

Estudi de l'escriptura expressiva en persones amb Trastorn de la Conducta Alimentària: un estudi pilot

Treball Final de Màster

Treball de Recerca en Psicologia General Sanitària

Nom Estudiant: Laura Hendrickx Gonzalez

Pla d'estudis: Màster en Psicologia General Sanitària

Nom Tutor: Marc Pérez Burriel

Data Lliurament: 10 de juny del 2024



Aquesta obra està subjecta a una llicència de [Reconeixement – No Comercial – Sense Obra Derivada 3.0 Espanya de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/)

FITXA DEL TREBALL FINAL DE MÀSTER EN PSICOLOGIA GENERAL SANITÀRIA

Títol del treball:	Estudi de l'escriptura expressiva en persones amb Trastorn de la Conducta Alimentària: un estudi pilot
Nom de l'autor:	Laura Hendrickx Gonzalez
Data de lliurament:	(06/2024)
Titulació:	<i>Màster en Psicologia General Sanitaria</i>
Abstract	
Els Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) presenten un repte significatiu en la psicologia, donada la seva complexitat i els factors bio-psico-socials que hi contribueixen. El principal objectiu de l'estudi és comparar els continguts emocionals, socials i preocupacions dels escrits d'un grup amb TCA i un grup sense el trastorn. Alhora, es pretén observar la relació entre la soledat percebuda amb les expressions emocionals negatives, així com amb els temes relacionats amb el cos, la salut i l'alimentació. Metodologia: La mostra era de 26 participants, dividits en un grup experimental i un grup control, d'entre 20 i 30 anys. Tots els subjectes van desenvolupar dos textos escrits, mitjançant una versió del procediment d'escriptura expressiva de Pennebaker i Beall (1986), i respondre el UCLA Loneliness Scale. Cinquanta-dos textos van ser analitzats amb el Software Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC), en relació amb algunes de les categories predefinides. Resultats: La comparació entre els dos grups mostra que els subjectes amb TCA expressen més emocions negatives i temàtiques del cos i la salut. També, es troben diferències significatives en la soledat percebuda entre els dos grups, i una correlació positiva entre la soledat, les expressions emocionals negatives i els continguts relacionats amb el cos. La investigació presenta limitacions quant a la incertesa en la interpretació dels resultats, la seva naturalesa transversal, l'extensió dels textos i la comorbiditat d'altres trastorns. L'estudi ofereix informació valuosa sobre les experiències emocionals de les usuàries per a contribuir al disseny més efectiu de tractaments psicològics d'aquesta població.	
Paraules clau	
Trastorns de la Conducta Alimentària, escriptura expressiva, LIWC, expressió emocional, suport social, soledat percebuda, temàtiques.	

Índex

1. Introducció	8
1.2 Context i justificació.....	8
2. Revisió bibliogràfica	9
2.1 Definició i Etiologia dels Trastorns de la Conducta Alimentària	9
2.2 Paradigma d'Espectura Expressiva de Pennebaker	11
2.3 Desregulació emocional en TCA i estudis d'espectura expressiva.....	12
2.4 Suport social, soledat en TCA i estudis d'espectura expressiva	13
3. Objectius i hipòtesis	17
4. Mètode.....	18
4.1 Disseny de la recerca	18
4.1.1 Pla d'acció de la investigació.....	18
4.1.2 Variables.....	18
4.1.3 Esquema del disseny d'investigació	19
4.2 Participants	19
4.3 Instruments	22
4.3.1 Metodologia d'Indagació Lingüística i Comptabilització de Paraules (ILCP).....	22
4.3.2 Proves Estandarditzades.....	25
4.4 Procediment	26
5. Resultats de l'estudi pilot	28
5.1 Anàlisi estadístic	28
5.2 Resultats.....	28
6. Discussió.....	37
7. Conclusions.....	44
8. Referències bibliogràfiques	45
9. Annexes.....	51
Annex 1: Criteris de diagnòstic per l'AN, BN i Trastorn per Afartament.....	51
Annex 2: Dimensions, categories i exemples de la versió espanyola del LIWC (Ramírez et al, 2007).....	52
Annex 3: Consentiment informat	54
Annex 4 : Escala Eating Attitudes Test (EAT-26).....	56
Annex 5: University of California at Los Angeles Loneliness Scale (Escala de la Universitat de Califòrnia a Los Angeles – UCLA-LS)	58

Annex 6: Extractes d'alguns textos per a les categories EmoNeg, Triste, Ansiedad i Enfado	59
Annex 7: Extractes d'alguns textos per a les categories EmoPos i Placer	61
Annex 8: Extractes d'alguns textos per a les categories Social, Amigos i Familia.....	62
Annex 9 : Extractes d'alguns textos per a les categories Cuerpo, Salud, Ingerir i Muerte ..	64

Índex de les figures

Figura 1	36
----------------	----

Llista de taules

Taula 1.....	12
Taula 2.....	19
Taula 3.....	21
Taula 4.....	22
Taula 5.....	24
Taula 6.....	24
Taula 7.....	24
Taula 8.....	25
Taula 9.....	25
Taula 10.....	29
Taula 11.....	30
Taula 12.....	30
Taula 13.....	31
Taula 14.....	32
Taula 15.....	32
Taula 16.....	33
Taula 17.....	34
Taula 18.....	34
Taula 19.....	35
Taula 20.....	59
Taula 21.....	60
Taula 22.....	60
Taula 23.....	61
Taula 24.....	61
Taula 25.....	62
Taula 26.....	62
Taula 27.....	63
Taula 28.....	63
Taula 29.....	64
Taula 30.....	65
Taula 31.....	66
Taula 32.....	66

1. Introducció

1.2 Context i justificació

Durant aquests darrers anys, la incidència dels Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) ha patit un augment, tant en països industrialitzats com no industrialitzats. A Espanya, aquest increment ha sigut especialment rellevant després de la pandèmia per COVID-19 de l'any 2020 (Murray, 2024). Per altra banda, a Catalunya, els TCA han resultat ser un dels trastorns amb més prevalença en els centres de salut mental, afectant majoritàriament a dones adolescents i joves. En aquest sentit, s'adverteix un creixement de l'11,9% dels casos atesos als centres de salut mental l'any 2022, respecte del 2021. Així, les dades epidemiològiques indiquen un augment en la incidència del trastorn, així com en l'empitjorament de la simptomatologia (Departament de Salut, 2023). Alhora, l'auge de les noves tecnologies i les xarxes socials, les quals cada cop prenen més rellevància en la nostra societat, poden contribuir a la perpetuació d'ideals de bellesa establerts, vigilància corporal i foment de conductes per a perdre pes i, per tant, a un major risc de patir TCA (Ojeda et al, 2021). En definitiva, els TCA suposen avui en dia un repte significatiu en el camp de la Psicologia Sanitària (Castejón i Berengüí, 2020).

En aquest context, la meua experiència durant les pràctiques cursades entre l'octubre del 2023 i el febrer del 2024 en una clínica especialitzada en el tractament dels TCA a Barcelona, m'ha permès observar de primera mà la complexitat i les dificultats associades a aquests trastorns. Respecte al dispositiu, aquest vetlla per l'atenció integral d'adolescents, adults i les seves famílies, que pateixen un TCA, concretament Anorèxia (AN), Bulímia (BN) i/o Trastorn per Afartament (TA), posteriorment detallats en la part de revisió bibliogràfica. La clínica compta amb diversos serveis assistencials, els quals refereixen a ingrés hospitalari, hospital de dia, consulta externa (combinant sessions individuals i grupals) i tractament online (compaginant vídeo-consulta amb enviament de tasques i material terapèutic), cadascun adaptant-se a les necessitats particulars de cada pacient. En el meu cas, vaig estar rotant pel recurs residencial, on les pacients hi vivien i participaven en diferents intervencions, d'entre elles psicoteràpia individual, teràpia grupal, tallers terapèutics, tractament mèdic i nutricional i, finalment, tractament psiquiàtric.

Així, al llarg del meu pas per l'entitat, vaig tenir l'oportunitat d'establir un contacte continu amb les usuàries del servei, donat el context residencial en el qual es trobaven. Tal constant proximitat em va permetre poder interactuar amb elles en una varietat de situacions i observar amb major detall el seu temperament, activitats diàries i dinàmiques grupals. Amb el pas del temps, vaig adquirir una comprensió més àmplia de les seves experiències i necessitats dins la clínica. Així doncs, vaig detectar en les pacients una notable propensió a utilitzar l'escriptura tant en les teràpies grupals com en les seves estones lliures, a través d'una llibreta o d'un diari personal. En aquest sentit, l'escriptura presenta un valor terapèutic significatiu, tal com reflexionen alguns autors com Lanza, Fernández i Fiorini (2010). Segons ells, la pràctica de l'escriptura permet l'alliberament de malestars diversos, el maneig de les emocions i la seva expressió, alhora que una major connexió amb un mateix. Així mateix, escriure ofereix un mitjà de reflexió i d'expressió emocional menys costós emocionalment que el diàleg directe, sent especialment útil per a aquelles persones amb dificultats per expressar les seves emocions, com aquelles que pateixen un TCA.

D'aquí sorgeix l'aportació d'un autor clau en l'àmbit de l'escriptura que s'anirà mencionant al llarg del treball, James Pennebaker, qui va desenvolupar un sistema d'anàlisi de textos per avaluar si els marcadors lingüístics correlacionaven amb una millora observada en la salut d'aquells que escrivien sobre traumes que havien experimentat (Lanza et al, 2010). Al llarg de la investigació s'exposarà en detall les troballes de l'autor en qüestió. Certament, a través d'allò observat al servei on vaig cursar les pràctiques, es van generar interrogants sobre la naturalesa dels continguts que les pacients deuen plasmar en els seus escrits i si feien ús d'aquest mitjà per reflexionar i abocar les seves emocions.

D'altra banda, considerant l'entorn d'ingrés i d'aïllament de les pacients, amb escàs contacte amb els familiars i les seves amistats, així com les diverses manifestacions d'algunes usuàries durant les teràpies grupals sobre la sensació de soledat i de suport social, sorgeixen inquietuds respecte a la percepció real d'ambdós aspectes en aquest nou context.

En virtut de tot el que s'ha exposat fins ara, la tendència de les pacients a utilitzar l'escriptura esdevé una via per explorar l'expressió emocional, la percepció de soledat i suport social a través de l'anàlisi de textos escrits. En aquest sentit, la present investigació pretén comparar els resultats d'aquestes variables amb un grup control compost per dones sense el trastorn. Així, mitjançant la determinació de les possibles diferències esperables entre els dos grups, es pretén extreure informació valuosa sobre les experiències emocionals de les usuàries per a permetre que, en un futur, es pugui ajustar un disseny més efectiu en la intervenció terapèutica la qual contempli tots aquests aspectes i la millora del benestar emocional de les pacients al transcurs de la patologia.

2. Revisió bibliogràfica

2.1 Definició i Etiologia dels Trastorns de la Conducta Alimentària

Per tal d'entendre la complexitat dels Trastorns de la Conducta Alimentària, caldrà, prèviament, definir-los. Així, el TCA es tractaria d'un trastorn que compromet una alteració persistent de les conductes i actituds relacionades amb els hàbits alimentaris, les quals solen anar acompanyades de preocupacions excessives per la imatge corporal, la figura i el pes (Tone et al, 2022). Segons el DSM-5, els TCA més comuns inclouen l'anorèxia nerviosa (AN), la bulímia nerviosa (BN) i el trastorn per afartament (APA, 2014). Per veure els criteris diagnòstics d'aquests tres tipus de TCA, *Annex 1*. Pel que fa a les dues primeres, aquestes comparteixen la preocupació excessiva pel pes i la silueta, per a engreixar i alteracions en els hàbits alimentaris, amb la diferència que les persones amb AN tenen un pes inferior al de la població general, mentre que en la BN s'observa un pes igual o major respecte a la població en qüestió (Mora et al, 2020). En quant a la incidència dels TCA, aquests varien segons l'edat i el sexe de la població estudiada i, alhora, dels instruments d'avaluació. S'estima que la prevalença a Espanya de l'AN i de la BN se situaria entre el 0,14% i 0,9% en el cas del primer i del 0,41% al 2,9% en quant al segon diagnòstic (Moreno et al, 2019).

