

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

Vulnerability for ED According to Personality Factors and BMI in a University Population

Alba García

Andrea Luis

Roberto García

Victoria Soler

Adelia de Miguel

Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología, Universidad de La Laguna



Análisis y Modificación de Conducta

VOL. 51. Número 187 (2025)

ISSN 0211-7339

<http://dx.doi.org/10.33776/amc.v51i187.8410>

Resumen:

El presente estudio perseguía esclarecer las relaciones 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 y perfeccionismo) e IMC. Para ello se estudió a 210 estudiantes universitarios (82,3% mujeres) que cumplieron 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 más propensas a ello. Los hallazgos resaltan que ningún factor es un predictor único. Sin embargo, el conjunto de las variables resultó ser de interés, explicando cada una un porcentaje de la varianza del cuestionario EDI-2, el cual mide TCA. Se propone estudiar la relación de estas variables con otras sociodemográficas (factor socioeconómico y status social), así como la percepción del cuerpo, las limitaciones del IMC y las diferencias entre las ramas de estudio.

Palabras claves:

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, 210 university students (82.3% female) who 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.

Keywords:

Eating disorders, predicción, vulnerability, personality, BMI.

Fecha de recepción: 18 de agosto de 2024

Fecha de aceptación: 01 de mayo de 2025

Correspondencia: Adelia de Miguel. E-mail: admiguel@ull.es



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 trabajó sobre la anorexia (AN) y la bulimia nerviosa (BN), propuestos en la quinta edición del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (APA, 2014).

La AN es un trastorno caracterizado por la restricción de la ingesta energética que tiene como consecuencia un peso anormalmente bajo. A este patrón se suma un miedo intenso a ganar peso y una alteración de la percepción del propio cuerpo. Este trastorno puede clasificarse en dos subtipos: el tipo restrictivo y el tipo con atracones/purgas (APA, 2014).

Por su parte, la BN se manifiesta a través de episodios recurrentes de atracones seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, como el vómito autoinducido, el uso excesivo de laxantes o el ejercicio físico extremo. En este caso, la percepción del peso y la figura corporal también juega un papel central, distorsionando la autoevaluación (APA, 2014).

Actualmente, en España, se estima que un 5,25% de las mujeres y un 0,3% de los varones entre los 12 y 21 años presentan un diagnóstico de TCA (SEMG, 2018). Esta diferencia de prevalencia refleja una notable brecha entre sexos, con una proporción de 10:1 a favor del sexo femenino (APA, 2014).

Para comprender mejor esta problemática, es necesario explorar los factores de riesgo implicados en el desarrollo de los TCA. Diversos estudios han señalado la influencia de factores biológicos, psicológicos y socioculturales en su aparición y mantenimiento.

Siguiendo los datos obtenidos en la revisión llevada a cabo por Portela de Santana et al. (2012), podemos concluir que los principales factores de riesgo asociados son los siguientes:

- Entre los factores biológicos, destaca la genética y su interacción con las variables ambientales (Racine et al., 2011) así como la aparición de la pubertad (Klump et al., 2010), el sobrepeso y la obesidad (Haley et al., 2010).
- Los factores socioculturales incluyen las presiones sociales hacia un ideal de belleza inalcanzable (McCabe y Ricciardelli, 2005), el impacto de los medios de comunicación, las relaciones interpersonales disfuncionales (Hargreaves y Tiggemann, 2006) y las diferencias culturales que moldean el concepto de imagen corporal aceptable (Nicholls et al., 2011).
- Entre los factores psicológicos se ha identificado como determinante la preocupación excesiva por el peso, la internalización del ideal de delgadez (Nicholls et al., 2011), y la insatisfacción con la imagen corporal (Markey, 2010). Estos aspectos pueden actuar como predictores del desarrollo de TCA, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes.

Un constructo clave que se relaciona con la aparición de los TCA es el perfeccionismo. Según Frost et al. (1990), este se define como la tendencia a establecer altos estándares personales junto con una autoevaluación muy crítica y una preocupación excesiva por los errores. Fairburn et al. (2003) sostienen que muchas personas con TCA valoran su autoestima en función de su capacidad para alcanzar objetivos extremadamente exigentes.

