

ARTÍCULOS

Evaluación del autoconcepto, la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia y bulimia nerviosas

Evaluation of self-concept, body satisfaction and social skills in anorexia and bulimia nervosa

ELENA GISMERO GONZALEZ*

RESUMEN

De acuerdo con la observación clínica, y en algunos casos con la literatura experimental, los trastornos alimenticios van asociados a insatisfacción con la imagen corporal, así como a baja autoestima o un mal autoconcepto, y aislamiento social, alexitimia, etc. que conllevarían dificultades en las relaciones sociales. Pero ¿son estos aspectos característicos de las personas que padecen anorexia y bulimia nerviosa los que permiten diferenciarlos claramente de otros grupos?.

El objetivo del presente estudio es pues, comparar pacientes con Anorexia y Bulimia Nerviosa con tres grupos: control, mujeres que hacen dieta y mujeres en psicoterapia, en medidas de autoconcepto-autoestima, satisfacción con el propio cuerpo y habilidades sociales.

Los resultados apoyan la idea de que un mal autoconcepto y ciertos déficits en habilidades sociales son característicos de pacientes con anorexia y bulimia nerviosa, y que los diferencian no sólo de grupos controles normales, sino también de personas que hacen dieta para adelgazar. La insatisfacción con el propio cuerpo caracteriza al grupo de anorexia, diferenciándole tanto del grupo control, como del de psicoterapia y del de dieta.

* Departamento de Psicología. Universidad Pontificia de Comillas. Universidad Comillas, 3. 28049

ABSTRACT

In accordance with clinical observation and with some cases in experimental literature, eating disorders relate with body image dissatisfaction, low self-esteem –or poor self-concept, social isolation, alexithymia, etc. Do these features characterise anorexia or bulimia nervosa, if we compare them with other disorders?

This study compares patients suffering from anorexia and bulimia with three other groups: control group, women on a diet and women in psychotherapeutic treatment. Measures of self-concept/self-esteem body satisfaction and social skills were taken. Results support the idea that a poor self-concept and lack of social skills are typical of patients suffering from anorexia and bulimia. Patients not only differ from the control group but also from people on a slimming diet. Body dissatisfaction is also a characteristic of these patients, contrary to the three other groups in the study: control, psychotherapy and diet groups.

PALABRAS CLAVE

Insatisfacción corporal, autoestima, habilidades sociales, trastornos alimenticios.

KEY WORDS

Body Dissatisfaction, Self-esteem, Social Skills, and Eating Disorders.

INTRODUCCIÓN

Desde distintas concepciones teóricas se han señalado las dificultades en el terreno de la autoestima, de la identidad, de la autonomía, que aparecen en las personas que sufren anorexia nerviosa. Bruch (1982a) atribuye la predisposición fundamental a un déficit del yo, en lo que se refiere a autonomía y dominio del propio cuerpo, que da lugar a un sentido de "ineficacia personal". Un profundo sentimiento de ineficacia y *baja autoestima* que constatan la mayoría de los autores (Bruch, 1982b).

Con respecto a la imagen corporal, ya que la delgadez se ha impuesto como modelo ideal de belleza, parece que la *insatisfacción corporal* y el seguimiento de dietas se han llegado a convertir en conducta normativa. Y el ideal estético actual no se aplica sólo a la ropa que cubre el cuerpo, sino al cuerpo mismo. Este es un hecho nuevo en la historia de la belleza femenina. Nunca como ahora el cuerpo de las mujeres fue más expuesto al ojo del otro, y a través de ese otro, mirándose a través de él, a la propia autoobservación (Lasa, 1995). Ahora encontramos junto a una exhibición cada vez mayor del cuerpo, el culto a la línea recta, el imperativo de delgadez, que la moda y los medios de comunicación se han encargado de impregnar. Y a su lado, la ubicación del

cuerpo como centro privilegiado de autoestima y valoración social.

Casi todas las mujeres tienen una relación con su imagen corporal como un conjunto de partes que deben ser contempladas, examinadas en detalle y sometidas a diversos procedimientos para su debida corrección. A estas batallas con su cuerpo se les atribuye el poder de definir sus vidas, y si algo sale mal es el cuerpo, por lo general, lo que las mujeres más se atacan y no se cuidan, como si fuera el culpable de sus desgracias (Fisher, 1986). Esa insatisfacción de muchas mujeres con su cuerpo tiene fuertes repercusiones. La evaluación positiva de las características físicas propias correlaciona con indicadores de buena adaptación psicológica, entre otros, un autoconcepto positivo (Cash, Winstead y Janda, 1986), y a la inversa en las personas que valoran negativamente sus características físicas.

