>	7.40	32.585	0.000
	Comparación	<b>3.20</b>	3.39		
Bulimia	Clínico	<b>4.20</b>	4.78	11.530	0.001
	Comparación	<b>1.38</b>	2.19		
Insatisfacción corporal	Clínico	<b>12.65</b>	6.94	22.260	0.000
	Comparación	<b>6.20</b>	5.16		
Ineficacia	Clínico	<b>10.08</b>	7.87	31.920	0.000
	Comparación	<b>2.75</b>	2.31		
Perfeccionismo	Clínico	<b>6.80</b>	5.03	24.432	0.000
	Comparación	<b>2.48</b>	2.30		
Desconfianza interpersonal	Clínico	<b>5.57</b>	4.21	3.751	0.056
	Comparación	<b>3.83</b>	3.86		
Conciencia introceptiva	Clínico	<b>9.45</b>	7.24	28.597	0.000
	Comparación	<b>2.88</b>	2.85		
Miedo a la madurez	Clínico	<b>8.45</b>	4.90	1.917	0.170
	Comparación	<b>6.98</b>	4.62		
Ascetismo	Clínico	<b>5.53</b>	4.10	20.738	0.000
	Comparación	<b>2.30</b>	1.80		
Impulsividad	Clínico	<b>5.78</b>	5.44	29.227	0.000
	Comparación	<b>1.00</b>	1.26		

Inseguridad social	Clínico	<b>8.33</b>	4.94	28.460	0.000
	Comparación	<b>3.45</b>	3.00		
EDI Total	Clínico	<b>88.20</b>	48.17	39.875	0.000
	Comparación	<b>36.55</b>	18.86		

Como se puede observar, en cuanto a las medias de cada grupo en cada variable, cabe destacar que todas las medias del grupo clínico son superiores a las del grupo de comparación, por lo que puntúan más alto en dichas variables.

Respecto a los ANOVAS, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) entre ambos grupos en todas las variables del cuestionario EDI-2, menos en las variables de “desconfianza interpersonal” y “miedo a la madurez”.

En relación al Índice de Masa Corporal (IMC), los resultados del ANOVA se presentan en la Tabla 2.

**Tabla 2.** ANOVA del IMC entre ambos grupos

		Desviación		F	Sig.
		Media	típica		
IMC	Clínico	<b>23.99</b>	5.29	0.622	0.433
	Comparación	<b>23.20</b>	3.43		

No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos puesto que se observa que las medias de cada grupo son prácticamente similares.

En cuanto al cuestionario GHQ-28, a continuación, se presentan los resultados en la Tabla 3.

**Tabla 3.** ANOVAS de las variables del GHQ-28 entre ambos grupos

		Media	Desviación típica	F	Sig.
Síntomas somáticos	Clínico	<b>9.65</b>	4.09	20.970	0.000
	Comparación	<b>5.85</b>	3.29		
Ansiedad e insomnio	Clínico	<b>11.30</b>	5.24	17.159	0.000
	Comparación	<b>6.95</b>	4.08		
Disfunción social	Clínico	<b>10.10</b>	3.63	13.709	0.000
	Comparación	<b>7.38</b>	2.91		
Depresión grave	Clínico	<b>7.55</b>	5.79	26.214	0.000
	Comparación	<b>2.33</b>	2.85		

Con respecto a las medias de cada grupo en cada una de estas variables, se observa que el grupo clínico tiene una media superior en cada una de las variables con respecto a las del grupo de comparación, por lo que puntúan más alto en dichas variables.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre ambos grupos en todas sus variables, síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave.

Por otro lado, se realizaron correlaciones entre las variables de ambos cuestionarios (EDI-2 y GHQ-28) dentro de cada grupo por separado, para comprobar si existía cierto tipo de relación entre ellas y en qué sentido se dirigía.

A continuación, en la Tabla 4 se encuentran por encima de la diagonal las correlaciones del grupo clínico, mientras que por debajo se observan las correlaciones dentro del grupo de comparación.