Algunos autores como Hilde Bruch (1978) afirman que los jóvenes que padecen AN buscan cumplir con las expectativas de perfección impuestas por figuras de autoridad, como padres y profesores. Estudios posteriores (Cockell et al., 2002; Jacobi et al., 2004; Bardone et al., 2007)

han reforzado esta hipótesis, posicionando el perfeccionismo como un rasgo predisponente clave.

Asimismo, los trastornos de la personalidad (TTPP) parecen tener un papel relevante en la comorbilidad con los TCA. Según Martín et al. (2009), estos trastornos pueden persistir incluso tras la remisión de los síntomas alimentarios, aumentando la severidad de la psicopatología (Bussolotti et al., 2022). En este contexto, destacan el trastorno límite de la personalidad (TLP) y el trastorno narcisista de la personalidad, considerados entre los más frecuentes en personas con TCA (Cassin et al., 2005; Martinussen et al., 2017).

El TLP se define como un patrón de inestabilidad que se refleja en una sensación continua de vacío, relaciones interpersonales intensas e inestables, alteración de la identidad y la autoimagen, impulsividad, dificultades para controlar la ira e ideas paranoides (APA, 2014). Por otro lado, el trastorno narcisista se manifiesta a través de una autoimagen grandiosa, necesidad excesiva de admiración y falta de empatía, con una identidad frágil sustentada en la validación externa (APA, 2014).

Estudios como el de Steiger et al. (1997) demuestran que las personas narcisistas destacan en la escasa capacidad para mantener la autoestima sin la consideración continua del exterior, tanto en casos de AN como de BN. Asimismo, Lehoux et al. (2000) han encontrado que el narcisismo puede persistir incluso tras la remisión de la BN, lo que sugiere una implicación más estructural de este rasgo en el desarrollo de estos trastornos.

El presente estudio tiene como objetivo principal examinar la relación entre el rasgo de personalidad de perfeccionismo, los trastornos narcisista y límite de la personalidad, y la predisposición a desarrollar TCA.

Además de explorar la prevalencia de estos rasgos en personas con TCA, este trabajo pretende aportar evidencia sobre la relevancia de los factores de personalidad en la comprensión y prevención de estos trastornos, lo cual puede tener importantes implicaciones clínicas.

A partir de esta revisión teórica, se formulan las siguientes hipótesis:

La primera hipótesis es que los sujetos con mayores puntuaciones en perfeccionismo presentarán mayor vulnerabilidad para padecer un TCA (anorexia o bulimia). La segunda hipótesis plantea que los sujetos con mayores puntuaciones en trastorno límite y/o narcisista, tienen mayor vulnerabilidad a padecer un TCA; esto permitirá comprender mejor la complejidad del fenómeno desde una perspectiva de los constructos de personalidad, facilitando de esta manera una intervención adecuada al perfil de cada paciente, atendiendo a sus puntos fuertes y debilidades y centrada en las necesidades específicas de cada persona.

Método

Participantes

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

La muestra constó de 210 participantes universitarios (82.3% mujeres) residentes en España y matriculados en diferentes grados de la Universidad de la Laguna. 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 significativas intersexo en las variables altura ($t=-13.82$; $p=.000$) y peso ($t=-4.53$; $p=.000$) puntuando más alto los hombres.

La mayoría de los participantes eran estudiantes (84.3%), mientras que el resto estudiaban y trabajaban. No se obtuvieron diferencias significativas intersexo en esta variable ($\chi^2=.35$; $p=.555$). Respecto a la variable rama de estudios, se evidenciaron diferencias significativas ($\chi^2=35.65$; $p=.000$) por una mayor presencia de mujeres en ciencias de la salud (41%), pero en ingeniería y arquitectura predominaron los hombres (35.1%).

Tabla 1

Datos Sociodemográficos

	Mujeres (n=173)		Hombres (n=37)		Total (n=210)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Edad	21.32	2.19	21.16	1.99	21.30	2.15
	t=.41 p=.679					
Altura	163.31	5.70	177.46	5.44	165.80	7.81
	t=-13.82 p=.000					
Peso	62.40	13.71	73.32	11.17	64.33	13.92
	t=-4.53 p=.000					
Variables	N	%	N	%	N	%
Rama de estudios						
Ciencias	19	11	1	2.7	20	9.5
Ciencias de la Salud	71	41	12	32.4	83	39.5
Artes y humanidades	46	26.6	8	21.6	54	25.7
Ciencias Sociales y Jurídicas	30	17.3	3	8.1	33	15.7
Ingeniería y Arquitectura	7	4	13	35.1	20	9.5
	χ²=35.65 p=.000					
Actividad laboral						
Estudio	147	85	30	81.1	177	84.3
Estudio y trabajo	26	15	7	18.9	33	15.7

$\chi^2=.35$ $p=.555$

Instrumentos

Anamnesis. Se recogieron datos demográficos (edad, sexo, peso, altura, universidad en la que se estudia, rama de los estudios universitarios cursados y actividad laboral) (ver Anexo 1).