Mientras que, tanto en la falta de autoestima como en la insatisfacción *corporal*, parece haber acuerdo, un terreno más conflictivo en la investigación resulta el de las habilidades sociales o conducta asertiva. Diversos autores coinciden en que estos pacientes presentarían, antes del desarrollo de la enfermedad, problemas de autonomía e independencia y de aceptación de las dificultades de la vida adulta, problemas interpersonales,

con introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de aserción y dificultades para las relaciones heterosexuales, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en su vida escolar, laboral o de relación, tendencias perfeccionistas con rasgos obsesivos, rigidez y extremismo en la evaluación de los problemas (Bruch, 1973; Crisp, 1981; Garner y Bemis, 1982; Slade, 1982).

Se han destacado, entre otros, los siguientes factores predisponentes en la anorexia nerviosa: dificultad para expresar con palabras afectos y emociones, dificultad para expresar deseos y ambiciones, esfuerzos en buscar la aprobación externa para mantener su autoestima y desarrollar la autonomía, identidad personal incompleta, dificultad para ser independientes, dependencia parental, padres que no refuerzan las autoiniciativas, etc. (Chinchilla, 1994, p.50).

Morey y Kurtz (1995) revisaron 32 estudios publicados desde 1980 (año que marca la introducción de los criterios diagnósticos del DSM) buscando datos que pudiera aportar el MMPI sobre mujeres anoréxicas, bulímicas y obesas. Hallaron que, como grupo, el perfil de las anoréxicas sugería personas con "autoestima pobre, afecto depresivo, y retirada de los contactos sociales", así como que las anoréxicas muestra-

ban "mayor introversión social que las bulímicas" (p.6).

En definitiva, muchos de estos factores sugerirían una posible dificultad para mostrar conductas asertivas o habilidades sociales, tanto a la hora de poner límites a otras personas y diferenciarse de ellas, como a la hora de expresar opiniones discrepantes de manera independiente, y a la propia autoexpresión de sentimientos y opiniones. Aunque pocos autores mencionan el tema explícitamente o lo hacen de forma anecdótica¹, parece plausible, tras analizar las descripciones de la enfermedad de autores con puntos de vista muy distintos, pensar que entre la anorexia nerviosa y la falta de conducta asertiva pueda haber un nexo importante.

De hecho, revisando programas de tratamiento de la anorexia nerviosa, encontramos casos en que uno de los factores que se trabaja con estos pacientes es precisamente el tema de las habilidades sociales y la aserción. Por ejemplo, Calvo, Delgado, Rodríguez-Vega y Santo Domingo (1987), con un modelo de amplio espectro, uno de

¹ Por ejemplo, Calvo (1994) dice: «No es un dato universal de todos los pacientes, pero en muchos un antecedente de pautas anómalas de ingesta está en relación con formas no asertivas de conducta. Su adecuado manejo mejora las relaciones familiares. Dicha mejoría se ha visto que correlaciona de forma positiva con un buen pronóstico» (p. 191).

cuyos objetivos de tratamiento era *el incremento de la autonomía personal (habilidades sociales y entrenamiento asertivo)*, encuentran en la gran mayoría de sus pacientes una recuperación del aislamiento social, y una evolución casi paralela en la asertividad (p.259); los pacientes se mostraban más seguros de sí mismos, no sumisos respecto a su ambiente, y con mayor capacidad para tomar sus propias decisiones. Lemberg y May (1991) estudian la eficacia de distintas terapias para el tratamiento de la anorexia y bulimia nerviosas, evaluadas desde el punto de vista del paciente. De entre un elenco variadísimo de técnicas terapéuticas, los 25 pacientes consultados percibían entre las más efectivas el entrenamiento en aserción. Se encontraba entre las que más les habían ayudado, y para las que solicitaban más tiempo.

