

CONDUCTAS Y ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACIÓN MEDIDAS A TRAVÉS DEL EDI-2 Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

**Conrado M. Viña
Manuel Herrero**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de La Laguna

RESUMEN

En este artículo se analizan las relaciones entre las conductas y actitudes hacia la alimentación y el uso de sustancias psicoactivas. Se administraron el EDI-2 y un cuestionario de consumo de sustancias a una muestra representativa y aleatoria de 1.181 estudiantes de ambos sexos de secundaria en un diseño transversal. Se encontraron diferencias significativas en el consumo de sustancias entre grupos extremos definidos en función de las puntuaciones de todas las subescalas del EDI-2, sobre todo en Bulimia, Conciencia Introceptiva, Insatisfacción Corporal, Miedo a la Madurez e Impulsividad. Aparecen perfiles claramente diferentes según el género. Se discuten los resultados a la luz de las distintas teorías propuestas para explicar la relación entre ambos tipos de comportamientos.

Palabras clave: EDI-2, TRASTORNOS ALIMENTARIOS, ANOREXIA, BULIMIA, DROGAS, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Este trabajo forma parte de un proyecto subvencionado por la Universidad de La Laguna. Correspondencia: Manuel Herrero, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Campus de Guajara, Universidad de La Laguna. C.P.: 38.200. La Laguna. S/C de Tenerife. Islas Canarias. España. e-mail: mherrero@ull.es.

SUMMARY

The relation between eating behaviours and attitudes and psychoactive substances use are analyzed. The EDI-2 and a substance consumption questionnaire were administered to a random and representative sample of 1,181 male and female secondary students in a cross-sectional design. Significant differences in drug consumption between extreme groups defined according to all EDI-2 subscales scores were found, especially in Bulimia, Interoceptive Awareness, Body Dissatisfaction, Maturity Fear and Impulse Regulation. Clearly different profiles appear according to gender. The results are discussed in the light of the different theories proposed to explain the relation between both kinds of behaviours.

Key words: EDI-2, EATING DISORDERS, ANOREXIA, BULIMIA, DRUGS, PSYCHOACTIVE SUBSTANCES.

INTRODUCCIÓN

El estudio de las relaciones que se dan entre los distintos trastornos posee gran relevancia ya que permite profundizar en el conocimiento de los mismos, y mejorar la detección, pronóstico y tratamiento de las personas que los sufren. En concreto, en el campo de las alteraciones alimentarias, se han encontrado con frecuencia altas tasas de comorbilidad entre los comportamientos alimentarios anómalos y otros trastornos psicológicos, destacando entre ellos los síntomas y trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, de la personalidad y el uso o abuso de sustancias. (APA, 2000/2002; Bulik, 2002; Granillo, Jones-Rodríguez y Carvajal, 2005; Granner, Black y Abood, 2002; Holderness, Brooks-Gunn y Warren, 1994; Piran y Robinson, 2006; Wolfe y Maisto, 2000; Wonderlich, 2002; Wonderlich y Mitchell, 1994; Zaider, Johnson y Cockell, 2000).

Por lo que se refiere a la relación de las alteraciones alimentarias y el uso de sustancias, se ha encontrado comorbilidad en muestras clínicas, sobre todo en pacientes diagnosticadas de bulimia nerviosa y en aquellas personas que cumplan los criterios diagnósticos de

anorexia nerviosa, subtipo compulsivo-purgativo (Bapt et al., 1999; Bulik, Sullivan, Carter y Joyce, 1997; Corcos et al., 2001; Haug, Heinberg y Guarda, 2001; Herzog et al., 2006; Holderness et al., 1994; Striegel-Moore, Garvin, Dohm y Rosenheck, 1999; Wiederman y Pryor, 1996).

Estos resultados se han encontrado, asimismo, en muestras comunitarias con selección posterior de las personas que cumplieran los criterios DSM para los trastornos de la conducta alimentaria (TCAs) (Dansky, Brewerton y Kilpatrick, 2000; Dohm et al., 2002; Dunn, Larimer y Neighbors, 2002; Garfinkel et al., 1996). Estos hallazgos se repiten en los estudios en los que, además de los dos tipos de población mencionados, se ha incluido un grupo de comparación de estudiantes universitarios (Gutiérrez, Mora, Unikel, Villatoro y Medina-Mora, 2001; Stock, Goldberg, Corbett y Katzman, 2002; Thompson y Schwartz, 1982).

La gravedad de la co-ocurrencia de estos dos tipos de trastorno se ha puesto de manifiesto en que, cuando la bulimia se asocia con dependencia de alcohol, se da un mayor número de intentos de suicidio, mayores niveles de impulsividad y tasas más altas de trastorno límite de la personalidad (Bulik et al., 1997; Suzuki, Higuchi, Yamada, Komiya y Takagi, 1994).

En la línea de comprobar si estas relaciones también se presentan en otros tipos de población, este equipo de investigación ha llevado a cabo algunos trabajos con estudiantes universitarios (Herrero y Viña, 2002) y con estudiantes de secundaria (Viña, Herrero y Del Rosario, 2005). En estos estudios no se encontraron correlaciones importantes entre las actitudes hacia la alimentación medidas a través del EAT (Garner y Garfinkel, 1979; Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982) y el uso de sustancias. No obstante, aparecieron diferencias estadísticamente significativas cuando se compararon los grupos extremos (percentil 25 vs. 75) formados a partir de las puntuaciones obtenidas en ambas versiones de este cuestionario y de sus subescalas, sobre todo en la subescala de Bulimia y Preocupación por la Comida del EAT-26. Este último resultado ha sido explicado aludiendo a un componente de impulsividad compartido por ambos tipos de trastorno (Holderness et al., 1994; Porzelius, Dinsmore y Staffelbach, 2001). La relevancia de este componente impulsivo en la bulimia es tal que algunos autores (Fichter, Quadflieg

y Rief, 1994) han propuesto la creación de un nuevo subtipo de bulimia nerviosa que denominan «multi-impulsivo» definido, entre otros elementos, por el abuso de alcohol y de drogas, la automutilación y el robo.