TLP y trastorno narcisista. *Structures clinical Interview for DSM-IV Axis II* (SCID-II), desarrollada originalmente por First et al. (1997). Se utilizó la adaptación española desarrollada por First et al. (1999). Para la valoración dimensional de los trastornos de la personalidad según los criterios del DSM-V se ha utilizado el SCID-II. Instrumento heteroaplicado en el que se debe indicar si está en acuerdo/ desacuerdo (escala dicotómica) con la pregunta presentada. Abarca diferentes trastornos pero para esta investigación solo se han usado los ítems correspondientes al trastorno narcisista (17 ítems) y al TLP (15 ítems), 32 ítems en total. Un ejemplo de

ítem correspondiente a la subescala de Trastorno Límite de la Personalidad es: “¿Se ha puesto frenético cuando alguien que le importaba lo iba a dejar?”. 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), mostrando una consistencia interna de .54 para la subescala del TLP y .72 en el caso de la subescala correspondiente al trastorno narcisista.

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 de escala tipo Likert (nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre y siempre) además, es un cuestionario autoaplicado. Un ejemplo de ítem es: “Me siento extremadamente culpable después de comer.” 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) de Frost et al. (1990). Adaptación española Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Campayo et al. (2009).

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. Un ejemplo de ítem correspondiente a la subescala "preocupación por los errores" es: "Si fracaso en el trabajo o en la escuela, me considero un fracaso como persona." 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 de los factores del 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 auto capacidad
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 que fueron unificados en un mismo archivo online de Formularios de Google. El cuestionario fue distribuido mediante medios online (WhatsApp, Facebook, Instagram y Twitter) por los investigadores hacia estudiantes españoles matriculados en diferentes Grados de la Universidad de la Laguna. El estudiante no obtuvo recompensa por su participación directa, aunque si fueron informados sobre la importancia de obtener estos datos y sus resultados. Se proporcionaron las instrucciones necesarias para la realización de los cuestionarios, así como la finalidad de la investigación, los requisitos para participar y cada participante firmó previamente el consentimiento informado. Esta investigación no pasó por un comité ético, ya que se trabajó con población subclínica durante todo el proceso. La recogida de datos se llevó a cabo a lo largo de los meses de marzo, abril y mayo. Finalmente, se han eliminado los datos de varios participantes por no cumplir con los requisitos establecidos.

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).

Resultados

Análisis de diferencias intersexo para TCA

En el análisis 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 de diferencias intersexo para personalidad

En el cuestionario SCID-II, se observa una media mayor de los hombres en las puntuaciones del trastorno narcisista y TLP, encontrándose diferencias significativas ($t=-2.36$) en este último. Véase Tabla 5.

Por otro lado, en el cuestionario MPS las mujeres obtuvieron medias mayores que los hombres en todos los factores. 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, MPS y EDI-II

	mujeres		hombres		
	Media	DT	Media	DT	t
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**
EDI-II					
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

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

Agrupación en categorías según IMC

Para una mejor comprensión de la muestra en función de su peso y altura, se empleó el Índice de Masa Corporal (IMC) para valorar la cantidad de grasa corporal, cuyo exceso de grasa se relaciona con un mayor riesgo a padecer algunas enfermedades (Instituto Nacional del Cáncer). Se utilizó la siguiente fórmula: $\text{peso(kg)} / (\text{estatura (m)})^2$. Posteriormente, se clasificó la población en cinco grupos: insuficiente, normal, preobesidad, obesidad de grado 1 y obesidad de grado 2 (Organización Mundial de la Salud, 2021). Véase Tabla 6.