Sin embargo, pocas investigaciones tratan de constatar empíricamente la existencia de esa posible relación entre anorexia nerviosa y falta de aserción. Aunque parecen apuntar en esa dirección: Williams, Chamove y Millar (1990) comparando un grupo con trastornos alimenticios con pacientes psiquiátricos, mujeres que hacían dieta y personas que no llevaban a cabo dietas, encuentran que la sintomatología de trastornos alimenticios presenta fuertes correlaciones

positivas con locus de control externo y agresividad autodirigida, así como correlación alta y negativa con aserción. Comparando los grupos entre sí, *el grupo con trastornos alimenticios obtiene una media en aserción menor que los demás grupos controles*: son significativamente menos asertivos que los grupos de dieta y normal, y presentan puntuaciones más bajas (aunque no significativas), que el grupo psiquiátrico.

Williams et al. (1993), compararon anoréxicos, bulímicos, obesos que hacían dieta, no obesos con dieta y "normales" en distintos aspectos. *Tanto los anoréxicos como los bulímicos informaban significativamente de mayor control externo, menor aserción², menor autoestima y más hostilidad autodirigida* que los tres grupos con los que les compararon. Y *no se encontraron diferencias entre bulímicos y anoréxicos*. Concluyen que "la percepción de control externo, la baja aserción y autoestima, y la autoagresión son rasgos de los pacientes con anorexia y bulimia nerviosa" (p.30), que sirven para distinguir estos grupos no sólo de grupos control "normales", sino de otros grupos con dietas de control de peso.

En cuanto a su *autoevaluación*, Huon y Brown (1984) compararon

² Como en el caso anterior, también se medía la aserción a través del Rathus Assertiveness Schedule (Rathus, 1973).

25 anoréxicas con dos grupos de adolescentes: uno que se pesaba con frecuencia y otro que apenas lo hacía. Se encontraron claras diferencias entre las anoréxicas y las que no lo eran: las anoréxicas muestran una *baja autoestima* (tienden a no aceptarse a sí mismas, a no gustarse en general, a opinar que no se conocen); creen *no tener control* sobre su desarrollo corporal, su sobrepeso; sobre su *aspecto personal*, evalúan negativamente su ropa, peinado y apariencia en general; y son críticas en relación a lo que comen (cuánto, qué y cómo). Las chicas que se pesaban frecuentemente estaban a medio camino entre las anoréxicas y las que no solían pesarse.

Con respecto a la **bulimia nerviosa** hay datos que apuntan en el mismo sentido: Fisher-McCanne (1985) halla que aunque los bulímicos son más extrovertidos que los anoréxicos, se muestran menos asertivos que los controles y que otros sujetos en psicoterapia sin trastornos de la alimentación. Holleran, Pascale y Fraley (1988), utilizando el Assertion Inventory (Gambrill y Richey, 1975), encuentran correlaciones bajas, pero significativas y negativas, entre el test de bulimia y el cuestionario de aserción; más aún, las puntuaciones bajas en aserción permitían identificar aquellos estudiantes con altas puntuaciones en el test de

bulimia. Hawkins y Clement (1980), en un estudio correlacional con una población subclínica de universidades, hallan relación entre atracones de comida y déficit asertivos.

Pero otros autores no encuentran relación entre bulimia y medidas de auto-informe de aserción, aunque sí entre bulimia y grado de tensión experimentado en situaciones de aserción (Wolf y Crowther, 1983), o más cogniciones inhibitorias de conductas asertivas en bulímicas que en chicas normales (Mizes, 1989).

OBJETIVOS

Como hemos comentado, tanto la falta de aserción, la baja autoestima como la insatisfacción corporal se han tenido en cuenta, de forma más o menos explícita, como características importantes de los pacientes con trastornos alimenticios primarios: anorexia nerviosa y bulimia. Se necesita más investigación para aclarar si realmente esas características son rasgos habituales en los pacientes con trastornos alimenticios que permiten diferenciarlos de otros grupos sin patología dietética.

Varios autores han sugerido que la investigación sobre las características de los desórdenes alimenticios primarios debería incluir comparaciones con grupos que también se caractericen por mantener dietas para perder peso. Indican que la

comparación de grupos con trastornos alimenticios y grupos control resulta insuficiente para poder llegar a delimitar los componentes importantes de la psicopatología de los trastornos de la alimentación (por ejemplo, Rossiter et al., 1989; Sunday et al., 1992; Williams et al., 1993).