Respecte a l'**etiologia** dels TCA, aquesta és heterogènia, de manera que no es pot determinar el seu origen per una causa concreta, sinó per qüestions biològiques, psicològiques, socials i culturals. És per això, que és fonamental atendre a la vulnerabilitat de cada persona a patir aquest trastorn comprènent les seves pròpies circumstàncies. Malgrat l'esmentada

multicausalitat del TCA, la investigació clínica ha procurat identificar els factors de risc que solen predir-lo (Barakat et al, 2023), entenent-los com una característica mesurable associada a una major probabilitat d'ocurrència del trastorn, sent diferents a aquells símptomes o comportaments associats a la pròpia malaltia (Hewlings, 2023).

En aquesta mateixa línia, pel que fa als possibles **factors de risc biològics**, la literatura moderna ha intentat establir una relació entre l'aparició del TCA i la neuroregulació (Chen i Couturier, 2019; Rantala et al, 2029, citat a Górski et al, 2021), concloent l'existència d'una modificació dels sistemes de neurotransmissió bàsics, tals com la serotonina, dopamina i noradrenalina, en els afectats. El funcionament alterat dels esmentats neurotransmissors es reflecteix en una percepció distorsionada del cos, pensaments obsessius, ansietat intensa, entre d'altres (Wasik et al, 2012, citat a Górski et al, 2021).

Quant als **factors de risc socials i culturals**, la pressió que sorgeix de l'exposició als mitjans de comunicació, l'ús de xarxes socials i de l'edició fotogràfica, afecta a la insatisfacció corporal o a la preocupació pel pes, donat que es pretén assolir i mantenir un determinat ideal de bellesa poc realista. Alhora, la imposició familiar o d'iguals per perseguir aquest model hi estarien associats (Weissman, 2019). En aquest sentit, Kwok et al. (2020) afirmen que l'impacte dels comentaris crítics d'amics i familiars relacionats amb l'aparença física es troben dins dels principals factors predictius dels trastorns alimentaris, especialment en el grup de pacients més joves (Górski et al, 2021). Per altra banda, les experiències nocives a la infància com l'abús físic o sexual, negligència o disfunció paternal també s'han evidenciar com a factors de risc. És en aquest sentit on el TCA pot sorgir com a un mecanisme d'afrontament desadaptatiu per tal de fer front a la vivència vital traumàtica (Tone et al, 2022).

Els **factors de risc psicològics** associats al TCA fan referència a diverses variables individuals, de les quals es podrien identificar: el desig constant de perfecció, la meticulositat en les labors, la cerca obsessiva d'una imatge corporal idealitzada, la baixa autoestima, la imposició de demandes excessives a l'entorn, el compliment d'expectatives externes, l'assoliment de metes fixes, la submissió, la falta d'assertivitat, la incapacitat per expressar emocions (com la ira, l'alegria i la tristesa), l'evitació del contacte i la soledat (Wronka i Jezierska-Kazberuk, 2021, citat a Górski et al, 2021). En aquest sentit, com s'ha mencionat prèviament, el present estudi pretén abordar els darrers elements, consistents en l'expressió emocional, el contacte social i la percepció de la soledat, els quals s'explicaran més endavant.

Altrament, no s'ha d'oblidar que els trastorns de la conducta alimentària solen ser **comòrbids** amb d'altres afeccions psicològiques. El DSM-5 (APA, 2014) remarca una elevada comorbiditat entre els TCA amb els trastorns de l'estat d'ànim (depressius i bipolars), així com de l'ansietat. En aquest sentit, diversos estudis han hipotetitzat que l'ansietat és un tret que augmenta la vulnerabilitat pel desenvolupament de TCA (Forrest et al, 2019). En alguns individus amb TCA, s'han descrit casos de Trastorn Obsessiu-Compulsiu (TOC), amb més incidència en l'AN (APA, 2014). Les tendències obsessives i compulsives que solen mostrar les persones amb TCA es fan paleses en la preocupació pel pes i la imatge corporal, juntament amb la necessitat compulsiva de pesar-se o la restricció alimentària (Drakes et al, 2021). En menor mesura s'han atribuït factors comuns entre els TCA i els trastorns per consum de substàncies, donada la similitud en quant als mecanismes implicats en la regulació de l'autocontrol i la recompensa, característics dels dos trastorns esmentats (APA, 2014). Per altra banda, s'ha observat una correlació entre algunes característiques dels trastorns de personalitat, concretament el Trastorn Límit de la Personalitat (TLP), en pacients que pateixen BN (APA 2014). Trets com la impulsivitat i la dificultat en la regulació emocional concorren en ambdues patologies (Coronel i Sardina, 2023). Finalment, el Trastorn per Estrès Posttraumàtic (TEPT),

s'associa, en alguns casos, amb la severitat del TCA. L'ús d'estratègies de regulació emocional inadequades es comparteixen en el desenvolupament dels dos trastorns (Rijkers et al, 2019).

2.2 Paradigma d'Espectura Expressiva de Pennebaker

Respecte al present estudi, aquest pretén explorar el contingut dels escrits d'una mostra aplicant una versió pròpia del procediment d'espectura expressiva de Pennebaker & Beall (1986). En aquest sentit, **el paradigma d'espectura expressiva de James Pennebaker**, el qual en fou el pioner, va ser una important contribució a la psicologia de la salut dels anys 80, quant a la implementació dels beneficis de l'espectura en la salut (East et al, 2010). Així, la línia d'investigació de l'esmentat autor va començar a enfocar-se en l'impacte de les experiències traumàtiques en la salut mental i física de les persones. Pennebaker i Beall (1986), van realitzar un primer estudi amb estudiants universitaris sans, en el qual pretenien analitzar la relació entre l'espectura expressiva i els informes de salut del centre de salut universitari (Gao, 2022). En la recerca, ambdós investigadors van assignar aleatòriament els participants a un dels quatre diferents grups formats: tres consistents en escriure sobre un esdeveniment traumàtic i el grup restant sobre temes superficials (Ramsey-Wade, 2020). Tots els subjectes de l'estudi havien d'escriure durant un temps determinat (entre 15 i 20 minuts) al llarg de diverses sessions consecutives. La finalitat de l'exercici era dirigir als individus a què expressessin els seus pensaments, preocupacions i emocions més profundes en el text (Mooney et al, 2009). La instrucció estàndard per a redactar el text relacionat a l'esdeveniment traumàtic feia referència al següent:

For the next 3 days, I would like for you to write about your very deepest thoughts and feeling about an extremely important emotional issue that has affected you and your life. In your writing I'd like you to really let go and explore your very deepest emotions and thoughts. You might tie your topic to your relationships with others including parents, lovers, friends, or relatives, to your past, your present or your future or to who you have been, who you would like to be or who you are now. You may write about the same general issues or experiences on all days of writing or on different topics each day. All of your writing will be completely confidential. Don't worry about spelling, sentence structure, or grammar. The only rule is that once you begin writing, continue to do so until your time is up (Pennebaker, 1997, p. 162).

Els resultats de l'estudi mostraven que escriure sobre un esdeveniment traumàtic estava associat amb un millor sistema immunològic, un millor estat anímic i, finalment, amb menys visites al centre de salut durant els següents 6 mesos després de l'experiment (Gao, 2022). A partir d'aquest experiment inicial, un gran nombre d'estudis tant de Pennebaker com d'altres autors acadèmics han intentat confirmar el valor clínic i el potencial terapèutic de l'espectura sobre experiències emocionals (Civillotti et al, 2022). Així, tals estudis evidencien la troballa inicial de Pennebaker, la qual refereix que l'espectura expressiva es vincula amb millores en la salut mental i física. Alhora, també s'ha observat que la inhibició de les emocions pot associar-se a problemes de salut, com estrès, depressió i ansietat (Ironson et al, 2020).

Dins del context del treball de Pennebaker sobre espectura expressiva emocional, l'autor, juntament amb d'altres companys, van desenvolupar el mètode LIWC, Linguistic Inquiry and Word Count, Indagació Lingüística i Comptabilització de Paraules en català (ILCP) (Ramírez et al, 2007). El mètode en qüestió es fonamenta amb la premissa de què les paraules posseeixen un valor psicològic significatiu, de manera que el llenguatge de les persones pot proporcionar

una visió rica de les seves emocions, estils de pensament i preocupacions socials (Carvajal et al, 2022).

Amb la millora de la tecnologia d'emmagatzematge de dades i de l'eficiència dels ordinadors als anys 90, es va permetre la creació d'eines de recopilació de diferents modalitats de text més precises. Així, per tal de proporcionar un mètode eficient i eficaç per examinar els diferents aspectes emocionals, cognitius i estructurals subscrits en l'escriptura dels individus, Pennebaker i Francis (1993) van desenvolupar una aplicació informàtica d'anàlisi de text que emprava el mètode de comptabilització de paraules, el Software LIWC (Pennebaker et al, 2015). La primera aplicació del programa LIWC es va implementar com a part d'un estudi exploratori en el qual estudiants universitaris escrivien sobre la seva experiència a la Universitat. Posteriorment, es van desenvolupar versions més noves, sent LIWC 2001 i LIWC 2007 la segona i tercera, respectivament, amb un diccionari ampliat i un disseny de Software més modern (Pennebaker, Francis y Booth, 2001; Pennebaker, Booth y Francis, 2007, citat a Pennebaker et al, 2015). Actualment, la versió més recent del Software és el LIWC 2022 (Pennebaker, 2022), la qual aporta informació automatitzada del contingut (què escriu la persona) i l'estil (com comunica l'individu) del text mitjançant diverses categories.

El programa en qüestió s'ha usat en moltes investigacions i en diverses llengües a part de l'anglès. En aquest estudi en particular, l'anàlisi de textos es va dur a terme emprant el LIWC en la seva versió espanyola, desenvolupada i validada per Ramírez i col·laboradors l'any 2007. Aquesta adaptació del software original, consta d'un diccionari d'unes 2300 paraules distribuïdes en 86 categories que s'engloben en cinc dimensions (Córdoba, 2020), consistents en Dimensió Lingüística (pronoms, articles, preposicions, entre d'altres), Processos Psicològics (processos afectius, cognitius, sensorials i socials), Relativitat (temps, espai i moviment), Assumptes Personals (ocupació, activitats i estats físics) i Altre Grup de Paraules (Carvajal et al, 2022). A l'*Annex 2*, es mostra una Taula (Taula 1) de les diferents dimensions amb les seves categories i exemples de cadascuna d'elles.

2.3 Desregulació emocional en TCA i estudis d'escriptura expressiva

Quant als elements d'estudi d'aquest treball, es destaca, primerament, el domini de les **emocions**. Així, l'anàlisi de les emocions i la regulació emocional ha sigut fonamental per a comprendre tant l'etiologia com el manteniment dels TCA, especialment l'AN (Burch, 1973, citat a Henderson et al, 2019). La regulació emocional s'entén com tots aquells processos que els individus usen per influir en les emocions que experimenten, quan i en quin grau les senten i, finalment, si les expressen (Gross, 1998; Sloan & Kring, 2007, citat a Henderson et al, 2019).

Diversos estudis han il·lustrat deficiències en les estratègies emocionals en termes de maneig i expressió de les emocions en aquest trastorn (Henderson et al, 2019). Tal com postulen Lepannen et al (2022), les persones afectades per TCA recorren més a estratègies de regulació emocionals desadaptatives que adaptatives, fet que influencia en el desenvolupament i el manteniment de la psicopatologia dels TCA. Cuteri et al (2021) afegixen que l'AN s'associa amb alteracions emocionals, sense certesa si com a causa o conseqüència del trastorn. Altrament, les pacients amb Anorèxia presenten més dificultat en entendre les emocions dels altres, així com manifesten una **expressió emocional alterada** (Davies et al, 2016, citat a Racine i Horvath, 2020), la qual cosa afecta a una adequada regulació emocional.

En aquest sentit, existeix una àmplia investigació entorn a l'estudi de l'expressió emocional en població amb TCA, majoritàriament en anglès. A tall d'exemple, en un estudi que avaluava l'expressió verbal mitjançant el record autobiogràfic, es va concloure que el discurs de les persones amb AN es caracteritzava per una constant emocionalitat negativa i un llenguatge positiu reduït (Doba et al, 2007; citat a Davies et al, 2012).

