



ORIGINAL

Imagen corporal en anorexia y bulimia nerviosa.
Variables asociadas: autoestima, impulsividad, culpa y
miedo a la madurez

Body image in Anorexia and Bulimia Nervous. Influence of self-esteem, impulsivity, feeling of guilt and fear of maturity

Rocío Fernández Lora¹, María Valdés-Díaz²

¹ Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. España

² Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: roferlo93@hotmail.com (Rocío Fernández Lora).

Recibido el 31 de enero de 2019; aceptado el 4 de julio de 2019.

Como citar este artículo:

Fernández Lora R, Valdés-Díaz M. Imagen corporal en anorexia y bulimia nerviosa. Variables asociadas: autoestima, impulsividad, culpa y miedo a la madurez. JONNPR. 2019;4(9):887-909. DOI: 10.19230/jonnpr.3002

How to cite this paper:

Fernández Lora R, Valdés-Díaz M. Body image in Anorexia and Bulimia Nervous. Influence of self-esteem, impulsivity, feeling of guilt and fear of maturity. JONNPR. 2019;4(9):887-909. DOI: 10.19230/jonnpr.3002



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License
La revista no cobra tasas por el envío de trabajos, ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

Resumen

Introducción. El **objetivo** de este estudio es analizar el nivel de autoestima, impulsividad, miedo a la madurez y sentimiento de culpa, así como el valor predictivo que poseen dichas variables en la preocupación por la figura corporal en mujeres con Anorexia (AN) y Bulimia Nerviosa (BN) atendiendo al tipo de diagnóstico y al tratamiento al que están acogidas.

Método. La muestra clínica la conforman 30 mujeres diagnosticadas de Anorexia y Bulimia Nerviosa, de edades comprendidas entre 14 y 24 años (*Medad*= 19,1 *DT*= 0,54) y nacionalidad española. Para la



evaluación de las variables de estudio se administró el *Cuestionario de la Silueta Corporal* (BSQ), la *Escala de autoestima de Rosenberg* (RSES), la *Escala de Impulsividad de Barratt* (BIS-11), el *Cuestionario de Evaluación de Síntomas* (SCL-90-R) y el *Inventario de Trastornos Alimentarios* (EDI-2).

Resultados. Las mujeres que conforman el grupo de BN poseen mayor grado de *preocupación por la figura corporal* que las diagnosticadas con AN. La variable *autoestima* presenta una asociación negativa y estadísticamente significativa con *la preocupación por la imagen corporal* en toda la muestra estudiada. Se ha observado una relación positiva estadísticamente significativa entre *la preocupación por la imagen* y las variables *impulsividad, sentimiento de culpa y miedo a la madurez* en todo el grupo muestral. Finalmente, el conjunto de las variables estudiadas consiguen explicar el 77% de la varianza en la *preocupación por el cuerpo*.

Conclusiones. Los hallazgos de este trabajo ponen de manifiesto la importancia que tienen la *autoestima, impulsividad, sentimiento de culpa y miedo a la madurez* en la presencia de preocupación por la figura corporal en mujeres diagnosticadas de AN y BN, por lo es necesario hacer hincapié en su detección para su posterior abordaje en los programas de intervención.

Palabras clave

Trastorno de la Conducta Alimentaria, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Preocupación por la figura corporal, Autoestima, Impulsividad, Sentimiento de culpa, Miedo a la madurez

Abstract

Introduction. The objective of this study was to determine the level of self-esteem, impulsivity, presence of fear of maturity and feeling of guilt, and the association of these variables with the concern over body shape in patients diagnosed with Eating Disorder (ED).

Method. The clinical sample is based on 30 women diagnosed with Anorexia and Bulimia Nervosa, from 14 to 24 years old (M= 19,1 SD=0,54) and Spanish nationality. For the evaluation of the study variables it used the Body Shape Questionnaire (BSQ), the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), the Symptom Checklist-90-R (SCL) -90-R) and the Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2).

Results. The group diagnosed with BN obtained an average punctuation more raised in the variable concern for body shape than the AN group. The self- esteem presented a negative statistically significant relationship with concern over body shape in the total of the sample. There is a positive statistically significant relationship between the concern over body shape and impulsivity, guilt and fear of maturity in the total sample. In addition, these variables explained 77% of the variance in the concern over body shape.



Conclusion. The findings of this investigation highlight the importance of self-esteem, impulsivity, guilt and fear of maturity in the presence of concern over body shape in women diagnosed with AN and BN, so it is necessary to emphasize their detection for its subsequent approach in intervention programs.

Keywords

Eating disorder, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Body image concern, Self- esteem, Impulsivity, Fear of maturity, Feeling of guilt

Aportación a la literatura científica

El presente artículo se trata de un original acerca de la influencia que tiene la autoestima, la impulsividad, el sentimiento de culpa y el miedo a la madurez en la preocupación por la imagen corporal en pacientes diagnosticadas de Anorexia y Bulimia Nerviosa. Detectar cómo es la relación que se establece entre estos aspectos psicológicos es fundamental para el conocimiento más profundo de la enfermedad y para conseguir establecer un programa de intervención más efectivo en este trastorno que es cada día más frecuente principalmente entre las mujeres jóvenes. Este trabajo añade un punto innovador ya que no se limita a estudiar la asociación entre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y cada uno de estos aspectos psicológicos sino que intenta dar respuestas a cuestiones referidas a cómo afecta cada uno de ellos en el grado de preocupación por la figura corporal, cuál es la influencia que se ejerce entre la autoestima, la impulsividad, el sentimiento de culpa y el miedo a la madurez y si existen diferencias según el diagnóstico o el tipo de tratamiento que reciba la persona con TCA.