**Tabla 4. Correlaciones de las variables del “EDI-2” y “GHQ-28” en el grupo clínico y en el grupo de comparación**

	OD	B	IC	IN	P	DI	CI	MM	A	I	IS	SS	AI	DS	D
OD	1	.555 **	.698 **	.748 **	.324 *	.092	.726 **	.601 **	.730 **	.574 **	.464 **	.386 *	.462 **	.361 *	.553 **
B	.483 **	1	.548 **	.506 **	.285	.144	.497 **	.331 *	.670 **	.682 **	.270	.412 **	.202	.248	.301
IC	.509 **	.349 *	1	.619 **	.155	.066	.487 **	.565 **	.618 **	.649 **	.420 **	.228	.296	.155	.410 **
IN	.239	.126	.467 **	1	.454 **	.361 *	.821 **	.699 **	.795 **	.725 **	.694 **	.475 **	.575 **	.525 **	.760 **
P	.007	-.072	-.103	.158	1	.291	.363 *	.013	.459 **	.387 *	.385 *	.282	.348 *	.308	.406 **
DI	.011	.168	.302	.360 *	-.187	1	.442 **	.223	.361 *	.319 *	.692 **	.127	.171	.275	.378 *
CI	.374 *	.599 **	.501 **	.362 *	-.034	.585 **	1	.647 **	.722 **	.720 **	.676 **	.558 **	.611 **	.586 **	.670 **
MM	.187	.024	.244	.353 *	-.001	.010	.179	1	.520 **	.604 **	.431 **	.306	.315 *	.225	.497 **
A	.381 *	.302	.107	.414 **	.051	.096	.223	.435 **	1	.681 **	.614 **	.544 **	.401 *	.427 **	.715 **
I	.252	.037	.229	.379 *	.292	.121	.171	.004	.079	1	.480 **	.463 **	.369 *	.395 *	.574 **
IS	.205	.106	.527 **	.468 **	-.110	.776 **	.579 **	.060	.197	.352 *	1	.253	.446 **	.379 *	.584 **
SS	.380 *	.521 **	.312	.069	.050	.174	.491 **	.054	0.51	.130	.072	1	.531 **	.398 *	.550 **
AI	.403 **	.332 *	.317 *	.490 **	.298	.187	.441 **	.060	.219	.309	.239	.499 **	1	.420 **	.557 **
DS	.389 *	.539 **	.525 **	.426 **	-.157	.334	.404 **	.084	.452 **	-.042	.332 *	.317 *	.280	1	.609 **
D	.362 *	.415 **	.316 *	.477 **	.222	.138	.438 **	.162	.365 *	.350 *	.315 *	.356 *	.648 **	.220	1

Leyenda: “Escala del EDI-2”: OD (obsesión por la delgadez); B (bulimia); IC (insatisfacción corporal); IN (ineficacia); P (perfeccionismo); DI (desconfianza interpersonal); CI (conciencia introceptiva); MM (miedo a la madurez); A (ascetismo); I (impulsividad); IS (inseguridad social). “Escala del GHQ-28”: SS (síntomas somáticos); AI (ansiedad e insomnio); DS (disfunción social); D (depresión grave)

Antes de describir cuáles son las correlaciones significativas que ha obtenido cada una de las variables con el resto, se considera relevante informar previamente de que todas ellas se han dado en un sentido positivo.

Dentro de las correlaciones del grupo clínico, la variable de bulimia tiene correlaciones significativas en todos los casos menos con las variables de inseguridad social, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, y con las tres últimas del GHQ-28.

En relación a la depresión grave, correlaciona significativamente con todas las variables de los cuestionarios menos con la variable de bulimia.

Por otro lado, la relación que tiene la insatisfacción corporal (IC) con las otras variables es significativa, menos con las variables de perfeccionismo y desconfianza interpersonal en cuanto al EDI-2, y tampoco con síntomas somáticos, la ansiedad e insomnio y disfunción social en cuanto al GHQ-28.

