

## Diferencias de personalidad y en variables psicológicas relacionadas con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria

María Á. Castejón\*, and Rosendo Berengüi

Universidad Católica de Murcia (UCAM), (España)

**Resumen:** Determinadas variables psicológicas y la personalidad son consideradas como factores predisponentes o influyentes para el posterior desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, así como también la puesta en práctica de determinados comportamientos de riesgo, como los atracones, vómitos o la práctica de ejercicio físico excesivo para la pérdida de peso. El objetivo del estudio fue comparar las diferencias en personalidad y variables psicológicas relevantes relacionadas con los TCA, en mujeres y hombres, a partir del cumplimiento de criterios específicos a partir de los cuales se recomienda la derivación a un especialista en patologías alimentarias. En el estudio participaron 604 estudiantes universitarios, y se emplearon el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3) y su cuestionario de remisión (EDI-3 RF), y el Five-Factor Inventory (NEO-FFI). Los resultados mostraron que hasta el 58.5% de mujeres y 49.5% de hombres cumplen criterios de remisión. Tanto en mujeres como en hombres, existen diferencias entre los grupos con criterios y quienes no los presentan, principalmente en neuroticismo, obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal y ascetismo. Las puntuaciones en el factor neuroticismo y en la gran mayoría de escalas psicológicas son también superiores en los sujetos que cumplen con mayor número de criterios.  
**Palabras clave:** trastornos de la conducta alimentaria; personalidad; insatisfacción corporal; conductas de riesgo.

**Title:** Personality differences and psychological variables related to risk for eating disorders.

**Abstract:** Certain psychological variables and personality are considered as predisposing or influential factors for the subsequent development of eating disorders. Also the implementation of some risk behaviors, such as binge eating, vomiting or excessive physical exercise for weight loss. The aim of the study was to compare the differences in personality and relevant psychological variables related to eating disorders, in women and men, based on compliance with specific criteria to help identify individuals with potential eating disorders. Participants were 604 university students. The Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) and Referral Form (EDI-3 RF), and the Five-Factor Inventory (NEO-FFI) were used. The results showed that up to 58.5% of women and 49.5% of men met remission criteria. In both women and men, there are differences between groups with criteria and those who do not, mainly in neuroticism, drive for thinness, bulimia, body dissatisfaction and asceticism. The scores in the neuroticism factor and in the great majority of psychological scales are also higher in students that accomplish the highest number of criteria.

**Key word:** eating disorders; personality; body dissatisfaction; risk behaviors.

### Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) siguen siendo unos de los principales problemas de salud de la sociedad actual, en especial en mujeres y en poblaciones jóvenes. A pesar de que existen numerosos estudios que aportan datos sobre la prevalencia del problema, se tiende a ignorar o infravalorar las cifras de sujetos que se sitúan en riesgo de desarrollar esos trastornos, a causa de determinadas características psicológicas y la realización de conductas de riesgo.

Los TCA se caracterizan según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) por ser una alteración persistente de la alimentación o del comportamiento relacionado con la alimentación, que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Estos trastornos implican un comportamiento distorsionado en la alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal, lo que motiva la adopción de estrategias inadecuadas para prevenir el aumento de peso, tales como la actividad física vigorosa y la restricción drástica de la ingesta de alimentos (Herpertz, 2009).

En la base de los TCA, tanto en su inicio como en su mantenimiento, han sido señaladas una serie de variables psi-

cológicas relevantes. La obsesión por la delgadez, o el deseo de estar más delgado y la preocupación por la alimentación, el peso, y el miedo a engordar, es un elemento central de los síntomas de los TCA en muestras clínicas, y además constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de síntomas en muestras no clínicas (Elosua, López-Jáuregui, & Sánchez, 2010; Garner, 2004). También, la insatisfacción corporal ha sido asumida como uno de los factores de mayor relevancia para comprender el origen de los trastornos alimentarios (Beato, Rodríguez, Belmonte, & Martínez, 2004), y además está asociada al empeoramiento de estas patologías (Cooley & Toray, 2001). De hecho, un criterio específico para Anorexia Nerviosa del DSM-5 (APA, 2013) es la alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, y en CIE-10 (World Health Organization, 1992) se apunta como criterio diagnóstico la distorsión específica de la imagen corporal. Del mismo modo, la baja autoestima es considerada un factor de riesgo básico para el desarrollo de un TCA (Vohs et al., 2001), y factor fundamental tanto en la anorexia como en la bulimia (Striegel-Moore, 1995). Además, otras variables como el perfeccionismo, problemas de autoestima y autoconcepto, defectuosas habilidades de afrontamiento, y determinadas psicopatologías, como ansiedad, depresión, y trastornos obsesivos o compulsivos, han demostrado su relación con los TCA en mayor o menor medida (Castejón, 2017; Pamies, 2011).

También el análisis de la personalidad en relación a los TCA ha ocupado un papel importante en la investigación. Los diferentes modelos conceptuales, indican que la persona-

\* Correspondence address [Dirección para correspondencia]:  
M<sup>a</sup> Angeles Castejón Martínez. Grado de Educación. Universidad Católica de Murcia. Campus de los Jerónimos, s/n. 30107 Guadalupe, Murcia (España). E-mail: [macastejon@ucam.edu](mailto:macastejon@ucam.edu)  
(Article received: 6-2-2019; revised: 1-4-2019; accepted: 18-6-2019)

lidad puede ser considerada tanto como un factor predisponente, como una complicación, o una influencia, aunque la ausencia de estudios prospectivos a largo plazo ha impedido esclarecer esta incógnita (Caramillo, Khan, Collier, & Echevarría, 2015).

Actualmente las diferentes investigaciones que estudian el papel de los factores de personalidad en los TCA se basan en su mayoría en el modelo conceptual de los Cinco Grandes (McCrae & Costa, 1999). Cassin y von Ranson (2005) consideran que la personalidad está implicada en la aparición, expresión y mantenimiento de los TCA. En sus estudios encontraron, tanto en Anorexia Nerviosa como en Bulimia Nerviosa, elevados niveles de perfeccionismo, rasgos obsesivo-compulsivos, neuroticismo, emocionalidad negativa y evitación del daño junto con baja autodirectividad y cooperatividad. Concluyeron que las pacientes con bulimia presentan mayor búsqueda de novedad e impulsividad que las pacientes con diagnóstico de anorexia. En consonancia con estos resultados se encuentran los obtenidos por García-Palacios, Rivero y Botella (2004), quienes hallaron que pacientes con TCA puntúan más alto que los controles en la dimensión de neuroticismo y más bajo que ellos en extraversión y amabilidad.

Precisamente, la relación entre un elevado neuroticismo, perfeccionismo y los TCA es uno de los hallazgos más consistente en la literatura (Claes, Vandereycken, Vandeputte, & Braet, 2013; García-Palacios et al., 2004; MacLaren & Best, 2009; Podar, Jaanisk, Allik, & Harro, 2007). Estudios como los de Bulik et al. (2006) y Lilienfeld, Wonderlich, Lawrence, Crosby y Mitchell (2006) apoyan la posibilidad de que tanto neuroticismo como perfeccionismo supongan factores de riesgo de TCA.

