

Universidad de La Laguna

**Vulnerabilidad para padecer TCA según los factores de la personalidad e IMC en
población universitaria**

Trabajo Fin de Grado de Psicología

Autoras:

García Quintana, Alba

Luis Santana, Andrea

Tutorizado por:

Dra. Adelia de Miguel Negrodo

Dr. Roberto García Sánchez

Curso Académico 2021-22

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo esclarecer las relaciones existentes entre la vulnerabilidad a padecer un trastorno de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) con los factores de personalidad (trastorno narcisista, trastorno límite de la personalidad, perfeccionismo) e IMC. Para ello se estudió a una muestra de 210 estudiantes universitarios (82,3% mujeres) que cumplimentaron de forma voluntaria y anónima los cuestionarios MPS (perfeccionismo), SCID-II (trastornos de la personalidad) y EDI-2 (TCA). Se encontraron diferencias intersexo para la vulnerabilidad a padecer TCA, siendo las mujeres las más propensas a ello. Los hallazgos encontrados resaltan que ningún factor es un predictor único para la vulnerabilidad del TCA. Sin embargo, el conjunto de las variables mencionadas anteriormente resultó ser de interés, ya que cada una de ellas explicó un porcentaje de la varianza del cuestionario EDI-2, el cual mide TCA. Se propone para futuras investigaciones, estudiar acerca de la relación de las variables mencionadas anteriormente con otras variables sociodemográficas (factor socioeconómico y status social), así como la relación de la percepción del propio cuerpo, las limitaciones del IMC y las diferencias entre las ramas de estudio.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, predicción, vulnerabilidad, personalidad, IMC.

Abstract

The present study aimed to clarify the relationships between vulnerability to eating disorders (anorexia and bulimia nervosa) and personality factors (narcissistic disorder, borderline personality disorder, perfectionism) and BMI. For this purpose, a sample of 210 university students (82.3% female) who voluntarily and anonymously completed the MPS (perfectionism), SCID-II (personality disorders) and EDI-2 (ED) questionnaires were studied. Intersex differences were found for vulnerability to ED, with females being more prone to ED. The findings highlight that no single factor is a unique predictor for ED vulnerability. However, the set of variables mentioned above proved to be of interest, as each of them explained a percentage of the variance of the EDI-2 questionnaire, which measures ED. It is proposed for future research to study the relationship of the variables mentioned above with other socio-demographic variables (socio-economic factor and social status), as well as the relationship of self-perception, BMI limitations and the differences between the study branches.

Key words: Eating disorders, predicción, vulnerability, personality, BMI.

1. Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se definen como una alteración en las conductas relacionadas con la alimentación. Actualmente existen múltiples clasificaciones, sin embargo, en el presente estudio se trabajará a partir de la propuesta recogida en la quinta edición del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (APA, 2014), que incluye los siguientes trastornos alimentarios dentro de esta categoría: la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/ restricción de la ingestión de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones, además de otros trastornos especificados y no especificados. Los trastornos de TCA seleccionados para la realización de este estudio han sido la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) debido a que son los más comunes y los que más frecuencia presentan dentro de esta categoría.

La AN es un trastorno caracterizado por la restricción de la ingesta energética que tiene como consecuencia la obtención de un peso significativamente bajo respecto al mínimo normal. Esto último se complementa con el miedo intenso a ganar peso y a la existencia de una alteración de la autopercepción acerca del peso o constitución. La gravedad de este trastorno se determina a través del índice de masa corporal (IMC) pudiendo ser leve, moderado, grave o extremo. Además, este trastorno puede ir acompañado de dos especificadores; tipo restrictivo o tipo con atracones/ purgas (APA, 2014).

Por otro lado, la BN se caracteriza por ser un trastorno con episodios recurrentes de atracones que van acompañados de comportamientos compensatorios frecuentes para evitar el aumento de peso, este último factor va a ser el que determinará la gravedad del trastorno. Al igual que en el caso anterior, la autopercepción se ve indebidamente influida por el peso o la constitución (APA, 2014).

Determinar la prevalencia de TCA es complejo, sin embargo, se señala que actualmente en España entre un 4,1% y un 6,4% de mujeres, y un 0,3% de hombres, con edades comprendidas entre 12 y 21 años, presentan un diagnóstico que se encuentra en esta categoría, lo cual pone de manifiesto que el inicio de estos trastornos tiene lugar en la adolescencia o en la edad adulta temprana (SEMG, 2018). Como se observa, hay una gran diferencia intersexo, pues la proporción entre mujeres y hombres es de 10:1 en ambos trastornos (APA, 2014).

Consensuar los factores de riesgo asociados a estos trastornos varía de una fuente a otra, pero se ha logrado realizar una distinción entre los factores biológicos, socioculturales y psicológicos, los cuales se expondrán a continuación (Portela de Santana et al., 2012):

- En primer lugar, con referencia a los factores biológicos, el primer componente citado es la genética, así como su interacción con las variables ambientales (Racine et al., 2011). Por otro lado, destacamos la pubertad, ya que este es un periodo caracterizado por la liberación de hormonas que, en ocasiones, cursa con aumento del peso y grasa corporal (Klump et al., 2010). Por último, el sobrepeso y la obesidad son variables que propician actitudes y conductas inadecuadas dirigidas a la pérdida de peso (Haley et al., 2010).
- En segundo lugar, siguiendo con los factores socioculturales, las presiones socioculturales sobre el peso centradas en un estándar de belleza inalcanzable, así como la influencia de los medios de comunicación que los promueven, (McCabe y Ricciardelli, 2005) suponen un mecanismo de presión perjudicial para el ser humano. Asimismo, las relaciones interpersonales pueden reforzar los aspectos anteriormente mencionados (Hargreaves y Tiggemann, 2006). Por otro

lado, las diferencias culturales median en la aparición o no de síntomas derivados de estos trastornos (Nicholls et al., 2011).

- En tercer lugar, los factores psicológicos cumplen un papel relevante en forma de preocupación por el peso, así como de la internalización del ideal de delgadez (Nicholls et al., 2011). Siguiendo la misma línea, la insatisfacción con la imagen corporal puede desembocar en comportamientos inadecuados empleados como herramientas para bajar de peso, además de una disminución de la autoestima y un incremento de los síntomas de depresión (Markey, 2010).

El presente estudio tiene como objetivo, por un lado, examinar la relación existente entre el rasgo de personalidad de perfeccionismo y el riesgo de padecer TCA y, por otro, comprobar si existe relación entre puntuaciones altas en trastorno narcisista de la personalidad y trastorno límite de la personalidad, y predisposición a padecer TCA.