En cuanto a la ineficacia, ha correlacionado estadísticamente de forma muy significativa con todas las variables de ambos cuestionarios, al igual que las variables de conciencia introceptiva, ascetismo e impulsividad. Por otro lado, la obsesión por la delgadez obtuvo el mismo resultado, exceptuando que solamente no hubo significación con desconfianza interpersonal.

El perfeccionismo por su parte correlacionó significativamente con obsesión por la delgadez, ineficacia, ascetismo, conciencia introceptiva, impulsividad, inseguridad social, ansiedad e insomnio y depresión grave.

La desconfianza interpersonal correlacionó significativamente con ineficacia, ascetismo, conciencia introceptiva, impulsividad, inseguridad social y depresión grave.

El miedo a la madurez correlacionó significativamente con todas las variables menos con perfeccionismo, desconfianza interpersonal, síntomas somáticos y disfunción social. En el caso de la inseguridad social, solamente no correlacionó de forma significativa con las variables de bulimia y síntomas somáticos.

Los síntomas somáticos no correlacionaron significativamente con las variables de insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez e inseguridad social.

La disfunción social únicamente no tuvo relaciones significativas con las variables de bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal y miedo a la madurez. Mientras que, en el caso de la ansiedad e insomnio, ocurre lo mismo menos con las variables de perfeccionismo y miedo a la madurez.

En cuanto a las correlaciones dentro del grupo de comparación, la variable de obsesión por la delgadez correlaciona significativamente con las 4 escalas

del cuestionario GHQ-28, con bulimia, insatisfacción corporal, conciencia introceptiva y ascetismo.

En cuanto a la bulimia, correlaciona también significativamente con las escalas del GHQ-28, la obsesión por la delgadez, la insatisfacción corporal y conciencia introceptiva.

La insatisfacción corporal correlacionó significativamente con ansiedad e insomnio, disfunción social, depresión grave, inseguridad social, conciencia introceptiva, ineficacia, bulimia y obsesión por la delgadez.

En cuanto a la ineficacia, correlacionó con todas las variables menos con la obsesión por la delgadez, bulimia, perfeccionismo y síntomas somáticos.

La variable de perfeccionismo por su parte no correlacionó significativamente con ninguna de las variables de los dos cuestionarios. Por otro lado, la desconfianza interpersonal si correlacionó significativamente con ineficacia, conciencia introceptiva, inseguridad social y disfunción social.

En relación a la conciencia introceptiva, correlacionó con todas las variables menos con perfeccionismo, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad. En cuanto al miedo a la madurez, sólo correlacionó significativamente con ineficacia y ascetismo.

La variable de ascetismo por su parte correlacionó con la obsesión por la delgadez, la ineficacia, miedo a la madurez, disfunción social y depresión grave. Mientras que, la impulsividad correlacionó significativamente con ineficacia, inseguridad social y depresión grave.

La inseguridad social obtuvo relaciones significativas con las variables de insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, impulsividad, disfunción social y depresión grave.

Dentro de las variables del GHQ-28, en cuanto a la variable de síntomas somáticos, se observa que correlacionó significativamente con obsesión por la delgadez, bulimia, conciencia introceptiva, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave.

La ansiedad e insomnio correlacionaron significativamente con obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, conciencia introceptiva, síntomas somáticos y depresión grave.

En relación a la disfunción social, obtuvo relaciones significativas con varias variables menos con perfeccionismo, miedo a la madurez, impulsividad, ansiedad e insomnio y depresión grave.

Por último, la variable de depresión grave únicamente no correlacionó significativamente con perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez y disfunción social.

Debemos subrayar que hemos encontrado dentro del grupo clínico correlaciones importantes ( $>.70$ ) entre las siguientes variables:

- Ineficacia – Obsesión por la delgadez
- Conciencia introceptiva – Obsesión por la delgadez
- Conciencia introceptiva – Ineficacia
- Ascetismo – Obsesión por la delgadez
- Ascetismo – Ineficacia
- Ascetismo – Conciencia introceptiva
- Impulsividad – Ineficacia
- Impulsividad – Conciencia introceptiva
- Depresión grave – Ineficacia
- Depresión grave – Ascetismo

Dentro del grupo de comparación, la única correlación significativa superior a 0.70 fue la compuesta entre las variables de desconfianza interpersonal e inseguridad social.