Por lo tanto, en esta investigación pretendemos abordar de manera experimental la posible relación entre la anorexia y la bulimia nerviosas y la falta de habilidades sociales, o déficit asertivos, la insatisfacción corporal y un mal autoconcepto acompañado de baja autoestima. Nuestra intención es conocer si realmente las mujeres que padecen anorexia o bulimia nerviosas se distinguen por estas características de otros grupos de mujeres. Para ello vamos a considerar distintos grupos de contraste: mujeres que siguen dietas de adelgazamiento, mujeres en psicoterapia (por trastornos no relacionados con la alimentación), y un grupo control de mujeres (sin dieta ni terapia).

PROCEDIMIENTO

Descripción de la muestra

Un total de 207 sujetos de sexo femenino se distribuyeron entre los cinco siguientes grupos: a. Anoréxicas (N=66); b. Bulímicas (N=28); c. Dieta (N=33); d. Terapia (N=23) y d. Control (N=57).

La muestra de **Anorexia Nerviosa** se compone de dos grupos: uno obtenido en Madrid (N=45) en tres Hospitales, un Centro de Salud Mental de la Comunidad (N=4), y una consulta privada de psicoterapia (N=2). Todas ellas se encontraban en tratamiento en el momento de realizar este estudio: las cuatro del Centro de Salud Mental en psicoterapia grupal, y el resto en tratamiento ambulatorio individual. Cinco se hallaban en ingreso hospitalario. Todas habían sido diagnosticadas de Anorexia Nerviosa por sus psicólogos o psiquiatras en base a los criterios del DSM-IV. Se eliminaron aquellos sujetos que tenían diagnosticado el trastorno alimenticio como diagnóstico secundario (N=5).

El otro grupo de Anorexia se obtuvo en Valencia (N=21; 20 mujeres y un varón)³. Esta muestra recoge a pacientes tratados en la Unidad de Salud Mental del Hospital General Universitario de Valencia, por el Equipo de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Todos fueron derivados con diagnóstico de Anorexia Nerviosa (CIE-10 F50.0) desde otras Unidades de Salud Mental o desde Atención

³ Queremos expresar nuestro agradecimiento a Pedro T. Sánchez, responsable en 1999 del Equipo de Apoyo y Tratamiento Psicológico del Hospital General Universitario de Valencia, por su interés y su valiosa aportación de las muestras valencianas de Anorexia y Bulimia Nerviosas.

Especializada del Servicio Valenciano de la Salud. Fueron atendidos en primer lugar por una psiquiatra que confirmó el diagnóstico, y los remitieron para psicoterapia individual o familiar. La mayor parte de estos pacientes llevaba, pues, tiempo de evolución y diferentes tratamientos, algunas con internamientos previos.

Ambas submuestras tienen edades comprendidas entre los 14 y los 37 años, con una edad media de 18,18 años ($\sigma=4,4$), altura promedio de 162,7 cms. ($\sigma=7,9$) y peso medio de 46,9 Kgs. ($\sigma=6,8$). Todas estaban solteras, y exceptuando cinco, todas eran estudiantes. Entre la constelación familiar, 24 ocupaban el primer puesto entre los hermanos (cinco eran hijas únicas); 27 el segundo puesto, 11 el tercero y 4 el cuarto puesto.

La muestra de **Bulimia Nerviosa** (N=28) tenía una procedencia similar a la del grupo de Anorexia Nerviosa de Valencia (pacientes derivadas desde Unidades de Salud Mental, con diagnóstico CIE-10 F50.2), y se recogieron los datos siguiendo el mismo protocolo, dado que eran derivadas para psicoterapia de grupo. También llevaban pues distintos tiempo de evolución y tratamientos previos. Todas mujeres, entre 16 y 46 años (edad media= 23,8 años, $\sigma=6,8$), con un peso promedio de 56,2 kg. ($\sigma=7,5$),

una altura media de 161,8 cm. ($\sigma=4,3$), y con ocupaciones diversas (12 estudiantes, 5 en paro y el resto, distintos trabajos).

El grupo de **Dieta** lo componen mujeres entre 19 y 40 años (edad media= 24,5, $\sigma=6$) que se habían sometido voluntariamente a dieta durante no menos de tres semanas, y sin ningún síntoma de anorexia o bulimia nerviosas. Doce de ellas se localizaron en un centro de adelgazamiento madrileño, y el resto de forma individual.