Como se comenta anteriormente, la principal implicación práctica de esta investigación es detectar la presencia de estas variables para abordarlas adecuadamente y mejorar la efectividad de la intervención psicológica en las pacientes con AN y BN, considerando como objetivo principal el trabajo de la autoestima, la impulsividad, el sentimiento de culpa y el miedo a la madurez que han sido los aspectos psicológicos altamente relacionados con la preocupación por la figura corporal en los TCA. Asimismo, se deberá tener en cuenta en estos programas el tipo de régimen de tratamiento al que se acogen. En futuras líneas de investigación se podría ampliar la muestra clínica con participantes con distintos diagnósticos de TCA y pertenecientes a otras poblaciones para facilitar la generalización de los resultados. También sería interesante seguir aumentando la investigación sobre el miedo a la madurez con



el fin de poder establecer los distintos factores con mayor nivel de predicción para esta variable. Un último objetivo de investigación interesante en el futuro sería comprobar la efectividad de los distintos tipos de régimen de tratamiento (hospital de día o 24 horas) a través de un estudio longitudinal.

Introducción

Existe un aumento de la prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo. Esto se debe a la creciente preocupación por la figura corporal como consecuencia de la presión social sobre el aspecto físico, afectando sobre todo a las mujeres adolescentes de todos los estratos sociales. En España aproximadamente el 8-15% de las mujeres jóvenes cumplen criterios de TCA como Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), Trastornos de Alimentación no Especificados o Trastorno por Atracones, según DSM-V ⁽¹⁾. Los que se dan con mayor frecuencia son la AN (0,3-0,4%) y la BN (0,4-2,9%) ^(2y3).

Se conoce que una de las características nucleares de los TCA es la preocupación por la figura corporal siendo relevante su evaluación en los pacientes. En una revisión sistemática reciente se ha puesto de relieve la importancia de las preocupaciones por la imagen corporal como mecanismos que mantienen los trastornos alimentarios ⁽⁴⁾. La insatisfacción y la preocupación por la figura corporal conducen a la distorsión perceptiva aumentando la ansiedad y la fobia a ganar peso. Cuando algo preocupa es atendido con ansiedad, lo que lleva a la distorsión, reforzando la preocupación y sobreestimación. ⁽⁵⁾.

En el presente estudio se va a investigar la influencia que tienen ciertos aspectos psicológicos relevantes en la preocupación por la imagen corporal en una población en la que existe un diagnóstico de TCA. Concretamente, se tratará la autoestima, la impulsividad, el sentimiento de culpa y el miedo a la madurez.

Así, algunos autores ⁽⁶⁾ consideraron que la influencia que la autoestima tenía sobre la preocupación por la imagen corporal dependía del dominio sobre el que la persona la construyese. Si la autoestima se basaba en la apariencia, hacía que la persona comparase las diferencias entre el yo y un objetivo idealizado, aumentando la vigilancia del cuerpo y las evaluaciones negativas ⁽⁷⁾.

La impulsividad ha sido el foco de muchas investigaciones en el área de los TCA, pudiéndose considerar estos trastornos impulsivos por naturaleza dada la ausencia de



planificación o el desconocimiento de las consecuencias negativas en síntomas tales como la ingesta incontrolada a pesar del aumento de peso potencial, el sobrecontrol de la alimentación a pesar de la pérdida de peso no saludable y la depuración a pesar de las implicaciones negativas para la salud ⁽⁸⁻¹⁰⁾. Otros autores ⁽¹¹⁾ demostraron que las mujeres que tenían riesgo de desarrollar un trastorno alimentario obtenían una puntuación mayor en las medidas de impulsividad. Estos autores realizaron una investigación con el objetivo de mostrar la asociación entre los TCA, la impulsividad y la insatisfacción con la propia imagen corporal encontrando relaciones significativas. Concretamente, en las comparaciones entre BN y AN se sugiere una impulsividad significativamente más alta entre los diagnosticados con BN ^(8, 10, 12).

Asimismo, se ha demostrado que el sentimiento de culpa y la vergüenza son emociones que están altamente asociadas con el cuerpo y el peso tanto en hombres como mujeres ⁽¹³⁾. Investigaciones anteriores demostraron que la vergüenza y la culpa relacionadas con el peso y el cuerpo mediaban la relación entre la preocupación por la figura corporal y la restricción de la alimentación entre las mujeres ⁽¹⁴⁾. También se encontró en otros estudios que la verificación del cuerpo se asoció con la vergüenza corporal y la ansiedad ante la apariencia, provocando la alimentación desordenada entre hombres y mujeres con trastornos alimentarios ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Por último, se conoce que el miedo a la madurez es una característica frecuente en los pacientes con TCA, siendo entendida como el deseo de evitar las demandas de la adultez y volver a la seguridad y el cuidado de los años de la pre-adolescencia ⁽¹⁷⁾. Según algunas investigaciones las puntuaciones más altas de temor a la madurez en el EDI-2 aparecían en las pacientes con AN, por encima de BN y TCA no especificado ⁽¹⁸⁾.