Wolfe y Maisto (2000) sintetizaron y actualizaron los modelos teóricos previamente revisados por Holderness et al. (1994) y por Krahn, Kurth, Demitrack y Drownowski (1992), y plantearon la necesidad de ir más allá de la investigación de la co-prevalencia y de preguntarnos por qué a menudo estos trastornos coexisten. En este sentido el EDI-2 (*Eating Disorders Inventory*, Garner, 1990/1998) es un instrumento diseñado para evaluar las características psicológicas más relevantes de la anorexia y la bulimia nerviosas y, además, incluye una serie de subescalas que pueden ayudar a avanzar en la comprensión de la relación entre ambos tipos de problemas como es el caso de la subescala de Impulsividad.

Se ha afirmado (Fernández-Aranda y Turón-Gil, 1998) que desde un punto de vista clínico es más importante la puntuación de cada una de las subescalas por separado que la puntuación global del inventario. No obstante, en el presente estudio se van a tener en cuenta también las puntuaciones globales del EDI-1 y del EDI-2 con el objeto de explorar las posibles relaciones que puedan existir entre dichas puntuaciones globales y el uso de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria.

MÉTODO

Diseño muestral

Se utilizó un muestreo aleatorio estratificado por afijación proporcional con tres criterios para elaborar los estratos: hábitat (metropolitano-no metropolitano), curso (los cuatro cursos de la Enseñanza Secundaria Obligatoria y el primer curso tanto de bachillerato como de ciclo formativo), y titularidad del centro (público-privado). La población del estudio estaba constituida por 1.321 aulas de los citados cursos del norte de la isla de Tenerife (Islas Canarias, España).

Se utilizó una p de 0,03 dado que la Bulimia Nerviosa, trastorno más común de los TCAs, se estima en un 2 ó 3% de prevalencia

en los estudios con mayores cifras informadas (Chinchilla, 1995; Toro, 1996; De la Puente y Gómez, 1998). Se trabajó con una probabilidad de error del 5%.

Como resultado, la muestra quedó compuesta por 1.181 estudiantes (54 aulas) de secundaria del norte de la isla de Tenerife, Islas Canarias (España). 568 (48,1%) eran de género femenino y 609 (51,6%) de género masculino, con 4 casos perdidos (0,3%). Las edades de los participantes oscilaron en un rango que se sitúa entre los 11 y los 25 años, y su media era de 14,45 (dt = 1,87). Los participantes estudiaban alguno de los cuatro cursos de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.), primero de Bachillerato o primero del Ciclo Formativo (C.F.). En concreto, la distribución de la muestra en función del curso fue la siguiente: 1º ESO: N = 231 (19,6%); 2º ESO: N = 259 (21,9%); 3º ESO: N = 245 (20,7%); 4º ESO: N = 235 (19,9%); 1º Bachillerato: N = 156 (13,2%); 1º C.F.: 55 (4,7%). Hemos de mencionar que de esta muestra se han ofrecido datos relativos a las puntuaciones en las subescalas del EDI-2 (Herrero y Viña, 2005).

Instrumentos

Para este trabajo se han utilizado dos instrumentos:

a) *El Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2)* de Garner (1990/1998). Este cuestionario está validado en España (Corral, González, Pereña y Seisdedos, 1998), y evalúa rasgos psicológicos y de comportamiento comunes a la anorexia y a la bulimia nerviosas. Está formado por once subescalas, de las cuales las ocho primeras forman el EDI-1: Obsesión por la Delgadez, Bulimia, Insatisfacción Corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal, Conciencia Introceptiva, Miedo a la Madurez, Ascetismo, Impulsividad y, finalmente, Inseguridad Social. La consistencia interna de estas subescalas (alfa de Cronbach) oscila entre 0,93 y 0,65, las ocho primeras, y entre 0,80 y 0,44, las tres últimas.

b) *El Cuestionario de Consumo de Sustancias* de Gandarillas y Febrel (2000). Este instrumento ha sido modificado por este equipo de investigación y se compone de seis ítems que rastrean con brevedad el consumo de las sustancias psicoactivas más utilizadas entre la población general. Los dos primeros ítems se refieren al

consumo de tabaco. El primero pregunta acerca de si en la actualidad se fuma tabaco de manera habitual, y el segundo persigue concretar cuántos cigarrillos se suelen fumar al día. El tercero y cuarto se interesan en saber a qué edad se comenzó a consumir, por lo menos una vez a la semana, bebidas alcohólicas (la tercera pregunta), y hachís y/o marihuana (la cuarta). La quinta pregunta explora el consumo de una serie de sustancias (café o té, bebidas alcohólicas, tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta médica, derivados del cannabis, cocaína esnifada, crack, heroína, anfetaminas, éxtasis o «drogas de diseño», inhalantes como pegamentos, éter, gasolina, etc. y, finalmente, se pregunta si se han probado otras drogas no incluidas en la lista precedente, con indicación de que se señale la droga probada). La codificación utilizada fue: 0 = nunca; 1 = alguna vez. La sexta y última cuestión, pregunta acerca de cuántas veces al mes se consumen esas mismas once sustancias en la actualidad. Hemos de comentar que, en las tres últimas preguntas, se han incluido los nombres que se suelen utilizar coloquialmente para referirse a estas sustancias, además de los nombres señalados más arriba.

Procedimiento

Los instrumentos utilizados en este estudio fueron administrados, junto con otros, de forma colectiva, anónima y voluntaria en horario de clase. Antes de administrar los cuestionarios se insistió en la importancia de la sinceridad de sus respuestas, ya que los resultados del estudio eran importantes para ayudar a las personas que tuvieran algún problema en esta área. La fase de recogida de datos se completó en un período de dos meses.

Análisis

Se utilizaron correlaciones de Pearson para analizar la relación entre las distintas variables y ANOVAs de una vía para calcular las diferencias de medias.