La muestra de **Psicoterapia** se consiguió por medio de ocho psicólogos clínicos, con las indicaciones de que fueran mujeres, hasta 35 años de edad como máximo, y se descartara cualquier diagnóstico de trastorno alimenticio (primario o secundario). Se eliminaron 7 sujetos por no cumplir el requisito diagnóstico. Entre ellas, todas (excepto una casada) estaban solteras, ocho eran estudiantes y catorce trabajaban. Once de ellas llevaban un año o menos en psicoterapia, siete entre uno y dos años, cuatro tres años y una nueve años.

El grupo **Control** se buscó tratando de igualar en lo posible las características demográficas de las anoréxicas. Por ello, teniendo en cuenta su edad y nivel de estudios, se obtuvo la muestra aplicando las pruebas en cuatro centros escolares de Madrid.

TABLA 1
Datos descriptivos de las muestras

	GRUPO				
	ANOREXIA	BULIMIA	DIETA	TERAPIA	CONTROL
N	66	28	33	23	57
EDAD . Media	18,18	23,85	24,5	29,5	18,0
σ	4,4	6,8	6,0	5,3	2,2
ALTURA (cm.). M	162,7	161,8	162,7	164,2	166,1
σ	7,9	4,3	4,8	7,1	6,0
PESO (kg.). Media	46,9	56,2	61,4	59,5	57,8
σ	6,8	7,5	9,6	7,3	8,1
ESTADO CIVIL					
Solteras	45	11	28	22	56
Casadas	0	1	5	1	1
OCUPACION					
Estudiante	43	6	18	8	57
Trabaja	2	6	13	14	-
Otros	-	-	2	1	-
Nº de hermanos					
1	16	2	9	2	30
2	15	7	11	8	17
3	7	2	1	5	4
4	1	-	1	4	-
5	1	-	-	3	3
10	-	-	-	1	-
PUESTO					
Primogénitas	11	6	13	7	19
Únicas	5	1	2	-	5
Intermedio	26	2	12	11	13
Menores	14	3	6	5	20

Se emplearon distintas medidas de autoinforme breves, todas tomadas de **Gismero** (1996):

- Una *Escala de Conducta Aser-tiva*, compuesta por 4 factores de 4 ítems cada uno (α total=.79): *Expresión de Desacuerdo y Sentimientos Negativos* (AS-I). *Iniciar interacciones con el otro sexo* (AS-II). *Autoafirmación ante extraños: defensa de los propios derechos como consumidor* (AS-III). *Autoafirmación ante personas cercanas; saber decir No* (AS-IV). A ella se añadió una subescala de 6 ítems (α =.75), dirigida a medir el aspecto de inhibición social y retraimiento a la hora de autoexpresarse en situaciones sociales (dificultad para expresar los propios sentimientos y opiniones, preguntas, etc.): *Escala de Autoexpresión Social* (AES).
- Para medir la actitud hacia el propio cuerpo empleamos la *"Escala de Satisfacción con el Propio Cuerpo"* (SPC), que consta de ocho ítems, con un α =.80.
- Una *Escala de Autoconcepto-Autoestima*, compuesta de 13 ítems, con un índice de Fiabilidad de α =.87, y tres factores: el primero explica un 29% de la varianza, y consta de 8 ítems,

que en su conjunto, expresan la idea de *Autosatisfacción Global*: sensación de estar a gusto tal y como se es, y percepción de los propios recursos (no depender de otros, no considerarse un fracaso, tener confianza en el propio futuro), el segundo factor explica un 15% de varianza, y lo componen dos ítems que indican la valoración que hace el individuo del grado de respeto y comprensión que encuentra en sus padres y su familia (*Percepción de Comprensión Parental*). Por último, el tercer factor, que explica un 16% de la varianza, está compuesto por 3 ítems, que tienen en común la percepción de *Aceptación Social*.

RESULTADOS

Se realizó un análisis de varianza para muestras independientes, con la finalidad de comparar las diferencias entre los cinco grupos. Los valores críticos de F para 4 y 202 grados de libertad ($p<0,05=2,37$), indican diferencias significativas en todas las variables, excepto en AS II y AS-III. Para analizar las diferencias entre los distintos grupos, los contrastes posteriores al ANOVA se llevaron a cabo mediante el procedimiento de Scheffé, al ser las muestras desiguales. Por tratarse de un contraste muy conservador, seguimos las indicaciones de

TABLA 2
Diferencias significativas (Scheffé).