En cuanto al constructo “perfeccionismo”, se han encontrado múltiples definiciones en la literatura científica, lo que supone una dificultad a la hora de establecer una definición exacta. Frost et al. (1990) lo definen como el establecimiento de altos estándares personales junto con una auto-evaluación muy crítica y una gran preocupación. Fairburn et al. (2003) indican que el perfeccionismo es un sistema en el que la autoestima es valorada mediante el esfuerzo por lograr objetivos exigentes. La conclusión que podemos extraer de dichas definiciones y que se relaciona en gran medida con los TCA, es que ambos, TCA y perfeccionismo, son sistemas disfuncionales de autoevaluación.

Múltiples estudios han relacionado el perfeccionismo con padecer TCA. Algunos autores como Hilde Bruch (1978) afirman que los jóvenes que padecen AN cumplen con “la idea de perfección” presente en padres y maestros. En el caso de la BN, la relación es menos clara. Estudios sugieren que una característica central en ambos (AN y BN) es la idea y lucha por una figura corporal ideal, pensamiento claramente perfeccionista

(Cockell et al., 2002). Otros como Jacobi et al. (2004) indican que el perfeccionismo es un rasgo de personalidad que supone tener una predisposición para sufrir estos trastornos, estando también presente en casos de extrema prevalencia (Bardone et al., 2007).

Con referencia a los trastornos de la personalidad (TTPP) estudiados en esta investigación, la aparición de TTPP en presencia de trastornos de la conducta alimentaria es habitual incluso tras la remisión de estos últimos (Martín et al., 2009). La severidad de la psicopatología se ve incrementada en presencia de TTPP, manifestándose con una mayor frecuencia de conductas purgativas, intentos de suicidio y síntomas ansioso-depresivos (Bussolotti et al., 2022), por ello es importante el estudio de dicha comorbilidad. Estudios de Cassin et al. (2005) y Martinunssen et al. (2017) incluye al trastorno límite de la personalidad entre uno de los TTPP más habituales en personas con TCA. Otros como Steiger et al. (1997), indican que es el trastorno narcisista el que se encuentra entre los más frecuentes. Siguiendo dichas investigaciones y con el objetivo de corroborar sus hallazgos, el presente estudio se centra en los trastornos límites de la personalidad y narcisista en relación con los TCA.

Por un lado, podemos definir el trastorno de la personalidad límite (TPL) como un patrón continuo de inestabilidad que se refleja en esfuerzos desesperados por evitar el desamparo, sensación continua de vacío, relaciones interpersonales intensas e inestables, alteración de la identidad, la autoimagen y el sentido del yo, impulsividad y/o amenazas de suicidio, dificultades para controlar la ira e ideas paranoides transitorias (APA, 2014).

Por otro lado, el trastorno narcisista puede conceptualizarse como un deterioro del funcionamiento de la personalidad manifiesto a través de problemas de identidad, basándose excesivamente en los demás para la autodefinición, autodirección y presentando problemas de empatía e intimidad. Además, se caracterizan por tener rasgos

de personalidad patológicos como la grandiosidad y la búsqueda de atención excesiva (APA, 2014).

Respecto a este último trastorno, estudios demuestran que las personas que puntúan alto en narcisismo destacan en la escasa capacidad para mantener la autoestima sin la consideración continua del exterior tanto en la AN como en la BN (Steiger et al., 1997). Además, el narcisismo se encuentra como un rasgo persistente en la BN en remisión, manteniéndose incluso después del tratamiento (Lehoux et al., 2000). Esto pone el foco de atención sobre el narcisismo como rasgo, constituyéndose como un factor de riesgo para el desarrollo de TCA.

En el presente estudio pretende clarificar las relaciones existentes entre la vulnerabilidad a padecer un TCA, en concreto bulimia y anorexia nerviosa, TTPP, narcisista y trastorno límite específicamente, y perfeccionismo como rasgo específico.

Partiendo de la información recopilada de la literatura científica, podemos plantear las siguientes hipótesis objeto de estudio. La primera hipótesis será que la muestra que obtenga unas puntuaciones mayores en perfeccionismo será objeto de mayor vulnerabilidad para padecer un trastorno de la conducta alimentaria (anorexia o bulimia). Por otro lado, cabría esperar que la muestra con mayores puntuaciones en trastorno límite y/o narcisista, sea también más vulnerable a padecer dicho trastorno.

2. Método

Participantes

En la tabla 1 se presentan los datos sociodemográficos de la muestra.

La muestra constó de 210 participantes universitarios (82.3% mujeres). El rango de edad comprendía desde los 18 hasta los 30 años ($M= 21.30$; $dt= 2.15$), no existiendo diferencias intersexo ($t=.41$; $p=.679$). Por otro lado, se obtuvieron diferencias

TLP y trastorno narcisista. Structures clinical Interview for DSM-IV Axis II (SCID-II). Adaptación española desarrollada por First MB, et al. (1997).

Para la valoración dimensional de los trastornos de la personalidad según los criterios del DSM-V se ha utilizado el SCID-II. Se trata de un instrumento heteroaplicado dirigido a población adolescente en el que el sujeto debe indicar si está en acuerdo/desacuerdo con la pregunta que se le presenta, sus ítems son de escala dicotómica. Este cuestionario está compuesto por 119 ítems en su totalidad y abarca los siguientes trastornos: evitación, dependencia, obsesivo-compulsivo, depresivo, paranoide, esquizotípico, esquizoide, histriónico, antisocial, límite y narcisista. Debido a que el interés de la presente investigación se centra únicamente en el estudio de los dos últimos trastornos mencionados, solo se han usado los ítems correspondientes a ambos, quedando así en su totalidad 17 ítems referentes al trastorno narcisista y 15 ítems asociados al TLP, 32 ítems en total. Con respecto a las propiedades psicométricas del instrumento existen estudios que señalan que la validez, así como la fiabilidad son adecuadas (Campo-Arias et al., 2008).

TCA. *Eating Disorder Inventory-2* (EDI-2) de Garner (1998). Adaptación española desarrollada por Corral, González, Pereña y Seisdedos (1998).

El inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria está compuesto por once subescalas que se citan a continuación: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficiencia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. Las primeras tres escalas están asociadas a factores directamente relacionados con la anorexia y la bulimia, mientras que las demás miden factores psicológicos relacionados con el TCA. El instrumento consta de 64 ítems cuyo tipo de respuesta es escala tipo Likert (nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre y siempre) además, es un

cuestionario autoaplicado que va dirigido a población adolescente y adulta. Haciendo referencia a la consistencia interna del instrumento, la fiabilidad medida a través del Alfa de Cronbach oscila entre 0.83 y 0.93, por otro lado, la validez factorial explicó, en ocho subescalas, el 38,5% de la varianza, por ello, se concreta que este instrumento es válido para evaluar TCA (Urzúa et al., 2009).

En la tabla 2 se encuentran la delimitación conceptual de las distintas subescalas del cuestionario EDI-2.

