

ARTICULOS

Sintomatología clínica en jóvenes que realiza dietas alimentarias

Clinical symptoms in young people who diet

M^a Carmen RODRÍGUEZ RAMÍREZ*

RESUMEN

Según el modelo teórico de la restricción, los sujetos que hacen dieta se distribuyen a lo largo de un continuo dónde en un extremo estarían aquellas personas que restringen su alimentación y en el extremo opuesto se situarían las no restrictivas. Los sujetos restrictivos se caracterizan por una conducta alimentaria alterada, con un aumento de la preocupación por el peso y la forma corporal y una alta variabilidad en la ingesta calórica.

El objetivo de este trabajo es estudiar las diferencias que existen a nivel clínico, entre sujetos restrictivos y no restrictivos. Para ello se eligió una muestra de estudiantes (adolescentes y jóvenes) sin historia previa de trastorno de alimentación. La muestra (N=100) se dividió en función de las puntuaciones obtenidas en la escala de restricción, obteniéndose dos grupos (restrictivos/no restrictivos).

Los resultados muestran que el grupo de chicas consideradas restrictivas presentan diferencias significativas frente a las no restrictivas en las diferentes medidas evaluadas: sintomatología anoréxica y bulímica, depresión, ansiedad e insatisfacción corporal.

ABSTRACT

According to the restriction model, individuals going on a diet distribute along a continuum where at one end there would be people restraining their feeding, and at the other there would be people not restraining their feeding. The former show an altered feeding behavior, with an increased concern about weight and body fitness, together with a high variability in caloric intake.

(*) Universidad Católica de San Antonio. Murcia.
C/Mahón, 6, 2º E, 30100 Espinardo (Murcia).

This paper examines clinical differences between individuals restraining their feeding and those who do not. A sample of 100 teenager students with no prior history of feeding disorder was selected. According to scores in a restriction scale, the sample was split into two groups, restrained/not restrained.

Results show that girls restraining their feeding differ significantly from those not restraining their feeding in various measures, such as anorexic and bulimic symptoms, depression, anxiety, and body dissatisfaction.

PALABRAS CLAVE

Restricción, Anorexia nerviosa.

KEY WORDS

Restriction, Anorexia Nervosa.

1. INTRODUCCIÓN

El papel de la dieta en la etiología de los trastornos de alimentación constituye en la actualidad un hecho indiscutible entre los distintos investigadores.

Aunque la mayor parte de los modelos explicativos de la anorexia y bulimia nerviosas describen la etiología de dichos trastornos como multifactorial, algunos autores como Hsu, 1991 proponen que la conducta de dieta constituye el primer paso para llegar a desencadenar un trastorno de alimentación, si bien no todos los sujetos que hacen dieta van a llegar a desarrollar una patología alimentaria.

El interés en la conducta de dieta aparece incrementado si tenemos en cuenta que muchos de los síntomas y conductas que caracterizan a las pacientes con trastornos de alimentación son el resultado de la realización de una dieta para perder peso. Por otro lado los estudios epidemiológicos han demostrado que aquellos grupos más preocupados por la dieta y el peso son los que presentan una mayor incidencia en los trastornos de alimentación (Druss y Silverman, 1979, Garner y Garfinkel, 1980, Johnson-Sabine, 1988).

Muy vinculada con la idea de dieta está la teoría de la restricción de Herman y Polivy, 1980. Esta teoría parte de la importancia que tiene la resistencia voluntaria a comer para desarrollar determinados patrones de alimentación. Concretamente Herman y Polivy aludieron al concepto de restricción para explicar la presencia de atracones en sujetos obesos, y diseñaron un cuestionario (The Restriction Scale) para diferenciar a

los sujetos restrictivos de los no restrictivos. Sin embargo, la restricción en la dieta no es exclusiva de las personas con sobrepeso, sino que en nuestra cultura constituye una práctica generalizada. De manera que, un gran número de personas restringen su ingesta de un modo más o menos sistemático. Así las personas que hacen dieta se distribuirían a lo largo de un continuo, dónde en un extremo estarían los sujetos restrictivos y en el otro extremo los no restrictivos. La restricción quedaría definida por tanto como el tipo de conducta alimentaria que se rige más por reglas cognitivas de dieta que por sensaciones de hambre y apetito. Según esta teoría los comedores restrictivos se caracterizarían por una conducta alimentaria con preferencias de comida alteradas y una alta variabilidad en la ingesta calórica, así como un aumento en la preocupación por el peso y la forma corporal. El comedor restrictivo tendría dos objetivos para realizar su restricción; prevenir la ganancia de peso y lograr perder peso.