	CONTROL N=57	DIETA N=33	TERAPIA N=23	ANOREXIA N=66	BULIMIA N=28
	$\bar{X}$ SD	$\bar{X}$ SD	$\bar{X}$ SD	$\bar{X}$ SD	$\bar{X}$ SD
Expresión Desacuerdo y Sentim. Negativos F=9,01 ****	12,018 2,467	11,818 2,328	9,696 2,789 Control ** Dieta *	10,137 2,975 Control *** Dieta *	9,679 3,068 Control *** Dieta *
Auto-Expresión Social F=6,07 ****	16,509 3,579	16,545 3,830	13,913 3,787	13,758 4,965 Control ** Dieta *	13,750 4,851
Satisfacción Propio Cuerpo F=6,81 ****	20,667 4,532	20,576 4,008	20,348 4,984	16,879 5,236 Control *** Dieta *** Terapia *	18,179 3,830
Autosatisfacción Global F=32,35 ****	24,421 3,960	25,970 3,689	19,565 5,046 Control *** Dieta ****	17,697 5,704 Control *** Dieta ****	18,179 4,406 Control **** Dieta ****
Comprensión Parental F=14,50 ****	6,281 1,662	6,424 1,615	4,043 1,732 Control **** Dieta ****	5,197 1,869 Control ** Dieta **	5,250 2,137
Aceptación Social F=16,62 ****	9,053 1,583	9,030 1,446	8,391 2,600	7,030 2,078 Control *** Dieta ****	6,857 1,484 Control **** Dieta ****
Autoconcepto/ Autoestima F=39,64 ****	39,754 5,246	41,424 5,442	32,000 7,478 Control **** Dieta ****	29,924 7,253 Control **** Dieta ****	30,286 4,744 Control **** Dieta ****

* indica significación $p<.10$
 ** indica significación $p<.05$
 *** indica significación $p<.01$
 **** indica significación $p<.001$

Rodrigues (1977) y Escotet (1980), que recomiendan un nivel de significación de .10. Aun así, la mayoría de las diferencias encontradas superan los niveles habituales de significación. Por último, se calculó también el tamaño del efecto (d), como complemento a los contrastes posteriores.

Presentamos los resultados del análisis de varianza que han resultado significativos en los contrastes posteriores de Scheffé. En la columna izquierda aparecen las variables, con los valores de F, y en las siguientes columnas, los grupos, con sus medias y desviaciones típicas en cada variable, indicando en el caso de obtener diferencias significativas en Scheffé, el nivel de significación de la diferencia en relación con cada grupo.

Como puede observarse en la Tabla 2, la muestra de Anorexia se diferencia claramente de los grupos control y dieta en la mayoría de las variables medidas, e incluso obtiene puntuaciones significativamente inferiores que el grupo de psicoterapia en Satisfacción con su Propio Cuerpo y la subescala de Autoconcepto AcS. Al compararla con la muestra de psicoterapia, aunque las diferencias obtienen un nivel de significación menor, sí encontramos valores del tamaño del efecto que indican que se trata de diferencias importantes: $d=.736$ y $d=.724$, respectivamente. La muestra de Bulimia obtiene diferen-

cias significativas con los grupos control y dieta en un aspecto de la aserción ("expresión de desacuerdo y sentimientos negativos": AS-I), así como en dos factores de autoconcepto (AG y AcS), y el total de autoconcepto-autoestima. No se encuentran diferencias significativas entre la muestra de Anorexia y la de Bulimia, ni tampoco entre los grupos Control y Dieta. La muestra de Psicoterapia obtiene peores puntuaciones en autoconcepto (total, AG y CP) y en AS-I que los grupos Control y Dieta.

Atendiendo a los instrumentos: encontramos las mayores diferencias en las subescalas de Autoconcepto. Cada una de las tres subescalas (y el total) presenta grandes diferencias entre los grupos de dieta y control y el de Anorexia: todas las diferencias reflejadas en la tabla son estadísticamente significativas y obtienen valores medios o elevados en el tamaño del efecto. Mientras que las diferencias se mantienen entre los grupos control y dieta con los de Bulimia y Terapia en la subescala AG y el total de Autoconcepto, la subescala CP establece diferencias entre ambos grupos control y el de Terapia, y la AcS discrimina ambos grupos, y el de psicoterapia del de Bulimia y el de Anorexia. Esto quiere decir que tanto las Bulímicas como las Anoréxicas, comparadas con los grupos Control y las mujeres que hacen Dieta,