Tabla 2
Descripción factores cuestionario EDI-2

Subescalas EDI-2	Descripción
Obsesión por la delgadez	Búsqueda incesante por la delgadez o temor a la gordura.
Bulimia	Tendencia a tener pensamiento o a darse atracones de comida incontrolables.
Insatisfacción Corporal	Insatisfacción con la forma general del cuerpo o con partes específicas (estómago, caderas, muslos, nalgas, etc.).
Ineficacia	Sentimientos de incapacidad, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida.
Perfeccionismo	Condición en la que el sujeto considera que sus resultados deberían ser siempre mejores.
Desconfianza Interpersonal	Desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos.
Conciencia Introceptiva	Grado de dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales. Se relaciona también con la inseguridad para identificar sensaciones viscerales como el hambre y la saciedad.
Miedo a la Madurez	Deseo de volver a la seguridad de la infancia.
Ascetismo	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.
Impulsividad	Dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de relaciones interpersonales.
Inseguridad Social	Creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y de escasa calidad.

Perfeccionismo. *Multidimensional Perfectionism Scale (MPS)*. Adaptación española Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (Frost et al., 1990).

Esta escala está compuesta por 35 ítems tipo Likert (nunca, pocas veces, a menudo, casi siempre y siempre), es autoaplicada y contiene seis subescalas: exigencias personales, preocupación por los errores, dudas sobre acciones, expectativas paternas, críticas paternas y organización. Con respecto a sus propiedades psicométricas, las seis dimensiones explican el 53,60% de la varianza y posee una adecuada fiabilidad, ya que el Alfa de Cronbach es igual a 0,90 (Frost et al., 1990).

En la tabla 3 se encuentran la descripción de las distintas subescalas del cuestionario MPS.

Tabla 3
Descripción factores cuestionario MPS

Subescalas MPS	Descripción
Exigencias personales	Marcarse a uno mismo metas excesivamente elevadas y otorgar un peso excesivo a la autoevaluación
Preocupación por los errores	Preocupación excesiva por los errores y el fracaso
Dudas sobre las acciones	Tendencia a dudar excesivamente sobre la autcapacidad
Expectativas paternas	Percepción sobre las elevadas expectativas de los padres
Críticas paternas	Percepción acerca de las críticas de los padres
Organización	Énfasis en la importancia del orden y la organización

Procedimiento

Los participantes han respondido a los test SCID-II, EDI-2 y MPS los cuales fueron unificados en un mismo archivo online de *Formularios de Google*. El cuestionario fue distribuido mediante medios online (WhatsApp, Facebook, Instagram y Twitter). En el link, por un lado, se proporcionaron las instrucciones necesarias para la adecuada realización de los cuestionarios, así como la finalidad de la investigación, los requisitos para participar y el consentimiento informado (ver anexo I). Finalmente, se han eliminado

los datos de varios participantes por no cumplir con los requisitos establecidos. Se han desechado los datos de participantes menores de dieciocho años y mayores de treinta. De igual modo, se han eliminado los datos de aquellas personas que en el apartado “actividad laboral” habían indicado que no se encontraban estudiando. Debido a la existencia de respuestas inapropiadas en el apartado “*sexo*”, solo se han utilizado los datos de aquellos participantes que habían indicado ser “mujer” u “hombre”.

Una vez obtenidos los datos, fueron directamente exportados a *Excel Microsoft* para, posteriormente, llevar a cabo el análisis estadístico de estos a través del programa *IBM SPSS Statistics* (Versión 25).

3. Resultados

Análisis diferencias intersexo para TCA

Se calcularon las diferencias intersexo para cada uno de los factores del cuestionario EDI-II (*tabla 4*). Se encontraron diferencias significativas en los factores de obsesión por la delgadez ($t=5.57^{***}$), bulimia ($t=3.75^{***}$), ineficacia ($t=2.42^*$), conciencia introceptiva ($t=4.07^{***}$) e impulsividad ($t=3.96^{***}$). En estos factores las mujeres obtuvieron una media mayor que los hombres.

Tabla 4
Diferencias intersexo para el cuestionario EDI-II

	mujeres		hombres		t
	Media	DT	Media	DT	
Obsesión Delgadez	17.90	8.84	10.81	6.57	5.57***
Bulimia	10.24	7.67	6.43	5.10	3.73***
Insatisfacción Corporal	18.47	4.79	18.27	4.53	.23
Ineficacia	21.88	4.93	20.13	3.77	2.42*
Perfeccionismo	15.47	6.44	14.35	5.59	.98
Desconfianza Interpersonal	18.71	4.07	18.97	3.44	-.36
Conciencia Introceptiva	21.83	8.87	15.49	7.24	4.07***
Miedo Inmadurez	17.53	4.34	16.51	4.72	1.28
Ascetismo	13.54	6.28	11.89	6.09	1.46
Impulsividad	15.36	9.99	9.89	7.02	3.96***
Inseguridad Social	20.54	5.15	21.84	4.25	-1.44

* $p < .05$; *** $p < .001$

Análisis diferencias intersexo para personalidad

Con respecto a los resultados encontrados en el cuestionario SCID-II, se observa que los hombres obtienen una media mayor en las puntuaciones del trastorno narcisista y al trastorno límite de la personalidad, siendo este último un factor en el que se encontraron diferencias significativas ($t = -2.36^*$). Véase tabla 5.

Por otro lado, en referencia al cuestionario MPS las mujeres obtuvieron medias mayores que los hombres en todos los factores de este. Sin embargo, solo se encontraron diferencias significativas en los factores errores ($t = 3.19^*$), dudas ($t = 2.21^*$) y organización ($t = 2.83^*$).

Tabla 5
Diferencias intersexo para los cuestionarios SCID-II y MPS

	mujeres		hombres		<i>t</i>
	Media	DT	Media	DT	
SCID-II					
T. Narcisista	11.79	2.96	12.19	2.46	-.76
TLP	10.05	2.98	11.32	2.91	-2.36*
MPS					
Errores	14.66	10.06	10.05	7.45	3.19**
Estándares	13.82	6.14	13.70	5.67	.11
Expectativas	7.58	5.85	6.51	5.38	1.02
Crítica	4.83	3.80	3.70	3.10	1.69
Dudas	7.68	3.93	6.14	3.41	2.21*
Organización	16.48	4.80	14.05	4.43	2.83**

* $p < .05$; ** $p < .01$

Agrupación en categorías según IMC

Para una mejor comprensión de la muestra en función de su peso y altura, se llevó a cabo el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) para cada participante. Este índice se utiliza para comprobar si el peso es saludable. Para ello se calcula la cantidad de grasa corporal, puesto que el exceso de grasa se vincula con un mayor riesgo a padecer algunas enfermedades (Instituto Nacional del Cáncer). Se utilizó la siguiente fórmula: $\text{peso}(\text{kg}) / (\text{estatura}(\text{m}))^2$. A continuación, teniendo en cuenta los resultados, se clasificó a la población en cinco grupos: insuficiente, normal, sobrepeso, obesidad de grado 1 y obesidad de grado 2 (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Tabla 6
Distribución del IMC en categorías

Categorías	IMC
Insuficiente	> 18.5
Normal	18.5 – 24.9
Sobrepeso	25 – 29.0
Obesidad grado 1	30 – 34.9
Obesidad grado 2	35 – 39.9

Se analizaron los datos en busca de diferencias intersexo. No se encontraron diferencias significativas intersexo para la variable IMC ($t=.16$; $p=.873$), así como tampoco las hubo para su distribución por las categorías insuficiente, normal, preobesidad, obesidad 1 y obesidad 2 ($\chi^2=4.90$; $p=.297$).