Todos los análisis se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS para Windows, versión 11.5.1.

RESULTADOS

Se calcularon las correlaciones entre las puntuaciones de las dos versiones del EDI y sus once subescalas, y las variables que recoge el Cuestionario de Consumo de Sustancias. Se comprobó que ninguno de los coeficientes alcanzaba el 0,30. A continuación se procedió a comparar las puntuaciones obtenidas en las variables de uso de sustancias por los grupos que alcanzaban puntuaciones extremas en las escalas y subescalas del EDI-2. En concreto, se compararon los grupos con un percentil menor o igual a veinticinco frente a un percentil igual o superior a setenta y cinco. En las escalas en las que una puntuación de cero superaba el percentil veinticinco, se optó por formar el grupo extremo inferior con los adolescentes que habían obtenido esta puntuación de cero. Esto sucedió en la subescala de Bulimia (tanto en los chicos como en las chicas), y en las subescalas de Obsesión por la Delgadez (DT) e Ineficacia en los chicos. También hay que señalar que la puntuación total del EDI-1 se obtuvo sumando las puntuaciones de las ocho primeras subescalas; y la del EDI-2, sumando el total de las once.

En la Tabla 1 se presentan los resultados obtenidos en la submuestra femenina. En ella podemos ver que las diferencias significativas surgen en las dos escalas globales y en la mayoría de las subescalas del cuestionario. En concreto, el mayor número de diferencias significativas aparece cuando se forman los grupos extremos a partir de las puntuaciones globales del EDI-1 y del EDI-2 y a partir de cuatro de sus subescalas: Bulimia, Insatisfacción Corporal (BD), Conciencia Introceptiva (IA) e Impulsividad (IR).

Los grupos extremos formados en función de las puntuaciones obtenidas en la subescala de Bulimia son los que se diferencian de modo significativo en mayor cantidad de sustancias. En concreto, se diferencian en el número de adolescentes femeninas que fuman en la actualidad, en el sentido de mayor número de fumadoras en el grupo extremo superior en dicha subescala. También se observa en las adolescentes del grupo extremo superior de la subescala de Bulimia un mayor consumo diario de cigarrillos, edades inferiores en el comienzo del consumo semanal tanto del alcohol como del cannabis y sus derivados, un mayor número de mujeres adolescentes que han

Tabla 1. Diferencias significativas en uso de sustancias entre los grupos extremos del EDI-2 y sus once subescalas en las chicas. (Medias y desviaciones típicas en el Anexo 1)

	DT	B	BD	I	P	ID	IA	MF	A	IR	SI	EDI 1	EDI 2
N ≈	240	490	232	282	301	260	258	261	268	269	259	229	221
Fumar actual		*s	**s				**s			**s		*s	*s
Nº cigarrillos/día		*s	*s				**s			*s		*s	*s
Edad alcohol		***s	***s	*s			*s			**s		*s	*s
Edad cannabis		*s	*s				*s			**s			
Café								**i					*s
Alcohol		***s	***s		**i	**i	**s	***i	*i			*s	*s
Tranquilizantes	*s	**s	**s	*s			*s	*i	**s	**s		**s	**s
Cannabis		*s	**s				***s			*s			*s
Cocaína esnif.							*s			*s			
Inhalantes		**s										*s	*s
Café	*s	**s	**s				**s	***i		*s		*s	**s
Alcohol		***s	*s				.052s		.053i	*s		*s	*s
Tranquilizantes							*s			*s		*s	.054s
Cocaína esnif.		*s											
Heroína		*s											
Anfetaminas		*s											
Éxtasis		*s											

* = p < .05; * = p < .01; * = p < .001; i = Mayor puntuación en grupo extremo inferior, s = Mayor puntuación en grupo extremo superior; DT = Obsesión por la Delgadez; B = Bulimia; BD = Insatisfacción Corporal; I = Ineficacia; P = Perfeccionismo; ID = Desconfianza Interpersonal; IA = Conciencia Interoceptiva; MF = Miedo a la Madurez; A = Ascetismo; IR = Impulsividad; SI = Inseguridad Social.

consumido bebidas alcohólicas, tranquilizantes sin receta médica, cannabis y sus derivados e inhalantes. Por lo que respecta al número de veces al mes en que se consumen esas sustancias, vemos en la tabla que se presentan diferencias significativas en el nivel de consumo de café, alcohol, cocaína esnifada, heroína, anfetaminas y éxtasis o drogas de diseño, también a favor de un mayor consumo en el grupo extremo superior.

Por lo que se refiere a la subescala de Insatisfacción Corporal, se presenta el mismo sentido en las diferencias. Así, las adolescentes del grupo extremo superior de esta subescala fuman en mayor número, manifiestan consumir más cigarrillos al día, se inician a edades más tempranas en el consumo semanal del alcohol y del cannabis, y un mayor número de ellas ha consumido alcohol, tranquilizantes y cannabis. Finalmente, se puede observar en la tabla que consumen café y alcohol con una mayor frecuencia mensual.

Los grupos extremos formados en función de la subescala Conciencia Interoceptiva, presentan un patrón de diferencias similar y en el mismo sentido al encontrado en la subescala anterior. En concreto, las diferencias aparecen en las variables: fumar en la actualidad, número de cigarrillos al día, edad de inicio en el consumo de alcohol y de cannabis, en el número de adolescentes que han consumido alcohol, tranquilizantes sin receta, cannabis y cocaína esnifada, y en el número de veces al mes en que han consumido café y tranquilizantes sin receta médica, quedando la frecuencia de consumo mensual de alcohol a las puertas de la significación estadística ($p = 0,052$).

La última de las subescalas mencionadas, Impulsividad, arroja un patrón de diferencias similar, y en el mismo sentido que las dos anteriores. Vemos que las mujeres que presentan mayores dificultades en el control de sus impulsos, fuman en mayor porcentaje y con mayor frecuencia diaria, se inician antes en el consumo semanal de alcohol y de cannabis, un mayor número de ellas ha consumido tranquilizantes sin receta, cannabis y cocaína esnifada. Además consumen café, alcohol y tranquilizantes con mayor frecuencia mensual.