sienten que les cuesta mucho más tomar decisiones, cambiarían más cosas de sí mismas, les gustaría más ser otra persona, ser diferentes, se sienten un fracaso, más dependientes, menos felices, y menos optimistas con su futuro. Comparadas con esos dos mismos grupos, las Anoréxicas se sienten menos comprendidas y respetadas por sus padres, y lo mismo les ocurre a las mujeres en Terapia. Tanto Anoréxicas como Bulímicas creen que no caen muy bien a los demás, no son divertidas y no son aceptadas tal como son. Este aspecto de "aceptación Social" les diferencia también del grupo de mujeres en psicoterapia (las diferencias son grandes: $d=.72$ y $d=.81$, respectivamente).

En cuanto a la Satisfacción con el propio Cuerpo (SPC), encontramos claras diferencias entre el grupo de Anoréxicas y el grupo control, pero también con el de mujeres que hacen dieta para adelgazar, lo que resulta más llamativo, e incluso con el de psicoterapia ($d=.73$). Las Anoréxicas se sienten más limitadas por su cuerpo, más insatisfechas (no se gustan, cambiarían más algunas partes si pudieran, inseguras (no les gusta que les miren, ni mirarse, ni ponerse bañador, etc.), menos atractivas. La muestra de Bulimia no obtiene diferencias estadísticamente significativas con los tres grupos controles, pero sí valores de consi-

deración en el tamaño del efecto, lo que indica que si la muestra fuera mayor, quizá se habrían encontrado diferencias.

Al evaluar distintos aspectos de la Conducta Aseriva, no encontramos grandes diferencias entre los grupos en su habilidad para defender sus derechos como consumidoras, en iniciar interacciones con el sexo opuesto o en su autoafirmación ante personas cercanas, pero sí aparecen diferencias estadísticamente significativas y tamaños del efecto grandes o moderados en dos aspectos que discriminan claramente el funcionamiento de las Anoréxicas del grupo control y el de dieta: 1) *tienen mucho más limitada su autoexpresión social (hacer preguntas, expresar opiniones, y sentimientos, evitan más las reuniones sociales, etc.)*, y 2) *expresan mucho menos su desacuerdo y sus sentimientos negativos (sea ante amigos, familiares próximos o personas del sexo opuesto)*. Esto último también les ocurre a los grupos de Bulímicas y de mujeres en psicoterapia.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos son coherentes con las descripciones clínicas de mujeres anoréxicas, así como con investigaciones previas (por ejemplo, Geller, Cockell, Hewitt, Goldner y Flett, 2000, Gismero, 1996, Williams et al., 1993,

Williams, Chamove y Millar, 1990, Huon y Brown, 1984).

Comparadas con mujeres controles y mujeres que hacen dieta adelgazante, anoréxicas y bulímicas muestran claros déficit de autoestima, y una valoración de sí mismas y de su vida muy negativa. Las anoréxicas se sienten menos comprendidas y aceptadas por sus padres. Manifiestan mucha mayor insatisfacción con su propio cuerpo (comparadas con los tres grupos controles). En cuanto a la conducta asertiva, donde presentan dificultades claramente mayores que los demás grupos es a la hora de mostrar su desacuerdo y sus sentimientos negativos, así como en su autoexpresión social (participar en reuniones sociales, expresar sentimientos y opiniones, hacer preguntas, etc.).

Estos resultados apoyan la idea de que todos estos aspectos serían característicos de las mujeres con

anorexia nerviosa (y en algunos casos, de las bulímicas), que permitirían diferenciarlos de otros grupos (clínicos y no clínicos). La evaluación del autoconcepto/autoestima, la insatisfacción con el propio cuerpo y determinados déficit en habilidades sociales se han mostrado importantes en la anorexia y en la bulimia nerviosas. Nuestros resultados apuntan a considerar la conveniencia de una evaluación sistemática de tales variables, que sería importante tener en cuenta no sólo en la intervención y el abordaje terapéutico, sino incluso como factores de prevención.