Altrament, Wolf et al (2007) van duu a terme un estudi d'escriptura expressiva amb un grup de pacients amb Anorèxia i un grup d'estudiants sense el trastorn. En aquest, els participants amb TCA presentaven un índex més elevat de paraules relacionades amb emocions negatives, concretament ansietat, alhora que una menor freqüència d'ús de paraules associades a emocions positives. Similarment, en una investigació més recent de Civilotti et al (2022), també es van percebre diferències entre l'estructura lingüística d'un conjunt de participants amb AN i un grup control. En aquest sentit, el grup experimental mostrava una menor expressió d'emocions positives i una major tendència a expressar emocions negatives, concretament tristesa. En aquesta mateixa línia es troben les troballes de les recerques de Coppersmith et al (2015) i de Spruit et al (2022), els quals argumenten una major presència d'emocions negatives en el grup que presentava un TCA.

Així mateix, han sigut molts els treballs que han analitzat el llenguatge de població afectada amb TCA a través de les xarxes socials. Així, en un d'ells, Donati i Strapparava (2022) exposen el predomini d'emocions negatives (en les categories *Ansiedad*, *Enfado* i *EmoNeg*), així com menys presència d'emocions positives (categoria *EmoPos*) en tal població.

Per altra banda, les dificultats en la regulació emocional poden influir en la forma en què les persones amb TCA perceben i es preocupen pel seu cos i la seva salut, contribuint a una fixació temàtica en aquestes àrees esmentades. Així, alguns estudis han examinat els temes més emprats en textos escrits per persones amb TCA, com el de Feldhege et al (2021). Tals autors assenyalen que els temes més emprats per una comunitat afectada de TCA consisteixen en símptomes de TCA (atracons, restriccions, entre d'altres), alimentació, salut mental i tractament. Aquesta tendència temàtica també ha estat observada per Donati i Strapparava (2022), els quals exposen el predomini de paraules relacionades amb parts del cos, tal com van advertir, per una banda, Spruit et al (2022) en el seu estudi, i Coppersmith et al (2015) per una altra.

2.4 Suport social, soledat en TCA i estudis d'escriptura expressiva

Les persones afectades per TCA freqüentment s'enfronten amb **dificultats significatives en l'àmbit social** (Arcelus et al, 2013). Així, manifesten sentir menys satisfacció en les interaccions socials i un menor interès per participar en elles (Tchanturia et al, 2012, citat a Christensen i Haynos, 2020). Tals dificultats interpersonals poden suposar un factor de risc o de manteniment de la patologia, alhora que poden constituir les conseqüències del propi trastorn (Christensen i Haynos, 2020). En aquest sentit, la influència entre els problemes interpersonals i el TCA seria de caire bidireccional, donat que ambdós s'intensifiquen mútuament (Riegel et al, 2010, citat a Christensen i Haynos, 2020).

En aquest context, el **suport social** sorgeix com un factor crucial en la dinàmica dels TCA. Abans, però, convé destacar la distinció entre el suport social objectiu i subjectiu, sent el primer la disposició de recursos disponibles de suport social, mentre que l'altre fa referència a la percepció individual del suport social que rep la persona (Kim et al, 2023). Concretament, la percepció de suport social pot variar entre individus. Com assenyalen Ma i col·laboradors

(2021), algunes persones poden inclús distanciar-se intencionadament de les seves xarxes de suport, la qual cosa suggereix que la percepció de suport social esdevé més rellevant que la seva disponibilitat objectiva (Kim et al, 2023).

Seguint en aquesta mateixa línia, en l'actualitat s'han dut a terme un gran número d'investigacions sobre la relació entre el suport social i la salut. Autors com Stern i col·laboradors (2023) identifiquen que la baixa percepció de suport social pot esdevenir un risc per l'augment de simptomatologia de TCA, mentre que alts nivells de suport social percebuts poden actuar com a un factor protector de la patologia. Això implica que la percepció subjectiva del suport social és un aspecte clau en el maneig dels TCA.

Alhora, diferents recerques han procurat advertir les possibles diferències entre la percepció del suport social en persones afectades de TCA i sense la patologia. Concretament, Cuteri et al (2021) van trobar en el seu estudi lingüístic emprant el LIWC, que les persones amb AN adoptaven un discurs molt enfocat en sí mateixos i poc connectat amb les relacions externes. En una altra investigació, de Feldhege et al (2021), es van observar diferències entre un grup amb TCA i un grup sense el trastorn quant a la quantitat de referències socials en els textos, sent menors en el grup experimental i associant més activitat social al grup en recuperació. Altrament, en la recerca prèviament esmentada de Civilotti et al (2022), els subjectes afectats pel trastorn feien menor menció a l'entorn, malgrat esmentaven a la família. En aquest sentit, alguns autors concedeixen aquests resultats a una conducta d'evitació de la resta, la qual resulta ser característica dels TCA (Feldhege et al, 2021).

Tanmateix, la investigació ha demostrat que d'altres factors a part de la baixa percepció de suport social com és la **soledat**, poden ser grans predictors de la simptomatologia associada als TCA (Kim et al, 2023). En aquest sentit, la manera en la qual es perceben les relacions socials exerceix un paper rellevant en la soledat (Levine, 2012, citat a Makri et al, 2022). La soledat semblaria estar relacionada amb el concepte prèviament descrit de suport social i, fins i tot, ambdós termes es podrien considerar complementaris (Makri et al, 2022). La soledat, definida per Perlman i Peplau com "l'experiència desagradable que es produeix quan la xarxa de relacions socials d'una persona és deficient en alguna manera important, ja sigui quantitativament o qualitativament" (p. 31), demostra que aquest concepte és una experiència subjectiva, desagradable per a l'individu i, finalment, conseqüència d'escassos vincles socials (Perlman i Peplau, citat a Makri et al, 2022).

La **soledat**, a part de ser un factor de risc per a la psicopatologia, pot coexistir amb una àmplia varietat d'altres deficiències relacionades amb la salut i l'estil de vida, la qual cosa la converteix en un marcador de risc de gran rellevància clínica (Matthews et al, 2019). En el context dels TCA, diversos estudis conceben la relació entre la soledat i el trastorn en qüestió també com a bidireccional, de manera que aquells que se senten sols tindrien un major risc de desenvolupar-lo, alhora que la pròpia soledat posteriorment pot agreujar la simptomatologia del TCA, i sobretot en fases agudes del trastorn (Harney et al, 2014; Richardson et al, 2017). Així, l'aïllament social i la soledat poden ser especialment problemàtiques per a les persones afectades de TCA, les quals, com s'ha mencionat anteriorment, poden presentar complicacions per desenvolupar i mantenir connexions socials.

Malgrat tot allò exposat fins ara, cal remarcar que la soledat o la percepció subjectiva d'aïllament social amb els TCA no ha sigut un ampli objecte d'estudi, i s'ha centrat majoritàriament en els afartaments. Així mateix, la complexa relació entre les connexions

socials, la soledat i la simptomatologia del TCA segueix sent un camp d'investigació poc explorat en la literatura (McNamara et al, 2022). Igualment, alguns estudis com el de Harney et al (2014), van trobar que pacients amb un TCA més actiu experimentaven més soledat en comparació amb un grup control i un grup de TCA en recuperació. En un altre estudi de Stewart (2004), es va demostrar que la sensació de soledat podia contribuir a la recaiguda en el TCA.

En definitiva, la salut psicològica de les persones amb TCA està estretament relacionada al grau en què estan socialment connectades. Així, en l'estudi de Kim et al (2023), es conclou que no és la quantitat d'interaccions socials, sinó la qualitat i el grau de suport que els individus senten per part d'aquestes. Per tant, comprendre l'esmentada qualitat i el grau de suport subjectiu que experimenta tal població en les interaccions socials i la soledat és fonamental per tal de desenvolupar estratègies efectives de maneig i promoure una recuperació holística dels TCA.

D'altra banda, és necessari no menystenir la dimensió de gènere envers la soledat. Autors com Carlos, Navarro i Sánchez (2020) han traçat continuïtats entre les normes culturals i la socialització primària de les dones, adduint que el concepte d'autonomia o dependència relacional es pot entendre també des de marcs globals d'assignació de rols de gènere. Certes normes socials com ara el reforç constant d'una imatge autònoma del home o d'un reforç de rols dependents d'aquests per part de la dona, són centrals a la construcció emocional i psicològica dels individus.

Això, però, es troba directament relacionat amb la construcció "d'allò femení", tal i com asseveren De la Mata et al (2021). Aquesta investigadora subratlla que si bé la socialització diferenciada és capital per entendre la construcció personal de la soledat, ho és també l'anomenat "mandat social del gènere" que incentiva un neguit interioritzat a les dones envers la perspectiva d'estar (o de quedar-se) sola. Són moltes les autores que han assenyalat la brutal divergència envers el sofriment i patir de la soledat per motius de gènere (Pinquart i Sörensen, 2001; Savikko et al. 2005; Iecovich, Jacobs i Stessman, 2011; Nicolaisen i Thorsen 2017, citat a De la Mata et al, 2021). Per una banda la socialització diferenciada i, per l'altra, el mandat social de gènere, abocant a la construcció de la dona com a un ésser que ha de viure per la resta.

Encara que quedi fora d'aquest treball, és necessari assenyalar-ho, fent palès amb algunes investigadores que des d'una perspectiva de gènere han analitzat la soledat, que tant la percepció com significació que les dones fan sobre el fet d'estar soles no pot sinó entendre's com donat a través de diferents tipus de pressió cultural.

Ampliant el marc de relació entre la soledat i la salut mental, és pertinent explorar com aquesta també està vinculada a l'**afectació emocional negativa**, tal com han establert en diverses investigacions. Així, en l'estudi de Makri et al (2022), van identificar que la soledat percebuda correlacionava positivament amb simptomatologia depressiva. De la mateixa manera, els treballs de Rusell, Peplau i Cutrona, autors de l'Escala de Soledat d'UCLA, la qual es detallarà a l'apartat d'*Instruments*, mostren una correlació positiva entre les escales del test en qüestió i la depressió. En aquesta mateixa línia, tal com es pot advertir en l'estudi de Bellapigna i Kalibatseva (2023), les persones que expressaven una major soledat percebuda també presentaven més símptomes de caire depressiu. Així mateix ho corroboren Cacioppo et al (2010), els quals argumenten que la soledat pot promoure l'augment de l'esmentada simptomatologia depressiva, independentment de l'edat, el gènere o l'origen ètnic.

D'altra banda, la insatisfacció corporal pot jugar un paper crucial en la soledat, donat que aquesta darrera podria agilitzar una percepció negativa del cos (Portingale et al, 2023). En aquest sentit, els autors Pritchard i Yalc (2009) van trobar que la soledat es relacionava amb la insatisfacció corporal, i postulen una similitud en investigacions prèvies, les quals evidencien que les persones que se senten més soles tendeixen a reportar una menor satisfacció amb el seu cos i aparença física (Goswick & Jones, 1981; Stephan et al., 1988, citat a Pritchard i Yalc, 2009). Així mateix ho afirmen Barnett, Moore i Edzards (2023) en la seva recerca i Sabih et al (2021), relacionant nivells elevats d'insatisfacció corporal amb majors nivells de soledat.

Atès a tot allò exposat fins ara, el present estudi emprà una versió del procediment d'escriptura expressiva de Pennebaker i Beall (1986) en un grup amb TCA i un grup sense, com bé s'ha esmentat prèviament. A través de l'escriptura, les participants tenen l'oportunitat d'explorar i expressar el seu contingut d'una manera més segura, estructurada i no invasiva. En aquest sentit, l'ús del Software LIWC sorgeix com una eina interessant per l'anàlisi textual, permetent la comprensió més profunda de les experiències emocionals, socials i psicològiques d'aquests subjectes i, així, utilitzar-ho com a fonament per a poder desenvolupar, posteriorment, activitats terapèutiques i estratègies d'intervenció que tinguin en compte els resultats d'aquest anàlisi.

3. Objectius i hipòtesis

L'objectiu general d'aquest estudi pilot és comparar els continguts dels escrits associats a certes emocions i temàtiques entre un grup de subjectes amb TCA i un grup sense el trastorn.

Concretament es plantegen els següents objectius específics.