Diversos estudios han mostrado que existen diferencias significativas entre restrictivos y no restrictivos en sobreestimación del tamaño corporal y en insatisfacción corporal (Caunts y Adams, 1985, Lindholm y Wilson, 1988, Lautenbacher, 1992). Asimismo se ha señalado que el estado de ánimo juega un papel muy importante en la restricción de la alimentación, concretamente el estudio de Taylor y Cooper, 1988 encontró que los sujetos restrictivos puntuaban más alto en depresión. Además otros trabajos han indicado que los síntomas neuróticos y depresivos distinguen a este grupo de suje-

tos (Patton, 1988). Finalmente son pocas las investigaciones que relacionan características de personalidad y conducta de dieta (Nisbett, 1978).

En nuestro trabajo y partiendo del concepto de restricción tal y cómo se define en la escala de restricción de Polivy, dividimos a una muestra de sujetos, mujeres adolescentes y jóvenes, en restrictivas y no restrictivas y estudiamos si existían diferencias entre ambos grupos en actitudes alimentarias, características de personalidad, insatisfacción corporal, ansiedad y depresión. Asimismo quisimos saber si estas diferencias coincidían con las presentadas por los sujetos con trastornos de alimentación según han sido descritas en la literatura sobre dichas patologías.

MÉTODO

Sujetos

La muestra fue elegida de un modo aleatorio entre un grupo de estudiantes de Bachillerato y COU pertenecientes a un colegio privado, así como un grupo de estudiantes de 1º de Psicología. La muestra total estuvo compuesta por 100 adolescentes y jóvenes cuyas edades abarcaron desde los 15 a los 20 años, siendo la edad media de la muestra de 16.69 , $S_x = \pm 1.852$. Todas las chicas pertenecían a un nivel socioeconómico medio-alto y ninguna de las entrevistadas había sido diagnosticadas de un trastorno de alimentación.

El peso medio del grupo fue de 45.365 Kg , $S_x = \pm 6.73$, y la altura media fue de 166.39 cm, $S_x = \pm 5.03$.

Procedimiento

El procedimiento de recogida de información se realizó mediante el método de entrevista individual.

Una vez recogida la información se dividió la muestra en dos grupos en base a las puntuaciones obtenidas en la escala de restricción. Aquellos sujetos que habían obtenido una puntuación en la escala de restricción superior o igual a 15 se las consideró restrictivas y las que obtuvieron una puntuación inferior a 15 constituyeron el grupo de las no restrictivas.

En relación con el objetivo de la investigación a los sujetos se les dijo únicamente que se estaba realizando una investigación sobre dieta, hábitos y estilos alimentarios y se les pidió que colaboraran de un modo voluntario asegurándoles la confidencialidad de la entrevista y de los resultados de las pruebas.

Medidas

Para evaluar la restricción en la dieta utilizamos la Escala de Restricción de Herman y Polivy, 1978. Esta escala consta de 10 ítems que hacen referencia a la dieta, restricción, fluctuación en el peso y variación en los modos de comer. Consta de dos factores: fluctuación en el peso e implicación en la dieta. Se considera que un sujeto es restrictivo si obtiene una puntuación global igual o mayor a 15.

El EAT-26 (Eating Attitudes Test, de Garner y Garfinkel, 1982), se utilizó para evaluar sintomatología anoréxica. Este cuestionario está destinado específicamente a la evaluación de las actitudes propias de las pacien-

tes anoréxicas. Una puntuación del EAT superior a 20 es compatible con el diagnóstico de anorexia nerviosa. Está formado por tres subescalas: dieta, bulimia y control oral.

El *EDI*, (Eating Disorder Inventory, de Garner, Olmsted y Polivy, 1984) evalúa las características cognitivas y conductuales de la anorexia y bulimia nerviosas. Consta de 8 subescalas: impulso a la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal, perfeccionismo, conciencia interoceptiva y miedo a la madurez.

El *BSQ*, (*Body Shape Questionnaire*, de Cooper et al., 1987), evalúa insatisfacción corporal, miedo a engordar, sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia y deseo de perder peso.

El *BDI* (*Beck Depression Inventory*, de Beck, 1979) para evaluar la sintomatología depresiva.