Al mismo tiempo, la insatisfacción con el peso y la forma corporal, y la búsqueda de la delgadez, pueden desencadenar una serie de comportamientos inadecuados relacionados con la alimentación y el peso, que suponen un riesgo para el desarrollo de algún tipo de trastorno alimentario (Stice, Marti, & Durant, 2011). Algunos de estos comportamientos, conocidos como conductas alimentarias de riesgo, son el empleo de ejercicio físico excesivo, los atracones, el seguimiento de dietas crónicas y restrictivas, el abuso de laxantes, diuréticos o anfetaminas, el vómito autoinducido y la práctica de ayunos (Altamirano, Vizmanos, & Unikel, 2011; Saucedo, Peña, Fernández, García y Jiménez, 2010), y que están asociados a consecuencias nocivas para la salud, tales como desnutrición, déficits de nutrientes esenciales o alteraciones fisiológicas de diverso tipo (Lora-Cortez & Saucedo, 2006; Resch & Sezen, 2002).

Una población de alto riesgo la constituyen los estudiantes universitarios. En entornos universitarios los TCA registran una alta prevalencia (Kwan et al., 2014; White, Reynolds-Malea y Cordero, 2011), así como una elevada manifestación de los comportamientos de riesgo anteriormente citados (Perryman, Barnard y Reysen, 2018; White et al., 2011). El periodo de vida universitaria puede ser considerada una etapa especialmente sensible y estresante, debido a los numerosos cambios y desafíos que los jóvenes adultos deben

afrentar (Trindade, Appolinario, Mattos, Treasure y Nazar, 2019), como la necesidad de adaptación a los nuevos roles sociales, la pérdida de apoyo familiar o social al cambiar de casa, convivir con personas de diferentes orígenes socioculturales, las dificultades financieras, y la necesidad de organizar horarios de trabajo y estudio, entre otros. Todos esos eventos vitales estresantes pueden afectar la salud mental de los estudiantes y conducir a diferentes problemas, como los TCA (Loth, van den Berg, Eisenberg y Neumark-Sztainer, 2008).

Además, un aspecto importante es que la gran mayoría de estudios epidemiológicos han afirmado de forma consistente que el riesgo y las prevalencias de los TCA observadas son superiores en mujeres que en hombres (Álvarez-Malé et al., 2015; Calado, 2011; Castejón, 2017; Dooley-Hash, Banker, Walton, Ginsburg y Cunningham, 2012; Galmiche, Déchelotte, Lambert y Tavolacci, 2019; Martínez-González et al., 2014; Pamies, Quiles y Bernabé 2011), e incluso el DSM-5 (APA, 2013) plantea que la anorexia nerviosa es una enfermedad eminentemente femenina. Sin embargo, muchos estudios no realizan distinción de género, y los instrumentos de evaluación de TCA existentes aportan datos y baremos basados fundamentalmente en muestras femeninas que impiden las comparaciones con los hombres. Es por esto que, atendiendo a esas diferencias de género, resulta imprescindible que los estudios analicen cada sexo por separado.

Por todo ello, el objetivo del presente estudio fue comparar las diferencias en personalidad y variables psicológicas relacionadas con los TCA, en mujeres y hombres universitarios, a partir del cumplimiento de criterios específicos a partir de los cuales se recomienda la derivación a un especialista en patologías alimentarias.

## Método

### Participantes

En el estudio participaron 604 sujetos, de los cuales 398 eran mujeres (65.89%) y 206 hombres (34.11%), con una edad media de 22.54 años ( $DT=4.25$ ), y un rango de edades entre los 18 y 36 años. Ningún participante estaba diagnosticado, ni lo había sido con anterioridad, de TCA.

Todos los participantes eran estudiantes universitarios, de universidades públicas y privadas de Murcia y Málaga (España), y pertenecientes a las titulaciones de Educación Primaria (39.24%), Educación Infantil (33.77%) y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (26.99%). En relación al curso que estudiaban los universitarios, el porcentaje más elevado se sitúa en aquellos que se encontraba realizando tercer curso (30.63%), seguidos por los que cursaban cuarto (23.68%) y segundo (23.01), y por último los alumnos de primer curso (22.68%).

## Instrumentos

*Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3).* Se empleó el EDI-3, original de Garner (2004) y adaptado por Elosua et al. (2010). Está compuesto por 91 ítems, organizados en 12 escalas principales, tres escalas específicas de los TCA y nueve escalas psicológicas generales no específicas de los TCA. Las tres primeras son denominadas escalas de riesgo de TCA, concretamente, Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal. Las nueve escalas restantes evalúan constructos psicológicos que son conceptualmente relevantes en el desarrollo y mantenimiento de los TCA: Baja Autoestima, Alienación Personal, Inseguridad Interpersonal, Desconfianza Interpersonal, Déficit Interoceptivos, Desajuste Emocional, Perfeccionismo, Ascetismo y Miedo a la Madurez.

El cuestionario presenta adecuadas propiedades psicométricas, ya que Elosua et al. (2010) en su trabajo de adaptación a partir de una muestra clínica, obtuvieron estructuras factoriales semejantes a las de la versión original. Además, la confiabilidad con una muestra clínica de 512 pacientes (97.7% mujeres) y una muestra no clínica de 5148 sujetos (50% mujeres), fue satisfactoria.

*Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Cuestionario de remisión (EDI-3 RF).* Esta prueba de remisión de Garner (2004) es una versión breve del EDI-3, y tiene la finalidad de ser una prueba de *screening*, para permitir realizar una evaluación sobre la necesidad de remitir al sujeto a un servicio especializado en trastornos alimentarios. Evalúa el riesgo de desarrollar un TCA a través de los 25 ítems de las tres principales escalas que en el EDI-3 que miden el riesgo de TCA (Obsesión por la Delgadez, Bulimia e Insatisfacción Corporal). Puesto que ya se obtuvieron esos datos con el anterior instrumento, del EDI-3 RF se emplea su parte B, que contiene diferentes cuestiones sobre los datos demográficos del sujeto y su historia de peso (edad, sexo, altura, peso actual y peso que el sujeto desearía tener), y sobre la frecuencia en conductas de riesgo para controlar el peso (presencia de atracones, vómitos, uso de laxantes y realización de ejercicio para controlar el peso, y si en los últimos seis meses el sujeto ha perdido 9 kilos o más).

El instrumento se basa en la aplicación de una serie de sencillas y claras reglas de decisión. Para ello incluye tres criterios a partir de los cuales se debe remitir al sujeto cuando en uno de los tres sobrepasa el punto de corte fijado. Además, el EDI-3 RF incluye cuestiones específicas para recoger información sobre el peso y la estatura que se utilizan para calcular el IMC.

Tras calcular el IMC del sujeto, se contrasta si cumple alguno de los criterios de remisión siguiente:

1. Criterio de remisión basado solo en el IMC: el criterio de remisión se cumple si el IMC del sujeto es igual o menor que el valor crítico señalado en el instrumento para las diferentes edades y sexos.
2. Criterio de remisión basado en el IMC más la presencia de preocupación excesiva sobre el peso y la alimentación:

el IMC correlaciona positivamente con las puntuaciones de Obsesión por la Delgadez y Bulimia, por lo que se establecen diferentes valores críticos para ambas escalas en función del IMC y de la edad del sujeto. El criterio de remisión se cumple si la puntuación directa total de las escalas del sujeto es igual o mayor que el respectivo valor crítico propuesto.

3. Criterio de remisión basado en los síntomas conductuales: se debe comprobar si alguna de las respuestas que aporta el sujeto sobre atracones, vómitos, uso de laxantes, ejercicio físico y pérdida de peso, cumplen los criterios. Para comprobarlo, debemos ver si la puntuación del sujeto en alguna de estas cuestiones está dentro del rango crítico. Si uno o más se verifican (el sujeto ha rodeado al menos un Sí en la tabla), se considera que el sujeto cumple los criterios de remisión.