Tabla 7
Datos sociodemográficos IMC

	Mujeres (n=173)		Hombres (n=37)		Total (n=210)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
IMC	23.34	4.72	23.24	3.07	23.33	4.47
	$t=.16$ $p=.873$					
Variables	N	%	N	%	N	%
IMC						
Insuficiente	19	11.0	1	2.7	20	9.5
Normal	102	59.6	28	75.7	130	61.9
Preobesidad	34	19.7	6	16.2	40	19.0
Obesidad 1	14	8.1	2	5.4	16	7.6
Obesidad 2	4	2.3	0	0	4	1.9
	$\chi^2=4.90$ $p=.297$					

Análisis de los factores del EDI-2 en función del IMC y el sexo

Se llevó a cabo un análisis ANOVA de dos factores (sexo x IMC) para cada una de las dimensiones del cuestionario EDI-2, con el objetivo de analizar si existe interacción entre estas dos variables y el efecto principal del IMC. También se realizó una prueba *post-hoc* en la cual se analizaron las diferencias en las puntuaciones de las distintas categorías de IMC en cada una de las dimensiones del cuestionario EDI-2.

Si observamos la tabla 8, vemos que hay diferencias significativas entre las categorías del IMC en los factores obsesión por la delgadez y bulimia ($F= 3.67$ $p<0.01$; $F= 13.91$, $p<0.001$). Para el resto de los factores del cuestionario EDI-2 no hay efecto principal del IMC. Para el sexo hay efecto principal en obsesión por la delgadez, conciencia introceptiva y ascetismo ($F= 4.91$ $p<0.05$; $F= 6.4$, $p<0.05$, $F= 3.95$, $p<0.05$), sin embargo, omitiremos esta información puesto que se analizaron las diferencias intersexo para estos factores del EDI-2 en la tabla 4. La interacción entre las variables IMC y sexo no fue significativa para ninguno de los factores del EDI-2.

Además, la prueba *post-hoc* revela que el pertenecer a determinada categoría de IMC influye en las puntuaciones obtenidas en el factor obsesión por la delgadez. La media de las puntuaciones en este factor es menor en personas con un IMC insuficiente que en personas con un IMC en preobesidad y obesidad de grado 1. Las puntuaciones también son menores en personas con un IMC normal que con un IMC en preobesidad.

En la prueba *post-hoc* para el factor bulimia se muestra que las puntuaciones de personas con un IMC insuficiente son menores que en aquellas personas que presentan obesidad 1 y 2. La media de las puntuaciones también es menor en personas con un IMC normal que en aquellas que muestran preobesidad y obesidad 1 y 2. Por último, la media es menor en personas con un IMC en preobesidad que en los casos de obesidad 1 y 2.

Tabla 8
ANOVA interacción IMCxSexo

	Efecto principal			Scheffé
	IMC	Sexo	IMCxSexo	
Obsesión Delgadez	3.67**	4.91*	.20	IMC-I < IMC-Pre IMC-I < IMC-Ob1 IMC-N < IMC-Pre
Bulimia	13.91***	1.70	.20	IMC-I < IMC-Ob1 IMC-I < IMC-Ob2 IMC-N < IMC-Pre IMC-N < IMC-Ob1 IMC-N < IMC-Ob2 IMC-Pre < IMC-Ob1 IMC-Pre < IMC-Ob2
Insatisfacción Corporal	7.37	.47	1.05	
Ineficacia	.68	1.24	.38	
Perfeccionismo	.48	1.71	1.83	
Desconfianza Interpersonal	.19	1.4	.54	
Conciencia Introceptiva	1.96	6.40*	.28	
Miedo Inmadurez	.06	1.18	.19	
Ascetismo	.73	3.95*	1.22	
Impulsividad	1.35	3.56	.28	
Inseguridad Social	.37	1.31	.07	

* $p < .05$; ** $p < .01$, *** $p < .001$, I - Insuficiente, N - Normal, Pre - Preobesidad, Ob1 - Obesidad 1, Ob2 - Obesidad 2

Para una comprensión más gráfica y clara de los resultados obtenidos en el ANOVA, se encuentran a continuación dos figuras en donde se muestran los resultados de este. En la figura 1 se muestra la media de las puntuaciones en el factor obsesión por la delgadez en función del IMC. En la figura 2 se muestra la media de las puntuaciones en el factor bulimia en función de las distintas categorías del IMC.