La escala de *Autoestima* de Rosenberg, 1965 y el *STAI*, un cuestionario de ansiedad estado/rasgo de Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1966.

Además de la aplicación de estos cuestionarios se calculó el Índice de Masa Corporal (Kg/h²).

RESULTADOS

Teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas en la escala de restricción y tomando como punto de corte el valor de 15, dividimos la muestra en dos grupos, restrictivas versus no restrictivas y procedimos a comparar los resultados obtenidos por cada uno de los grupos en las distintas subescalas.

Las jóvenes y adolescentes que formaban parte de cada uno de estos grupos no diferían respecto a la edad o el estatus socioeconómicos, sin embargo si encontramos diferencias entre restrictivas y no restrictivas en cuanto a peso corporal. Aunque en ninguno de los dos grupos encontramos ningún sujeto con sobrepeso, en el grupo de mujeres que restringían su alimentación el índice de masa corporal medio fue de 21.199, $S_x = 3.044$, mientras que en el grupo de sujetos no restrictivos el índice de masa corporal promedio fue de 19.490 ($S_x = 1.958$), encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos $p > .008$, en la prueba t de student ($t = -2.791$).

Respecto al cuestionario EAT, observamos que aquellas jóvenes que restringen su alimentación puntúan significativamente más alto en la escala global del EAT-26, $P > .001$. Cuando pusimos atención en los resultados mostrados por cada uno de los grupos en las tres subescalas, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para las escalas de dieta y bulimia, siendo las restrictivas las que obtuvieron puntuaciones medias más altas ($p > .0001$ y $p > .003$, para los factores dieta y bulimia respectivamente). Sin embargo no encontramos diferencias significativas entre las dietistas crónicas y las que no restringen su alimentación en la subescala de control oral.

En relación con los resultados obtenidos en el EDI, encontramos diferencias significativas entre restrictivas y no restrictivas en la puntuación total del cuestionario ($p > .001$, $T = -3.653$). Al comparar los resulta-

dos en las distintas subescalas del EDI, únicamente la subescala de ineficacia y la de insatisfacción corporal resultaron con un nivel de significación estadísticamente diferentes ($p > .016$ y $p > .001$), no siendo significativas las diferencias encontradas en el resto de las subescalas, si bien las restrictivas obtuvieron las medias más altas en todas las subescalas.

Los resultados en la escala de insatisfacción corporal (BSQ) muestran que aquellas jóvenes que restringen su alimentación están más insatisfechas con su cuerpo que las que no la restringen, siendo estas diferencias estadísticamente significativas a un nivel de probabilidad $p > .0001$.

En cuanto a los resultados obtenidos en la escala de depresión observamos que existen diferencias significativas entre ambos grupos a un nivel de probabilidad $p > .007$ para una $t = -2.835$. Las restrictivas son las que puntúan más alto en la escala de depresión.

La variable autoestima también ha resultado estadísticamente significativa ($p > .019$), siendo las medias obtenidas para cada uno de los grupos restrictivas vs. no restrictivas de 28.8 y 30.187. Las chicas que no restringen su alimentación presentan una autoestima más alta que aquellas que hacen dieta.

Finalmente, la variable ansiedad también ha resultado estadísticamente significativa. Las jóvenes que puntúan como restrictoras en la escala de Polivy han obtenido puntuaciones significativamente más altas en las escalas de ansiedad estado y ansiedad rasgo, a unos niveles de probabilidad mayores a 0.013 en el caso de la ansiedad

estado y 0.001 para la ansiedad rasgo.

La tabla 1 nos muestra las medias, desviaciones típicas y las puntuaciones obtenidas en la prueba t de student de cada uno de los grupos objeto de estudio en las distintas medidas evaluadas.

Consideramos de interés controlar la variable peso corporal cuando estudiamos aspectos tales como dieta o insatisfacción corporal, ya que la presencia de estos factores en mujeres con bajo peso supondría un importante indicador de severidad de cara a la sintomatología anoréxica mientras que resultaría lógico que aquellas jóvenes que presentan un mayor peso corporal se sientan insatisfechas con su cuerpo y decidan realizar una dieta estricta. Es por ello que realizamos un análisis de covarianza siendo el peso la covariable y pudimos observar que seguirían existiendo diferencias entre los grupos en las variables objeto de estudio. Los resultados nos indicaron que existían diferencias estadísticamente significativas en todas las variables estudiadas a excepción de las subescalas del EDI de miedo a la madurez, conciencia interoceptiva y desconfianza interpersonal.