Por otra parte, los instrumentos breves empleados en esta investigación (Gismero, 1996) se han mostrado útiles para detectar diferencias significativas e importantes en todas las variables citadas, discriminando entre los grupos de anorexia, bulimia y diferentes grupos control.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4ª edición) (DSM-IV), Barcelona: Masson.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1982a). Anorexia nervosa: Therapy and theory. *The American Journal of Psychiatry*, 139, 1531-1538.
- Bruch, H. (1982b). Treatment in anorexia nervosa. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9, 303-312.
- Calvo Sagardoy, R. (1994). Modelos de tratamiento psicológico de la anorexia nerviosa. En Chinchilla, A.: *Anorexia y bulimia nerviosas* (pp. 183-203). Madrid: Ergon.
- Calvo Sagardoy, R., Delgado Lacosta, C., Rodríguez-Vega Pazos, B. y Santo-Domingo Carrasco, J. (1987). Anorexia nerviosa: tratamiento y evolución a uno, tres y cinco años. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 15, 255-262.
- Cash, T.F., Winstead, B.A. y Janda, L.H. (1986). The great American shape-up: body image survey report. *Psychology Today*, 20 (4), 30-37.
- Chinchilla, A. (1994). *Anorexia y bulimia nerviosas*. Madrid: Ergon.
- Crisp, A.H. (1981). Nutritional disorders and the psychiatric state. En: H.M. Van Praag, M.H. Lades, O.J. Rafaelsen, y E.J. Sachar (Eds.), *Handbook of Biological Psychiatry. Part IV. Brain mechanisms and abnormal behavior-chemistry* (pp.653-683). New York: Marcel Dekker.
- Escotet, M.A. (1980). *Diseño multivariado en psicología y educación*. Barcelona: CEAC.
- Fisher, S. (1986). *Development and structure of the body image*. Hillsdale, NJ.: Erlbaum.
- Fisher-McCanne, L.P. (1985). Correlates of bulimia in college students: anxiety, assertiveness, and locus of control. *Journal of College Student Personnel*, 26, 306-310.
- Geller, J., Cockell, S.J., Hewitt, P.L., Goldner, E.M. y Flett, G.L. (2000). Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28 (1), 8-19.
- Gismero, E. (1996). *Habilidades sociales y Anorexia nerviosa*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas.
- Hawkins, R.C. y Clement, P.F. (1980). Development and construct validation of a self-report measure of binge eating tendencies. *Addictive Behaviors*, 5, 219-226.
- Holleran, P.R., Pascale, J. y Fraley, J. (1988). Personality correlates of college age bulimics. *Journal of Counseling and Development*, 66, 378-381.
- Huon, G. y Brown, L.B. (1984). Psychological correlates of weight control among anorexia nervosa patients and normal girls. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 61-66.
- Lasa, A. (1995). Los pecados de la carne. En: Jornadas sobre anorexia mental y bulimia, Bilbao. Grupo Psicoterapia Analítica Bilbao.
- Leimberg, R. y May, M. (1991). What works in in-patient treatment of eating disorders: the patient's point of view. *British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa*, 5, 29-38.
- Mizes, J.S. (1989). Assertion deficits in bulimia nervosa: assessment via behavioral, self-report and cognitive measures. *Behavior Therapy*, 20, 603-608.
- Morey, L.C. y Kurtz, J.E. (1995). Assessment of general personality and psychopathology among persons with eating and weight-related concerns. En D.B. Allison

(ed.), *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems. Measures, theory, and research* (pp.1-22). London: Sage.

Rodrigues, A. (1977). *Investigación experimental en psicología y educación*. México: Trillas.

Rossiter, E.M., Wilson, G.T. y Goldstein, L. (1989). Bulimia nervosa and dietary restraint. *Behavior Research and Therapy*, 27, 465-468.

Slade, P.D. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167-179.

Sunday, S.R., Halmi, K.A., Werdmann, L. y Levy, C. (1992). Comparison of body size estimation and eating disorder inventory scores in anorexia and bulimia patients with obese, and restrained and unrestrained

controls. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 133-149.

Williams, G.-J., Chamove, A.S. y Millar, H.R. (1990). Eating disorders, perceived control, assertiveness and hostility. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 329-335.

Williams, G.-J., Power, K.G., Millar, H.R., Freeman, C.P., Yellowlees, A., Dowds, T., Walker, M., Campsie, L., Macpherson, F. y Jackson, M.A. (1993). Comparison of eating disorders and other dietary/ weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-esteem, and self-directed hostility. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 27-32.

Wolf, E.M. y Crowther, J.H. (1983). Personality and eating habit variables as predictors of severity of binge eating and weight. *Addictive behaviors*, 8, 335-344.