## **DISCUSIÓN:**

En base a los resultados obtenidos en este estudio, se puede afirmar que se cumplen muchas de las observaciones ya obtenidas en anteriores investigaciones en los últimos años sobre los TCA. Como se comentó anteriormente, según Fernández y Jáuregui (2016) las personas con TCA suelen

mostrar síntomas de perfeccionismo, ansiedad, depresión, retraimiento social e impulsividad. Esto es acorde a los resultados obtenidos en los ANOVA's realizados respecto a los cuestionarios EDI-2 y GHQ-28 donde las diferencias de medias en esas variables fueron significativas.

Por otro lado, la variable de conciencia introceptiva evaluaba el grado de dificultad que las personas pueden tener a la hora de identificar y describir las emociones que experimenten en determinados momentos. Según Bourke et al. (1992) ese aspecto era muy común en las personas con TCA a diferencia de las que no padecen este trastorno. Los resultados obtenidos por el ANOVA realizado en esa variable, también confirma significativamente esa diferencia.

En cuanto a la imagen corporal, se sabe que es muy común en estos trastornos el que haya cierta distorsión o una exagerada influencia del peso o silueta. Los resultados obtenidos en relación al ANOVA realizado para la variable de "insatisfacción corporal" demuestran que efectivamente había una diferencia de medias significativa entre las personas con y sin TCA, de manera que las personas con TCA puntuaron mucho más en esta variable.

Además, según Fernández y Jáuregui (2016) esa distorsión de la imagen suele estar asociada a la depresión y ansiedad. Esta aportación también se corrobora en este estudio ya que se puede observar en las correlaciones obtenidas dentro del grupo clínico, que la insatisfacción corporal tenía relaciones significativas con depresión grave.

En cuanto a las correlaciones significativas que fueron superiores a 0.70, tiene sentido que la obsesión por la delgadez esté relacionada con la ineficacia ya que esta última variable involucra una pobre autoestima, autovaloración negativa e inseguridad lo que conlleva que la persona pueda llegar a sentirse algo mejor entre más peso pierda. En cuanto al ascetismo, puede también llegar a estar relacionado con la obsesión por la delgadez ya que las personas con TCA creen que el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales como es la necesidad de comer, tienen un carácter virtuoso.

Este ascetismo, efectivamente puede conducir a una depresión ya que con el paso del tiempo la persona se está privando de cumplir con muchas de las necesidades que el cuerpo requiere, lo que puede acabar afectando al estado

de ánimo. Al igual que, el sentirse ineficaz de una forma generalizada, también está totalmente relacionado con llegar a sufrir una depresión. Por otro lado, la dificultad a la hora de identificar y expresar las emociones (conciencia introceptiva) tiene relación con la sensación de ineficacia e impulsividad, ya que las personas al tener esa dificultad pueden llegar a sentir cierta frustración y agotamiento por no verse capaces de saber qué sienten y por qué.

## **CONCLUSIONES:**

En definitiva, se puede concluir en este estudio que, en la muestra utilizada existen una serie de diferencias a nivel psicológico, aunque no a nivel físico entre personas con y sin TCA. Esta ausencia de diferencias en la muestra en cuanto al índice de masa corporal pudo deberse a que no se diferenció a las personas según el tipo de trastorno que tuvieran (anorexia, bulimia o trastorno de atracón), ya que las personas con bulimia o trastorno de atracón pueden tener un índice de masa corporal normal, a diferencia de las personas con anorexia. Por otro lado, una minoría es la que actualmente se encontraba diagnosticada de TCA, lo que pudo también contribuir a que no se encontraran diferencias significativas en esa variable. Por ello, para posteriores estudios se vería conveniente conseguir una muestra aún mayor a poder ser, y donde todas las personas del grupo clínico estén actualmente diagnosticadas de TCA. De esta manera, se podría estudiar los resultados distinguiendo a las personas en diferentes subgrupos según el tipo de trastorno que posean. En este estudio se han conseguido resultados muy interesantes, pero es cierto que se podrían conseguir resultados más fiables si se hubiera dispuesto de más tiempo para seleccionar adecuadamente la muestra, y poder conseguir la colaboración de asociaciones que estén dispuestas a facilitar esa ayuda.