Definitivamente, detectar cómo es la relación que se establece entre estos aspectos psicológicos es fundamental para el conocimiento más profundo de la enfermedad y para conseguir establecer un programa de intervención más efectivo en cada paciente. Así pues, en la presente investigación el objetivo general será estudiar el nivel de autoestima, grado de impulsividad, presencia de miedo a la madurez y sentimiento de culpa, así como la asociación de estas variables con la preocupación por la figura corporal atendiendo al tipo de diagnóstico de Trastorno de Conducta Alimentaria (Anorexia Nerviosa, AN y Bulimia Nerviosa, BN) y a distintas modalidades de tratamiento (Ambulatorio, ingreso continuado). A partir de este objetivo genérico se plantean las siguientes hipótesis:



H1. Se predice que la puntuación media del grupo con diagnóstico AN será más elevada respecto al grupo con BN en la variable *autoestima* (RSES) y menor en *impulsividad* (BIS-11), *miedo a la madurez* (subescala EDI-2), *sentimiento de culpa* (subescala SCL90-R) y *preocupación por la figura corporal* (subescala BSQ) de forma estadísticamente significativa.

H2. Se prevee que las pacientes acogidas a tratamiento ambulatorio (Hospital de día, HD) obtendrán valores más bajos respecto a las de ingreso continuado (24h) en la variable *autoestima* (RSES) y puntuaciones más altas en *impulsividad* (BIS-11), *miedo a la madurez* (subescala EDI-2), *sentimiento de culpa* (subescala SCL90-R) y *preocupación por la figura corporal* (subescala BSQ) de forma estadísticamente significativas.

H3. Se predice que la *preocupación por la imagen corporal* (subescala BSQ) presentará una relación negativa estadísticamente significativa con la *autoestima* (RSES) en el total de la muestra.

H4. Se espera que la *preocupación por la imagen corporal* (subescala BSQ) presentará una relación positiva estadísticamente significativa con la *impulsividad* (BIS-11), el *sentimiento de culpa* (subescala SCL-90-R) y el *miedo a la madurez* (subescala EDI-2) en el total de la muestra.

H5. Se espera que la *autoestima* (RSES), la *impulsividad* (BIS-11), el *sentimiento de culpa* (subescala SCL-90-R) y el *miedo a la madurez* (subescala EDI-2) sean las variables con mayor capacidad predictiva en la *preocupación por el cuerpo* (subescala BSQ).

Método

Participantes

Para dar respuesta a las hipótesis planteadas en este trabajo se ha contado con una muestra clínica conformada por 30 mujeres diagnosticadas de TCA procedentes del centro especializado en prevención y tratamiento de Anorexia y Bulimia (Centro ABB) con sede en Sevilla.

En cuanto a las características sociodemográficas de las participantes, el rango de edad oscilaba entre 14 y 24 años, con una media de 19,1 ($DT\ edad=0,54$), de las cuales el 40% tenían entre 17 y 19 años. En cuanto al estado civil todas eran solteras. El 91% cursaban estudios universitarios y poseían un nivel socioeconómico medio-alto. Todas las participantes



eran de nacionalidad española y ninguna de ellas presentaba algún tipo de discapacidad o necesidad de apoyo para realizar el cuestionario.

Del total de participantes 18 cumplían los criterios diagnósticos para la AN (*Medad*=18,94; *DT edad*=3,3) y 12 cumplían los criterios diagnósticos para la BN (*Medad*=19,3; *DT edad*=2,5). Como criterio de inclusión se consideró el cumplimiento de los criterios diagnósticos del DSM- IV-TR y DSM-5 ⁽¹⁹⁾ para la AN o BN en el momento de la evaluación, ser mujer y haber cumplimentado en su totalidad los instrumentos incluidos en el estudio. Como criterios de exclusión se consideró presentar Trastorno por Atracón o Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado en el momento de la evaluación.

En cuanto al régimen de ingreso el 50% era de hospital de día (HD) permaneciendo en el centro de lunes a viernes en horario de 9.00 a 19.00h y el 50% de 24h, residiendo de lunes a viernes y gran parte del fin de semana.

De las pacientes, el 76,7% era la primera vez que estaban en tratamiento y el 23,3% habían sufrido alguna recaída siendo su segundo ingreso. El número de meses que llevaban en el tratamiento oscilaba entre un mes y cuarenta y nueve meses, siendo la media de 9,43 meses.

Instrumentos

A todas las participantes se les administró una batería de instrumentos muy amplia de los cuales se han seleccionado los que se describen a continuación por considerarlos los más relevantes para dar respuesta a las hipótesis planteadas:

El *Cuestionario de la Silueta Corporal*, BSQ ⁽²⁰⁾. Se ha empleado la versión adaptada ⁽²¹⁾. Esta prueba mide la preocupación por el peso y la imagen corporal, la insatisfacción producida por el propio cuerpo, la falta de valoración por la apariencia física, el miedo a engordar, el deseo de perder peso y la evitación de las situaciones en las que la apariencia física pueda atraer la atención de los otros. El número de ítems es 34 de tal manera que no se necesitan más de 10 ó 15 minutos para su cumplimentación. El coeficiente de consistencia interna de la versión española (α de Cronbach) es de 0,93 a 0,97.

La *Escala de autoestima de Rosenberg*, RSES ⁽²²⁾. En su versión adaptada a la población española ⁽²³⁾. Mide el sentimiento de respeto y grado de satisfacción que la persona tiene consigo misma. Consta de 10 ítems. Se cumplimenta en 5 minutos aproximadamente de



forma autoadministrada. El coeficiente de consistencia interna (α de Cronbach) es de 0,76 a 0,87.

La *Escala de Impulsividad de Barratt, BIS-11* ⁽²⁴⁾. Se ha empleado la versión adaptada a la población española ⁽²⁵⁾. Consta de 30 ítems. Es un instrumento diseñado para evaluar la impulsividad. Puede ser auto o heteroaplicada y el tiempo estimado para su cumplimentación es de 5 minutos. El coeficiente de consistencia interna (α de Cronbach) es de 0,87.