A través de estas puntuaciones se obtienen datos valiosos para la evaluación, pero deben ser interpretados con cautela, ya que posteriormente se debe realizar una entrevista clínica para poder establecer un diagnóstico (Garner, 1991, 2004).

*Five-Factor Inventory (NEO-FFI).* Para obtener los datos sobre rasgos de personalidad de los participantes se empleó la adaptación al español del NEO-FFI (Costa y McCrae, 2008), versión reducida del Revised NEO Personality Inventory (Costa y McCrae, 1992). El instrumento está compuesto por 60 ítems y permite la rápida evaluación de los cinco grandes factores de personalidad: Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la Experiencia, Amabilidad y Responsabilidad. El NEO-FFI, tanto en su versión original como en su adaptación española, presenta adecuadas propiedades psicométricas y una buena consistencia interna en todas las dimensiones.

## Procedimiento

Una vez planteados los objetivos del estudio y seleccionado el tipo de población sobre el que se iba a realizar la investigación, se solicitó el permiso pertinente a las universidades. Tras recibir la autorización para realizar el estudio, se contactó con los profesores responsables de los grupos que iban a participar, a los que se envió un informe detallado sobre los objetivos del estudio, la duración del mismo y en qué iba a consistir el trabajo que se iba a realizar con los alumnos, así como los beneficios que el trabajo podía aportarles.

Los cuestionarios se administraron de forma colectiva, anónima y voluntaria en horario de clase. Se informó a los alumnos de que se iba a realizar un estudio sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria y personalidad, del trato de confidencialidad que tendrían los datos aportados y se solicitó su colaboración. Obtenido el visto bueno de los mismos, tras consentimiento informado y firmado, se administró la batería de cuestionarios.

Los responsables de la investigación estuvieron presentes durante la administración de los cuestionarios para propor-

cionar ayuda si era necesaria, para verificar la cumplimentación correcta e independiente por parte de cada sujeto.

### Análisis de datos

Se llevaron a cabo varios tipos de análisis. La prueba de independencia de Chi-cuadrado de Pearson ( $\chi^2$ ) se utilizó para contrastar la hipótesis de asociación entre variables y determinar si las diferencias observadas entre mujeres y hombres eran suficientemente relevantes. La prueba *t* de Student (*t-test*) para muestras independientes se empleó para examinar las diferencias entre medias en todas las escalas evaluadas, y para conocer la magnitud de las diferencias encontradas se calculó el tamaño del efecto (*d*) de Cohen. Para analizar las diferencias entre grupos según el número de criterios cumplidos se utilizó el análisis de varianza (ANOVA), y el estadístico eta cuadrado ( $\eta^2$ ) para cuantificar la magnitud de las diferencias. Para la realización de todos los análisis fue empleado el programa IBM SPSS Statistics v. 24.

## Resultados

En primer lugar, se realiza una comparación entre mujeres y hombres en las escalas de riesgo y psicológicas del EDI-3 y en factores de personalidad (Tabla 1).

En las escalas de riesgo, existen diferencias significativas ( $p < .001$ ) en relación al género en Obsesión por la Delgadez e Insatisfacción Corporal, aunque no existen diferencias significativas para la escala de Bulimia. Las mujeres presentan promedios superiores en ambas. En las nueve escalas que evalúan constructos psicológicos, existen diferencias significativas entre mujeres y hombres en Baja Autoestima, Ascetismo y Perfeccionismo ( $p < .05$ ), si bien el tamaño del efecto es de pequeña magnitud. En cuanto a los factores del NEO-FII, las mujeres obtienen en todas medias superiores, encontrando diferencias significativas ( $p < .01$ ), en relación al género, en las escalas de Neuroticismo, Amabilidad y Responsabilidad.

Tabla 1. Diferencias entre mujeres y hombres.

	Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Obsesión por la delgadez	9.64	7.53	6.26	5.99	5.576	.000	0.481
Bulimia	3.53	4.34	3.90	4.03	-1.018	.309	
Insatisfacción corporal	13.32	9.82	8.39	7.32	6.346	.000	0.549
Baja autoestima	3.85	3.93	3.05	3.61	2.453	.014	0.218
Alienación personal	4.65	4.42	4.66	4.20	-0.012	.990	
Inseguridad interpersonal	5.48	4.72	5.92	4.49	-1.090	.276	
Desconfianza interpersonal	5.34	4.04	5.59	3.77	-0.724	.469	
Déficits introceptivos	6.31	5.59	6.30	5.35	0.027	.978	
Desajuste emocional	3.98	4.32	4.77	4.99	-1.932	.054	
Perfeccionismo	6.98	4.34	7.95	4.41	-2.593	.010	0.178
Ascetismo	4.53	4.12	5.31	4.48	-2.138	.033	0.167
Miedo a la madurez	12.19	4.78	11.85	5.90	0.755	.451	
Neuroticismo	20.29	8.36	17.40	7.85	4.112	.000	0.358
Extraversión	32.64	7.71	31.74	7.75	1.363	.173	
Apertura	27.71	6.41	27.19	6.31	0.965	.335	
Amabilidad	31.49	6.12	29.55	6.33	3.648	.000	0.319
Responsabilidad	31.35	6.64	29.52	7.65	3.046	.002	0.265

A continuación, como se aprecia en la Tabla 2, se realiza una comparación entre mujeres y hombres respecto a los criterios de remisión.

En el primero (IMC-Edad-Sexo), 47 mujeres (11.8%) y 5

hombres (2.4%) cumplen con el criterio de remisión, y existen diferencias de frecuencias entre ambos sexos ( $\chi^2 = 15.185$ ;  $p < .001$ ).

Tabla 2. Criterios y remisión.

	Criterio A: IMC		Criterio B: O. Delgadez		Criterio B: Bulimia		Criterio C: Conductas	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Mujeres</b>								
No cumple criterio	351	88.2	253	63.6	311	78.1	305	76.6
Cumple criterio	47	11.8	145	36.4	87	21.9	93	23.4
	No remisión: <i>n</i> = 165 (41.5%) / Remisión: <i>n</i> = 233 (58.5%)							
<b>Hombres</b>								
No cumple criterio	201	97.6	165	80.1	147	71.4	150	72.8
Cumple criterio	5	2.4	41	19.9	59	28.6	56	27.2
	No remisión: <i>n</i> = 104 (50.5%) / Remisión: <i>n</i> = 102 (49.5%)							

En el criterio B, respecto a IMC-Obsesión por la Delgadez, las mujeres presentan un porcentaje mayor (36.4%) de

cumplimiento respecto a los hombres (19.9%), existiendo diferencias significativas ( $\chi^2 = 17.402$ ;  $p < .001$ ). En cuanto a

IMC-Bulimia, el porcentaje de cumplimiento del criterio es superior en hombres (28.6%) que en mujeres (21.9%), aunque no existen diferencias significativas ( $\chi^2 = 3.406$ ;  $p = .065$ ).

El tercer criterio se fundamenta únicamente en los síntomas conductuales. Se obtiene que 93 mujeres (23.4%) y 56 hombres (27.2%) cumplen con este criterio, no existiendo diferencias de género ( $\chi^2 = 1.065$ ;  $p = .302$ ).

Hasta el 58.5% de mujeres y 49.5% de hombres cumplen con los criterios de remisión.