Los trastornos de la conducta alimentaria son un grave problema para la salud de quienes lo sufren, pero está comprobado que con ayuda de profesionales y con la motivación y fuerza de voluntad de los que lo padecen, se pueden vencer para poder seguir adelante con una vida mucho mejor.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- Asociación Psiquiátrica Americana, (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Behar, R., Arrigada, M.I. y Casanova, D. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria y trastornos afectivos: Un estudio comparativo. *Revista Médica de Chile*, 133, 1407-1414.
- Calvo, R., Solórzano, G., Morales, C., Kassem M., Codesal, R., Blanco, A. y Gallego, L. (2014). Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional. *Clínica y Salud*, 25, 19-37.
- Cervera, M. (1996). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Fernández Delgado, A. y Jáuregui-Lobera, I. (2016). Variables psicológicas y psicopatológicas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Journal of Negative and No Positive Results: JONNPR*, 1, 71-80.
- Gaete, V. y López, C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista Chilena de Pediatría*, 91, 784-793.
- Garner, D.M. (1998). *EDI2: Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Makowska, Z., Merecz, D., Mościcka, A. y Kolasa, W. (2002). The validity of General Health Questionnaires, GHQ-12 and GHQ-28, in mental health studies of working people. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 15, 353-362.
- Martínez Sopena, M.J. (2010). Trastornos del comportamiento alimentario. En M. Pombo (coord.), *Tratado de endocrinología pediátrica 4e* (pp. 1-31). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Méndez, J.P., Vázquez, V. y García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65, 579-592.

- Mintz, L. y Kashubeck-West, S. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres: evaluación y cuestiones del autoinforme transcultural. *Psicología Conductual*, 12, 385-414.
- Moral de la Rubia, J. (2002). Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 3.
- Rivarola, M. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en humanidades Universidad Nacional de San Luis*, (7/8), 149-161.
- Staudt, M.A., Rojo, N.M. y Ojeda, G.A. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia Nerviosa. Revisión bibliográfica. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 156, 24-30.
- Vargas Baldares, MJ. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70, 475-482.

## **ANEXOS:**

### **Anexo 1. Fragmento de la entrevista a chica con TCA**

- Alumna: ¿Pasaste un TCA o actualmente lo estás pasando?
- Chica: Sí todavía, pero no como antes.
- Alumna: ¿Cuándo empezó?
- Chica: Cuando tenía 15 años, ahora tengo 20. De pequeña no le daba importancia al tema del físico, pero hubo un momento en que eran muchos los comentarios, sobre todo de mi madre y mi hermana mayor. Me decían “no comas tanto”, “estás engordando” (...)
- Alumna: ¿Qué fue lo que empezaste a hacer?
- Chica: Empecé a no comer, me quitaba ciertas comidas del día y sólo comía una vez, y esa vez comía demasiado. Me daba ansiedad y empezaba a comer.
- Alumna: ¿El diagnóstico que tienes ahora cuál es?
- Chica: Primero empecé con bulimia y luego se convirtió en anorexia. Pero, ahora únicamente me da por vomitar (...) Soy una persona muy insegura y necesitaba la opinión de mi madre (...) Para no comer a veces tiraba la

comida por el vómito y le decía a mi madre que ya había comido... Primero empecé a vomitar y luego comencé a utilizar hasta 15 laxantes en un día. Llegó un momento en el que no me entraba la comida y ahí estaba super flaca, pero yo me sentía super bien (...)

- Alumna: ¿Y cómo fue el momento en el que ya fuiste consciente de que tenías un problema importante?
- Chica: Fue cuando me empezó a doler el estómago, fui a urgencias y se dieron cuenta de que tenía una deshidratación porque tampoco bebía agua, estuve tres semanas ingresada. Tuve anemia e insuficiencia renal (...)