El *Cuestionario de Evaluación de Síntomas, SCL-90-R* ⁽²⁶⁾. Se ha empleado la versión española ⁽²⁷⁾. Este cuestionario consta de 90 ítems organizados en nueve factores de síntomas primarios. Además incluye siete ítems adicionales. Es autoadministrado y el tiempo necesario para su cumplimentación suele ser de unos 20 minutos. El coeficiente de consistencia interna (α de Cronbach) oscila entre 0,69 y 0,97.

El *Inventario de Trastornos Alimentarios, EDI-2* ⁽²⁸⁾. Se ha empleado la versión validada en población española ⁽²⁹⁾. Sirve para evaluar la sintomatología de trastornos alimentarios, principalmente AN y BN. Consta de 91 ítems y se cumplimenta en 20 minutos aproximadamente de forma autoadministrada. El coeficiente de consistencia interna de la versión española (α de Cronbach) es de 0,83 a 0,92.

Procedimiento

Como se ha mencionado anteriormente, todas las participantes del estudio procedían de un centro especializado en TCA. Se seleccionaron a las pacientes que se encontraban en régimen de unidad 24 horas y HD. De cada régimen se escogió a todas aquellas pacientes que habían cumplimentado la batería de evaluación y cumplían con los criterios diagnósticos AN y BN según DSM-IV-R y DSM-5 (19) dando lugar a una muestra total de 30 sujetos.

Se solicitó autorización al director del centro y el consentimiento oral a las pacientes para su participación. Se les informó de los objetivos del estudio y de la posibilidad de emplear los resultados con fines de investigación. Las pacientes aceptaron de forma voluntaria y se aseguró la confidencialidad de los datos.

Los cuestionarios fueron cumplimentados de forma autoaplicada, sin límite de tiempo, siguiendo el protocolo establecido en el centro terapéutico y las normas de aplicación y corrección recomendadas por los respectivos autores. La batería de pruebas psicológicas se administró tras la primera entrevista mantenida con las pacientes y antes de iniciar el tratamiento.



Diseño

Se trata de un estudio ex post facto o retrospectivo para una medida transversal siguiendo un muestreo intencional no aleatorio por accesibilidad.

Las variables de estudio son:

·Variable dependiente: preocupación por la figura corporal, medida por la subescala del BSQ.

·Variables independientes: autoestima medida por la puntuación de la Escala de autoestima de Rosenberg, impulsividad medida por la subescala de impulsividad del BIS-11, miedo a la madurez medida con los ítems adicionales del EDI-2 y sentimiento de culpa medido con la subescala del SCL-90-R.

Análisis estadístico

Para dar respuesta a las hipótesis 1, 2, 3 y 4 se realizó un análisis exploratorio mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov, cuyo estadístico de homogeneidad indicó que se cumplía la normalidad ($p > .05$), no teniendo que recurrir a las pruebas no paramétricas. De esta forma la prueba elegida para las dos primeras hipótesis es la *t* de Student para comparar medias de grupos independientes según el diagnóstico y el tipo de ingreso. Para las hipótesis 3 y 4 se empleó el coeficiente de correlación de Pearson entre las variables preocupación por la figura (subescala BSQ) y la autoestima (RSES), la impulsividad (BIS-11), el miedo a la madurez (subescala EDI-2) y el sentimiento de culpa (SCL-90-R). Asimismo se comprobó el tamaño del efecto utilizando la prueba que se adaptaba a las características de las variables objeto de estudio, Tau-b de Kendall. En todos estos casos, se utilizaron los siguientes intervalos: de 0 a 0,09, despreciable; de 0,1 a 0,29, tamaño de efecto bajo; de 0,3 a 0,49, tamaño de efecto medio; y a partir de 0,5, tamaño de efecto grande.

Finalmente, para comprobar nuestra quinta hipótesis se aplicó un análisis de Regresión Lineal por pasos en el que las variables predictoras han sido las variables autoestima (RSES), la impulsividad (BIS-11), el miedo a la madurez (subescala EDI-2) y el sentimiento de culpa (SCL-90-R) sobre la variable dependiente preocupación por la figura corporal (subescala BSQ).

Todos los análisis se realizaron con el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows. Todos los cálculos se obtuvieron con un nivel de confianza del 95% y un $p < 0,05$.



Resultados

H1. Se predice que la puntuación media del grupo con diagnóstico AN será más elevada respecto al grupo con BN en la variable *autoestima* (RSES) y menor en *impulsividad* (BIS-11), *miedo a la madurez* (subescala EDI-2), *sentimiento de culpa* (subescala SCL90-R) y *preocupación por la figura corporal* (subescala BSQ) de forma estadísticamente significativa.

Dado el cumplimiento del supuesto de homogeneidad y normalidad se utilizó la prueba *t* de Student para grupos independientes comparando las medias según el diagnóstico (AN y BN) y el tipo de régimen (HD y 24h) (Tabla 1).

Tabla 1. Prueba *t* de student de comparación de medias en el grupo de AN (n=18) y grupo de BN (n=12).