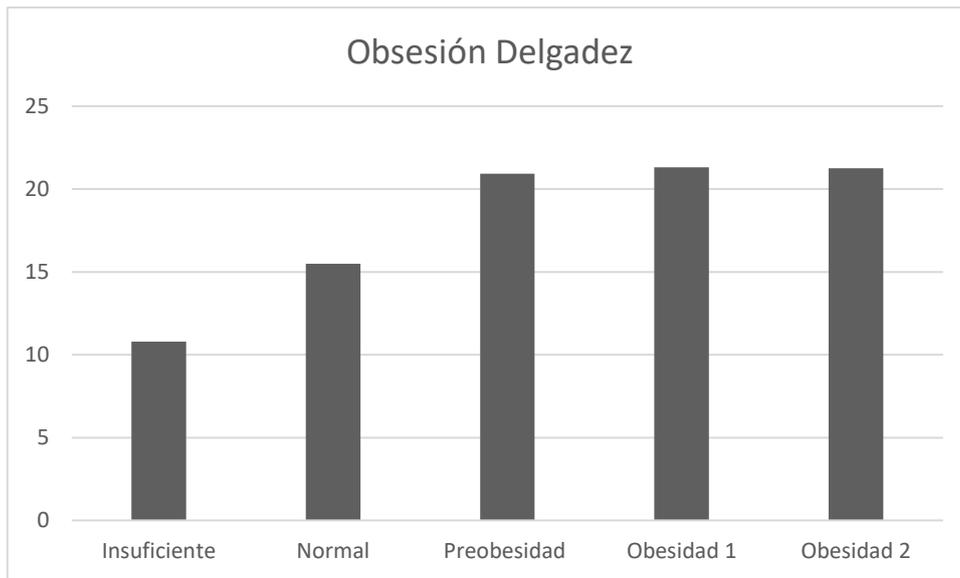


Figura 1: Obsesión Delgadez en función del IMC

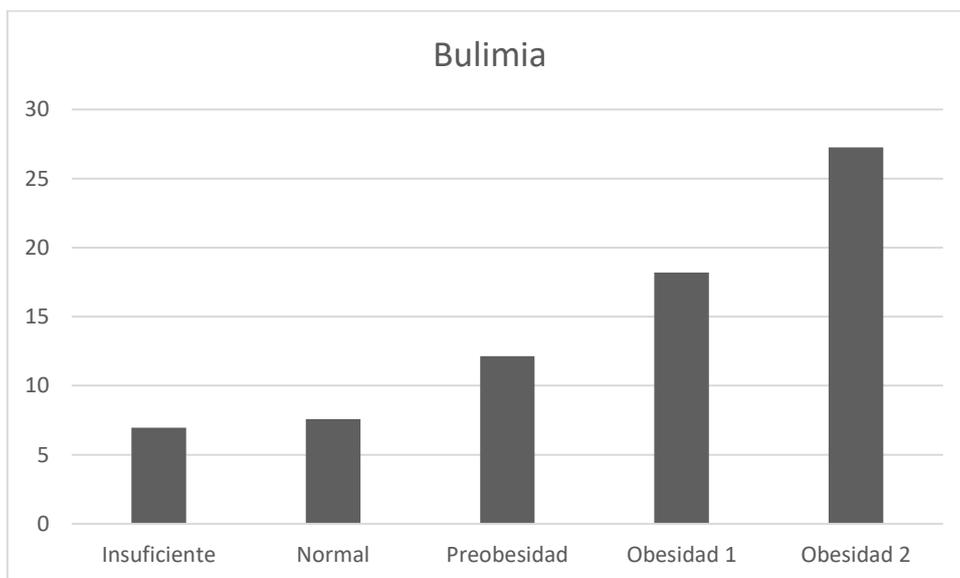


Figura 2: Bulimia en función del IMC

Correlaciones parciales entre trastornos de conducta alimentaria y personalidad

En la tabla 9 se encuentran las correlaciones entre trastornos de la conducta alimentaria y personalidad, obteniéndose lo siguiente:

El factor narcisismo no correlacionó significativamente con inseguridad corporal, correlacionó positiva y significativamente con inseguridad social y desconfianza

interpersonal, y de forma negativa con el resto de los factores. Respecto al trastorno límite de la personalidad, este no correlacionó con insatisfacción corporal, pero sí lo hizo de forma positiva con desconfianza interpersonal e inseguridad social y de forma negativa con el resto de los factores.

En cuanto a los factores que miden perfeccionismo, se encontraron las siguientes correlaciones:

El factor preocupación por los errores correlacionó positivamente con todos los factores exceptuando insatisfacción corporal e inseguridad social, con las cuales correlacionó de forma negativa, y desconfianza interpersonal, con la cual no se obtuvieron correlaciones significativas. Con respecto al factor estándares personales, este correlacionó positiva y significativamente con bulimia, ineficacia, perfeccionismo, ascetismo e impulsividad, mientras que con el resto de los factores no se obtuvieron correlaciones significativas. En el factor expectativas de los padres, no se hallaron correlaciones significativas con los factores insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal, impulsividad e inseguridad social, con el resto de los factores se encontraron correlaciones positivas y significativas. El factor críticas de los padres no correlacionó con los factores de insatisfacción corporal y desconfianza interpersonal, correlacionó negativamente con inseguridad social y positivamente con el resto de los factores. El factor dudas sobre acciones se hallaron correlaciones significativas y positivas con los factores obsesión por la delgadez, bulimia, conciencia introceptiva, ascetismo e impulsividad, con el resto de los factores no se obtuvieron correlaciones significativas. En cuanto al factor organización, no se hallaron correlaciones significativas con ineficacia, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez y ascetismo. Con respecto a los factores obsesión por la delgadez, ascetismo, conciencia introceptiva e impulsividad correlacionaron de manera negativa, mientras que, con insatisfacción

corporal, perfeccionismo e inseguridad social, lo hizo de manera positiva. En cuanto al IMC, no se encontraron correlaciones con insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez e inseguridad social. Se halló una correlación significativa y negativa con perfeccionismo, y positivas con el resto de los factores.

Tabla 9

Correlaciones parciales

EDI-2	SCID-II				MPS				
	Narcisismo	Límite	Errores	Estándares	Expectativas	Crítica	Dudas	Organización	IMC
Obsesión delgadez	-.28***	-.33***	.36***	.06	.15*	.26***	.38***	-.16**	.38***
Bulimia	-.29***	-.36***	.27***	.05*	.11**	.21**	.53***	-.15*	.53***
In. corporal	.01	.02	-.22***	.08	.01	-.09	.12	.15*	.12
Ineficacia	-.38***	-.5***	.49***	.16*	.01	.21**	.06	-.08	.06
Perfeccionismo	-.27***	-.24***	.63***	.68***	.68***	.49***	-.13	.18**	-.13*
Desconfianza inter.	.15*	.22***	-.11	.11	0.07	-.05	-.03	.06	-.03
Conciencia intro.	-.53***	-.65***	.5***	.06	.14*	.33***	.22***	-.16*	.22***
Miedo madurez	-.35***	-.34***	.38***	.11	.15*	.17*	.01	-.09	.01
Ascetismo	-.48***	-.53***	.54***	.32***	.18**	.32***	.18**	-.07	.18**
Impulsividad	-.65***	-.69**	.51***	.14*	.1	.34***	.15*	-.14*	.15*
In. social	.26***	.31***	-.37***	.02	-.04	-.2**	-.07	.17*	-.07

* $p < .05$; ** $p < .01$, *** $p < .001$

Regresión lineal para los factores del cuestionario EDI-II

En la tabla 10 se encuentran los datos obtenidos de la regresión lineal para cada uno de los factores del cuestionario EDI-2 utilizando como predictores los factores de perfeccionismo, los trastornos de personalidad y las tres medidas sociodemográficas (sexo, edad e IMC).