Seguidamente, se exponen los análisis realizados en mujeres y hombres por separado, teniendo en cuenta si deben ser remitidos a un especialista o no, y en función del número de criterios cumplidos.

### Diferencias en mujeres

Dependiendo de si cumplen con la recomendación de remisión, se realiza un contraste de medias para comprobar

**Tabla 3.** Mujeres: Diferencias según remisión.

	No remisión ( $n=165$ )		Remisión ( $n=233$ )		$t$	$p$	$ d/ $
	$M$	$SD$	$M$	$SD$			
Obsesión por la Delgadez	4.56	3.27	13.23	7.63	-15.455	.000	1.393
Bulimia	1.12	1.21	5.23	4.91	-12.250	.000	1.068
Insatisfacción corporal	8.29	6.65	16.88	10.14	-10.194	.000	0.967
Baja autoestima	2.40	3.23	4.88	4.06	-6.779	.000	0.661
Alienación personal	3.02	3.24	5.81	4.77	-6.932	.000	0.662
Inseguridad interpersonal	4.38	4.39	6.27	4.80	-4.004	.000	0.407
Desconfianza interpersonal	4.03	3.20	6.28	4.31	-5.942	.000	0.577
Déficits introceptivos	4.06	4.13	7.90	5.95	-7.597	.000	0.726
Desajuste emocional	2.28	3.10	5.18	4.65	-7.464	.000	0.708
Perfeccionismo	5.86	3.96	7.77	4.42	-4.430	.000	0.449
Ascetismo	2.64	2.44	5.87	4.53	-9.134	.000	0.845
Miedo a la madurez	11.18	4.33	12.90	4.96	-3.576	.000	0.363
Neuroticismo	17.35	7.62	22.36	8.25	-6.154	.000	0.624
Extraversión	33.60	7.94	31.97	7.48	2.083	.038	0.211
Apertura	27.87	7.22	27.60	5.78	0.411	.681	
Amabilidad	32.41	6.62	30.84	5.66	2.547	.011	0.257
Responsabilidad	32.30	7.07	30.67	6.25	2.422	.016	0.246

Seguidamente, se comparan las medias en las escalas y factores dependiendo del número de criterios cumplidos. Se realiza un análisis de varianza, y para poder efectuar un mejor análisis se agruparon en uno los grupos de 3 y 4 criterios cumplidos (Tabla 4). Existen diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas psicológicas del EDI-3, y en los factores del NEO-FFI, Neuroticismo, Amabilidad y Responsabilidad. Por la magnitud del tamaño del efecto destacan las diferencias en Obsesión por la Delgadez ( $\eta^2 = .409$ ), Bulimia ( $\eta^2 = .521$ ), Insatisfacción Corporal ( $\eta^2 = .234$ ), Aliena-

las diferencias entre grupos. En la Tabla 3 se evidencia que en la práctica totalidad de escalas y factores existen diferencias estadísticamente significativas.

A partir del tamaño del efecto, destacan las diferencias en Obsesión por la Delgadez ( $d = 1.393$ ), Bulimia ( $d = 1.068$ ), Insatisfacción Corporal ( $d = 0.967$ ) y Ascetismo ( $d = 0.845$ ). Asimismo, la magnitud del efecto es moderada en las escalas Baja Autoestima, Alienación Personal, Inseguridad Interpersonal, Desconfianza Interpersonal, Déficits Introceptivos, Desajuste Emocional, Perfeccionismo, y el factor Neuroticismo. El tamaño del efecto es pequeño en Miedo a la Madurez, Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad. En todas y cada una de las escalas y factores señalados, son las mujeres en el grupo de remisión las que registran promedios más altos.

ción Personal ( $\eta^2 = .148$ ), Déficits Introceptivos ( $\eta^2 = .180$ ), Desajuste Emocional ( $\eta^2 = .137$ ) y Ascetismo ( $\eta^2 = .244$ ). El tamaño del efecto es de magnitud moderada en Baja Autoestima, Desconfianza Interpersonal, Perfeccionismo y Neuroticismo. En el resto de escalas y factores, a pesar de mostrar significación estadística, la variabilidad atribuible a las diferencias es pequeña.

**Tabla 4.** Mujeres: Diferencias según número de criterios cumplidos.

	0 (n=165)		1 (n=128)		2 (n=73)		≥ 3 (n=32)		F	p	$\eta^2$
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
Obsesión Delgadez	4.56	3.21	10.63	7.18	15.95	6.57	17.41	7.92	90.995	.000	.409
Bulimia	1.13	1.20	3.17	3.03	5.63	3.88	12.53	5.88	142.84	.000	.521
Insatisfacción corp.	8.25	6.57	14.63	9.61	18.68	9.57	22.06	11.40	40.167	.000	.234
Baja autoestima	2.40	3.23	4.16	3.68	5.40	3.87	6.63	5.22	19.095	.000	.127
Alienación personal	3.02	3.24	4.73	4.01	6.60	4.88	8.31	6.04	22.753	.000	.148
Inseg. interpersonal	4.38	4.37	5.98	4.31	6.62	5.23	6.59	5.67	5.681	.001	.041
Desc. interpersonal	4.03	3.20	5.32	3.94	7.26	4.62	7.81	4.15	17.125	.000	.115
Déficits introceptivos	4.06	4.13	6.58	5.47	8.37	5.84	12.13	6.07	28.757	.000	.180
Desajuste emocional	2.28	3.10	4.48	4.23	5.53	5.02	7.22	4.83	20.925	.000	.137
Perfeccionismo	5.86	3.96	7.05	4.31	7.74	4.13	10.75	4.42	13.655	.000	.094
Ascetismo	2.64	2.44	4.56	3.73	6.63	4.43	9.34	5.51	42.432	.000	.244
Miedo a la madurez	11.18	4.33	12.20	4.40	13.29	5.52	14.78	5.29	7.174	.000	.052
Neuroticismo	17.35	7.62	21.03	8.47	22.92	7.69	26.44	7.30	17.129	.000	.115
Extraversión	33.60	7.94	32.73	6.94	31.33	7.53	30.39	9.18	2.489	.060	
Apertura	27.87	7.22	27.89	5.58	27.45	6.16	26.83	5.76	0.308	.819	
Amabilidad	32.41	6.62	31.31	5.28	30.80	5.95	29.03	6.27	3.371	.019	.025
Responsabilidad	32.30	7.07	31.34	6.15	30.08	6.35	29.37	6.28	3.008	.030	.022

### Diferencias en hombres

Frente a las diferencias encontradas en mujeres, los hombres presentan diferencias en menos escalas y factores, como se observa en la Tabla 5. Por la magnitud del tamaño del efecto, destacan las diferencias en Obsesión por la Delgadez ( $d = 1.049$ ), Bulimia ( $d = 1.593$ ), e Insatisfacción Corporal ( $d = 0.945$ ). Son patentes asimismo las diferencias en Baja Autoestima, Alienación Personal, Desconfianza Interpersonal, Déficits Introceptivos, Desajuste Emocional, Ascetismo y Neuroticismo. Del mismo modo que en mujeres, los

hombres que cumplen los criterios de remisión registran puntuaciones superiores en las mencionadas escalas.

Como en mujeres, también en hombres se examinan las diferencias según el número de criterios cumplidos. Puede comprobarse en la Tabla 6 como las mayores diferencias son encontradas en los índices Obsesión por la Delgadez ( $\eta^2 = .317$ ), Bulimia ( $\eta^2 = .538$ ) e Insatisfacción Corporal ( $\eta^2 = .243$ ), las escalas Desajuste Emocional ( $\eta^2 = .184$ ) y Ascetismo ( $\eta^2 = .206$ ), y además el tamaño del efecto es moderado en Baja Autoestima, Alienación Personal, Déficits Introceptivos y Neuroticismo.