Variables	Diagnóstico	Media	DT	<i>t</i>	<i>p</i>
Autoestima	AN	23,78	5,79	0,65	0,522
	BN	22,25	7,06		
Impulsividad	AN	44,89	18,76	0,71	0,486
	BN	49,42	14,46		
Culpa	AN	1,33	1,28	0,48	0,636
	BN	1,58	1,56		
Miedo madurez	AN	7,35	5,42	1,3	0,206
	BN	10,17	6,21		
P. figura corporal	AN	53,83	22,86	2,49	0,019*
	BN	75,08	22,96		

* $p < 0,05$



La hipótesis 1 se cumpliría únicamente en la variable preocupación por la figura corporal (subescala de BSQ), pero no se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre las medias del grupo AN y BN en autoestima (RSES), impulsividad (BIS-11), sentimiento de culpa (subescala SCL90-R) y miedo a la madurez (EDI-2).

H2. Se prevee que las pacientes acogidas a tratamiento ambulatorio (HD) obtendrán valores más bajos respecto a las de ingreso continuado (24h) en la variable autoestima (RSES) y puntuaciones más altas en impulsividad (BIS-11), miedo a la madurez (subescala EDI-2), sentimiento de culpa (subescala SCL90-R) y preocupación por la figura corporal (subescala BSQ) de forma estadísticamente significativas.

Según el tipo de ingreso (Tabla 2), HD y 24h, se puede observar que las diferencias de las medias en la autoestima (RSES), la impulsividad (BIS-11), el sentimiento de culpa (subescala SCL90-R), el miedo a la madurez (EDI-2) y preocupación por la figura corporal (subescala de BSQ), no son estadísticamente significativas por lo que la hipótesis 2 quedaría rechazada.



Tabla 2. Comparación de medias según el tipo de ingreso (HD n=15; 24h=15).

VARIABLES	T. ingreso	Media	DT	t	p
Autoestima	HD	22,73	7,41	0,37	0,711
	24h	23,6	5,07		
Impulsividad	HD	47,6	19,08	0,28	0,788
	24h	45,8	15,38		
Culpa	HD	1,6	1,4	0,65	0,518
	24h	1,27	1,39		
M. madurez	HD	9,8	6,61	1,24	0,226
	24H	7,1	4,69		
P. figura corporal	HD	66,87	26,57	1	0,327
	24h	57,8	23,04		

* p<0,05

H3. Se predice que la preocupación por la imagen corporal (subescala BSQ) presentará una relación negativa estadísticamente significativa con la autoestima (RSES) en el total de la muestra y H4. Se espera que la preocupación por la imagen corporal (subescala BSQ) presentará una relación positiva estadísticamente significativa con la impulsividad (BIS-11), el sentimiento de culpa (subescala SCL-90-R) y el miedo a la madurez (subescala EDI-2) en el total de la muestra.



Estos resultados confirmarían las hipótesis 3 y 4 de nuestro estudio encontrándose una relación estadísticamente significativa entre las variables independientes y la preocupación por la figura corporal (subescala BSQ).

Con la intención de profundizar algo más se segmentaron estos hallazgos atendiendo al tipo de diagnóstico y de ingreso, y se obtuvieron los resultados que se recogen en las Tablas 3, 4 y 5.

Tabla 3. Correlación de Pearson entre preocupación por la figura corporal (subescala BSQ) y autoestima (RSES), impulsividad (BIS-11), sentimiento de culpa (subescala SCL90-R) y miedo a la madurez (subescala EDI-2) en toda la muestra (N=30).

Variables	BSQ	<i>p</i>	<i>Tau-b</i>
Autoestima	-0,79	0,000*	0,61 (alto)
Impulsiv.-Total	0,44	0,015*	0,35 (medio)
Impulsiv.- Cognitiva	0,38	0,04*	0,20 (bajo)
Impulsiv.-Motora	0,47	0,009*	0,32 (medio)
Impulsiv.- No plani.	0,12	0,531	0,07 (desp.)
S. de culpa	0,48	0,007*	0,39 (medio)
M. madurez	0,45	0,014*	0,36 (medio)

* $p < 0,05$



Tabla 4. Correlación de Pearson entre preocupación por la figura corporal (subescala BSQ) y autoestima (RSES), impulsividad (BIS-11), sentimiento de culpa (subescala SCL90-R) y miedo a la madurez (subescala EDI-2) según el tipo de diagnóstico (AN n=18; BN n=12).

Diagnóstico	Variables	BSQ	p	$Tau-b$
Anorexia	Autoestima	-0,83	0,000*	0,64 (alto)
	Impulsiv.-Total	0,55	0,019*	0,48 (medio)
	Impulsiv.- Cognitiva	0,41	0,092	0,14 (bajo)
	Impulsiv.-Motora	0,55	0,018*	0,45 (medio)
	Impulsiv.- No planif.	0,37	0,134	0,33 (medio)
	S. de culpa	0,53	0,024*	0,38 (medio)
Bulimia	M. madurez	0,32	0,215	0,26 (bajo)
	Autoestima	-0,82	0,001*	0,54 (alto)
	Impulsiv.-Total	0,20	0,524	0,19 (bajo)
	Impulsiv.-Cognitiva	0,25	0,44	0,26 (bajo)
	Impulsiv.-Motora	0,43	0,17	0,20 (bajo)
	Impulsiv.-No planif.	0,19	0,55	0,26 (bajo)
	S. de culpa	0,44	0,148	0,26 (bajo)
M. madurez	0,51	0,092	0,24 (bajo)	

* $p < .05$



Tabla 5. Correlación de Pearson entre preocupación por la figura corporal (subescala BSQ) y autoestima (RSES), impulsividad (BIS-11), sentimiento de culpa (subescala del SCL90-R) y miedo a la madurez (subescala EDI-2) según el tipo de ingreso (HD n=15; y 24h, n=15).