Objectiu 1: Analitzar les diferències en els textos escrits d'un grup de subjectes amb TCA i un grup sense el trastorn en les expressions emocionals, així com en els continguts relacionats amb el suport social i les preocupacions entorn al cos, la salut i l'alimentació.

Hipòtesis:

- El grup de subjectes amb TCA en els seus textos escrits mostrarà una major quantitat de paraules relacionades amb **emocions negatives**.
- El grup de subjectes amb TCA mostrarà una menor quantitat de paraules relacionades amb **emocions positives**.
- El grup de subjectes amb TCA en els seus textos escrits mostrarà una menor quantitat de paraules relacionades amb el **suport social**.
- El grup de subjectes amb TCA en els seus textos escrits mostrarà una major quantitat de paraules relacionades amb **el cos, la salut i l'alimentació**.

Objectiu 2: Examinar la relació entre els nivells de la soledat percebuda i les expressions emocionals negatives, així com amb els continguts relacionats amb el cos, la salut i l'alimentació dels textos escrits.

Hipòtesis:

- Hi haurà una correlació positiva entre el **nivell de la soledat percebuda** i el nombre de paraules que expressen **emocions negatives**.
- Hi haurà una correlació positiva entre el **nivell de la soledat percebuda** amb el nombre de paraules relacionades amb **el cos, la salut i l'alimentació**.

4. Mètode

4.1 Disseny de la recerca

4.1.1 Pla d'acció de la investigació

La present investigació es tracta d'un estudi pilot transversal i comparatiu entre dos grups (un experimental i un de control) de naturalesa quantitativa. En aquest sentit, malgrat l'anàlisi de textos generalment es duu a terme de manera qualitativa, en el context d'aquesta recerca s'ha adoptat per un enfocament quantitatiu. Aquest fet implica l'aplicació de mètodes que permeten la quantificació i mesura de les dades lingüístiques recopilades, facilitant, així, un anàlisi sistèmic i objectiu d'aquestes. A *Resultats*, es mostraran alguns extractes dels textos per poder contextualitzar i comprendre amb més adequació l'anàlisi lingüístic.

Seguint en aquesta línia, el pla d'acció de la investigació detalla les diverses fases i procediments que permeten assolir els objectius i contrastar les hipòtesis formulades. Així, s'assegura un procés sistemàtic i rigorós per a la recol·lecció, l'anàlisi i interpretació de les dades, garantint la validesa i fiabilitat dels resultats obtinguts. Es descriuen tot seguit les fases del pla d'acció:

1. Fase de recol·lecció de dades
 - a. Obtenir el consentiment informat de les participants.
 - b. Administració de l'Escala Eating Attitudes Test (EAT-26) per a la definició dels grups (TCA i grup control).
 - c. Oferir Llibreta Personal; full de paper o correu electrònic, amb dues consignes, per a redactar els textos.
 - d. Proporcionar el test UCLA Loneliness Scale.
2. Fase d'anàlisi lingüístic i psicomètric
 - a. Analitzar els textos mitjançant la metodologia d'indagació lingüística i comptabilització de paraules (ILCP) a través del Software LIWC.
 - b. Obtenir les puntuacions del UCLA Loneliness Scale.
3. Fase d'Anàlisi Estadístic
 - a. Utilització d'un programa estadístic per a processar la informació recopilada.
 - b. Realitzar les proves estadístiques pertinents per a identificar possibles diferències entre els dos grups i correlacions entre les variables d'interès, exposades a l'apartat subsegüent.
4. Discussió dels Resultats
 - a. Contrast de les hipòtesis i interpretació dels resultats.

4.1.2 Variables

Les variables estudiades per tal d'assolir els dos objectius farien referència a, en primer lloc, la presència o absència de Trastorn de la Conducta Alimentària com a variable independent, mentre que l'expressió emocional negativa i positiva, el suport social, les temàtiques relacionades amb el cos, la salut i l'alimentació i, finalment, el nivell de soledat percebuda com a variables dependents. En l'apartat d'*Instruments* es detallaran les variables en qüestió.

4.1.3 Esquema del disseny d'investigació

En el present apartat s'inclou un cronograma detallat per a cada fase del pla de la investigació (Taula 2), on es veuen representades les accions dutes a terme al llarg del desenvolupament de l'estudi en els diferents mesos.

Taula 2

Esquema del disseny d'investigació

Mes	Fase	Accions
Novembre	Fase 1: Recol·lecció de Dades	Obtenir consentiment informat de les participants.
Desembre		Administració de l'Eating Attitudes Test (EAT-26)
Gener		Oferir Material per a la redacció de textos
		Proporcionar el UCLA Loneliness Scale
Febrer i Març	Fase 2: Anàlisi lingüístic i psicomètric	Implementació de la metodologia ILCP amb el Software LIWC
Febrer		Puntuacions del UCLA Loneliness Scale
Març i Abril	Fase 3: Anàlisi estadístic	Ús del programa estadístic per a processar dades
Abril i Maig	Fase 4: Discussió dels Resultats	Contrast de les hipòtesis i interpretació dels resultats

4.2 Participants

Per tal de desenvolupar el present estudi, en un principi es va contemplar una mostra de 30 subjectes en total, distribuïts equitativament entre un grup experimental de 15 individus i un grup control de 15. No obstant, durant el transcurs de la investigació, dues de les participants del grup amb TCA no van entregar la informació requerida dins del termini establert. En conseqüència, es va ajustar la mida de la mostra per tal de mantenir l'equivalència entre els grups, resultant en un total de 26 participants per a l'anàlisi, amb 13 individus en cada grup (experimental i control). Aquesta modificació es va dur a terme amb la finalitat de preservar la integritat i garantir la validesa de l'estudi.

Quant al tipus de mostreig, en l'estudi s'ha emprat un mostreig no probabilístic, atès a què la selecció dels subjectes no és atzarosa i és intencional. En aquest sentit, tal com diu Hernández (2021), la mostra se selecciona d'acord amb la conveniència de l'investigador, tenint en compte el nombre d'individus que participaran en l'estudi. En aquest cas, la tria es realitza considerant la disponibilitat i voluntat dels subjectes, i de la pertinença a una determinada població (pel que fa al grup experimental).

Com bé s'ha esmentat, en l'estudi han participat 26 subjectes identificats en dos grups, un grup de pacients amb TCA ($n = 13$) i un grup control ($n = 13$), tots de gènere femení. L'edat de les participants oscil·lava entre els 20 i 30 anys, amb una mitjana d'edat de ($M = 24,38$) pel total

de la mostra. L'edat mitjana del grup experimental és de ($M = 23,31$), mentre que la del grup control és de ($M = 25,46$).

Així, el grup afectat pel trastorn el conformen pacients ingressades en una clínica privada de Barcelona especialitzada en Trastorns de la Conducta Alimentària. El fet que totes les components siguin dones planteja moltes qüestions al voltant de la relació entre el gènere i el TCA, les quals intentaran abordar-se en l'apartat de discussió. Seguint en aquesta línia, l'accés a dites usuàries ha sigut mitjançant l'assignatura de Pràctiques II del Màster, les quals vaig cursar entre l'octubre del 2023 i el febrer de 2024, tal com s'ha esmentat prèviament. Totes les components d'aquest grup compartien el diagnòstic d'Anorèxia Nerviosa (AN), alhora que presentaven d'altres tipologies de TCA. Altrament, algunes de les integrants del grup presentaven algun trastorn comòrbid al TCA, majoritàriament Ansietat i Depressió. Per altra banda, el grup control està compost per individus sense el trastorn i de la mateixa procedència que les pacients. L'obtenció del grup sense afectació pel trastorn es va fer mitjançant la difusió de l'estudi i la voluntarietat de les noies, emprant un mostreig per conveniència.

A continuació, es plantegen les Taules 3 i 4, on s'hi descriuen les característiques de les participants de l'estudi dividides en dos grups:

Taula 3*Descripció de les participants del grup AN (experimental) i les seves característiques*

Participant	Grup	Edat	Gènere	Origen	Puntuació EAT-26	TCA	Anys de tractament	Comorbiditats	Medicació
1	AN	23	Femení	Espanya	49	AP	5	TEA	AntiDep
2	AN	25	Femení	Espanya	37	AP	10		AntiPsic+Ansio+AntiDep
3	AN	22	Femení	Espanya	59	TCANE	6	TLP	AntiPsic+Ansio+AntiDep
4	AN	21	Femení	Espanya	33	AR	1	TEA	AntiDep
5	AN	27	Femení	Espanya	22	AR	5		
6	AN	22	Femení	Espanya	52	TA + AR	4	A	AntiDep
7	AN	22	Femení	Espanya	21	BN	4	A	Ansio + AntiDep
8	AN	30	Femení	Espanya	23	AR	17	D	Ansio + AntiDep
9	AN	20	Femení	Espanya	21	AR	3	A	Ansio + AntiDep
10	AN	20	Femení	Espanya	39	BN	2	D	AntiDep
11	AN	22	Femení	Espanya	50	BN	4	TLP	Ansio + AntiDep
12	AN	27	Femení	Espanya	22	TA + AR	7		
13	AN	25	Femení	Espanya	61	AR	3	TOC + A + D	AntiPsic+Ansio+AntiDep

Nota: AN: Anorèxia Nerviosa. EAT-26: Eating Attitudes Test. TCA: Altres TCA a part de l'anorèxia. AP: Anorèxia Purgativa. AR: Anorèxia Restrictiva. TCANE: Trastorn de la Conducta Alimentària No Especificat. BN: Bulímia Nerviosa. TA: Trastorn per Afartament. A: Ansietat. D: Depressió. TLP: Trastorn Límit de la Personalitat. TEA: Trastorn de l'Espectre Autista. TOC: Trastorn Obsessiu Compulsiu.

Taula 4*Descripció de les participants del grup control i les seves característiques*

Participant	Grup	Edat	Gènere	Origen	Puntuació EAT-26
14	GC	24	Femení	Espanya	9
15	GC	27	Femení	Espanya	4
16	GC	27	Femení	Espanya	3
17	GC	26	Femení	Espanya	8
18	GC	25	Femení	Espanya	2
19	GC	27	Femení	Espanya	6
20	GC	26	Femení	Espanya	10
21	GC	22	Femení	Espanya	2
22	GC	25	Femení	Espanya	8
23	GC	27	Femení	Espanya	4
24	GC	29	Femení	Espanya	4
25	GC	21	Femení	Espanya	4
26	GC	25	Femení	Espanya	4

Nota: GC: Grup Control. EAT-26: Eating Attitudes Test.

Quant als criteris d'inclusió i exclusió, en l'estudi s'han inclòs noies diagnosticades d'un TCA, concretament d'AN i participants sense patologia aparent pels grups experimental i control, respectivament. La pertinença al grup experimental requeria d'un diagnòstic realitzat per un professional de la salut mental, així com l'obtenció d'una puntuació per sobre del llindar patològic en el Eating Attitudes Test-26 (EAT-26), instrument que es detallarà en l'apartat subsegüent. En aquest sentit, Miguel (2023) situa el límit a 11 punts, indicant una absència de risc de TCA a $< 11p$, un risc mitjà entre 11 i 19 punts i, finalment, un risc alt del trastorn per una puntuació $> 20p$. L'ús de l'EAT-16 va permetre confirmar la distinció entre els dos grups, així, s'exigia que el grup experimental puntués per sobre de 20 punts, alhora que el grup control ho fes per sota d'11, tal com s'adverteix en les Taules 3 i 4 en la columna de "*Puntuació EAT-26*". D'aquesta manera, es podien descartar aquelles participants del grup control que, per exemple, obtinguessin una puntuació que advertís un risc de TCA.

Per tal de garantir la privacitat, cada individu es va identificar amb un codi numèric, sense fer ús del nom personal. Altrament, el requeriment per participar a la recerca consistia en haver firmat el consentiment informat per la posterior anàlisi de dades (Veure *Annex 3*).

4.3 Instruments

A continuació es desenvolupen els instruments emprats segons la seva metodologia emprada, juntament amb les variables d'estudi.

4.3.1 Metodologia d'Indagació Lingüística i Comptabilització de Paraules (ILCP)

Tal com diuen les sigles ILCP, aquesta metodologia analitza amb detall el contingut lingüístic d'un text, comptant les seves paraules i classificant-les en una sèrie de categories lingüístiques prèviament definides. Dins d'aquesta metodologia trobem dos instruments: la llibreta personal i el Software LIWC.