**Tabla 5.** Hombres: Diferencias según remisión.

	No remisión (n=104)		Remisión (n=102)		t	p	d
	M	SD	M	SD			
Obsesión por la Delgadez	3.49	3.11	9.09	6.86	-7.515	.000	1.049
Bulimia	1.41	1.39	6.43	4.23	-11.310	.000	1.593
Insatisfacción corporal	5.28	4.72	11.57	8.11	-6.782	.000	0.945
Baja autoestima	1.97	2.63	4.15	4.11	-4.508	.000	0.628
Alienación personal	3.78	3.48	5.55	4.67	-3.075	.002	0.427
Inseguridad interpersonal	5.53	4.29	6.31	4.67	-1.255	.211	
Desconfianza interpersonal	4.90	3.31	6.28	4.09	-2.657	.009	0.369
Déficits introceptivos	4.97	4.92	7.65	5.46	-3.693	.000	0.513
Desajuste emocional	2.97	3.78	6.61	5.40	-5.583	.000	0.778
Perfeccionismo	7.91	4.86	7.99	3.92	-0.125	.901	
Ascetismo	3.72	3.43	6.93	4.85	-5.471	.000	0.761
Miedo a la madurez	11.77	5.90	11.93	5.93	-0.197	.844	
Neuroticismo	15.25	8.21	19.58	6.83	-4.111	.000	0.570
Extraversión	32.54	8.33	30.92	7.06	1.506	.134	
Apertura	27.21	6.67	27.17	5.95	0.044	.965	
Amabilidad	29.82	6.89	29.27	5.71	0.619	.537	
Responsabilidad	30.51	8.07	28.51	7.11	1.889	.060	

**Tabla 6.** Hombres: Diferencias según número de criterios cumplidos.

	0 (n=104)		1 (n=59)		2 (n=27)		≥ 3 (n=16)		F	p	η <sup>2</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
Obsesión Delgadez	3.56	3.26	7.37	5.61	9.33	7.39	15.13	6.80	31.303	.000	.317
Bulimia	1.48	1.46	4.68	3.63	7.48	3.50	10.81	3.69	78.371	.000	.538
Insatisfacción corp.	5.30	4.638	9.73	7.719	12.41	7.987	16.63	7.455	21.616	.000	.243
Baja autoestima	1.97	2.638	4.41	4.379	2.81	3.064	5.38	4.241	9.128	.000	.119
Alienación personal	3.78	3.486	5.66	4.707	3.85	4.083	8.00	4.590	6.884	.000	.093
Ins. interpersonal	5.53	4.297	6.85	4.902	5.00	4.038	6.56	4.661	1.600	.191	
Des. interpersonal	4.90	3.314	6.37	3.969	5.67	4.243	7.00	4.412	2.811	.041	.040
Déf. introceptivos	4.97	4.922	6.73	4.912	7.37	5.685	11.50	5.715	8.481	.000	.112
Des. emocional	2.97	3.787	6.24	5.405	5.30	5.090	10.19	4.636	15.197	.000	.184
Perfeccionismo	7.91	4.863	7.58	3.838	7.22	3.545	10.81	3.834	2.698	.047	.039
Ascetismo	3.72	3.437	6.47	5.260	5.56	3.468	10.94	3.043	17.504	.000	.206
Miedo a madurez	11.77	5.906	11.73	5.388	11.67	6.331	13.13	7.320	.269	.848	
Neuroticismo	15.25	8.215	19.37	7.015	18.24	6.744	22.63	5.667	6.847	.000	.092
Extraversión	32.54	8.335	30.19	7.288	32.66	6.456	30.69	7.097	1.394	.246	
Apertura	27.21	6.672	27.31	6.100	26.93	6.610	27.06	4.389	.024	.995	
Amabilidad	29.82	6.899	29.17	5.750	29.59	5.093	29.13	6.869	.157	.925	
Responsabilidad	30.51	8.070	28.84	7.825	28.67	6.270	27.00	5.727	1.431	.235	

## Discusión y conclusiones

El objetivo del estudio fue comparar las diferencias en personalidad y variables psicológicas relacionadas con los TCA, a partir del cumplimiento de criterios específicos que recomiendan la derivación a un especialista en patologías alimentarias.

Los resultados hallados muestran cifras muy elevadas, 58.5% de mujeres y 49.5% de hombres, que cumplen con los criterios de remisión, y que por tanto pueden ser considerados como en riesgo de desarrollar un TCA. Además, en comparación con los sujetos que no los manifiestan, presentan altos niveles de neuroticismo, en las escalas de riesgo básicas, obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal, y en las escalas psicológicas relacionadas.

Atendiendo a la personalidad, el rasgo tanto en mujeres como en hombres que muestra un mayor efecto es el neuroticismo, presentando puntuaciones muy superiores aquellos sujetos que cumplen con los criterios de remisión. Diferentes estudios han confirmado el importante papel del neuroticismo sobre los TCA, siendo considerado uno de los hallazgos más consistente en la literatura, al encontrarse diferencias claras entre sujetos con y sin TCA, y en sujetos con mayor riesgo (Claes et al., 2013; García-Palacios et al., 2004; MacLaren & Best, 2009; Podar et al., 2007). Además, Bulik et al. (2006) y Lilienfeld et al. (2006) afirman la posibilidad de que el neuroticismo constituya en sí mismo un factor de riesgo para el desarrollo de TCA, y que tenga un decisivo papel en la aparición, expresión y mantenimiento de los TCA (Cassin & von Ranson, 2005). El neuroticismo es un rasgo de personalidad relacionado estrechamente con la afectividad negativa, y está caracterizado por facetas como la ansiedad, la hostilidad, la depresión, autoconciencia, impulsividad, o la vulnerabilidad. Tradicionalmente ha sido asumido que las personas altas en este factor sufren frecuentes cambios de humor y albergan una tendencia a la hipersensibilidad emocional, encontrando dificultad para retornar a la normalidad tras experiencias emocionales intensas (Costa y McCrae, 1992). Puede resultar comprensible pensar que las personas con alto neuroticismo presenten mayor riesgo de TCA, y que sea un factor determinante en el mantenimiento del trastorno, en este caso debido a su preocupación constante por el peso o la forma de su cuerpo,

por la comida y su cantidad, etc. De hecho se han aportado cifras, dependiendo del estudio concreto, de entre el 27 y el 61% de pacientes con diferentes tipos de trastorno alimentario en los que se presentan características altamente obsesivas (Vitousek & Manke, 1994).

Sin embargo, a pesar de las diferencias encontradas en mujeres en los rasgos de personalidad de extraversión, amabilidad y responsabilidad, la pequeña magnitud del tamaño del efecto no permite afirmar un claro papel de los mismos, como si ha quedado patente en estudios previos en los que pacientes con TCA o sujetos con mayor riesgo obtuvieron puntuaciones más bajas en extraversión (García-Palacios et al., 2004; Podar et al., 2007), amabilidad (García-Palacios et al., 2004; Ghaderi & Scott, 2000) y responsabilidad (Ghaderi & Scott, 2000).