Por lo que respecta a la puntuación global del EDI-1 vemos que vuelven a surgir, en el mismo sentido y en similar número, las diferencias significativas encontradas en las subescalas comentadas

con anterioridad. Así, surgen diferencias en el número de mujeres que fuman de modo habitual, en el consumo diario de cigarrillos, en la edad de comienzo del consumo semanal de alcohol, en el número de adolescentes que han consumido café, alcohol, tranquilizantes, cocaína esnifada e inhalantes, y en el número de veces al mes en que consumen café y tranquilizantes. Hay que destacar que cuando se forman los grupos extremos en función de la puntuación total del EDI-1, no surgen diferencias significativas entre los grupos extremos en la edad de comienzo de consumo semanal del cannabis y sus derivados, como sucedía en las cuatro subescalas comentadas.

Cuando se consideran los resultados obtenidos con los grupos extremos del EDI-2 vemos que, en general son similares a los obtenidos con el EDI-1, aunque se observan varias discrepancias. Por una parte, no aparecen diferencias significativas en el consumo de café, alcohol y cocaína esnifada, ni en el consumo mensual de tranquilizantes (diferencia que queda próxima a la significación con una $p = 0,054$). Por otra, surgen dos diferencias significativas que no aparecían con el EDI-1: en el consumo de cannabis y en el consumo mensual de alcohol.

También se observan algunas diferencias significativas al comparar los grupos extremos formados en función del resto de las subescalas del cuestionario, con excepción de la subescala de Inseguridad Social (SI) en la que no aparece ninguna en la submuestra femenina. Concretamente, existen diferencias con significación estadística entre los grupos extremos de la subescala Obsesión por la Delgadez en el número de mujeres adolescentes que han consumido tranquilizantes sin receta médica, y en el número de veces al mes en que consumen café. En la subescala de Ineficacia las diferencias entre los grupos aparecen en la edad de comienzo del consumo semanal de alcohol y en el número de adolescentes que han consumido tranquilizantes. Las diferencias encontradas en estas dos subescalas van en el mismo sentido mencionado más arriba.

El sentido de las diferencias entre los grupos extremos se invierte al considerar el resto de las subescalas. Así, en las subescalas Perfeccionismo y Desconfianza Interpersonal (ID), hay un mayor número de mujeres del grupo extremo inferior que han consumido alcohol frente a las del superior. Esta diferencia significativa también

se presenta, y en el mismo sentido, entre los grupos extremos de la subescala de Miedo a la Madurez (MF), a la que se añaden diferencias significativas en la cantidad de mujeres que han consumido café y tranquilizantes sin receta, y en el consumo mensual de café. Finalmente, la última subescala a comentar en las mujeres es la de Ascetismo. Es la única en la que el sentido de las diferencias se alterna. Por una parte, se mantiene el sentido mencionado en las tres subescalas anteriores por lo que se refiere al número de adolescentes que han consumido alcohol (queda a las puertas de la significación estadística el consumo mensual de esta sustancia; $p = 0,053$). Por otra, vuelve a ser el grupo extremo superior el que acoge al mayor número de consumidoras de tranquilizantes sin receta.

Por lo que se refiere a los adolescentes varones podemos ver en la Tabla 2 que el panorama es bien distinto. La primera divergencia se encuentra en el número de diferencias que alcanzan la significación estadística, que se reduce de forma considerable en relación con las encontradas en las adolescentes (de 73 a 44). La segunda, es que el sentido de las diferencias es, en su mayoría, el opuesto al encontrado en las adolescentes mujeres. Esto es, el mayor consumo se suele presentar en aquellos varones que conforman los grupos extremos con menores puntuaciones en el EDI-2 y sus subescalas. La tercera discrepancia respecto a las mujeres, es que justamente en la subescala donde mayor número de diferencias significativas había en ellas (Bulimia), en los varones no emerge ninguna. Tampoco aparecen diferencias significativas entre los grupos extremos formados en función de la subescala de Insatisfacción Corporal y, entre los conformados a partir de la subescala de Conciencia Introceptiva, sólo aparece una: el consumo mensual de cannabis y sus derivados en el sentido de un mayor consumo en el grupo extremo con menores puntuaciones en la subescala.

Al analizar las diferencias en cada subescala vemos que, en Obsesión por la Delgadez, existen diferencias significativas en la edad de inicio en el consumo semanal de cannabis, con un inicio más temprano por parte del grupo extremo inferior; mayor número de varones de este grupo han consumido café, bebidas alcohólicas y cannabis; y se ha producido un mayor consumo mensual de café, cannabis y cocaína esnifada, por parte de dicho grupo.

Tabla 2. Diferencias significativas en uso de sustancias entre los grupos extremos del EDI-2 y sus once subescalas en los chicos. (Medias y desviaciones típicas en el Anexo 2)

	DT	B	BD	I	P	ID	IA	MF	A	IR	SI	EDI 1	EDI 2
N =	257	506	241	290	319	282	242	272	246	252	284	228	211
Fumar actual								**i					
Nº cigarrillos al día								*i					*i
Edad alcohol								**i					
Edad cannabis	**i							**i					
Café	*i			**i		*i		**i			*i		
Alcohol	***i			*i		***i		***i	**i	*i	**i	***i	**i
Tranquilizantes				*s									
Cannabis	***i				*i	*i		**i					*i
Cocaína esnif.					*i			*i					
Éxtasis										*s	*s		
Inhalantes					*s					*s			
Otras sustancias									*s				
Café	*i							**i					
Alcohol						*i							
Tranquilizantes													
Cannabis	*i						*i	**i					*i
Cocaína esnif.	*i				*i					*i			
Éxtasis				*s									

* = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$; i = Mayor puntuación en grupo extremo inferior, s = Mayor puntuación en grupo extremo superior; DT = Obsesión por la Delgadez; B = Bulimia; BD = Insatisfacción Corporal; I = Ineficacia; P = Perfeccionismo; ID = Desconfianza Interpersonal; IA = Conciencia Introceptiva; MF = Miedo a la Madurez; A = Ascetismo; IR = Impulsividad; SI = Inseguridad Social.