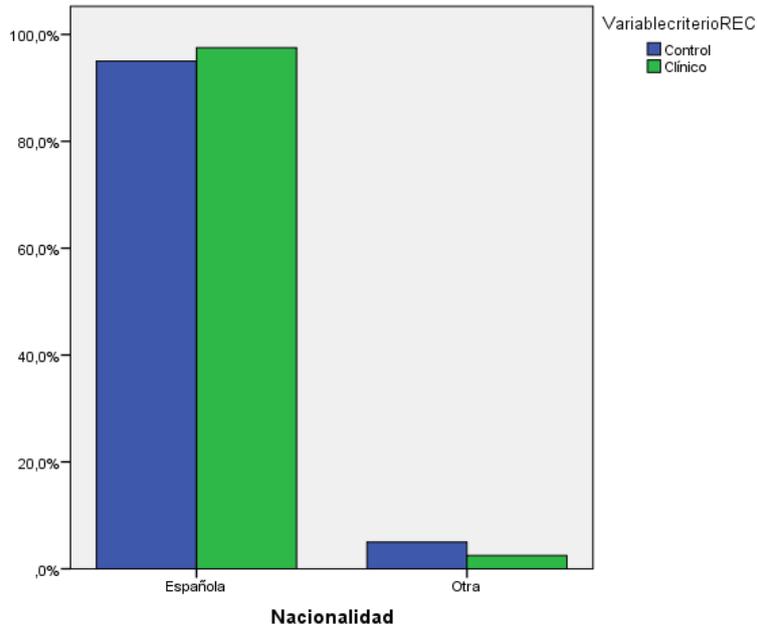
**Anexo 2.** *Grupo de comparación y subgrupos dentro del grupo clínico*

	Frecuencia	Porcentaje
Clínico1	27	33.8%
Clínico2	11	13.8%
Clínico3	2	2.5%
Comparación (0)	40	50%
Total	80	100%

**Anexo 3.** *Frecuencias del grupo clínico y del grupo de comparación*

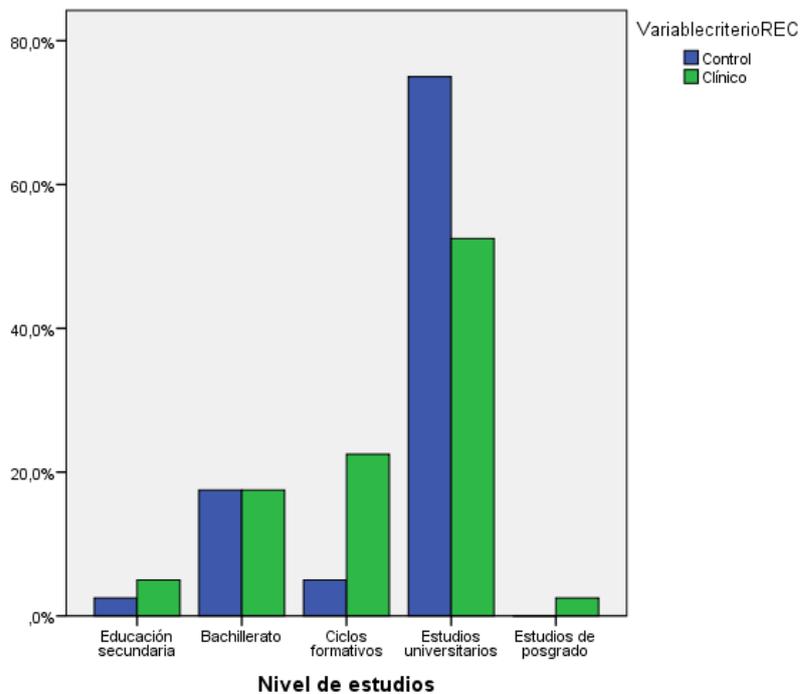
	Frecuencia	Porcentaje
Clínico	40	50%
Comparación	40	50%
Total	80	100%