Respecto al resto de variables psicológicas analizadas, destacan las diferencias encontradas en ambos sexos en varias escalas que la literatura previa a afirmado como fundamentales en los TCA, especialmente en los índices de riesgo obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal, presentando un gran tamaño del efecto. La obsesión por la delgadez implica el deseo de estar más delgado, preocupaciones por la alimentación y por el peso, y el miedo a engordar. Es un elemento central asociado al inicio y mantenimiento de los síntomas de los TCA en muestras clínicas, y además altas puntuaciones en la misma constituyen un importante factor de riesgo para el desarrollo de síntomas en muestras no clínicas (Garner, 2004). Por su parte, bulimia en el EDI-3 es conceptualizada como la tendencia a sufrir atracones o ataques incontrolados de ingesta de comida, y a pensar en ellos, en la mayoría de ocasiones como respuesta a estados emocionales desagradables (Elosua et al., 2010). Por su parte, insatisfacción corporal expresa el descontento con la forma del cuerpo y el tamaño de determinadas partes del mismo, y es uno de los factores fundamentales predisponentes para el desarrollo de trastornos alimentarios, además de un criterio diagnóstico e importante factor de mantenimiento. Esas tres escalas en el instrumento utilizado contribuyen al índice general de riesgo de TCA, o reflejo del nivel de preocupación por la alimentación y el peso.

Tanto obsesión por la delgadez como insatisfacción corporal están estrechamente ligadas a trastornos vinculados al modelo

estético corporal vigente (Cruz & Maganto, 2002), Y existen multitud de evidencias que señalan que los negativos modelos corporales y estéticos actuales han conducido a una sobrevaloración de la delgadez y a una estigmatización del peso elevado (Bully, Elosua, & López-Jáuregui, 2012; Sámano et al., 2012). Al igual que en el presente, estudios previos con universitarios encuentran que aquellos sujetos que afirman su necesidad por perder peso, aunque el mismo esté en un rango normal, presentan mayor insatisfacción corporal, descontento con la forma de su cuerpo y preocupaciones por las dietas y el miedo a engordar (Berengüí, Castejón, & Torregrosa, 2016; Castejón, Berengüí, & Garcés de Los Fayos, 2016). También, la insatisfacción corporal se ha relacionado con el IMC (Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro, & Fleiz, 2002), encontrándose que más del 60% de los estudiantes universitarios se perciben de forma errónea, sobreestimando su IMC, y que más de la mitad de los estudiantes tienen un juicio valorativo distorsionado de su IMC, siendo los varones los que muestran una percepción corporal más real, mientras que las mujeres tienden a sobreestimar su IMC (Saucedo, Cortés, Villalón, Irecta, & Hernández, 2015).

Junto a la insatisfacción, entre todas las variables psicológicas estudiadas en su relación con los TCA a lo largo de décadas, quizá la que mayor interés ha suscitado sea la baja autoestima. La baja autoestima se muestra como un importante predictor del riesgo de TCA en ambos sexos (Castejón, 2017), y usualmente ha sido propuesta una estrecha y firme relación de una autoestima baja con insatisfacción corporal (Rutzstein et al., 2014) y con autoconcepto físico bajo (Sánchez, 2013). Diferentes estudios han señalado igualmente que la baja autoestima se relaciona con el miedo a la evaluación negativa de los demás (Connors & Johnson, 1987), la aceptación social (Stice, Schupakneuberg, Shaw, & Stein, 1994), una actitud negativa a la expresión de emociones y tendencia a la comparación social en pacientes con TCA (Arcelus, Haslam, Farrow, & Meyer, 2013). También, y relacionado con el presente estudio, los individuos que presentan mayor número de conductas de riesgo muestran igualmente mayor riesgo de TCA y baja autoestima (Berengüí et al., 2016).

Otra escala que aporta datos relevantes en este estudio es el ascetismo. Es conceptualizado como una tendencia a buscar la virtud mediante el ejercicio de ideales como la autodisciplina, la renuncia, restricciones, autosacrificio y control de las necesidades corporales, y de perfeccionismo, o la autoimposición de elevadas cotas de logro personal y objetivos exigentes (Elosua et al., 2010; Rutzstein et al., 2014). De los estudios previos que han analizado esta escala, se encuentra que los sujetos con sobrepeso respecto a los de bajo peso, a partir de su IMC, registran puntuaciones significativamente superiores de ascetismo (Castejón et al., 2016), y puntuaciones superiores de ascetismo en sujetos con mayor insatisfacción corporal (Berengüí et al., 2016). Además, en un estudio se muestra como ascetismo es la escala que en estudiantes universitarios predice en mayor medida el riesgo de TCA, tanto en mujeres como en hombres (Castejón, 2017). Por todos esos datos es lógico pensar que en las personas con mayor riesgo de TCA, en su alejamiento de la imagen corporal que consideran ideal y por su insatisfacción, esos niveles de ascetismo provoquen que se autoimpongan fuertes restricciones alimenticias, y sigan una férrea disciplina a la hora de controlar sus ganas de comer.

En el estudio también se encuentran diferencias en déficits introceptivos. Esta escala implica dificultades para reconocer las emociones, malestar cuando son intensas o están fuera de control, así como problemas para responder a los distintos estados emocionales. Los sujetos con altas puntuaciones experimentan un gran malestar ante emociones intensas y su desconfianza en el funcionamiento afectivo y corporal, y ya fue descrita por Bruch (1962) como elemento central para entender los TCA. Respecto a desajuste emocional, se relaciona con personas emocionalmente inestables, impulsivas e irreflexivas, tendentes a temeridad, la ira y la autodestrucción (Garner, 2004), y que en ocasiones se ha ligado a problemas de abuso de drogas y alcohol. Esa inestabilidad, en adición a ese potente malestar emocional y su ineficaz control de impulsos pueden ser desencadenantes de conductas alimentarias deficientes, y además ser un gran inconveniente en personas ya diagnosticadas. En cuanto a la alienación personal, implica sentimientos de vacío emocional, soledad e incompreensión. Déficits introceptivos y desajuste emocional implican la esfera emocional del sujeto, y juntos en el EDI-3 conforman el índice de problemas afectivos. Además, las dos escalas junto a alienación presentan mayores puntuaciones en estudiantes con mayor insatisfacción corporal y riesgo más elevado de TCA (Berengüí et al., 2016). Por todos estos resultados encontrados, con grandes puntuaciones en los sujetos de mayor riesgo, podemos apreciar el fundamental papel de los aspectos afectivos. Junto a los factores cognitivos, tradicionalmente los problemas emocionales han sido señalados en el origen de los trastornos alimentarios en la mayoría de casos, además de jugar un trascendental papel en el desarrollo de los mismos (Pascual, Etxebarria y Cruz, 2011; Quinton y Wagner, 2005).