Por lo que se refiere a la subescala de Ineficacia existen diferencias significativas en el número de varones que han consumido café, alcohol y tranquilizantes sin receta médica. Las dos primeras variables en el sentido de un mayor número de adolescentes que los han consumido en el grupo con puntuaciones inferiores, y la última en el sentido contrario. Por lo que se refiere al número de veces al mes en que se han consumido sustancias, sólo hay diferencias significativas en éxtasis o drogas de diseño con un mayor consumo mensual por parte del grupo extremo superior.

Esta alternancia también se observa en el sentido de las diferencias con significación estadística que existen entre los grupos extremos de la subescala de Perfeccionismo: número de adolescentes que han consumido cannabis y cocaína esnifada y en el consumo mensual de cocaína, las tres diferencias a favor del grupo extremo inferior, y en el número de adolescentes que han consumido inhalantes, a favor del grupo extremo superior.

En Desconfianza Interpersonal las diferencias significativas se dan en el número de varones que han consumido café, alcohol y cannabis, y en el consumo mensual de alcohol, con mayores puntuaciones en el grupo extremo inferior. Esta última circunstancia también se da cuando se comparan las puntuaciones de los grupos extremos de Miedo a la Madurez. En esta subescala es donde los adolescentes varones presentan el mayor número de diferencias con significación estadística entre los grupos extremos. Por primera vez en los varones aparecen diferencias significativas en el consumo de tabaco, tanto en el número de adolescentes que fuman como en la cantidad de cigarrillos fumados al día. Además de lo señalado, aparecen diferencias significativas en la edad de inicio de consumo semanal del alcohol y del cannabis, en el número de varones que han consumido café, alcohol, cannabis y cocaína esnifada, y en el consumo mensual de café y de cannabis.

Sólo existen dos diferencias significativas entre los grupos extremos constituidos en función de sus puntuaciones en la subescala de Ascetismo: número de adolescentes varones que han consumido tanto alcohol como otras sustancias (p.ej., setas alucinógenas, peyote, opio, etc). El sentido de esta última diferencia es el opuesto al que aparece, en general, en los varones (mayor

número de varones que las han consumido en el grupo extremo superior de la subescala).

La subescala de Impulsividad presenta cuatro diferencias con significación estadística entre sus grupos extremos. Éstas aparecen en la cantidad de personas que han consumido alcohol (mayor número en el grupo extremo con menores puntuaciones en la subescala), de éxtasis y de inhalantes (mayor número en el grupo extremo más impulsivo) y, por último, en el consumo mensual de cocaína esnifada (mayor consumo en el grupo extremo menos impulsivo).

En la última de las subescalas, Inseguridad Social, se observan tres diferencias significativas entre los grupos extremos: número de adolescentes varones que han consumido café, alcohol y éxtasis. Las dos primeras con un mayor número en el grupo con puntuaciones inferiores en la subescala, y la última en sentido contrario.

Al considerar las puntuaciones totales de las dos versiones del cuestionario, vemos que en el EDI-1 sólo aparecen diferencias significativas entre los grupos en consumo de alcohol. Los grupos extremos del EDI-2 presentan, además de ésta, diferencias significativas en la edad de inicio de consumo semanal de alcohol, en el sentido de un inicio más temprano en el grupo extremo inferior y en el número de adolescentes que han consumido cannabis, y en el consumo mensual de esta sustancia. Todas estas diferencias se inclinan hacia mayores puntuaciones en estas variables en el grupo extremo inferior.

Consideradas las diferencias desde el punto de vista de las sustancias psicoactivas, podemos ver en la Tabla 1 que en el consumo de tranquilizantes sin receta médica entre las mujeres adolescentes, es donde aparece el mayor número de diferencias significativas entre los grupos extremos de las dos versiones del EDI y sus subescalas. Otras sustancias en las que surge un elevado número de diferencias significativas en las adolescentes son el alcohol, el cannabis, el consumo mensual de café, y la edad de inicio en el consumo semanal del alcohol. Por lo que respecta a los varones (Tabla 2), el mayor número de diferencias con significación estadística aparece en las variables de consumo de alcohol y de cannabis, y en el número de veces al mes en que se consume esta última sustancia.

Con objeto de comprobar si estas diferencias en el consumo de sustancias se daban también entre grupos extremos de lo que

podríamos denominar un «criterio clínico», se sumaron las puntuaciones obtenidas en las tres escalas del EDI que evalúan de manera más directa la psicopatología alimentaria: Obsesión por la Delgadez (DT), Bulimia (B) e Insatisfacción Corporal (BD), y se calcularon las diferencias en el consumo de sustancias entre los grupos extremos formados a partir de esta nueva variable sumada. Estas comparaciones no mostraron ninguna diferencia estadísticamente significativa en el grupo de los varones. Sin embargo, en las chicas sí que surgieron las diferencias que se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3. Descriptivos y niveles de significación de las diferencias de medias entre grupos extremos en las chicas

Criterio de las tres escalas clínicas sumadas						
		< 25		> 75		
N ≈		83		186		
		X	Dt	X	Dt	
Fumar actual		.05	.22	.20	.40	**
Nº cigarrillos/día		.23	1.49	1.51	4.19	**
Edad alcohol		1.13	3.77	4.29	6.55	***
Edad cannabis		.71	3.18	1.66	4.56	
Consumo	Café	1.72	1.05	1.90	1.05	
	Alcohol	.55	.99	1.36	1.17	***
	Tranquilizantes	.01	.11	.23	.68	**
	Cannabis	.14	.61	.43	.93	*
	Cocaína esnif.	.00	.00	.08	.44	
	Inhalantes	.00	.00	.05	.30	
Nº veces al mes	Café	3.84	8.64	8.33	13.41	**
	Alcohol	.31	.91	1.54	3.25	**
	Tranquilizantes	.00	.00	.34	1.60	
	Cocaína esnif.	.00	.00	.10	.78	
	Heroína	.00	.00	.02	.16	
	Anfetaminas	.00	.00	.03	.31	
	Éxtasis	.01	.11	.08	.63	