T. ingreso	Variables	BSQ	<i>p</i>	<i>Tau-b</i>
HD	Autoestima	-0,88	0,000*	0,72 (alto)
	Impulsiv.-Total	0,46	0,088	0,27 (bajo)
	Impulsiv.-Cognitiva	0,40	0,14	0,30 (medio)
	Impulsiv.-Motora	0,51	0,053	0,32 (medio)
	Impulsiv.- No planif.	0,043	0,87	0,12 (bajo)
	S. de culpa	0,57	0,027*	0,45 (medio)
	M. madurez	0,32	0,239	0,25 (bajo)
24h	Autoestima	-0,66	0,007*	0,42 (medio)
	Impulsiv.-Total	0,42	0,121	0,32 (medio)
	Impulsiv.-Cognitiva	0,29	0,303	0,08 (desp.)
	Impulsiv.-Motora	0,44	0,1	0,29 (bajo)
	Impulsiv.-No planif.	0,14	0,616	0,16 (bajo)
	S. de culpa	0,35	0,197	0,29 (bajo)
	M. madurez	0,62	0,019*	0,54 (alto)

**p*<0,05



En definitiva, la hipótesis 3 de nuestro estudio se confirmaría en ambos grupos, AN y BN. Sin embargo, la hipótesis 4 en el grupo de AN se confirma para las variables autoestima (RSES), impulsividad total (BIS-11) y sentimiento de culpa (subescala del SCL90-R), pero no para el miedo a la madurez (subescala EDI-2). En el grupo de BN, la hipótesis 4 sólo se confirmaría para la variable autoestima (RSES).

Según los resultados, al segmentar la muestra por el tipo de ingreso, la hipótesis 3 de nuestro estudio se confirmaría en ambos grupos. En cuanto a la hipótesis 4, para el grupo de HD sólo se cumple para la variable sentimiento de culpa (subescala del SCL90-R) y en el grupo 24h para el miedo a la madurez (subescala EDI-2).

H5. Se espera que la autoestima (RSES), la impulsividad (BIS-11), el sentimiento de culpa (subescala SCL-90-R) y el miedo a la madurez (subescala EDI-2) sean las variables con mayor capacidad predictiva en la preocupación por el cuerpo (subescala BSQ) (Tabla 6).

Tabla 6. Resultados de la Regresión Lineal de la preocupación por la figura corporal (subescala BSQ) y las variables predictoras (N=30).

Variabes	<i>B</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
Autoestima	0,44	3,15	0,004*
Impulsiv. Total	0,18	2,91	0,008*
Impulsiv. Cognitiva	2,53	2,37	0,025*
Impulsiv. Motora	1,55	2,93	0,007*
Impulsiv. No planif.	1,25	1,79	0,085
S. de culpa	0,16	1,4	0,175*
M. madurez	0,38	3,25	0,003*

$R^2=0,77$

* $p<0,05$



El conjunto de estas variables consigue explicar el 77% de la varianza en la preocupación por el cuerpo (subescala BSQ) en la muestra clínica. También se comprobó mediante el análisis de residuos que los datos se ajustaban bien a los supuestos del modelo de Regresión lineal. Por lo que podemos decir que la quinta hipótesis se cumpliría.

Discusión

Tras realizar la prueba estadística *t* de student para la comparación de medias, las diferencias según el diagnóstico (H1) y el tipo de régimen de tratamiento (H2) en las variables predictoras no fueron estadísticamente significativas como se esperaba, salvo en el caso de preocupación por la figura corporal (subescala de BSQ) que fue mayor para las diagnosticadas de BN, por lo que sólo se cumplió la hipótesis 1 para esta variable. Estos resultados siguen la línea de los obtenidos por otros autores ⁽³⁰⁾ que compararon las variables psicológicas y psicopatológicas asociadas a los distintos grupos sin encontrar grandes diferencias entre los pacientes con diagnóstico de AN y BN.

En relación con el régimen de tratamiento al que están sometidas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables, por lo que la hipótesis 2 quedaría rechazada.

En cuanto a la hipótesis 3, tal y como se esperaba la preocupación por la imagen corporal (subescala del BSQ) presentó una relación negativa estadísticamente significativa con la autoestima (RSES) en el total de la muestra. Teniendo en cuenta los diferentes diagnósticos de AN y BN por separado la relación estadísticamente significativa se mantuvo, de la misma manera que cuando se analizó la relación en los distintos grupos según el tipo de tratamiento. Además el tamaño de efecto fue alto, por lo que podemos concluir que nuestra hipótesis 3 se cumpliría. Esto es explicado en otras investigaciones ⁽⁶⁾, según las cuales la autoestima estaba determinada por el dominio sobre el que la persona la construye, que en este caso sería la preocupación por la imagen corporal aumentando la vigilancia del cuerpo y las evaluaciones negativas.

La impulsividad (BIS-11) también se esperaba que estuviese relacionada con la preocupación por la imagen corporal (medida con la subescala del BSQ) presentando una relación positiva estadísticamente significativa. La hipótesis 4 se cumplió cuando se analizó la relación en el total de la muestra, con un tamaño de efecto alto. Estos resultados siguen en la



línea de los encontrados ⁽¹¹⁾ que mostraron relaciones estadísticamente significativas entre los TCA, la impulsividad y la preocupación por la figura corporal.