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio muestran que existen diferencias significativas entre restrictivas y no restrictivas en las variables estudiadas habiéndose encontrado más psicopatología en el grupo de restrictivas.

Tanto el grupo de restrictivas como el de no restrictivas no presentaron ningún sujeto con sobrepeso real, lo

cual pone de manifiesto la importancia que tiene la dieta en nuestra cultura, ya que chicas con normopeso e incluso con un peso corporal bajo realizan dietas estrictas con el deseo de alcanzar una figura ideal que está muy lejos de ser la deseable en cuanto a salud física. Incluso cuando hemos controlado la variable peso corporal continuamos encontrando diferencias significativas entre restrictivas y no restrictivas en la mayoría de las variables estudiadas.

Podemos observar que existen diferencias en patología alimentaria entre restrictivas y no restrictivas siendo el primer grupo el que ha obtenido puntuaciones medias más altas en el EAT-26, por lo que cabe considerar que muchas de las sujetos que se sitúan dentro del grupo de restrictivas puede que presenten una anorexia o una bulimia nerviosa, ya que la puntuación media para este grupo en ambas variables (bulimia y puntuación global en el EAT) es sintomática. Estos resultados coinciden con los encontrados por otros investigadores (Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982; Lautenbacher, 1992). Asimismo tal y como apuntan estas investigaciones en nuestro estudio los sujetos restrictivos presentan diferencias significativas en insatisfacción corporal respecto a los no restrictivos. Estos resultados aparecen constatados por tres de las variables estudiadas el BSQ, la escala de insatisfacción corporal del EDI y el factor dieta del EAT el cual se relaciona con medidas de insatisfac-

ción corporal (Garner, et al., 1982).

Las distintas subescalas del EDI nos proporcionan una importante información sobre la relación entre características de personalidad y restricción. Observamos que la variable ineficacia resulta especialmente significativa en los sujetos restrictivos. En relación con la variable autoestima, aunque existen diferencias estadísticamente significativas entre restrictivas y no restrictivas las puntuaciones medias obtenidas por el grupo de restrictivas no son demasiado bajas. Y lo mismo ocurre con la sintomatología depresiva que a pesar de ser mayor en el grupo de restrictivas, la puntuación media obtenida no indica niveles clínicos de depresión. Sin embargo y en relación con lo que han encontrado otros trabajos (Davis, Shapiro, Elliot y Dionne, 1993) parece ser que la ansiedad como variable de personalidad resulta de gran importancia a la hora de distinguir a las restrictivas de las no restrictivas. Los grupos de sujetos que restringen su alimentación suelen presentar mayor reactividad emocional y más síntomas neuróticos.

Por último hemos podido constatar que muchas de las características que diferencian a las restrictivas de las no restrictivas son las mismas que se han descrito como diferenciadoras de las personas con trastornos de alimentación, por lo que se hace necesario un estudio más detallado de estos grupos de restrictivas de cara a prevenir la aparición de dichos trastornos.

TABLA 1
Puntuaciones medias (+/- Sx) en las escalas de trastorno de alimentación, depresión, ansiedad y autoestima de jóvenes restrictivas y no restrictivas

	Restrictivas		No restrictivas		t	p
	\bar{x}	Sx	\bar{x}	Sx		
EAT-26	22.483	12.763	12.338	7.759	-3.990	0.0001***
Dieta	14.759	9.074	5.915	5.513	-4.892	0.0001***
Bulimia	2.966	3.469	0.761	1.843	-3.237	0.003**
Control Oral	5.793	3.529	5.662	3.637	-0.167	0.868 n.s.
BSQ	110.207	31.220	74.324	24.545	-5.531	0.0001***
EDI Total	50.862	23.481	33.423	16.389	-3.653	0.001***
Imp. Delgadez	5.241	10.91	40901	1.209	-1.370	0.176 n.s.
Bulimia	2.276	3.058	1.493	2.677	-1.203	0.235 n.s.
Ins. Corporal	14.897	7.326	8.408	6.743	-4.111	0.0001***
Ineficacia	5	4.957	2.493	3.211	-2.516	0.016**
Perfeccionismo	6.690	3.666	5.380	3.804	-1.603	0.115 n.s.
Descon. Interpers	1.690	2.037	2.451	3.125	1.437	0.155 n.s.
Con.Interocepti	6.414	5.635	4.616	4.436	-1.484	0.145 n.s.
Miedo Madured	6.172	4.497	5.901	3.707	-0.287	0.775 n.s.
Depresión	14.345	6.683	10.324	5.789	-2.835	0.007**
Autoestima	28.834	5.500	30.187	4.240	2.444	0.019**
Ansiedad-Estado	19.931	9.304	14.643	9.435	-2.563	0.013**
Ansiedad-Rasgo	30.862	8.999	23.732	9.562	-3.530	0.001***
IQ	21.199	3.044	19.490	1.958	-2.791	0.008**