Llibreta personal: Relats vitals

Aquest instrument es va emprar en la **fase de recollida de dades** per tal d'extreure els diferents textos a analitzar i permetre la posterior implementació de la metodologia ILPC per l'anàlisi lingüístic. Així, es va proporcionar una llibreta d'un color diferent per cadascuna de les integrants del grup experimental, per tal d'escriure a mà al llarg de les estones que tinguessin lliures. Aquesta elecció es va dur a terme amb la intenció de crear un espai més acollidor i proper durant el procés d'escriptura, considerant que les pacients es troben en un context fora del seu àmbit quotidià, el qual pot ser percebut com a hostil. Per altra banda, pel grup control, la informació es va entregar en paper o per correu electrònic, segons l'accessibilitat als subjectes. Per a desenvolupar els diferents escrits, es van proporcionar a les participants dues consignes específiques a partir de dues perspectives temporals distintives: Consigna Passat, referida a redactar una experiència del passat; i Consigna Present, per tal d'escriure una vivència del present. A l'apartat de *Procediment*, es detallen les consignes que es van proporcionar a la mostra de l'estudi.

Software LIWC (Linguistic Inquiry and Word Count – Indagació Lingüística i Comptador de Paraules).

Per a dur a terme l'**anàlisi lingüístic** a través de la metodologia d'indagació lingüística i comptabilització de paraules (ILCP) de Pennebaker i col·laboradors (2001), es va utilitzar el Software LIWC. Com bé s'ha fet referència, aquesta eina es tracta d'un programa informàtic d'anàlisi que compta les paraules dins d'un text, mitjançant un diccionari que classifica les diverses paraules en una sèrie de categories lingüístiques prèviament definides. Així, el Software pretén identificar els elements estilístics del llenguatge, així com els estats socials i psicològics dels individus (Cuteri et al, 2021).

Quant al funcionament del programa, aquest compta el nombre de paraules de cada categoria i ho converteix en un valor proporcional, mostrant quantes paraules de cada categoria s'han utilitzat en relació al nombre total de les paraules del text. Així, les puntuacions obtingudes indiquen la freqüència relativa de cada categoria en relació al text, no la quantitat exacte de paraules usades (Civilotti et al, 2022). Segons aquests darrers autors, els quals van emprar l'esmentat programa informàtic en una població amb AN, exposen la seva bona fiabilitat, validesa externa, validesa de contingut i, finalment, validesa predictiva.

Així amb la Llibreta personal i el Software LIWC, es van poder avaluar les variables dependents consistents en expressió emocional negativa, expressió emocional positiva, suport social i temàtiques relacionades amb el cos, la salut i l'alimentació. Tot seguit, es desenvolupen les variables esmentades mitjançant algunes de les categories creades per Ramírez i col·laboradors l'any 2007 en espanyol, traduïdes de la versió original en anglès de Pennebaker, Francis i Booth (2001).

Expressió emocional negativa (emocions negatives)

Per a respondre als objectius plantejats de la recerca quant a les emocions negatives que es reflecteixen en els textos escrits d'ambdós grups, es van seleccionar les següents categories representades en la Taula 5, amb els seus exemples:

Taula 5

Categories seleccionades per la variable Expressió emocional negativa i els seus exemples

Categoria	Exemple
<i>EmoNeg</i>	mal, odio, inseguridad
<i>Ansiedad</i>	miedo, nervioso, tenso
<i>Enfado</i>	mentira, odio, enojo
<i>Triste</i>	luto, llorar, tristeza

Nota: EmoNeg: Emocions Negatives

Expressió emocional positiva (emocions positives)

Per a la hipòtesi referent a la quantitat de paraules relacionades amb les emocions positives en els textos, es van optar per les següents categories, exemplificades en la Taula 6:

Taula 6

Categories seleccionades per la variable Expressió emocional positiva i els seus exemples

Categoria	Exemple
<i>EmoPos</i>	cómodo, gustar, tranquilo
<i>Placer</i>	alegre, divertido

Nota: EmoPos: Emocions Positives

Suport Social

Com determina l'**objectiu 1**, es planteja la variable Suport Social per examinar les paraules associades a les relacions i interaccions socials que quedin paleses en els escrits. Així les categories elegides de Ramírez et al (2007) per a aquesta variable es desglossen a la Taula 7.

Taula 7

Categories seleccionades per la variable Suport Social i els seus exemples

Categoria	Exemple
<i>Social</i>	hablar, nosotros, amigos

<i>Familia</i>	mamá, hermano, primo
<i>Amigos</i>	amigo, amiga, colega

Temàtica: cos, salut i alimentació

Per poder analitzar les temàtiques quant al cos, la salut i l'alimentació dels textos del grup experimental, així com del grup control, s'elegeixen les categories següents (Taula 8).

Taula 8

Categories seleccionades per la variable Temàtiques: cos, salut i alimentació i els seus exemples

Categoria	Exemple
<i>Cuerpo</i>	dolor, corazón, pierna
<i>Salud</i>	visita, doctor, médicas
<i>Ingerir</i>	comer, tragar, probar

4.3.2 Proves Estandarditzades

Dins d'aquesta metodologia trobem dos instruments: el EAT-26 i l'UCLA-LS, ambdós referents a dos tests estandarditzats.

Eating Attitudes Test (EAT-26)

En la **fase de recol·lecció de dades** amb l'objectiu de definir els grups, es va utilitzar el Eating Attitudes Test, Test d'Actituds Alimentàries, (*Annex 4*), de Garner i Garfinkel (1982), originalment de 40 ítems i, posteriorment, reduït a 26, sense perdre la confiabilitat ni la validesa per a la detecció de TCA. La seva versió en castellà va ser validada per Gandarillas i col·laboradors l'any 2007 per a la Comunitat de Madrid (Constaín et al, 2014).

Així, l'EAT-26 es tracta d'una eina d'autoavaluació utilitzada per detectar el risc de TCA tant en població clínica com no clínica. L'escala disposa dels esmentats 26 ítems estructurats en tres factors: "fer dieta", de 13 ítems, on s'inclouen aspectes com el contingut de calories, d'hidrats de carboni i de sucre, motivats pel desig d'estar prim; el factor "bulímia i preocupacions pel menjar", de 6 ítems, el qual copsa la tendència a tenir conductes purgatives després de les ingestes, així com de l'excés de pensaments relacionats amb el menjar; i, finalment, el "control oral", dels 7 ítems restants, on es plasmen la tendència a l'autocontrol de l'alimentació (Papini et al, 2022). L'instrument registra la freqüència de pensaments i activitats en una escala tipo Likert de 4 punts: Nunca = 0; Casi nunca = 0; A menudo = 1; Muy a menudo = 2; Siempre = 3. Per aquest estudi es van utilitzar tots els ítems de l'escala, per exemple "Me angustia la idea de estar demasiado gorda" o "Me siento muy culpable después de comer", entre d'altres. Quant a la fiabilitat del EAT-26, alguns estudis indiquen que les puntuacions del qüestionari en poblacions generals i mostres clíniques han demostrat ser altament fiables (*Alfa de Cronbach* =

0,91) (Papini et al. 2022). En la present investigació, l'Alfa de Cronbach de la puntuació total del test, calculada amb el programa estadístic Jamovi, va ser de 0,96.

UCLA Loneliness Scale (UCLA-LS)

En la **fase de recollida de dades** es va proporcionar a totes les participants el UCLA Loneliness Scale (*Annex 5*) per, posteriorment, a partir de les puntuacions adquirides d'aquest instrument, poder dur a terme l'**anàlisi psicomètric**, i així detectar els nivells de soledat percebuda per la mostra. L'escala utilitzada per l'estudi és la University of California at Los Angeles Loneliness Scale (Escala de la Universitat de Califòrnia a Los Angeles – UCLA-LS), en la seva versió revisada desenvolupada per Russell, Peplau i Cutrona l'any 1980. La versió castellana va ser validada per Vázquez i Jiménez l'any 1994. L'UCLA-LS és una escala d'autoavaluació consistent de 20 ítems, dividits en 10 ítems enfocats en els nivells de percepció de soledat i, els 10 restants, relacionats amb la connexió social, aquests darrers avaluats mitjançant puntuació invertida. L'instrument avalua el grau en què experimenten els participants cada frase descrita en una escala de Likert de 4 punts: Nunca=1; Raramente=2; Algunas veces=3; Siempre=4. En la present recerca es van usar tots els ítems, a mode d'exemple, “Se siente aislada de los demás” o “Hay personas a las que puede acudir”, entre d'altres. En aquesta mateixa línia, la puntuació de soledat s'obté amb la suma dels 20 ítems, de manera que una puntuació total més alta indica majors nivells de soledat (Russell, 1996). Referent a la fiabilitat de l'UCLA-LS, un estudi de Southward i col·laboradors (2014) va determinar una Alfa de Cronbach de 0,94 per a l'escala en una població amb TCA. En aquest sentit, en la present recerca, l'Alfa de Cronbach de la puntuació total de l'escala, calculada amb el programa estadístic Jamovi, va ser de 0,95.

A partir d'aquest segon instrument, es va poder analitzar la variable: **nivell de soledat percebuda**, la qual permet respondre l'**objectiu 2** referent a la investigació de la relació entre aquesta darrera variable i l'expressió emocional negativa i temàtiques: cos, salut i alimentació.

4.4 Procediment

La present recerca es va executar en tres fases: la recollida de dades d'informació, la fase d'anàlisi lingüístic i psicomètric i, finalment, la fase d'anàlisi estadístic.

Recollida d'informació

En primer lloc, se'ls hi va sol·licitar a tota la mostra que firmessin el consentiment informat per tal de participar en l'estudi. Seguidament, un cop es van definir finalment els grups mitjançant l'escala EAT-26, es va demanar a totes les participants que, de manera individual, elaboressin dos textos diferents a través de la llibreta personal o del full de paper seguint dues premisses. Alhora, es va requerir a què responguessin al UCLA Loneliness Scale. Pel que respecte als tests estandaritzats, en ambdós grups es va entregar la informació en paper, o bé en correu electrònic en el cas del grup control.

Les instruccions per desenvolupar els textos van ser les mateixes pels dos grups. Convé destacar que es va indicar a les participants que el desenvolupament de la tasca era de caràcter lliure, sense restriccions quant a l'extensió del text i el temps emprat. Així mateix, es va emfatitzar

que escrivissin evitant la dicotomia correcte/incorrecte en la gramàtica, l'ortografia o l'estil del text. Així doncs, les consignes van ser les següents:

1. Explica'm una vivència teva del passat, per exemple, alguna experiència viscuda que per tu hagi sigut important.
2. Explica'm una vivència teva del present, per exemple, alguna experiència que ara valoris positivament o negativament.

D'aquesta manera, com bé s'ha esmentat, es van obtenir dos textos diferents per participant, un per a cada instrucció. Convé recordar la tasca escrita de Pennebaker, prèviament explicada i la qual encoratjava als participants a escriure al llarg de diferents sessions (Ramsey-Wade, 2020). Donada la limitació d'estada a la clínica per a extreure les dades, la recol·lecció d'aquestes no era factible d'assolir en diverses ocasions, com ho va dur a terme l'autor en qüestió. En conseqüència, es van triar dues proposicions per tal d'explorar una varietat de temes i situacions rellevants que poguessin sorgir en els escrits i, així, enriquir l'anàlisi i la comprensió dels resultats.

Anàlisi lingüístic i psicomètric

Per realitzar **l'anàlisi lingüístic**, es va utilitzar la metodologia d'indagació lingüística i comptabilització de paraules (ILCP) a través del Software LIWC en la seva versió espanyola, tal com s'ha desenvolupat en *Instruments*. Els quinze textos escrits en català van ser traduïts per la investigadora i revisats per una persona externa amb estudis de filologia catalana i castellana. Altrament, es van modificar algunes paraules, expressions o abreviatures del llenguatge parlat i quotidià, per tal de millorar la detecció per part del LIWC de l'anàlisi lingüístic. A tall d'exemple, l'abreviatura "TCA" consistent en les sigles Trastorn de la Conducta Alimentària, la qual es va adaptar a la paraula "anorexia".