## Anexo 4



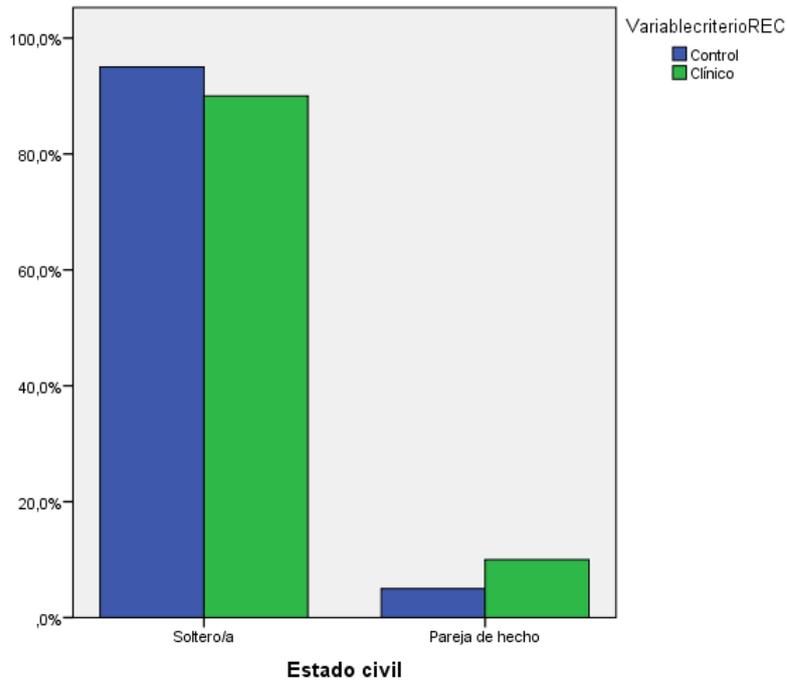
*Porcentajes de la variable “nacionalidad” dentro de cada grupo*

## Anexo 5



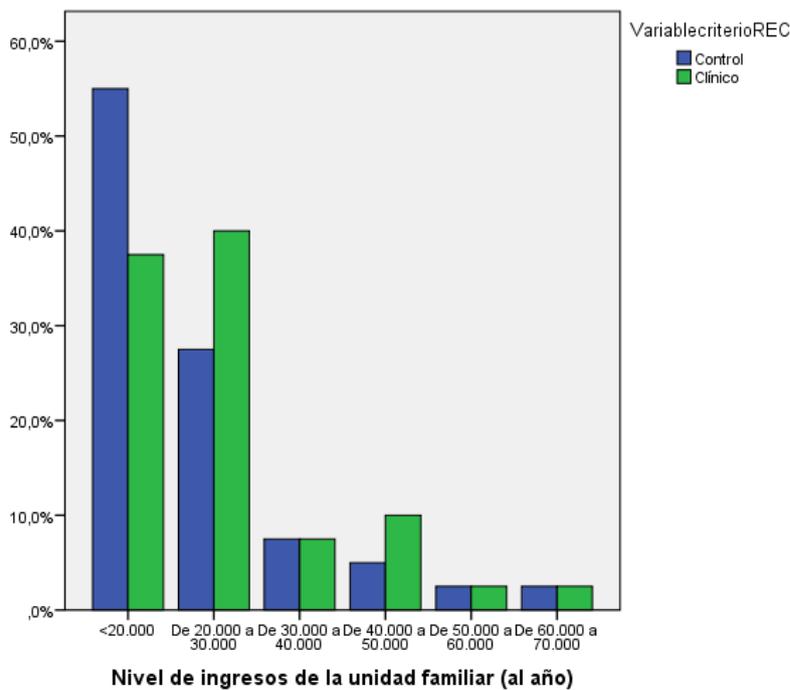
*Porcentajes de la variable “nivel de estudios” dentro de cada grupo*

## Anexo 6



*Porcentajes de la variable “estado civil” dentro de cada grupo*

## Anexo 7



*Porcentajes de la variable “nivel de ingresos de la unidad familiar” dentro de cada grupo*