REFERENCIAS

- Counts, C. R. y Adams, H.E. (1985). Body image in bulimics, dieting and normal females. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 7, 289-301.
- Davis, C., Shapiro, C.M., Elliot, S. y Dionne, M. (1993). Personality and other correlates of dietary restraint: an age by sex comparison. *Personality and Individual Differences*, 14 (2), 297-305.
- Druss, R.G. y Silverman, J.A. (1979). Body image and perfectionism of ballerinas. *General Hospital Psychiatry*, 2, 115-121.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y. y Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Herman, C.P. y Polivy, J. (1975). Anxiety, restraint and eating behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 46 (4), 398-401.
- Herman, C.P. y Polivy, J. (1984). A boundary model for the regulation of eating. En A. Stunkard y E. Elliot (Eds.) *Eating and Its Disorders*. New York: Raven Press.
- Hsu, L.G. (1990). *Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Johnson-Sabine, E., Wood, K., Patton, G., Mann, A. y Wakeling, A. (1988). Abnormal eating attitudes in London school-girls: A prospective epidemiological study: factors associated with abnormal response on screening questionnaires. *Psychological Medicine*, 18, 615-622.
- Lautenbacher, S., Thomas, A., Roscher, S., Strian, F., Pirke, K-M y Krieg, J.C. (1992). Body size perception and body satisfaction in restrained and unrestrained eaters. *Behavioral Research and Therapy*, 30 (3) 243-249.
- Lindholm, L. y Wilson, G.T. (1988). Body image assessment in patients with bulimia nervosa normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 527-539.
- Nisbett, R.E. (1968). Taste, deprivation and weight determinants of eating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10, 107-116.
- Patton, G.C. (1988). The spectrum of eating disorders in adolescence. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 579-584.
- Plies, K. y Florin, Y. (1992). Effects of negative mood induction on the body image of restrained eaters. *Psychology and Health*, 7, 235-242.
- Ruderman, A.J. y Besbeas, M. (1992). Psychological characteristics of dieters and bulimics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (3) 383-390.
- Taylor, M.J. y Cooper, P.J. (1992). An experimental study of the effect of mood on body size perception. *Behavioral Research and Therapy*, 30 (1) 53-58.

ANEXO

Escala de Restricción

1. ¿Con qué frecuencia haces dieta?

Nunca () Raramente () A veces () A menudo () Siempre ()

2. ¿Cuál ha sido el peso máximo que has conseguido perder en un mes?

0-2 Kilos () 3-5 K () 6-8 K () 9-11 K () más de 12 k ()

3. ¿Qué cantidad máxima de peso has ganado en una semana?

0-1/2 K () 1-1,5 K () 2-2,5 K () 3-3,5 K () más de 4 K ()

4. Generalmente, ¿cuánto suele oscilar tu peso en una semana?

0-1/2 K () 1-1,5 K () 2-2,5 K () 3-3,5 K () más de 4 K ()

5. ¿Hasta qué punto le afectaría a tu vida una oscilación en tu peso de 2 kilos y medio?

Nada en absoluto () Ligeramente () Moderadamente () Mucho ()

6. ¿Comes moderadamente delante de los demás y te atiborras cuando estás sola?

Nunca () Pocas veces () A menudo () Siempre ()

7. ¿Piensas demasiado en la comida?

Nunca () Pocas veces () A menudo () Siempre ()

8. ¿Te sientes culpable después de haber comido demasiado?

Nunca () Pocas veces () A menudo () Siempre ()

9. ¿Hasta qué punto eres consciente de lo que estás comiendo?

Nada en absoluto () Poco () Moderadamente () Extremadamente ()

10. Según tu criterio sobre el peso que deseas ¿Cuántos kilos de más has llegado a pesar?

1-2 K () 2-3 K () 4-6 K () 7-11 K () más de 12 K