Un cop es van traduir i ajustar els textos de totes les participants, es va procedir a fer l'anàlisi al programa LIWC. Per fer-ho, es van dur a terme tres etapes de manera independent: una primera fase consistent en l'exploració dels dos textos junts, una segona per l'estudi del text 1 a partir de la Consigna Passat i, finalment, una tercera fase centrada en el text 2 referent a la Consigna Present. La determinació d'unir els dos textos es va basar en poder comprendre l'expressió escrita de les participants en diferents contextos i moments temporals i, així, adquirir una visió general del perfil emocional i psicològic de cadascuna d'elles. Per un altre costat, del Text 1 s'esperava obtenir informació d'un moment específic del passat, alhora, del Text 2 es pretenia obtenir una perspectiva addicional sobre les preocupacions i experiències actuals dels subjectes. Finalment, cal esmentar que tots els textos es van introduir al programa completament, sense patir ninguna segmentació. Així doncs, el Software va analitzar el contingut dels escrits i va generar un Document Excel per cada etapa, amb totes les mitjanes referents a la freqüència de paraules de cada categoria en comparació amb el global del text.

D'altra banda, per dur a terme **l'anàlisi psicomètric**, mitjançant les proves estandarditzades, es van obtenir les puntuacions del UCLA Loneliness Scale i es va construir una Base de Dades, juntament amb els percentatges de les categories que el LIWC havia generat.

Anàlisi estadístic

En la recerca en qüestió es va fer ús del programa estadístic Jamovi versió 2.3.28 per processar la informació recollida, tant dels textos com de l'UCLA Loneliness Scale. A través de les proves estadístiques emprades en el Jamovi, es van poder identificar possibles diferències entre els grups i correlacions rellevants entre variables. A continuació, s'exposaran dites proves i el motiu de la seva elecció.

5. Resultats de l'estudi pilot

5.1 Anàlisi estadístic

Tal com s'ha fet palès en l'apartat 4.1, disseny de recerca, el present estudi pilot s'emmarca dins d'un anàlisi de dades quantitatiu, emprant una sèrie de tècniques estadístiques que a continuació s'exposaran.

Així, per a poder respondre a l'**Objectiu 1**, referent a la investigació de les diferències en els textos escrits entre el grup control i l'experimental quant a les expressions emocionals, el suport social i les preocupacions entorn al cos, la salut i l'alimentació, es va utilitzar la prova d'**U-Mann-Whitney**. Es va escollir aquesta fórmula no paramètrica donada la mida de la mostra, la qual era inferior a 30, i la seva capacitat per a comparar medianes de les mostres independents. En aquest sentit, la presència o absència de trastorn es va considerar com a variable independent, mentre l'expressió emocional, així com el suport social i els continguts temàtics van ser les variables dependents, com s'ha referit prèviament.

D'altra banda, per a l'**Objectiu 2**, consistent en esbrinar les relacions entre els nivells de soledat percebuda amb les expressions emocionals negatives, així com les temàtiques del cos, la salut i l'alimentació, es va optar per utilitzar el **coeficient de correlació de Spearman**, per examinar la direcció i magnitud d'aquestes relacions. Com en el cas de l'anterior objectiu, es va emprar aquesta prova estadística no paramètrica a causa de disposar d'un nombre de participants menor a 30.

5.2 Resultats

Pel present estudi es van obtenir un total de 52 textos de tota la mostra ($n = 26$), amb 26 textos per cada grup. Es van calcular el nombre de paraules escrites per a cada grup, així com per a cada consigna. A continuació es presenten les estadístiques descriptives en la Taula 9:

Taula 9

Descriptius del recompte de paraules totals per grup i consignes

Textos	Grup	Mitjana	Desviació estàndard
Total	Control	432,54	245,22
	Pacient	516,77	364,22
Consigna Passat	Control	240,38	157,68
	Pacient	300,92	201,39

Consigna Present	Control	192,15	125,75
	Pacient	215,85	172,59

Així, les estadístiques descriptives mostren que la mitjana i la desviació estàndard del recompte de paraules pels dos textos en el grup control va ser de ($M = 432,54$ i $SD = 245,22$), mentre que pel grup experimental va ser de ($M = 516,77$ i $SD = 364,22$). Alhora, a partir de la consigna Passat, la mitjana de paraules totals i la desviació estàndard pel grup control van ser de ($M = 240,38$ i $SD = 157,68$) i, per altra banda, pel grup amb TCA van ser de ($M = 300,92$ i $SD = 201,39$). Finalment, pel que fa a la consigna Present, els descriptius del nombre de paraules totals pels dos grups va ser de ($M = 192,15$ i $SD = 125,75$) pel grup sense TCA, i de ($M = 215,85$ i $SD = 172,59$) pel grup experimental.

Objectiu 1: Descriptius i diferències en els textos

El que es detalla a continuació són les estadístiques descriptives de cada variable referent a l'objectiu 1, consistents en expressió emocional negativa i positiva, suport social i, finalment, temàtiques: cos, salut i alimentació. Per a cada variable, es proporciona una Taula amb la mitjana, la mediana, la desviació estàndard i, finalment, el valor de p-valor.

Expressió emocional negativa (emocions negatives)

Taula 10

Descripció dels resultats dels dos grups de la variable expressió emocional negativa dels textos escrits.

Variable	Categories	Grup	N	Mitjana	Mediana	Desviació estàndard	p
Expressió emocional negativa	EmoNeg	Control	13	1,70	1,69	0,99	0,017*
		Pacient	13	2,97	3,39	1,21	
	Ansiedad	Control	13	0,63	0,77	0,55	0,257
		Pacient	13	0,89	0,99	0,54	
	Enfado	Control	13	0,31	0,38	0,31	0,005**
		Pacient	13	0,88	0,86	0,52	
	Triste	Control	13	0,28	0,22	0,32	0,016*
		Pacient	13	0,77	0,86	0,54	

Nota: Categories de la variable Expressió emocional negativa amb les diferències significatives (U-Mann-Whitney) pels textos escrits. La p representa la diferència estadística entre els dos grups. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Així, una de les hipòtesis de l'objectiu 1 suggeria que el grup de participants amb TCA mostraria una major quantitat de paraules relacionades amb **emocions negatives** en els seus textos escrits, en comparació amb el grup control, tal com s'evidencia en les mitjanes de les categories d'EmoNeg (Pacient: $M = 2,97$; Control: $M = 1,70$), Enfado (Pacient: $M = 0,88$; Control: $M = 0,31$) i Triste (Pacient: $M = 0,77$; Control: $M = 0,28$). Alhora, les diferències entre els dos grups en les esmentades categories són estadísticament significatives, sobretot per Enfado ($p = 0,005$), afirmant que la nostra mostra de participants amb TCA tendeixen a

expressar més emocions negatives en els seus escrits. Per veure un extracte d'alguns textos de les participants quant a aquestes categories, *Annex 6*.

Expressió emocional positiva (emocions positives)

Taula 11

Descripció dels resultats dels dos grups de la variable expressió emocional positiva dels textos escrits.

Variable	Categories	Grup	N	Mitjana	Mediana	Desviació estàndard	p
Expressió emocional positiva							
	EmoPos	Control	13	3,67	3,27	1,75	0,626
		Pacient	13	3,63	3,01	2,65	
	Placer	Control	13	1,35	1,33	0,87	0,209
		Pacient	13	0,95	0,71	0,75	

Nota: Categories de la variable Expressió emocional positiva amb les diferències significatives (U-Mann-Whitney) pels textos escrits. La p representa la diferència estadística entre els dos grups. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Pel que respecte a la següent hipòtesi de l'**objectiu 1** referent a què el grup experimental mostrarà una menor quantitat de paraules relacionades amb les **emocions positives**, encara que les mitjanes del grup en qüestió van ser lleugerament més baixes en les categories d'*EmoPos* (Pacient: $M = 3,63$; Control $M = 3,67$) i *Placer* (Pacient: $M = 0,95$; Control: $M = 1,35$), aquestes diferències no van ser estadísticament significatives. Per veure mostres d'alguns textos d'aquesta categorització, *Annex 7*.

Suport Social

Taula 12

Descripció dels resultats dels dos grups de la Variable Suport Social dels textos escrits.

Variable	Categories	Grup	N	Mitjana	Mediana	Desviació estàndard	p
Suport Social							
	Social	Control	13	8,55	8,22	2,42	0,479
		Pacient	13	8,87	8,79	2,66	
	Familia	Control	13	0,54	0,40	0,48	0,817
		Pacient	13	0,95	0,33	1,28	
	Amigos	Control	13	0,98	0,68	0,87	0,064
		Pacient	13	0,46	0,34	0,50	

Nota: Categories de la variable Suport Social amb les diferències significatives (U-Mann-Whitney) pels textos escrits. La p representa la diferència estadística entre els dos grups. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

La hipòtesi de l'**objectiu 1** plantejava que el grup de subjectes amb TCA en els seus textos escrits mostraria una menor quantitat de paraules relacionades amb el **suport social**. Així, com

bé es percep en els resultats de la Taula 12, no s'observen diferències estadísticament significatives en cap de les categories referents a la variable, confirmant que la hipòtesi no es compleix en aquest cas. A l'Annex 8, es visualitzen alguns exemples d'aquestes categories.

Temàtiques: cos, Salut i alimentació

Taula 13

Descripció dels resultats dels dos grups de la Variable Temàtiques: cos, salut i alimentació.

Variable	Categories	Grup	N	Mitjana	Mediana	Desviació estàndard	p
Temàtiques: cos, salut i alimentació							
	Cuerpo	Control	13	0,42	0,33	0,47	0,034*
		Pacient	13	1,03	0,91	0,80	
	Salud	Control	13	0,61	0,42	0,96	0,005**
		Pacient	13	1,62	1,31	1,03	
	Ingerir	Control	13	13	1,19	0,77	0,700
		Pacient	13	13	1,07	1,13	

Nota: Categories de la variable Temàtiques: cos, salut i alimentació, amb les diferències significatives (U-Mann-Whitney) pels textos escrits. La p representa la diferència estadística entre els dos grups. * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

Referent a la darrera hipòtesi de l'**objectiu 1**, aquesta anticipava que el grup de participants amb TCA en els seus textos escrits mostraria una major quantitat de paraules relacionades amb **el cos, la salut i l'alimentació**. Es percep en els resultats aquesta tendència, revelant diferències significatives entre els dos grups en les categories de *Cuerpo* i *Salud*, amb p-valors de 0,034 i 0,005, respectivament. Malgrat això, no es van observar diferències significatives entre els dos grups en la categoria *Ingerir*. Convé destacar que durant l'anàlisi estadístic es va detectar una elevada significació en la categoria *Muerte*, amb un p-valor de 0,001. Així, els resultats plantegen que el grup experimental tendeix a utilitzar més paraules associades al cos, la salut i la mort, en comparació al grup control. Per veure extractes d'alguns dels textos de cada grup quant a les categories *Cuerpo*, *Salud*, *Ingerir* i *Muerte*, Annex 9.

Anàlisi segons consigna Passat - Present

Tal com s'ha desenvolupat en el *Procediment*, a part de l'anàlisi general dels textos recopilats en aquesta recerca, es va dur a terme una exploració detallada, tenint en compte la consignes Present i Passat, utilitzades per a la redacció de cada text. Malgrat aquest desglossament no es planteja explícitament en les hipòtesis, es va considerar rellevant investigar les possibles diferències en el conjunt de paraules per a cada text per separat. A continuació, es presenten els resultats detallats d'aquest anàlisi, centrant-nos solament en les diferències observades en cada text en relació amb les variables Expressió emocional negativa i positiva, Suport Social i Temàtiques: cos, salut i alimentació.

Consigna Passat (Text 1)

Taula 14

Descripció dels resultats amb les diferències significatives entre els dos grups a partir de la Consigna Passat.