Tabla 6

Distribución del IMC en categorías

Categorías	IMC
Insuficiente	> 18.5
Normal	18.5 - 24.9
Pre-obesidad	25 - 29.0
Obesidad grado 1	30 - 34.9
Obesidad grado 2	35 - 39.9

No se encontraron diferencias significativas intersexo para la variable IMC ($t=.16$; $p=.873$), así como tampoco para su distribución por categorías ($t=4.90$; $p=.297$). Véase Tabla 7.

Tabla 7

Diferencias intersexo en 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					
	N	%	N	%	N	%
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

$$\chi^2=4.90 \text{ p}=.297$$

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, para 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 distintas categorías de IMC en cada una de las dimensiones del cuestionario EDI-2.

Si observamos la Tabla 8, se muestran diferencias significativas entre las categorías del IMC en los factores obsesión por la delgadez y bulimia ($F= 3.67 \text{ p}<0.01$; $F= 13.91, \text{ p}<0.001$). 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 ($F= 4.91 \text{ p}<0.05$; $F= 6.4, \text{ p}<0.05$, $F= 3.95, \text{ p}<0.05$). La interacción entre las variables IMC y sexo no fue significativa para ningún factor 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 con preobesidad y obesidad 1 y 2. La media es menor en personas con un IMC en preobesidad que en los casos de obesidad 1 y 2.

A continuación se encuentran dos figuras en donde se muestran los resultados del ANOVA. 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.

Tabla 8

ANOVA de dos factores (IMC y sexo)

	Efecto principal			
	IMC	Sexo	IMCxSexo	Scheffé
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 Interoceptiva	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

Figura 1

Obsesión delgadez en función del IMC

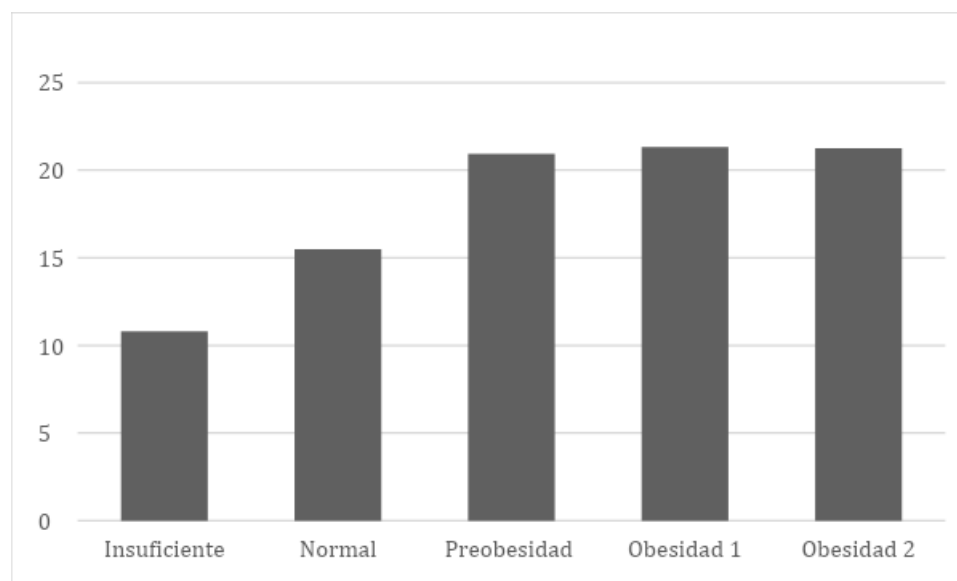
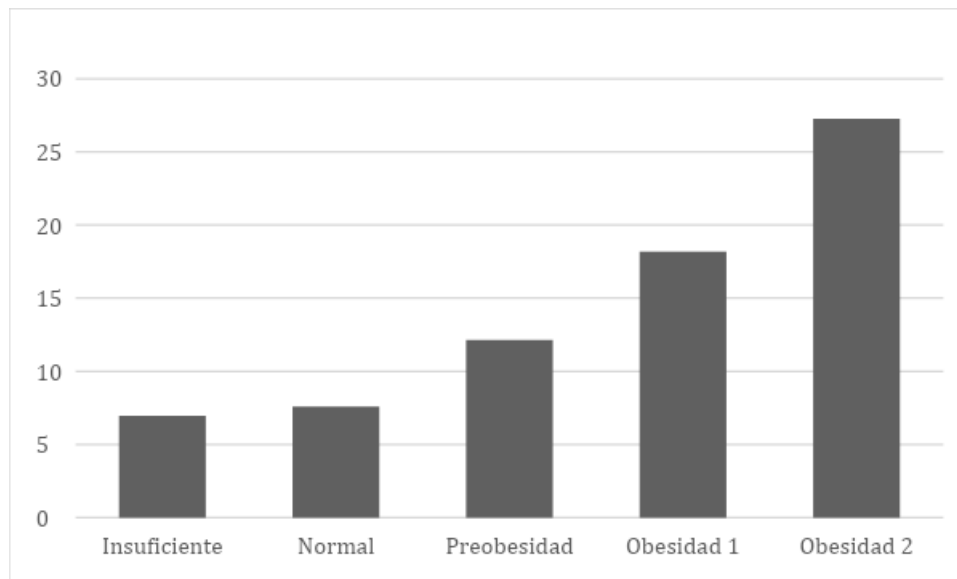