Sin embargo, cuando se estudió según los distintos grupos se encontró que esta relación era significativa entre las pacientes con AN, pero los datos no fueron concluyentes en el grupo de BN ni cuando se distinguió entre las pacientes con régimen de tratamiento de HD y 24h. Los datos puede que no sean concluyentes en los distintos subgrupos porque al dividir la muestra no se cuente con el número suficiente de sujetos para que la relación sea significativa.

Otro aspecto con el que se esperaba que la preocupación por la imagen corporal (subescala BSQ) presentara una relación estadísticamente significativa fue el sentimiento de culpa (subescala SCL-90-R). Se encontró esta relación significativa en la muestra general por lo que la hipótesis 4 se cumpliría. Pero al segmentar la muestra según el tipo de diagnóstico, en la AN se apreció una relación entre ambas variables significativa con un tamaño de efecto alto pero no en el grupo de pacientes con BN. En estudios previos se habla de un efecto bidireccional, siendo la preocupación por la imagen corporal la que conduce al aumento de la culpa cuando no se cumple el estándar ideal y la culpa aumenta a su vez la preocupación por la imagen ⁽¹⁶⁾. Además, en otras investigaciones ⁽¹⁴⁾ se demostró que existía relación estadísticamente significativa entre la culpa y la restricción de la alimentación que aparece entre las pacientes de AN.

Por último, según la hipótesis 4 la preocupación por la imagen corporal (subescala BSQ) presentaría una relación positiva estadísticamente significativa con el miedo a la madurez (subescala EDI-2). Efectivamente este resultado se mostró en el análisis de la muestra general.

Estos datos apoyan otros estudios ⁽¹⁸⁾ que encontraron que las pacientes de inicio temprano presentaban mayor temor a la madurez aumentando la preocupación por la figura corporal. Por el contrario, cuando segmentamos la muestra en grupos, la relación solo fue significativa en HD. Una posible explicación es que el miedo a la madurez es el deseo de evitar las demandas de la adultez y volver a la seguridad y el cuidado de los años de la pre-adolescencia ⁽¹⁷⁾. Las pacientes del grupo de HD a diferencias de las de 24h tienen que enfrentarse por ellas mismas a las demandas del medio y salir de la zona segura sin ningún control externo, quizás este sea el motivo por el que según los resultados la relación sea estadísticamente significativa en el grupo HD y no en el de 24h.

Dadas estas asociaciones entre las variables del estudio que se han ido contemplando, se analizó finalmente qué valor predictivo tenían en su conjunto sobre la preocupación por el



cuerpo (subescala BSQ). Los hallazgos apuntaron a que todas las dimensiones (autoestima, impulsividad total, motora, cognitiva, sentimiento de culpa y miedo a la madurez) tienen un peso importante en la presencia de preocupación por la figura corporal (subescala BSQ) que presentan las participantes, explicando un 77% de la varianza. Por lo tanto, la detección en personas diagnosticadas de AN y BN de niveles significativos (bajos o altos) en estos constructos serán determinantes en la consideración de su padecimiento como ya apuntaban otros autores ⁽¹⁸⁾.

Las conclusiones obtenidas en esta investigación son útiles para mejorar la efectividad de la intervención psicológica en las pacientes con AN y BN, considerando como objetivo principal el trabajo de la autoestima, la impulsividad, el sentimiento de culpa y el miedo a la madurez que han sido los aspectos psicológicos altamente relacionados con la preocupación por la figura corporal en los TCA. Especialmente, la focalización en la autoestima será imprescindible por ser la variable que se relacionó con mayor intensidad con la preocupación por la figura corporal en el total de la muestra. Además, la autoestima baja puede ser uno de los principales factores de riesgos para padecer un TCA, por lo que será importante pensar en programas preventivos centrados en esta variable. Asimismo, se deberá tener en cuenta en el tratamiento psicológico que las pacientes de HD presentan niveles más altos de autoestima baja, impulsividad, sentimiento de culpa y miedo a la madurez, y no caer en el error de creer que al estar en este tipo de régimen menos intensivo su estado psicológico es más favorable.

Cabe destacar que en este estudio hubo algunas limitaciones. Una de estas limitaciones con respecto a la validez interna pudo ser la falta de honestidad por parte de las pacientes con el fin de ocultar su enfermedad y poder continuar con las conductas compensatorias para alcanzar su estándar ideal. Con respecto a la validez externa, el número de participantes fue reducido al contar con una muestra clínica limitada y elegida intencionalmente, todas mujeres, diagnosticadas con AN o BN y de nacionalidad española, pudiendo no ser suficiente para demostrar la existencia de ciertas relaciones significativas.

En futuras líneas de investigación estas limitaciones podrían solventarse ampliando la muestra clínica con participantes de otros centros y distintos diagnósticos de TCA para facilitar la generalización de los resultados. Además, sería oportuno comprobar la efectividad de los distintos tipos de ingreso a través de un estudio longitudinal, ya que a pesar de que el grupo de ingreso ambulatorio (HD) estuvo formado por las chicas con menor gravedad, al ser menos intensivo estas pacientes fueron más vulnerables en ciertos aspectos psicológicos.



Financiación

Sin financiación.

Agradecimientos

Agradecer la facilidad que nos ha brindado el centro ABB de Sevilla a la hora de recoger los datos.

Conflicto de interés

Sin conflicto de interés.