Variable	Categories	Grup	N	Mitjana	Mediana	Desviació estàndard	p
Expressió emocional negativa							
	EmoNeg	Control	13	1,78	1,29	1,53	0,045*
		Pacient	13	3,16	3,25	1,60	
	Enfado	Control	13	0,31	0,00	0,49	0,011*
		Pacient	13	1,11	0,82	0,91	
	Triste	Control	13	0,23	0,00	0,38	0,025*
		Pacient	13	0,65	0,61	0,60	
Temàtiques							
	Cuerpo	Control	13	0,29	0,00	0,49	0,016*
		Pacient	13	1,17	0,82	1,10	

Nota: Categories de les variables Expressió emocional negativa i Temàtiques amb les diferències significatives (U-Mann-Whitney) per la Consigna Passat. La p representa la diferència estadística entre els dos grups. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

En comparar els textos redactats de les participants seguint la consigna Passat (text 1), s'adverteixen diferències significatives en diverses categories entre els dos grups. En termes d'expressions emocionals, el grup experimental va mostrar una major prevalença d'emocions negatives, particularment en les categories de *EmoNeg*, *Enfado* i *Triste* ($p = 0,045$; $p = 0,011$; $p = 0,025$). Així mateix, quant a les temàtiques abordades, es va trobar que el grup amb TCA va fer més esments relacionats amb el cos i, sobretot, amb la categoria *Muerte*, obtenint una diferència molt significativa ($p = 0,001$).

Consigna Present (Text 2)

Taula 15

Descripció dels resultats amb diferències significatives entre els dos grups a partir de la Consigna Present.

Variable	Categories	Grup	N	Mitjana	Mediana	Desviació estàndard	p
Expressió emocional positiva	Placer	Control	13	1,38	1,25	0,97	0,004**
		Pacient	13	0,41	0,25	0,47	
Suport Social							
	Amigos	Control	13	0,92	0,81	0,90	0,007**
		Pacient	13	0,11	0,00	0,28	
Temàtica	Salud	Control	13	0,33	0,00	0,48	<0,001***
		Pacient	13	2,70	2,02	2,41	

Nota: Categories de les variables Expressió emocional positiva, Suport Social i Temàtiques amb les diferències significatives (U-Mann-Whitney) per la Consigna Present. La p representa la diferència estadística entre els dos grups. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Quant als textos redactats seguint la consigna del Present, també es perceben algunes diferències significatives entre els dos grups. Específicament, en el grup amb TCA es va trobar una menor freqüència de paraules relacionades amb la categoria *Placer* en comparació amb el grup control ($p = 0.004$).

Alhora, en relació a la variable suport social, el grup experimental va emprar menys paraules relacionades amb la categoria *Amigos*, amb una diferència significativa de ($p = 0.007$). Tal resultat es desenvoluparà en l'apartat de Discussió, donat a què pot indicar una menor percepció de connexió interpersonal entre els individus amb TCA en el seu moment present, el qual té a veure amb el seu ingrés hospitalari.

Finalment, quant a la temàtica, s'adverteix una diferència molt significativa pel que respecte a *Salud*, sent el grup experimental el que mostra una mitjana més elevada en contraposició amb el grup control (Pacient: $M = 0,33$; Control: $M = 2,70$).

Objectiu 2: Correlacions entre les variables

A continuació es desenvolupen les proves estadístiques per a copsar l'objectiu 2, referent a trobar les relacions entre les variables nivells de soledat percebuda, expressió emocional negativa i temàtiques: cos, salut i alimentació. Les hipòtesis d'aquest objectiu, es detallen en una sèrie de taules (Taula 16 i Taula 17) amb els valors de la correlació de Spearman.

Taula 16

Correlacions entre la variable nivell de soledat percebuda i expressió emocional negativa dels dos grups

Expressió Emocional Negativa	UCLA Loneliness Scale	
EmoNeg	Spearman's rho	0,420*
	df	24
	p-value	0,033*
Ansiedad	Spearman's rho	0,286
	df	24
	p-value	0,157
Enfado	Spearman's rho	0,415*
	df	24
	p-value	0,035*
Triste	Spearman's rho	0,299
	df	24
	p-value	0,138

Nota: Correlacions de l'escala UCLA Loneliness amb les categories relacionades amb les expressions emocionals negatives (correlació de Spearman) dels dos grups. La p representa si la correlació és significativa. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Quant a la hipòtesi referent a l'**objectiu 2**, es volia evidenciar si hi havia una correlació positiva entre els nivells soledat percebuda i el nombre de paraules que expressen emocions negatives. Com s'adverteix en la Taula 16, existeix una correlació positiva i significativa entre tals nivells de soledat percebuda i algunes de les categories relacionades amb les emocions negatives, sent aquestes *EmoNeg* ($p = 0,033$) i *Enfado* ($p = 0,0035$). Tanmateix, no es van trobar correlacions significatives per a les categories de *Ansiedad* ni *Triste*. En definitiva, els resultats suggereixen

que una major percepció de soledat està associada amb una major expressió d'emocions negatives, especialment pel que fa *EmoNeg* i *Enfado*.

Taula 17

Correlacions entre la variable variable nivell de soledat percebuda i Temàtiques: cos, salut i alimentació dels dos grups

Temàtiques: cos, salut i alimentació	UCLA Loneliness Scale	
Cuerpo	Spearman's rho	0,440*
	df	24
	p-value	0,025*
Salud	Spearman's rho	0,378
	df	24
	p-value	0,057
Ingerir	Spearman's rho	-0,156
	df	24
	p-value	0,448

Nota: Correlacions de l'escala UCLA Loneliness amb les categories relacionades amb les temàtiques del cos, salut i alimentació (correlació de Spearman) dels dos grups. La p representa si la correlació és significativa. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

La darrera hipòtesi de **l'objectiu 2** proposava una correlació positiva entre els nivells de soledat percebuda i el conjunt de paraules relacionades amb els continguts del cos, la salut i l'alimentació. Tal com es percep en la Taula 17, existeix una correlació positiva i significativa entre la puntuació del test UCLA i la categoria de *Cuerpo* ($p = 0,025$), però no en les categories de *Salud* ni *Ingerir*. Cal remarcar de nou la introducció de la categoria *Muerte*, donada la seva correlació significativa amb la percepció de soledat ($p = 0,035$). Així, les esmentades troballes suggereixen que una major percepció de soledat està associada amb una major menció del cos i la mort en els textos escrits.

Així com amb l'objectiu 1, es va dur a terme un anàlisi específic a través de les consignes proporcionades per a redactar els escrits. En la següent Taula es proporcionen les correlacions significatives entre les puntuacions del UCLA Loneliness Scale i algunes categories de les diferents variables a partir de la Consigna Present, donat que per la Consigna Passat no es van trobar diferències significatives rellevants.

Anàlisi segons consigna Passat – Present

Consigna Present (Text 2)

Taula 18

Correlacions entre la variable nivell de soledat percebuda i expressió emocional negativa i Temàtiques: cos, salut i alimentació dels dos grups a partir de la Consigna Present.

Expressió Emocional Negativa	UCLA Loneliness Scale
------------------------------	-----------------------

EmoNeg	Spearman's rho	0,488*
	df	24
	p-value	0,011*
Enfado	Spearman's rho	0,452
	df	24
	p-value	0,021*
Triste	Spearman's rho	0,469*
	df	24
	p-value	0,016
Temàtiques: cos, salut i alimentació		
Salud	Spearman's rho	0,624***
	df	24
	p-value	<0,001***

Nota: Correlacions de l'escala UCLA Loneliness amb les categories relacionades amb l'Expressió Emocional i les temàtiques del cos, salut i alimentació (correlació de Spearman) dels dos grups a partir de la Consigna Present. La p representa si la correlació és significativa. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Com s'observa en la Taula 18, els resultats mostren correlacions positives significatives entre els nivells de soledat percebuda i les categories relacionades amb l'expressió emocional negativa referents a *EmoNeg*, *Enfado* i *Triste*. Altrament, es destaca també la correlació positiva i significativa entre la percepció de soledat i el número de paraules relacionades amb la categoria *Salud* ($p = <0,001$), assenyalant una major inquietud per la salut en aquelles participants que manifesten nivells de soledat percebuda més elevats. Un resultat de notable rellevància és la correlació negativa i altament significativa entre la percepció de soledat i la categoria de *Placer*, amb un p-valor de $<0,001$, fet que planteja que els individus que perceben un nivell elevat de soledat presenten dificultats per a experimentar emocions positives.

Per acabar, es van trobar diferències molt significatives de les puntuacions del UCLA Loneliness Scale entre els dos grups. Malgrat no es contempli en els objectius i/o hipòtesis, aquest resultat és rellevant donat que ressalta una discrepància considerable en la percepció de la soledat, indicant que el grup amb TCA percep nivells significativament més alts de soledat en comparació amb el grup control. En la Taula 19, es poden apreciar les estadístiques descriptives, així com la p-valor. Alhora, es planteja la Figura 1 per a apreciar l'esmentada divergència.

Taula 19

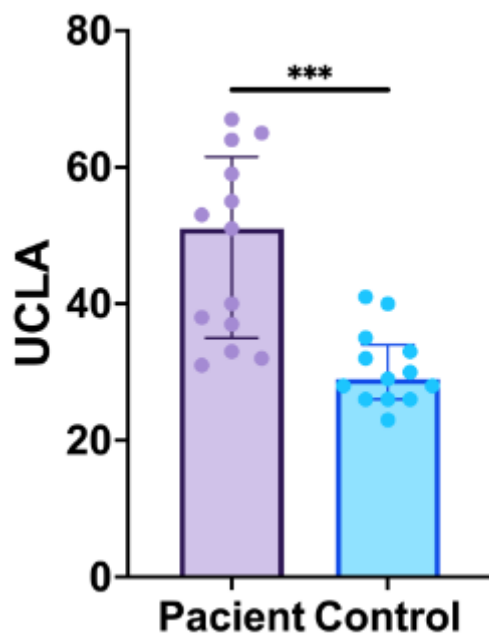
Descripció dels resultats de les puntuacions del UCLA Loneliness Scale per avaluar la variable nivell de percepció de soledat.

Grup	N	Mitjana	Mediana	Desviació estàndar	p
Control	13	30,54	29,00	5,49	<0,001***
Pacient	13	48,08	51,00	13,43	

Nota: Puntuacions de l'escala UCLA Loneliness Scale per mesurar la percepció de soledat. La p representa la diferència estadística entre els dos grups. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Figura 1

Representació gràfica dels resultats de les puntuacions del UCLA Loneliness Scale per avaluar la variable de soledat percebuda.



6. Discussió

En el present apartat es pretén esbrinar si s'han pogut complir els objectius proposats i reflexionar entorn a les hipòtesis plantejades, així com proposar possibles futurs estudis que podrien ser interessants a realitzar.

En la Introducció es ressaltava el **TCA** com el trastorn més prevalent a Catalunya en els centres de salut mental i, s'afegia, que afectava majoritàriament a dones adolescents i joves, amb les dades del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Així s'ha vist reflectit en la mostra d'aquest estudi pilot la qual, composta majoritàriament per dones d'entre 20 i 30 anys, evidencia una marcada dimensió de gènere en els TCA. Segueix sent crucial el desenvolupament d'intervencions i estratègies de prevenció específiques enfocades a aquest grup demogràfic.

Per altra banda, com bé es mencionava, **el mètode d'escriptura expressiva de Pennebaker i Beall** (1986) ha servit com a eina fonamental per a extreure el contingut dels escrits de la mostra de manera no invasiva, i permetent obtenir resultats rellevants. La finalitat de l'exercici d'aquests darrers autors era la de poder dirigir als individus a expressar els seus pensaments, preocupacions i emocions en el text (Mooney et al, 2009). Es considera que s'han pogut abordar els objectius plantejats en el treball, obtenint dades significatives que proporcionen una visió més detallada de les experiències emocionals d'un grup de pacients ingressades en una clínica especialitzada en TCA i un grup similar quant a les característiques demogràfiques, però sense el trastorn. Malgrat tot, en la versió de Pennebaker els subjectes havien d'escriure al llarg de diverses sessions consecutives, mentre que en el present estudi no s'ha pogut dur a terme d'aquesta manera.

Pel que fa els **objectius** del present estudi pilot, el primer consta en analitzar les diferències en els textos escrits entre un grup de participants amb TCA i un grup sense el trastorn en les expressions emocionals i en els continguts relacionats amb el suport social així com amb el cos, la salut i l'alimentació.