Se observa que los factores que predicen obsesión por la delgadez y bulimia es ser mujer, los que lo predicen de forma positiva son el IMC y preocupación por los errores,

mientras que, el factor que lo predijo negativamente fue trastorno límite de personalidad, y su porcentaje explicado fue de 37%. Por otro lado, el factor que predice positivamente insatisfacción personal es estándares, mientras que los que predicen negativamente son trastorno límite de la personalidad, preocupación por los errores y dudas, de esta manera, el porcentaje explicado por estas variables es de 13%. El factor de ineficacia resultó predicho en un 37% de manera negativa por trastorno límite de la personalidad y expectativas y de manera positiva por preocupación por los errores. El factor de perfeccionismo está predicho positivamente por preocupación por los errores, estándares y expectativas, pero de manera negativa con el IMC con un 73% de varianza explicada. El factor de desconfianza interpersonal fue explicado positivamente por trastorno límite de la personalidad en un 5%. El factor conciencia introceptiva fue explicado en un 60% de forma positiva por dudas e IMC y negativamente por trastorno narcisista y límite de la personalidad mientras que también predice ser mujer. Siguiendo con el factor miedo a la inmadurez fue predicho en un 19% de forma positiva por preocupación errores y negativamente por trastorno narcisista. El factor ascetismo fue explicado con un 48% de manera positiva por IMC y dudas, mientras que de forma negativa trastorno narcisista y límite de personalidad. El factor impulsividad fue explicado en un 65% por ser mujer, positivamente por IMC, y negativamente por trastorno narcisista y límite de la personalidad y dudas. Para finalizar, el factor inseguridad social fue explicado en un 22% de forma positiva por trastorno narcisista y estándares y, de manera contraria, por preocupación por los errores.

Tabla 10
Regresión lineal para los factores del cuestionario EDI-II

	Obsesión Delgadez		Bulimia		Insatisfacción Corporal		Ineficacia		Perfeccionismo		Desconfianza Interpersonal		Conciencia introceptiva		Miedo Inmadurez		Ascetismo		Impulsividad		Inseguridad Social	
	R^2	β	R^2	β	R^2	β	R^2	β	R^2	β	R^2	β	R^2	β	R^2	β	R^2	β	R^2	β	R^2	β
	.37		.43		.13		.37		.73		.05		.60		.19		.48		.65		.22	
Sexo		-.22***		-.17*		-.07		-.02		.01		-.01		-.17***		-.02		.02		-.09*		.01
Edad		-.11		.01		.17		.01		.02		.04		-.02		.09		-.07		-.01		.09
IMC		.37***		.52***		.11		.07		-.09*		-.02		.19***		.02		.18***		.12*		-.07
Narcicismo		-.05		-.04		.01		-.05		-.04		.01		-.14*		-.24***		-.15*		-.30***		.14*
Límite		-.17*		-.25***		-.20*		-.34***		-.06		.22***		-.39***		-.10		-.25***		-.34***		.06
Errores		.30***		.19***		-.33**		.42***		.26***		-.02		.09		.29***		.15		.07		-.50***
Estándares		-.13		-.05		.29***		-.04		.37***		.13		-.08		-.14		.14*		-.03		.32***
Expectativas		.01		.01		.05		-.18**		.45***		.10		-.00		.01		-.04		-.06		.05
Crítica		.04		.01		.07		.10		-.02		.02		.03		-.03		.00		.04		.01
Dudas		.01		.12		-.21*		.08		-.04		-.05		.35***		.09		.24***		-.32***		-.07
Organización		-.08		-.04		.08		-.02		.04		.03		-.04		-.05		-.03		-.02		.03

* $p < .05$; ** $p < .01$, *** $p < .001$

4. Discusión y limitaciones

El presente estudio pretendía esclarecer, por un lado, si existe relación entre obtener altas puntuaciones en perfeccionismo y ser objeto de mayor vulnerabilidad para padecer TCA. Y por otro, dilucidar si existen relaciones entre puntuar alto en trastorno límite y/o narcisista y ser vulnerable a padecer TCA. Sin embargo, durante la realización de este trabajo se encontró una nueva línea de investigación que resultó de interés y que no se contempló como hipótesis inicial. Debido a ello, como tercera hipótesis de estudio, se estableció la existencia de una relación entre puntuar alto en IMC y presentar vulnerabilidad a padecer TCA. Para la contrastación de estas hipótesis se ha contado con una muestra formada por 210 participantes universitarios, sin patologías previas conocidas. De entre ellos, el 82.3% eran mujeres, y el resto hombres.

Los factores obsesión por la delgadez y bulimia del cuestionario EDI-2 resultaron ser significativos en todos los análisis realizados. Otros factores de este también han resultado significativos, pero en menor medida, por ello se les ha prestado menor interés. Estos resultados permiten reafirmar que obtener altas puntuaciones en el cuestionario EDI-2 es un predictor para la vulnerabilidad a padecer TCA, debido a que es un cuestionario específico.

En primer lugar, se llevaron a cabo análisis de las diferencias intersexo para cada uno de los instrumentos con el objetivo de dilucidar si ser hombre o mujer influye en obtener una puntuación u otra. Con referencia al cuestionario MPS se observa que las mujeres obtienen medias mayores que los hombres en todos los factores. En el cuestionario EDI-2, las mujeres también obtienen medias superiores en casi la totalidad de los factores. Este resultado favorece la primera hipótesis de esta investigación, ya que evidencia una mayor vulnerabilidad a padecer TCA cuando se obtienen altas

puntuaciones en el MPS, sin embargo, esto resulta ser independiente de ser hombre o mujer.

En segundo lugar, con respecto al cuestionario SCID-II se observa que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en el trastorno por narcisismo. En cuanto al trastorno límite de la personalidad los hombres obtienen puntuaciones significativamente mayores que las mujeres. Sin embargo, estos no obtienen puntuaciones significativas para ningún factor del EDI-2. Cabe destacar que los resultados encontrados respecto a unas mayores puntuaciones en hombres con respecto al trastorno límite de la personalidad son contradictorios con la información presente en la literatura científica al respecto. Un ejemplo de ello es el estudio de Ruíz y Vairo (2008) en el cual se resalta que el trastorno límite de la personalidad está presente de manera en la que se puede referir a él como un “reino de mujeres, tierra sin hombres” (página 1), así como una mayor utilización de este diagnóstico al género femenino y un posible sesgo de género hacia esta patología. Por otro lado, se establece que el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad relacionado con el género está en torno a un 75% de mujeres del total (APA, 2014). De manera que, si los resultados obtenidos hubieran ido en la dirección de lo esperado, es decir que las mujeres obtuviesen puntuaciones mayores en trastorno límite de la personalidad, la hipótesis inicial se habría confirmado.