También, un aspecto importante en este estudio es la existencia de diferencias en inseguridad interpersonal y en perfeccionismo, pero únicamente entre las mujeres. La inseguridad interpersonal se traduce en incomodidad en las relaciones sociales, y en expresar los pensamientos y sentimientos íntimos a otras personas. A partir de los resultados se puede inferir que las mujeres que cumplen criterios de remisión pueden tener una tendencia al aislamiento social. Por otra parte, el perfeccionismo es una de las variables clásicas en el estudio de los TCA, habiéndose obtenido diversas pruebas de su efecto tanto en el riesgo a padecerlos, como de ser una de las características de personalidad de los pacientes con TCA, y un factor de mantenimiento de la AN y la BN (Borda et al., 2011). El perfeccionismo implica una autoimposición personal por lograr altos niveles de logro personal y conseguir objetivos mediante un nivel de exigencia máxima (Garner, 2004), y las altas puntuaciones pueden reflejar una necesidad extrema por ser mejores, alcanzar objetivos valiosos y ambiciosos, a la vez que no defraudar las expectativas de sus padres, profesores u otras personas significativas. También se destaca que puntuaciones extremadamente altas pueden ser indicativas de psicopatología. Ha sido confirmada la relación del perfeccionismo con un mayor riesgo de posterior desarrollo de TCA (López y Treasure, 2011; Pamies y Quiles, 2014). Igualmente se han afirmado altos niveles de perfeccionismo en el desarrollo de sintomatología bulímica cuando se combinaba con la percepción de presentar sobrepeso (Vohs et al., 2001), que junto con el peso percibido y la autoestima, pueden predecir prospectivamente el desarrollo de síntomas bulímicos en mujeres jóvenes (Bardone-Cone, Abramson, Vohs, Heatherton, &



Joiner, 2006), y que el perfeccionismo socialmente prescrito y auto-orientado, se asocia de forma significativa con actitudes y conductas compatibles con TCA, principalmente restrictivas, catalogándose como mediador y moderador de la relación entre la imagen corporal y el TCA (Behar, Gramegna, & Arancibia, 2014; Pamies y Quiles, 2014). Además, en estudios sobre perfiles de personalidad de los diferentes TCA, perfeccionismo aparece en el perfil de anorexia, de bulimia y en el de trastorno por atracón (Cassin y von Ranson, 2005).

Debemos señalar que el estudio no perseguía el diagnóstico de trastornos, pero ofrece cifras importantes sobre la cantidad de sujetos que presentan riesgo de padecerlos. Los resultados señalan claramente la magnitud del problema, más de la mitad de mujeres y cerca del 50% de hombres que cumplen con los criterios que les sitúan en riesgo de TCA. Los datos indican un gran número de sujetos que presentan una depreciada y negativa autovaloración personal, una baja autoestima, junto a inestabilidad y dificultad para gestionar las emociones, impulsividad, o el ineficaz control de impulsos, junto a prácticas encaminadas a mantener disciplina y sacrificio en relación a la alimentación, con restricciones y comportamientos arriesgados. Puesto que son características que les sitúan en alto riesgo para desarrollar un trastorno de la alimentación, deben ser derivados a especialistas que

puedan profundizar en esos síntomas, y al mismo tiempo detectar a aquellos individuos que puedan estar padeciendo trastornos. Además, debemos tener en cuenta un aspecto muy importante, esto es, la población analizada. En su totalidad son estudiantes que cursan titulaciones pertenecientes al ámbito de la Educación, de especial sensibilidad por su futuro trabajo con niños y adolescentes, y en el que además suelen tener una alta incidencia determinados problemas, como padecer el síndrome de burnout.

Los resultados obtenidos deben servir como señal de alarma y desempeñar un papel importante en la búsqueda de soluciones a este problema, así como en articular medidas que puedan ayudar en la prevención de los TCA, desarrollando programas para la promoción de la salud mental, para trabajar sobre las variables de riesgo en esta población, para el fortalecimiento de conductas de adaptación personal y social, y para el fomento de un adecuado autoconcepto y de la autoestima.

Por todo ello, son necesarios más estudios de este tipo, que involucren a estudiantes de otras titulaciones para comprobar y comparar el riesgo en poblaciones diferentes, que profundicen en las variables fundamentales en los TCA, y al mismo tiempo permitan el análisis de síntomas y la detección temprana de los trastornos.

## Referencias

- Altamirano, M. B., Vizmanos, B., & Unikel, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México [Continuum of risky eating behaviors in Mexican adolescents]. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(5), 401-407.
- Álvarez-Malé, M. L., Castaño, I. B., & Majem, L. S. (2015). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria [Prevalence of eating disorders in adolescents from Gran Canaria]. *Nutrición Hospitalaria*, 35(5), 2283-2288. doi: 10.3305/nh.2015.31.5.8583
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Arceles, J., Haslam, M., Farrow, C., & Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 156-167. doi: 10.1016/j.cpr.2012.10.009
- Bardone-Cone, A. M., Abramson, L. Y., Vohs, K. D., Heatherton, T. F., & Joiner, T. E. (2006). Predicting bulimic symptoms: An interactive model of self-efficacy, perfectionism, and perceived weight status. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 27-42. doi: 10.1016/j.brat.2004.09.009
- Beato, L., Rodríguez, T., Belmonte, A., & Martínez, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents. A Spanish community-based longitudinal study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(5), 287-294. doi: 10.1007/s00787-004-0407-x
- Behar, R., Gramegna, G., & Arancibia, M. (2014). Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria [Perfectionism and body dissatisfaction in eating disorders]. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52(2), 103-114. doi: 10.4067/S0717-92272014000200006
- Berengüi, R., Castejón, M. A., & Torregrosa, M. S. (2016). Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios [Body dissatisfaction, risk behaviors and eating disorders in university students]. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7 (1), 1-8. doi: 10.1016/j.rmta.2016.02.004
- Borda, M., Avargues, M. L., López, A. M., Torres, I., del Rio, C., & Pérez, M. A. (2011). Personality traits and eating disorders: Mediating effects of self-esteem and perfectionism. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 205-227.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P., & Pedersen, N. L. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), 305-312. doi: 10.1001/archpsyc.63.3.305
- Bully, P., Elosua, P., & López Jáuregui, A. (2012). Body dissatisfaction in adolescence. Changes in a decade. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 28(1), 196-202.
- Calado, M. (2011). Incidencia y Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en España: Hacia el DSM-V [Incidence and Prevalence of Eating Disorders in Spain: Towards the DSM-V]. *Sociedad Iberoamericana de Información Científica*, 13(4), 4-9.
- Caramillo, E. M., Khan, K. M., Collier, A. D., & Echevarría, D. J. (2015). Modeling PTSD in the zebrafish: Are we there yet? *Behavioural Brain Research*, 276, 151-160. doi: 10.1016/j.bbr.2014.05.005
- Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 895-916. doi: 10.1016/j.cpr.2005.04.012
- Castejón, M. A. (2017). *Aspectos psicopatológicos y variables de personalidad como factores de riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria [Psychopathological aspects and personality variables as risk factors in Eating Disorders]*. Doctoral thesis. Universidad de Murcia, Murcia, Spain.
- Castejón, M. A., Berengüi, R., & Garcés de Los Fayos, E. J. (2016). Relación del índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios [Relation of the body mass index, weight perception and variables related to eating disorder in university students]. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 36(1), 54-63. doi: 10.12873/361castejon
- Claes, L., Vandereycken, W., Vandeputte, A., & Braet, C. (2013). Personality Subtypes in Female Pre-Bariatric Obese Patients: Do They Differ in Eating Disorder Symptoms, Psychological Complaints and Coping Behaviour?. *European Eating Disorders Review*, 21(1), 72-77. doi: 10.1002/erv.2188
- Connors, M., & Johnson, C. (1987). Epidemiology of bulimia and bulimic behaviors. *Addictive Behaviors*, 12(2), 165-179.
- Cooley, E., & Toray, T. (2001). Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1), 28-36.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2008). *Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R) e Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI) [Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and reduced NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)]*. Madrid: TEA Ediciones.
- Cruz, S., & Maganto, C. (2002). Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes [Body mass index, worry about thinness and body satisfaction in adolescents]. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55(3), 455-473.
- Dooley-Hash, S., Banker, J. D., Walton, M. A., Ginsburg, Y., & Cunningham, R. M. (2012). The prevalence and correlates of eating disorders among emergency department patients aged 14-20 years. *International Journal of Eating Disorders*, 45(7), 883-890. doi: 10.1002/eat.22026
- Elosua, P., López-Jáuregui, A., & Sánchez-Sánchez, F. (2010). *Adaptación española del Eating Disorder Inventory-3. Normalización y validación [Spanish adaptation of the Eating Disorder Inventory-3. Normalization and validation]*. Madrid: TEA.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The*