Figura 2

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 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 correlacionó positivamente 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 encontró: 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. El factor estándares personales correlacionó positiva y significativamente con bulimia, ineficacia, perfeccionismo, ascetismo e impulsividad. 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 correlacionó negativamente con inseguridad social y positivamente con el resto de los factores. El factor dudas sobre acciones correlacionó significativa y positivamente con los factores obsesión por la delgadez, bulimia, conciencia introceptiva, ascetismo e impulsividad. El factor organización correlacionó negativamente con los factores obsesión por la delgadez, ascetismo, conciencia introceptiva e impulsividad, mientras que, con insatisfacción corporal, perfeccionismo e inseguridad social, correlacionó positivamente. En cuanto al IMC, este correlacionó significativa y negativamente con perfeccionismo, y positivamente con el resto de los factores.

Tabla 9

Correlaciones parciales entre EDI-II con SCID-II y MPS

EDI-2	SCID-II		MPS						IMC
	Narcisismo	Límite	Errores	Estándares	Expectativas	Crítica	Dudas	Organización	
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).

Ser mujer es un factor que predice la obsesión por la delgadez y bulimia, de forma positiva lo predicen el IMC y preocupación por los errores, y el TLP lo predice negativamente, siendo su porcentaje explicado del 37%. El factor estándares predice positivamente la insatisfacción personal, mientras que negativamente es predicho por trastorno límite de la personalidad, preocupación por los errores y dudas. El porcentaje explicado por estas variables es del 13%. El factor de ineficacia resultó predicho en un 37% de manera negativa por TLP 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. El factor inseguridad social fue explicado en un 22% de forma positiva por trastorno narcisista y estándares, y de manera negativa 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	
	R2	β	R2	β	R2	β	R2	β	R2	β	R2	β	R2	β	R2	β	R2	β	R2	β	R2	β
	.37		.43		.13		.37		.73		.05		.60		.19		.48		.65		.22	
Sexo		-.22***		-.17*		-.07		-.02		.01		-.01		-.17***		-.02		.02				.01
Edad		-.11		.01		.17		.01		.02		.04		-.02		.09		-.07				.09
IMC		.37***		.52***		.11		.07		-.09*		-.02		.19***		.02		.18***				-.07
Narcicismo		-.05		-.04		.01		-.05		-.04		.01		-.14*		-.24***		-.15*				.14*
Límite		-.17*		-.25***		-.20*		-.34***		-.06		.22***		-.39***		-.10		-.25***				.06
Errores		.30***		.19***		-.33**		.42***		.26***		-.02		.09		.29***		.15				-.50***
Estándares		-.13		-.05		.29***		-.04		.37***		.13		-.08		-.14		.14*				.32***
Expectativas		.01		.01		.05		-.18**		.45***		.10		-.00		.01		-.04				.05
Crítica		.04		.01		.07		.10		-.02		.02		.03		-.03		.00				.01
Dudas		.01		.12		-.21*		.08		-.04		-.05		.35***		.09		.24***				-.07
Organización		-.08		-.04		.08		-.02		.04		.03		-.04		-.05		-.03				.03

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

Discusión

El objetivo principal de este estudio fue examinar si obtener altas puntuaciones en perfeccionismo se asocia con una mayor vulnerabilidad a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Asimismo, se pretendía explorar la relación entre los rasgos del trastorno límite de la personalidad (TLP) y el trastorno narcisista con la vulnerabilidad a padecer TCA. Sin embargo, a lo largo del desarrollo del estudio, surgió una línea de investigación no prevista inicialmente: la posible asociación entre un índice de masa corporal (IMC) elevado y la vulnerabilidad a los TCA. Esta observación dio lugar a una tercera hipótesis exploratoria. Como tercera hipótesis de estudio, se estableció la existencia de una relación entre IMC alto y vulnerabilidad a TCA.