A pesar de que en primera instancia no se contempló la distribución de la muestra en categorías en función del peso y altura, es decir, del IMC, este se estableció como índice para realizar los cálculos tras los resultados significativos en las diferencias intersexo para la variable peso. Dichos resultados son lógicos si tenemos en cuenta la propensión de los hombres a ser más altos y, por lo tanto, a pesar más que las mujeres. La objetividad del índice IMC, permite analizar las diferencias sin hipotetizar erróneamente que las mujeres son más propensas a padecer TCA por su peso inferior,

siendo este un parámetro biológico reconocido por la Asociación Española de Pediatría (2014) de manera que, los niños crecen un promedio de 25-30 cm durante la pubertad mientras que las niñas oscilan entre 23-27 cm, de igual manera sucede con el peso, de forma que los primeros tienen una ganancia media de 8-9 kg por año durante la pubertad y las niñas de 7-8 kg. Sin embargo, este parámetro no está exento de limitaciones debido a que el cálculo del IMC no diferencia entre la masa muscular y la grasa corporal, limitándose a establecer una relación entre el peso y la altura. Martínez et al. (2014) indica que este índice no tiene en cuenta la composición corporal, por lo que podría clasificar erróneamente en categorías superiores a personas con un alto desarrollo muscular.

Se llevó a cabo un ANOVA con el objetivo de dilucidar si existe efecto principal del IMC y el sexo sobre el cuestionario EDI-2. Se descubrió que la variable IMC tiene un efecto principal sobre obsesión por la delgadez y bulimia. Se demostró que pertenecer a categorías altas en IMC, predispone a obtener altas puntuaciones en los factores obsesión por la delgadez y bulimia del cuestionario EDI-2, lo que nos lleva a proponer al IMC como una posible variable predictora.

Se realizó un análisis de las correlaciones parciales, debido a la existencia de diferencias sexuales en varios factores, y se observó que existen múltiples relaciones entre los distintos factores del cuestionario EDI-2 y los trastornos narcisista y de límite y los factores del MPS. A continuación, para determinar cuáles de estas variables son relevantes y cómo se combinan, se realizó una regresión lineal. A través de este análisis se determina que no son variables predictoras la edad del sujeto, y dos factores del cuestionario MPS, en concreto, la percepción acerca de las críticas de los padres (críticas paternas) y el énfasis en la importancia del orden y de la organización (organización). Ningún factor como variable única supone un predictor para la vulnerabilidad a padecer TCA, sin embargo, la combinación de algunos de ellos logra explicar un cierto porcentaje

de la varianza de los factores del EDI-2. Por un lado, con respecto a los factores del MPS, encontramos que preocupación excesiva por los errores y fracaso (preocupación por los errores), marcarse a uno mismo metas excesivamente elevadas y otorgar un peso excesivo a la autoevaluación (estándares), la percepción de las elevadas expectativas de los padres (expectativas paternas) y tendencia de dudar excesivamente sobre la autocapacidad (dudas) predicen en cierta medida algunos factores del EDI-2. Los resultados encontrados son coherentes con distintos estudios como el de Pamies y Quiles (2014) que señalan que el perfeccionismo se relaciona con factores de riesgo para el desarrollo de TCA. De igual manera los hallazgos encontrados por Bento et al. (2010) manifiestan que altos niveles de perfeccionismo se asocian de manera significativa con conductas alimentarias anormales y altas puntuaciones en los factores de impulso a la delgadez y comportamiento relacionado con la bulimia, variables que también resultan clave en el presente estudio, aunque con distinta denominación. Por otro lado, respecto a los trastornos de la personalidad, ambos son significativos para explicar cierto porcentaje de varianza junto con otras variables, siendo el trastorno límite el más relevante de los dos. La bibliografía al respecto es escasa, por lo que se sugiere continuar con estudios que incluyan estas variables. En cuanto a las variables sociodemográficas, encontramos que ser mujer supone un factor predictor para ciertos factores del EDI-2. Ramos et al. (2010) resalta que en el caso de las mujeres la percepción del propio cuerpo de manera negativa es mayor en comparación con los hombres, afectando además a la satisfacción que estas tienen con su cuerpo (Merino et al. 2001). El IMC como variable única se relaciona únicamente con obsesión por la delgadez y bulimia, sin embargo, la combinación con otras variables, la hace relevante para explicar cierto porcentaje de varianza de otros factores del EDI-2. Sin embargo, ciertos estudios como Ramos et al. (2010) indican que la variable IMC no resulta tan significativa, a la hora de explicar conductas problemáticas relacionadas con

la conducta alimentaria, como la interpretación de este índice. Es decir, la razón de estas conductas alimentarias anómalas es la percepción que estos jóvenes tienen sobre su cuerpo, más que su peso real. Asimismo, los factores que obtuvieron una varianza explicada mayor por el conjunto de variables predictoras, MPS, trastorno narcisista, trastorno límite de la personalidad, sexo e IMC, del cuestionario EDI-2 fueron perfeccionismo, conciencia introceptiva e impulsividad con un rango de porcentaje explicado entre 60-75%. Por otro lado, los que obtuvieron un porcentaje nimio de varianza explicada fueron los factores de insatisfacción corporal, desconfianza interpersonal y miedo inmadurez (5-19%). El resto de los factores como obsesión por la delgadez, bulimia, ineficacia, ascetismo e inseguridad social se encuentran entre en el rango de porcentajes de los mencionados anteriormente.

En conclusión, debido a la complejidad del TCA, así como las diferencias individuales de los individuos que lo padecen, y partiendo de las hipótesis planteadas, podemos afirmar que ninguna variable exclusivamente supone un factor predictor para ser vulnerable a padecer TCA. Esto nos lleva a proponer múltiples variables, cuya combinación, sí que predice en cierta medida dicha vulnerabilidad.

Con respecto a las limitaciones de esta investigación, se considera que, una vez determinado que las causas del TCA son múltiples y, por lo general, diversas entre la población, hubiera sido de interés esclarecer si otras variables sociodemográficas tales como el factor socioeconómico o el status social relacionado con el IMC suponen factores que resultan vulnerables a padecer TCA (Giraldo et al., 2014). Otro aspecto a considerar en posibles futuras investigaciones y que no se ha tenido en cuenta en el presente estudio, es la posibilidad de aumentar la muestra poblacional, de manera que se pudieran crear varios grupos en función de la rama de estudios y establecer diferencias entre ellos. De igual manera, ciertos resultados resultan contradictorios con la bibliografía científica,

como las puntuaciones significativamente mayores en trastorno límite de la personalidad en hombres, podrían ser corroboradas o desmentidas mediante la comparación intergrupo. Otra limitación que ha surgido en el presente estudio y que supondría de ayuda para comprender los factores predictores del TCA, es el estudio en profundidad de las relaciones encontradas entre IMC y TCA. Habría que indagar en si estas son realmente atribuibles al peso real de la persona, y no a la percepción que ésta tiene sobre su cuerpo y a la interpretación que se hace de dicho índice como indica Ramos et al. (2010). Por otro lado, se debe tener en cuenta las limitaciones del propio índice debido a que este solo se realiza con la altura y el peso, y no tiene en cuenta otros factores importantes como la masa muscular, la masa ósea y la grasa corporal, de manera que este no se adapta al individuo de forma personalizada si no a la población en general.

5. Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Bento, C., Pereira, A. T., Maia, B., Marqués, M., Soares, M. J., Bos, S., et al. (2010). Perfectionism and eating behaviour in portuguese adolescents. *European Eating Disorder Review*, 18(4), 328-337. <https://doi.org/10.1002/erv.981>
- Bruch, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bussolotti, D., Fernández-Aranda, F., Solano, R., Jiménez-Murcia, S., Turón, V. y Vallejo, J. (2002). Marital status and eating disorders: An analysis of its relevance. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1139-1145. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00336-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00336-7)

- Campos, A., Díaz, L.A., y Barros, J.A. (2008). Consistencia interna del cuestionario autoadministrado de la entrevista clínica estructurada para trastornos del eje II del DSM-IV. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(3), 378-384.
- Cassin, S. E. y von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 895-916.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.012>
- Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Seal, B., Sherry, S., Goldner, E. M., Flett, G. L. y Remick, R (2002). Trait and Self-Presentational Dimensions of Perfectionism Among Women with Anorexia Nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 26(6), 745-758.<https://doi.org/10.1023/A:1021237416366>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8).
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W y Benjamin, L.S. *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV*. 1997, Barcelona: Masson.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. y Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/BF01172967>
- Garner, D. M. (1998). *Manual del EDI 2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Giraldo, A., Uscátegui, R. M., Restrepo, M. T. y Estrada, A. (2012). Variabilidad del peso, la estatura y el índice de masa corporal según desarrollo puberal y tipo de colegio en adolescentes de Medellín, Colombia. *Revista chilena de nutrición*, 39(4), 136-142. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182012000400005>

- Haley, C., Hedberg, K. y Leman, R.F. (2010) Disordered Eating and Unhealthy Weight Loss Practices: Which Adolescents Are at Highest Risk?. *Journal of Adolescent Health, 47*(1), 102-5. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.12.023>
- Hargreaves, D.A. y Tiggemann, M. (2006). Body image is for girls': a qualitative study of boys' body image. *Journal of Health Psychology, 11*(4): 567-76. <https://doi.org/10.1177/1359105306065017>
- Instituto Nacional del Cáncer. Diccionarios de NCI: IMC. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/imc>
- 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. <https://doi.org/0.1037/0033-2909.130.1.19>
- Klump, K.L., Keel, P., KSisk, C. y Burt S.A. (2010). Preliminary evidence that estradiol moderates genetic influences on disordered eating attitudes and behaviors during puberty. *Psychological Medicine, 40*(10), 1745-53. <https://doi.org/10.1017/S0033291709992236>
- Lehoux, P., Steiger, H., y Jabalpurwala, S. (2000). State/Trait Distinctions in Bulimic Syndromes. *International Journal of Eating Disorders, 27*, 36-42. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(200001\)27:1<36::AID-EAT4>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(200001)27:1<36::AID-EAT4>3.0.CO;2-U)
- Martín, F.M., Cangas, A., Pozo, E., Matínez, M. y López, M. (2009). Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Psicothema, 21*(1), 33-38. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.06.002>

- Martínez, A., Rizo, M.M., Sánchez, M., Reig, M. y Corté, E. (2014). Relación entre variables antropométricas y dismorfia muscular en gimnastas de la provincia de Alicante. *Nutr Hosp*, 30(5), 1125-1129. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.30.5.7777>
- Martinussen, M., Friborg, O., Schmierer, P., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Neunhoeffer, A. L. et al. (2017). The comorbidity of personality disorders in eating disorders: A meta-analysis. *Eating and Weight Disorders*, 22(2), 201-209. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0345-x>
- Markey, C. (2010). Invited Commentary: Why Body Image is Important to Adolescent Development. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(12), 1387-91. <https://doi.org/10.1007/s10964-010-9510-0>
- McCabe, M.P. y Ricciardelli, L.A. (2005). A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Behaviour Research and Therapy*, 43(5): 653-68. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.05.004>
- Merino, H., Pombo, M.G., y Godás, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 13(4), 539-545.
- Nicholls, D.E., Lynn, R. y Viner, R.M. (2011). Childhood eating disorders: British national surveillance study. *The British Journal of Psychiatry*, 198(4), 295-301. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.081356>
- Organización Mundial de la Salud. (9 de junio de 2021). *Obesidad y Sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

- Pamies, L. y Quiles, Y. (2014). Perfeccionismo y factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en adolescentes españoles de ambos géneros. *Anales de psicología*, 30(2), 620-626. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.158441>
- Portela, M.L., da Costa, H., Mora, M., y Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 391-401. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.2.5573>
- Pozo, J. (13 de junio de 2014). *Crecimiento durante la pubertad y la adolescencia*. <https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/crecimiento-durante-pubertad-adolescencia>
- Racine, S.E., Burt, S.A., Iacono, W.G., McGue, M. y Klump, K.L. (2012). Dietary restraint moderates genetic risk for binge eating. *Journal Abnormal Psychology*, 120(1), 119-28. <https://doi.org/10.1037/a0020895>
- Ramos, P., Rivera, F. y Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22(1), 77-83.
- Ruiz, M. y Vairo, M.C. (2008). Trastorno Límite de la Personalidad. Reino de mujeres, tierra sin hombres. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 19(81), 303-308.
- Steiger, H., Jabalpurwala, S., Champagne, J., y Stotland, S. (1997). A Controlled Study of Trait Narcissism in Anorexia and Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22,173-178. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199709\)22:2<173::AID-EAT9>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:2<173::AID-EAT9>3.0.CO;2-C)
- Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A. y Leal, C. (2009) Evaluación de los trastornos alimentarios: propiedades psicométricas del test EDI-2 en adolescentes

escolarizados(as) de 13 a 18 años. *Revista Chilena de Nutrición*, 36(4), 1063-1073. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182009000400002>

6. Anexos

Anexo I: Sección II del cuestionario: preguntas relativas a los datos sociodemográficos y consentimiento informado.

Sección 2 de 7

Datos sociodemográficos

Descripción (opcional)

¿Acepta usted participar en esta investigación de manera voluntaria y desinteresada? *

Sí

No

Edad *

Texto de respuesta corta

Sexo *

- Mujer
- Hombre
- Otra...

Indique su peso (kg) *

Texto de respuesta corta

Indique su altura (cm) *

Texto de respuesta corta

Indique la Universidad en la que estudia

Texto de respuesta corta

¿A qué rama pertenecen sus estudios universitarios? *

- Ciencias
- Ciencias de la Salud
- Artes y Humanidades
- Ciencias Sociales y Jurídicas
- Ingeniería y Arquitectura

Actividad laboral *

- Estudio
- Estudio y trabajo
- Trabajo

Después de la sección 2 Ir a la sección 3 (Cuestionarios) ▼