X = Media; Dt = Desviación típica; * = p < .05; ** = p < .01; *** = p < .001

Como se puede observar, vuelven a aparecer diferencias significativas en el número de adolescentes que fuman en la actualidad, en el sentido de un mayor número de fumadoras en el grupo extremo superior. También se observa, en las adolescentes de este grupo superior, un mayor consumo diario de cigarrillos, edades inferiores en el comienzo del consumo semanal de alcohol (recordemos que al codificar esta variable se le asignaron valores más altos a las edades más tempranas), un mayor número de adolescentes que han consumido bebidas alcohólicas, tranquilizantes sin receta médica, y cannabis y sus derivados. Por lo que respecta al número de veces al mes en que se consumen las sustancias, observamos en esta tabla que se presentan diferencias significativas en el nivel de consumo de café y de alcohol, también a favor de un mayor consumo en el grupo extremo superior.

DISCUSIÓN

Este trabajo ha tenido como objetivo el estudio de las relaciones entre las actitudes hacia la alimentación y el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria. No se han encontrado relaciones lineales entre estos dos grupos de variables. Sin embargo, se han encontrado diferencias significativas en el uso de sustancias entre los grupos extremos formados a partir de las dos versiones del EDI y de sus subescalas (percentil 25 vs. 75), como también ocurrió con el EAT en universitarios (Herrero y Viña, 2002; Herrero y Viña, en preparación) y en estudiantes de secundaria (Viña et al., 2005).

Al igual que ocurrió en los estudios señalados, también sucede en el presente estudio que la subescala denominada Bulimia es en la que aparece el mayor número de diferencias significativas entre los grupos extremos. Este hallazgo con una muestra de estudiantes de secundaria, va en la línea de lo encontrado repetidamente en la literatura con muestras clínicas y con personas que cumplían los criterios diagnósticos en muestras comunitarias (Bapt et al., 1999; Bulik et al., 1997; Corcos et al., 2001; Dansky et al., 2000; Dohm et al., 2002; Dunn et al., 2002; Garfinkel et al., 1996; Haug et al., 2001; Holderness et al., 1994; Stock et al., 2002; Striegel-Moore et al., 1999; Thompson y Schwartz, 1982; Wiederman y Pryor, 1996).

El patrón de diferencias encontrado en las chicas es claramente distinto al que aparece en los chicos: 1) en éstos aparece un menor número de variables con diferencias significativas entre grupos de puntuaciones extremas en las escalas y subescalas del cuestionario; 2) el sentido de las mismas es, en general, el opuesto al de las mujeres, ya que el mayor consumo en los varones suele presentarse en los grupos extremos con menores puntuaciones en las dos versiones del EDI y sus subescalas, lo que podría estar indicando que en ellos se da un consumo más social y menos asociado a psicopatología alimentaria; 3) en los hombres no se presenta ninguna diferencia significativa en Bulimia ni en Insatisfacción Corporal, y sólo una en Conciencia Introceptiva, cuando estas subescalas estaban entre aquellas en las que aparecía un mayor número de diferencias en las mujeres; 4) la subescala de Miedo a la Madurez es en la que mayor número de diferencias aparecen en los hombres, aunque en este caso el sentido de las mismas es el mismo que en las mujeres, con un mayor consumo en el grupo extremo inferior (una explicación tentativa de este hallazgo es que los adolescentes consumen alcohol, tabaco, café, etc. como un medio para aparentar ser mayores, mientras que aquellos que presentan miedo a la madurez, lógicamente no utilizarían este recurso); 5) aparecen tres diferencias con significación estadística en la subescala de Inseguridad Social en los varones y ninguna en las adolescentes (consumen más café y alcohol los varones que menos puntúan en Inseguridad Social, lo que estaría en consonancia con el argumento anterior. Por el contrario, consumen más éxtasis los que puntúan alto en Inseguridad Social, lo que podría explicarse por que el éxtasis posee un efecto prosocial al provocar sentimientos fuertes de empatía, calidez emocional, auto-aceptación y aceptación de los demás); 6) cuando se suman las tres escalas más clínicas del cuestionario (Obsesión por la Delgadez, Bulimia e Insatisfacción Corporal), no aparece ninguna diferencia significativa en el consumo de sustancias entre los grupos extremos de esta variable clínica en los chicos, mientras que en las chicas sí que aparecen diferencias significativas en ocho variables de consumo y, finalmente, 6) existen divergencias entre ambos sexos en las variables de consumo en las que surgen diferencias entre los grupos extremos; Por lo que respecta a este último punto, podemos decir, en primer

lugar, que en las mujeres la variable en la que claramente se observan más diferencias es el consumo de tranquilizantes sin prescripción médica, mientras que en los hombres lo es el alcohol. En segundo lugar, en los hombres el éxtasis es de las pocas variables en las que surgen diferencias significativas con un mayor consumo por parte del grupo extremo superior, mientras que en las mujeres esta sustancia hace surgir diferencias significativas en la escala de Bulimia. Curran y Robjant (2006) también han encontrado que las consumidoras de éxtasis obtenían puntuaciones significativamente más altas en la escala de Bulimia del EDI-2 que las que no consumían esta sustancia. En último lugar, el consumo de tabaco y la edad de inicio en el consumo semanal del alcohol y del cannabis, son variables en las que puntúan más las mujeres de mayor riesgo según algunas de las subescalas del EDI-2; a diferencia de lo que ocurre en los varones que son los de menor riesgo los que alcanzan mayores puntuaciones.