Referencias

1. Akers, L., Rohde, P., Stice, E., Butryn, M. L., & Shaw, H.. Cost-effectiveness of achieving clinical improvement with a dissonance-based eating disorder prevention program. *Eating disorders*. 2017; 25(3): 263-272.
2. Castro-Zamudio, S., & Castro-Barea, J. Impulsividad y búsqueda de sensaciones: factores asociados a síntomas de anorexia y bulimia nerviosas en estudiantes de secundaria. *Escritos de Psicología*. 2016; 9(2): 22-30.
3. Ortiz Cuquejo, L. M., Aguiar, C., Samudio Domínguez, G. C., & Troche Hermosilla, A. Eating Disorders in adolescents: A booming disease? *Pediatría (Asunción)*. 2017; 44(1): 3742.
4. Calugi, S., El Ghoch, M., Conti, M., & Dalle Grave, R. Preoccupation with shape or weight, fear of weight gain, feeling fat and treatment outcomes in patients with anorexia nervosa: A longitudinal study. *Behaviour research and therapy*. 2018; 105: 63-68.
5. Campana, A. N. N. B., Tavares Filho, R. F., & Campana, M. B. Avaliação perceptiva da imagem corporal: história, reconceituação e perspectivas para o brasil¹. *Psicologia em Estudo*. 2010; 15(3): 509-518.
6. Overstreet, N. M., & Quinn, D. M. Contingencies of self-worth and appearance concerns: Do domains of self-worth matter?. *Psychology of Women Quarterly*: 2012; 36(3): 314-325.



7. Tiggemann, M., & Polivy, J. Upward and downward: Social comparison processing of thin idealized media images. *Psychology of Women Quarterly*. 2010; 34(3): 356-364.
8. Boisseau, C. L., Thompson-Brenner, H., Eddy, K. T., & Satir, D. A. Impulsivity and personality variables in adolescents with eating disorders. *The Journal of nervous and mental disease*. 2009; 197(4): 251.
9. Haynos, A. F., Roberto, C. A., Martinez, M. A., Attia, E., & Fruzzetti, A. E. Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa before and after inpatient weight restoration. *International Journal of Eating Disorders*. 2014; 47(8): 888-891.
10. Waxman, S. E. A systematic review of impulsivity in eating disorders. *European Eating Disorders Review*. 2009; 17(6): 408-425.
11. Scherr, J., Ferraro, F. R., & Weatherly, J. N. Associations between impulsivity and body dissatisfaction in females at risk for developing eating disorders. *Current Psychology*. 2010; 29(4): 297-306.
12. Garrido, I., & Subirá, S. Decision-making and impulsivity in eating disorder patients. *Psychiatry research*. 2013; 207(1): 107-112.
13. Pila, E., Brunet, J., Crocker, P. R., Kowalski, K. C., & Sabiston, C. M. Intrapersonal characteristics of body-related guilt, shame, pride, and envy in Canadian adults. *Body image*. 2016; 16: 100-106.
14. Calogero, R. M., & Pina, A. Body guilt: Preliminary evidence for a further subjective experience of self-objectification. *Psychology of Women Quarterly*. 2011; 35(3): 428-440.
15. Dakanalis, A., Carrà, G., Timko, A., Volpato, C., Pla-Sanjuanelo, J., Zanetti, A., ... & Riva, G. Mechanisms of influence of body checking on binge eating. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2015; 15(2): 93-104.
16. Solomon-Krakus, S., & Sabiston, C. M. Body checking is associated with weight-and body-related shame and weight-and body-related guilt among men and women. *Body image*. 2017; 23: 80-84.
17. Astudillo, R. B., & Meza, M. A. Maturity fears in anorexia nervosa/Temor a la madurez en la anorexia nerviosa. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*. 2013; 4(2): 143-152.



18. Abbate-Daga, G., Pierò, A., Rigardetto, R., Gandione, M., Gramaglia, C., & Fassino, S. Clinical, psychological and personality features related to age of onset of anorexia nervosa. *Psychopathology*. 2007; 40(4): 261-268.
19. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ed. [DSM 5]). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2014.
20. Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairbum, C. G. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of eating disorders*, 1987; 6(4): 485-494.
21. Raich, R. M^a.; Mora, M.; Soler, A.; Ávila, C.; Clos, I. & Zapater, I. Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*. 1996; 7(1): 51-66.
22. Rosenberg, M. Rosenberg self-esteem scale (RSE). Acceptance and commitment therapy. *Measures package*. 1965; 61: 52.
23. Atienza, F. L., Moreno, Y., & Balaguer, I. An Análisis of the dimensionality of the Rosenberg Self-esteem Scale in a sample of valencian adolescents. *Universitas Tarraconensis*. 2000; 22: 1-2.
24. Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., & Patton, J. H. Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and individual differences*. 2009; 47(5): 385-395.
25. Martínez-Loredo, V., Fernández-Hermida, J. R., Fernández-Artamendi, S., Carballo, J. L., & García-Rodríguez, O. Spanish adaptation and validation of the Barratt Impulsiveness Scale for early adolescents (BIS-11-A). *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2015; 15(3): 274-282.
26. Derogatis, L. R. Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). Lyndhurst, NJ: NCS Pearson; 1979.
27. De las Cuevas, C., González de Rivera, J. L., Henry-Benítez, M., Monterrey, A. L., Rodríguez Pulido, F., & Gracia Marco, R. (1991). Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales de psiquiatría*. 1991; 7 (3): 93-96.
28. Garner, D. M. EDI 2: Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. Manual. Madrid: TEA Ediciones; 1998.



-
29. Corral, S., González, M., Pereña, J., & Seisdedos, N. Adaptación española del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. EDI-2: Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. Manual. Madrid: TEA Ediciones; 1998.
 30. Fernández-Delgado, A., Jáuregui-Lobera, I. Variables psicológicas y psicopatológicas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). JONNPR. 2016; 1 (2): 71-80.