Para la investigación se ha contado con una muestra de 210 participantes universitarios, sin patologías previas conocidas, siendo un 82.3% de ellos eran mujeres.

Los factores obsesión por la delgadez y bulimia del cuestionario EDI-2 fueron significativos en todos los análisis realizados. Estos hallazgos refuerzan la validez del EDI-2 como instrumento útil para detectar vulnerabilidad a TCA.

En cuanto al análisis por sexo, se observaron diferencias significativas. Las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas que los hombres en todos los factores del EDI-2 y del MPS, lo que apoya parcialmente la hipótesis inicial, aunque las diferencias de género no modifican la relación entre perfeccionismo y vulnerabilidad a TCA.

Respecto al cuestionario SCID-II no existen diferencias significativas intersexo en el trastorno narcisista. En el caso del TLP los hombres obtuvieron puntuaciones significativamente mayores. Sin embargo, estos no obtienen puntuaciones significativas para ningún factor del EDI-2. Este hallazgo resulta contradictorio con la literatura existente, que establece que el 75% de los diagnósticos de TLP corresponden a mujeres (APA, 2014). Sin embargo, Ruíz y Vairo (2008) sugieren la existencia de un posible sesgo de género en el diagnóstico, lo que podría explicar parcialmente esta discrepancia.

Aunque el IMC no se contempló como variable central en el diseño original, se incorporó posteriormente al análisis al encontrarse diferencias de peso significativas entre hombres y 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). Sin embargo, al no tener en cuenta la composición corporal, podría clasificar erróneamente en categorías superiores a personas con un alto desarrollo muscular (Martínez et al, 2014).

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. Estos resultados sugieren que pertenecer a categorías altas de IMC puede predisponer a obtener puntuaciones más elevadas en dichos factores, lo que posiciona al IMC como una posible variable predictora.

Posteriormente 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 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 una regresión lineal se comprobó que

variables como la edad, la percepción de las críticas parentales y la valoración del orden y la organización no eran predictoras significativas.

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, marcarse metas excesivamente elevadas y otorgar un peso excesivo a la autoevaluación, la percepción de las elevadas expectativas de los padres y la tendencia de dudar excesivamente sobre la autocapacidad 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.

Ramos et al. (2010) resalta que en 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). 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 que las personas hacen sobre este índice.

Dado el carácter multifactorial de los TCA y la variabilidad individual entre quienes los padecen, no es posible establecer un único factor como predictor absoluto. No obstante, la combinación de múltiples variables de tipo psicológico y biológico puede ofrecer un modelo más ajustado de predicción de la vulnerabilidad a estos trastornos.

Este estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, la muestra fue mayoritariamente femenina y limitada en tamaño, lo que dificulta la generalización de los resultados. En segundo lugar, no se incluyeron variables sociodemográficas como el nivel socioeconómico o el estatus social asociado al IMC, que podrían haber aportado información relevante (Giraldo et al., 2014). Asimismo, la relación entre IMC y TCA podría estar mediada por la percepción subjetiva del cuerpo más que por el peso real, aspecto que sería importante explorar en futuras investigaciones.

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., & Benjamin, L. S. (1997). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV*. 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*. TEA Ediciones.
- 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. (s. f.). *Diccionario de cáncer: 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/10.1037/0033-2909.130.1.19>
- 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>

Anexo 1

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

Sección 7 de 7

Datos sociodemográficos

Descripción (opcional)

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

☐ Sí
 ☐ No

Edad *

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

Sexo *

☐ Mujer
 ☐ Hombre
 ☐ Otra...

Indique su peso (kg) *

Texto de respuesta corta

Indique su altura (cm) *

Texto de respuesta corta

Actividad laboral *

☐ Estudiante
 ☐ Estudiante y trabajo
 ☐ Trabajo

[Volver a la sección 7](#)
[Ir a la sección 8 \(Consentimiento\)](#)