Los resultados apoyan, en general, la afirmación de Fernández-Aranda y Turón-Gil (1998) de que la utilización de las subescalas proporciona una información más rica que la de las puntuaciones globales del cuestionario. Como se ha podido comprobar, en general, las diferencias encontradas quedan recogidas por las subescalas que de manera más específica evalúan las alteraciones alimentarias (Obsesión por la Delgadez, Bulimia e Insatisfacción Corporal).

Algunos de los resultados encontrados pueden interpretarse a la luz de algunas de las teorías señaladas por los autores para explicar la co-ocurrencia de las actitudes anómalas hacia la alimentación y el uso de sustancias (p.ej., Holderness et al., 1994; Krahn et al., 1992; Wolfe y Maisto, 2000). En general, los resultados en Bulimia pueden explicarse por la teoría que alude a la *impulsividad* como componente compartido por los dos tipos de problemas (Dawe y Loxton, 2004). Esta explicación se ve apoyada por el importante número de diferencias halladas en la subescala de Impulsividad.

Las diferencias encontradas entre los grupos extremos de Bulimia en el consumo de alcohol, tabaco, cannabis y heroína, y en las edades de inicio en el consumo semanal de alcohol y cannabis también pueden ser explicadas por la hipótesis de la *automedicación*. Ésta postula que estas sustancias se consumen con el fin de aliviar el malestar causado por la alteración del comportamiento alimentario.

Una base lógica similar subyace a la hipótesis de la *reducción de la tensión y la ansiedad*, según la cual las sustancias se utilizan para aliviar la ansiedad y la tensión resultantes de un trastorno de ansiedad premórbido y/o del propio trastorno de la conducta alimentaria.

El mayor consumo de tabaco, café, cocaína y anfetaminas por parte del grupo extremo superior de la subescala de Bulimia se puede explicar por la hipótesis *basada en el desarrollo*, según la cual la fuerte presión sociocultural hacia la delgadez provoca que los adolescentes pongan en práctica distintas estrategias con el fin de ajustarse a los cánones de belleza imperantes. Entre dichas estrategias se encontraría el uso de este tipo de sustancias, ya que facilitan la reducción y mantenimiento del peso al disminuir la necesidad de ingesta. Según algunos autores (Stice, 1994; Striegel-Moore, 1993), las adolescentes femeninas serían especialmente vulnerables a esa presión sociocultural lo que explicaría que, entre los grupos extremos de Bulimia, las diferencias significativas en el consumo de esas sustancias aparezcan en las chicas y no en los varones. Circunstancia que se repite en la subescala de Insatisfacción Corporal.

Las diferencias encontradas en Conciencia Introceptiva pueden ser explicadas tanto por las hipótesis de la automedicación como por la de la reducción de la tensión y de la ansiedad. Puntuaciones altas en esta subescala indican altos niveles de confusión en el reconocimiento de las emociones y sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad, lo que llevaría a consumir sustancias que redujeran la ansiedad provocada por dicha confusión.

El resultado encontrado de que existe un mayor consumo de sustancias por parte de aquellos adolescentes con menores niveles de miedo a la madurez, sobre todo los varones, plantea la necesidad de investigar si una disminución del miedo a la madurez tiene como consecuencia un aumento del consumo de sustancias. Si esto ocurriera, los programas de prevención de los TCAs que tengan como ingrediente intervenciones encaminadas a lograr una disminución del miedo a la madurez, deberían incorporar estrategias para que dicha disminución no provoque un aumento del consumo de sustancias.

Para finalizar, y en la línea de profundizar en el conocimiento del tipo de relación que existe entre las actitudes hacia la alimentación y

el uso o abuso de drogas, convendría ampliar el cuestionario de consumo de sustancias para intentar determinar las variables y parámetros relevantes que influyen en la frecuencia, cantidad y duración del consumo, así como la función que éste cumple (p.ej., si se consume en estados de ansiedad o depresión, en qué situaciones se consume, finalidad, etc.).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4ª Ed.; Texto Revisado). Barcelona: Masson (Orig. Washington, D.C.: APA, 2000).
- Bapt, N., Flament, M., Mammar, N., Paterniti, S., Venisse, J.L., Miocque, D., Halfon, O. y Bailly, D. (1999). Boulimie et autres addictions (alcool, drogues illicites, médicaments psychotropes). En M. Flament y P. Jeammet (Eds.), *La boulimie* (pp. 173–186). Paris: Masson.
- Bulik, C.M. (2002). Anxiety, depression, and eating disorders. En C.G. Fairburn y K.D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity* (pp. 193-198). Nueva York: Guilford.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Carter, F.A. y Joyce, P.R. (1997). Lifetime comorbidity of alcohol dependence in women with bulimia nervosa. *Addictive Behaviors*, 22, 437-446.
- Chinchilla, A. (1995). *Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. Barcelona: Masson.
- Corcos, M., Nezelof, S., Speranza, M., Topa, S., Girardon, N., Guilbaud, O., Taïeb, O., Bizouard, P., Halfon, O., Venisse, J.L., Pérez-Díaz, F., Flament, M. y Jeammet, Ph. (2001). Psychoactive substance consumption in eating disorders. *Eating Behaviors*, 2(1), 27-38.
- Corral, S., González, M., Pereña, J. y Seisdedos, N. (1998). *Adaptación española del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: TEA.
- Curran, H.V. y Robjant, K. (2006). Eating attitudes, weight concerns and beliefs about drug effects in women who use ecstasy. *Journal of psychopharmacology*, 20(3), 425-431.
- Dansky, B.S., Brewerton, T.D. y Kilpatrick, D.G. (2000). Comorbidity of bulimia nervosa and alcohol use disorders: Results from the