- American Journal of Clinical Nutrition*, 109, 1402-1413. doi: doi.org/10.1093/ajcn/nqy342
- García-Palacios, A., Rivero, I., & Botella, C. (2004). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. Comparación entre una muestra control y una muestra desde un enfoque categorial y dimensional [Personality and eating disorders. Comparison between a control sample and a sample from a categorial and dimensional focus]. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 13(2), 91-109.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2 Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3 professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Ghaderi A., & Scott B. (2000). The big five and eating disorders: A prospective study in the general population. *European Journal of Personality*, 14, 311-323. doi:10.1002/1099-0984(200007/08)14:4<311::AID-PER378>3.0.CO;2-8
- Herpertz, B. (2009). Adolescent eating disorders: Definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 31-47. doi: 10.1016/j.chc.2008.07.005
- Kwan, M. Y., Gordon, K. H., Eddy, K. T., Thomas, J. J., Franko, D. L., & Troop-Gordon, W. (2014). Gender differences in coping responses and bulimic symptoms among undergraduate students. *Eating Behaviors*, 15, 632-637. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.08.020
- Lilenfeld, L. R., Wonderlich, S., Lawrence, R. P., Crosby, R., & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: a methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26(3), 299-320. doi: 10.1016/j.cpr.2005.10.003
- López, C., & Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo [Eating Disorders in adolescents: Description and management]. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97. doi: 10.1016/S0716-8640(11)70396-0
- Lora-Cortez, C. I., & Saucedo, T. J. (2006). Conductas de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la Ciudad de México [Risk behaviors and body image according to the body mass index in a sample of adult women in Mexico City]. *Salud Mental*, 29(3), 60-67.
- Loth, K., van den Berg, P., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2008). Stressful life events and disordered eating behaviors: findings from project EAT. *Journal of Adolescent Health*, 43, 514-516.
- MacLaren V. V., & Best L. A. (2009). Female students' disordered eating and the big five personality factors. *Eating Behaviors*, 10, 192-195. doi: 10.1016/j.eatbeh.2009.04.001
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1999). A five-factor theory of personality. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 139-153). New York: Guilford Press.
- Martínez-González, L., Villa, T. F., de la Torre, A. J. M., Pérez, C. A., Cavanillas, A. B., Álvarez, R. C., & Martín, V. (2014). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: proyecto unHicos [Prevalence of eating disorders in college students and associated factors: UniHicos Project]. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 927-934. doi: 10.3305/nh.2014.30.4.7689
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Pamies, L. (2011). *Correlatos psicosociales en los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes [Psychosocial correlates in eating disorders in adolescents]*. Doctoral thesis. Universidad Miguel Hernández, Elche, Spain.
- Pamies, L., & Quiles, Y. (2014). Perfectionism and risk factors for the development of eating disorders in Spanish adolescents of both genders. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 30(2), 620-626. doi: https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.158441
- Pamies, L., Quiles, Y., & Bernabé, M. (2011). Conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 2.142 adolescentes [Study of risk of eating disorders in a representative sample of adolescents]. *Medicina Clínica*, 136(4), 139-143. doi: 10.1016/j.medcli.2010.05.023
- Pascual, A., Etxebarria, I., & Cruz, M. S. (2011). Emotional differences between women with different types of eating disorders. *The International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(1), 1-11.
- Perryman, M., Barnard, M., & Reysen, R. (2018). College students' disordered eating, substance use, and body satisfaction. *College Student Journal*, 52(4), 516-522.
- Podar, I., Jaanisk, M., Allik, J., & Harro, J. (2007). Psychological traits and platelet monoamine oxidase activity in eating disorder patients: their relationship and stability. *Progress in Neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 31(1), 248-253. doi: 10.1016/j.pnpb.2006.06.025
- Quinton, S., & Wagner, H. L. (2005). Alexithymia, ambivalence over emotional expression, and eating attitudes. *Personality and Individual Differences*, 38, 1163-1173. doi: https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.07.013
- Resch, M., & Sezendei, G. (2002). Gynecologic and obstetric complications in eating disorders. *Orvosi Hetilap*, 143(25), 1529-1532.
- Rutzstein, G., Scappatura, M. L., & Murawski, B. (2014). Perfeccionismo y baja autoestima a través del continuo de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires [Perfectionism and low self-esteem across the continuum of eating disorders in adolescent girls from Buenos Aires]. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5, 39-49. doi: 10.1016/S2007-1523(14)70375-1
- Sámano, R., Zelonka, R., Martínez-Rojano, H., Sánchez-Jiménez, B., Ramírez, C., & Ovando, G. (2012). Asociación del índice de masa corporal y conductas de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mexicanos [Association between body mass index and risk feeding behaviors to develop eating disorders in Mexican adolescents]. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 62(2), 145-154.
- Sánchez, J. A. (2013). *La personalidad y el autoconcepto en los trastornos de la conducta alimentaria [Personality and self-concept in eating disorders]*. Doctoral thesis. Universidad de Córdoba, Córdoba, Spain.
- Saucedo, T. J., Peña, A., Fernández, T. L., García, A., & Jiménez, R. E. (2010). Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el índice de masa corporal en universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud [Identification of risk factors associated with eating disorders and their relationship with the body mass index in university students of the Institute of Health Sciences]. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 10(2), 16-23.
- Saucedo, T. J., Cortés, J. Z., Villalón, L., Irecta, A. P., & Hernández, R. L. (2015). Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios en estudiantes universitarios hidalgüenses [Prevalence of risk factors associated with eating disorders in university students from Hidalgo]. *Psicología y Salud*, 25(2), 243-251.
- Stice, E., Marti, C. N., & Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 622-627. doi: 10.1016/j.brat.2011.06.009
- Stice, E., Schupakneuberg, E., Shaw, H., & Stein, R. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: an examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 836-840.
- Striegel-Moore, R. (1995). Psychological factors in the etiology of binge eating. *Addictive Behaviors*, 20(6), 713-723.
- Trindade, A. P., Appolinario, J. C., Mattos, P., Treasure, J., & Nazar, B. P. (2019). Eating disorder symptoms in Brazilian university students: a systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 41(2), 179-187. doi:10.1590/1516-4446-2018-0014
- Unikel, C., Saucedo-Molina, T. J., Villatoro, J., & Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años [Risk eating behaviors and distribution of the Body Mass Index in students aged 13 to 18 years]. *Salud Mental*, 25(2), 49-57.
- Vitousek, K. Y., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 137-147.
- Vohs, K. D., Voelz, Z. R., Peltit, J. W., Bardone, A. M., Katz, J., Abramson, L. Y., ... & Joiner, T. E. (2001). Perfectionism, body dissatisfaction, and self-esteem: An interactive model of bulimic symptom development. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(4), 476-497. doi: https://doi.org/10.1521/jscp.20.4.476.22397
- White, S., Reynolds-Malec, J. B., & Cordero, E. (2011). Disordered eating and the use of unhealthy weight control methods in college students: 1995, 2002, and 2008. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 19, 323-334.