- National Women's Study. *International Journal of Eating Disorders*, 27(2), 180-190.
- Dawe, S. y Loxton, N.J. (2004). The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 28, 343-351.
- De la Puente, M.L. y Gómez, M.A. (1998). Anorexia y bulimia. En M.A. Vallejo (Dir.), *Manual de terapia de conducta* (277-329). Madrid: Dykinson.
- Dohm, F.A., Striegel-Moore, R.H., Wilfley, D.E., Pike, K.M., Hook, J. y Fairburn, C.G. (2002). Self-harm and substance use in a community sample of black and white women with binge eating disorder or bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 389-400.
- Dunn, E.C., Larimer, M.E. y Neighbors, C. (2002). Alcohol and drug-related negative consequences in college students with bulimia nervosa and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 32(2), 171-178.
- Fernández-Aranda, F. y Turón-Gil, V. (1998). *Trastornos de la alimentación: Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson.
- Fichter, M.M., Quadflieg, N. y Rief, W. (1994). Course of multi-impulsive bulimia. *Psychological Medicine*, 24(3), 591-604.
- Gandarillas, A. y Febrel, C. (2000). *Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Dirección General de Salud Pública.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D.S., Kennedy, S., Kaplan, A.S. y Woodside, D.B. (1996). Purging and non purging forms of bulimia nervosa in a community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 20(3), 231-238.
- Garner, D.M. (1998). *EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Manual*. Madrid: TEA ediciones. (Orig. Odessa: Psychological Assessment Resources, 1990).
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y. y Garfinkel, R E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.

- Granillo, T., Jones-Rodríguez, G. y Carvajal, S.C. (2005). Prevalence of eating disorders in Latina adolescents: Associations with substance abuse and other correlates. *Journal of Adolescent Health, 36*(3), 214-220.
- Granner, M.L., Black, D.R. y Abood, D.A. (2002). Levels of cigarette and alcohol use related to eating-disorder attitudes. *American Journal of Health Behavior, 26*(1), 43-55.
- Gutiérrez, R., Mora, J., Unikel, C., Villatoro, J. y Medina-Mora, M.E. (2001). El consumo de drogas en una muestra de mujeres estudiantes que presentan conductas alimentarias de riesgo. *Salud Mental, 24*(6), 55-61.
- Haug, N.A., Heinberg, L.J. y Guarda, A.S. (2001). Cigarette smoking and its relationship to other substance use among eating disordered inpatients. *Eating and Weight Disorders, 6*3, 130-139.
- Herrero, M. y Viña, C.M. (2002). Actitudes y conductas alimentarias y su relación con el consumo de drogas: Una muestra universitaria. *Análisis y Modificación de Conducta, 28*(121), 645-670.
- Herzog, D.B., Franko, D.L., Dorer, D.J., Keel, P.K., Jackson, S. y Manzo, M.P. (2006). Drug abuse in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 39*(5), 364-368.
- Holderness, C.C., Brooks-Gunn, J. y Warren, M.P. (1994). Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *International Journal of Eating Disorders, 16*(1), 1-34.
- Krahn, D.D., Kurth, C., Demitrack, M. y Drewnowski, A. (1992). The relationship of dieting severity and bulimic behaviors to alcohol and other drug use in young women. *Journal of Substance Abuse, 4*, 341-353.
- Piran, N. y Robinson, S. (2006). Associations between disordered eating behaviors and illicit substance use and abuse in a university sample. *Addictive Behaviors, 31*(10), 1761-1775.
- Porzelius, L.K., Dinsmore, B.D. y Staffelbach, D. (2001). Eating disorders. En M. Hersen y V.B. Van Hasselt (Eds.), *Advanced abnormal psychology* (pp. 261-281; 2ª Ed.). Nueva York: Kluwer-Academic/Plenum Press.
- Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical Psychology Review, 14*, 633-661.

- Stock, S.L., Goldberg, G., Corbett, S. y Katzman, D.K. (2002). Substance use in female adolescent with eating disorders. *Journal of Adolescent Health, 31*(2), 176-182.
- Striegel-Moore, R.H. (1993). Etiology of binge-eating: A developmental perspective. En C.G. Fairburn y W.T. Wilson (Eds.), *Binge-eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 144-172). Nueva York: The Guilford Press.
- Striegel-Moore, R.H., Garvin, V., Dohm, F.A. y Rosenheck, R.A. (1999). Eating disorders in a national sample of hospitalized female and male veterans: Detection rates and psychiatric comorbidity. *International Journal of Eating Disorders, 25*, 405-414.
- Suzuki, K., Higuchi, S., Yamada, K., Komiya, H. y Takagi, S. (1994). Bulimia nervosa with and without alcoholism a comparative study in Japan. *International Journal of Eating Disorders, 16*, 137-146.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Thompson, M.G. y Schwartz, D.M. (1982). Life adjustment of women with anorexia nervosa and anorexic-like behavior. *International Journal of Eating Disorders, 1*, 47-60.
- Viña, C.M., Herrero, M. y Del Rosario, M.V. (2005). Actitudes y conductas alimentarias: Relaciones con el consumo de drogas y la imagen corporal en estudiantes de secundaria. *Psicosis. Revista de Evaluación e Intervención Psicoeducativa, 10*, 27-39.
- Wiederman, M.W. y Pryor, T. (1996). Substance use among women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 20*(2), 163-168.
- Wilson, T.G. (2002). Eating Disorders and addictive disorders. En C.G. Fairburn y K.D. Brownell (Eds.), *Eating Disorders and Obesity (2ª Ed.)* pp.199-203. Nueva York: The Guildford Press.
- Wolfe, W.L. y Maisto, S.A. (2000). The relationship beetwen eating disorders and substance use. Moving beyond co-prevalence research. *Clinical Psychology Review, 20*(5), 617-631.
- Wonderlich, S.A. (2002). Personality and eating disorders. En C.G. Fairburn y K.D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity* (pp. 204-209). Nueva York: Guilford.

- Wonderlich, S.A. y Mitchell, J.E. (1994). Eating disorders and comorbidity: Empirical, conceptual, and clinical implications. *Psychopharmacology Bulletin*, 33(3), 381-390.
- Zaider, T.I., Johnson, J.G. y Cockell, S.J. (2000). Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 58-67.