Respecte a les **expressions emocionals**, tal com assenyalaven Henderson et al (2019), existeix una mancança en les estratègies emocionals quant a l'expressió de les emocions en pacients amb TCA. En aquest sentit, Racine i Horvath (Davies et al, 2016), argumentaven la presència d'una expressió emocional alterada en aquesta població. Així ho corroboraven alguns estudis d'expressió emocional escrita com el de Civilotti et al (2022), Coppersmith et al (2015), i el de Donati i Strappava (2022), els quals combreguen un predomini d'emocions negatives, específicament ansietat, tristesa o ràbia, així com una menor presència d'emocions positives.

Tenint en compte aquestes qüestions, les hipòtesis plantejades per aquest treball van en la línia d'aquestes investigacions. D'aquesta manera, els resultats mostren una congruència amb la literatura quant al major ús de paraules relacionades amb les emocions negatives, concretament en les categories *EmoNeg*, *Enfado* i *Triste*. Dins de les categories més emprades com a emocions negatives trobem *Enfado*, la qual mostra una major diferència significativa entre els dos grups de l'estudi, indicant una clara predisposició pel grup experimental a expressar més paraules relacionades amb la ràbia. En serien un exemple paraules com “problema”, “peleas”, “mal”, “castigo”, la qual cosa podria reflectir una dificultat major per a gestionar i expressar adequadament aquesta emoció en concret. Per a futures investigacions seria interessant una comprensió més profunda dels motius pels quals la ràbia és tan prevalent en aquest grup de

pacients. A l'*Annex 6* es poden visualitzar algunes mostres dels textos quant aquestes categories, tal com s'ha especificat a *Resultats*.

Per altra banda, la nostra recerca no ha obtingut resultats similars als anteriors estudis en referència a l'expressió d'emocions positives, evidenciant l'absència de diferències destacables entre els dos grups en aquest aspecte. En aquest sentit, podria ser que, encara que les emocions negatives disposin d'una prevalença més elevada i, possiblement, siguin més difícils de manejar per a les persones afectades de TCA, la capacitat per a experimentar i expressar emocions positives no es vegi tan afectada en general. Per veure extractes de textos relacionades amb aquestes categories, *Annex 7*.

Pel que fa als continguts relacionats amb el **suport social**, Arcelus et al (2023) postulaven una sèrie de dificultats que presentaven les persones amb TCA en l'àmbit social com per exemple, menys satisfacció en les interaccions socials i un menor interès en participar en elles (Tchanturia et al, 2012, citat a Christensen i Haynos, 2020). Així, les recerques enfocades en establir les possibles comparacions quant a la percepció del suport social, com les de Cuteri et al (2021) i Feldhege et al (2021), establien una menor presència d'esments a allò social i a les relacions externes en les participants amb un TCA. Tenint en consideració tot això, la nostra hipòtesi contemplava que els textos de les subjectes amb aquesta patologia manifestarien menys referències entorn a la interacció social i el suport social. Tanmateix, no hem trobat diferències significatives en aquesta variable entre ambdós grups de participants, fent palesa una dissemblança amb els estudis anteriorment exposats. A l'*Annex 8*, s'exemplifiquen alguns textos que contenen paraules de les categories de suport social.

Altrament, en relació als **continguts temàtics**, observàvem com diferents estudis identificaven les temàtiques més abordades en els textos de la població afectada per TCA, sent aquestes el cos, la salut mental i l'alimentació (Feldhege et al, 2021). En la investigació, s'esperava una major freqüència de paraules relacionades amb tals temàtiques en relació al grup experimental. Els resultats així ho evidencien, confirmant en gran mesura la hipòtesi. En aquest sentit, en l'estudi s'adverteixen més mencions per part del grup amb TCA al cos i a la salut. A mode d'exemple, paraules com "manos", "clavícula", "peso" s'inclouen dins de la categoria cos i d'altres com "hospital", "càncer", "anorèxia", "operación" en la de salut. Per veure exemples de textos en aquestes categories, *Annex 9*. Convé destacar que en la categoria *Cuerpo*, sorgeix la dificultat de discernir adequadament la connotació precisa d'aquelles paraules en relació al cos, atès a què el programa les detecta de manera aïllada, sense considerar necessàriament el context més ampli en les quals s'usen. Malgrat tot, que existeixin diferències significatives en aquestes categoria planteja la possibilitat que les pacients es focalitzin més en les parts específiques del cos, així com de la salut, encara que la naturalesa de la focalització en el primer cas, ja sigui per insatisfacció corporal o altres processos psicològics, requereixi d'un anàlisi més detallat per esbrinar-se.

Per altra banda, la major presència de paraules en la categoria *Muerte* per part del grup experimental, malgrat no es plantegés en cap de les hipòtesis, mostra una línia de reflexió interessant sobre les tendències lingüístiques d'aquest grup en particular. Així, conèixer amb més detall aquesta temàtica en futurs estudis, podria aportar dades significatives i revelar, possiblement, si es tracta d'un pensament recurrent en aquest grup.

Com bé es plantejava a l'apartat de *Resultats*, malgrat en les hipòtesis no es contempla el desglossament específic de les consignes Passat i Present, és a dir, de cada text per separat, es

decideix optar per l'anàlisi d'aquestes troballes. Pel que fa a la **consigna del passat**, els resultats són molt similars als de la globalitat del text, així, es troben diferències significatives en les categories *EmoNeg*, *Enfado* i *Triste*, així com amb *Cuerpo* i *Muerte*. Ens centrarem en particular en la **consigna del Present**, donada la seva aportació i rellevància pel treball. La consigna en qüestió sol·licitava a les participants descriure una experiència del present que valoressin positivament o negativament. En aquest sentit, la instrucció cerca aquelles experiències i percepcions immediates en relació al moment actual i situació en la qual es troben les participants. Així, en el context específic d'ingrés en la clínica, la consigna adquireix una significació particularment rellevant. Com bé s'ha esmentat anteriorment, les usuàries es troben en un context extraordinari i fora del seu àmbit habitual. A part, l'entorn hospitalari, el qual sotmet a les pacients a un tractament intensiu i supervisat, podria aguditzar i esbiaixar les experiències i percepcions de cadascuna d'elles.

Atès a això, els resultats obtinguts a partir de la consigna adquireixen sentit. En primer lloc, referent al domini de l'**expressió emocional**, encara que no es trobessin diferències significatives en la quantitat de paraules relacionades amb emocions positives entre els grups, en aquesta situació s'observen menys referències per part de les pacients en la categoria *Placer*, la qual inclou paraules com "fiesta", "viajes", "descanso" (*Annex 7*). Considerant, doncs, el context descrit, és probable que les pròpies restriccions imposades pel tractament i l'esmentada monitorització de l'entorn redueixi l'oportunitat per a experimentar sensacions gratificants i, en conseqüència, limiti l'expressió d'emocions positives.

Seguidament, en referència al **suport social**, en la qual no s'havien advertit diferències significatives entre els grups, en aquest cas es presenta diferent. Al analitzar el text centrat en la vivència actual, s'observen menys paraules per part del grup amb TCA en la categoria *Amigos*, la qual inclou paraules com "amigo", "amiga", "compañera". Tot i que les pacients en la clínica conviuen amb d'altres companyes i poden arribar a establir una relació de suport mutu, és probable que aquestes interaccions no es percebin de la mateixa manera que les relacions socials fora del context hospitalari i, en conseqüència, no quedin reflectides en els seus escrits. Alhora, podria ser que tampoc sentin un suport social de les interaccions que queden fora del context hospitalari. Com argumentaven Stern i col·laboradors (2023), la percepció subjectiva del suport social esdevé un aspecte clau en el maneig dels TCA, i és per això que resulta rellevant atendre a aquesta qüestió durant el transcurs del tractament. Altrament, el fet que no s'hagin trobat diferències en la categoria *Familia* pren sentit en relació a la pràctica assistencial que adopta la clínica on estan ingressades les pacients, donat que aquesta es basa en un enfoc sistemàtic-relacional i, per tant, incorpora a la família com a un factor primordial dins del tractament.

Finalment, respecte a les **temàtiques** dels textos, la categoria *Salud* va obtenir una diferència molt significativa, tal com s'exposa a *Resultats*, sent el grup experimental qui feia més ús de les paraules relacionades amb aquesta categoria. Per veure exemples d'alguns textos del grup amb TCA en referència a la categoria *Salud*, *Annex 9*. Seguint en la línia de les anteriors troballes respecte a la consigna present, les freqüents mencions a la salut per part de les participants amb TCA suggereixen que les condicions d'ingrés i l'entorn hospitalari generen un impacte significatiu en les seves preocupacions i, per tant, reforcen la presència d'aquesta temàtica en el seu llenguatge escrit.

En conjunt, aquests darrers resultats demostren la rellevància de considerar el context i les circumstàncies específiques, les quals, com s'ha advertit, poden afectar d'alguna manera a les experiències emocionals de les participants en qüestió.

El **segon objectiu** de la investigació pretén explorar la relació entre els nivells de la soledat percebuda i les expressions emocionals negatives, així com els continguts en relació al cos, la salut i l'alimentació.

Abans, però, convé destacar el resultat trobat quant a les **puntuacions del UCLA Loneliness Scale entre els dos grups** que, malgrat no es trobi dins de cap dels objectius, aporta informació rellevant a tenir en consideració. Així, tal com es planteja a *Resultats*, després d'examinar els nivells de soledat percebuda entre ambdós grups d'estudi, es revela una discrepància significativa, sent el grup amb TCA qui reporta nivells notablement més elevats de soledat percebuda en comparació amb el grup control, com ho indica l'anàlisi de l'escala en qüestió. D'aquesta manera, es corrobora el que Harney et al (2014) descrivien sobre una major experiència de soledat en un grup de TCA en comparació amb un grup control.

La inclusió d'aquest resultat no contemplat en els objectius i/o hipòtesis originals és crucial, donat que destaca una dimensió rellevant però subestimada en la relació entre els TCA i l'experiència subjectiva de soledat. En aquest sentit, malgrat inicialment no es va considerar com a punt focal d'anàlisi, l'evidència de què els individus amb TCA del nostre estudi perceben nivells més alts de soledat, promou l'exploració exhaustiva d'aquesta relació en futures investigacions.

Recordem que, tal com estipulava Levine (2012) en l'article de Makri et al (2022), la manera en la qual es perceben les relacions socials exerceix un paper rellevant en la soledat (Levine, 2012, citat a Makri et al, 2022). En aquest sentit, intuïem que les pacients podien percebre un menor suport social donat a què empraven menys paraules relacionades amb *Amigos*. Així, si la soledat es complementa amb el suport social, tal com especifiquen Makri et al (2022), té sentit que els resultats del test UCLA-LS corroborin la impressió inicial observada en els escrits, i es conclogui que les pacients puguin sentir-se més soles. Ara bé, podria ser que la pròpia patologia, tal com diuen Kim et al (2023), sigui la que predisposi a les afectades a distanciar-se intencionalment de les seves relacions socials i, per tant, percebin un menor suport social i, en conseqüència, se sentin més soles? O és realment així i aquesta percepció de soledat es veu agreujada pel context d'ingrés? Aquestes preguntes plantegen nombroses qüestions a tenir en compte, les quals es desenvoluparan a les limitacions del treball. Alhora, permeten obrir noves vies a futures investigacions per tal de comprendre com el suport social i la soledat afecten en aquesta població.

Per altra banda, és fonamental destacar les implicacions socials i culturals que aquest resultat comporta. Així, com afirmava De la Mata (2021), la socialització diferenciada entre homes i dones incentiva el neguit interioritzat d'aquestes últimes respecte a la perspectiva d'estar soles, i a aquesta construcció social de gènere de què han de viure per a la resta. La soledat, per tant, no constitueix únicament un fenomen individual, sinó que també està influenciada per les normes socials i de gènere profundament arrelades, tal com estipulaven Carlos, Navarro i Sánchez (2020). És per això, que la soledat es tracta d'un tema altament complex que no només pot entendre's des d'un prisma estrictament patològic, sinó que apunta cap a la construcció polièdrica de la personalitat i elements estructurals socialment i culturalment parlant.

En relació amb la **soledat** i l'**afectació emocional negativa**, alguns autors com Makri et al (2022), postulaven que la soledat percebuda correlacionava positivament amb simptomatologia depressiva. Així, en la hipòtesi de l'**objectiu 2** esperàvem observar la mateixa relació entre ambdues variables, no obstant, utilitzant una eina diferent per a mesurar la simptomatologia de caire depressiu, sent aquesta l'ús de paraules associades a emocions negatives en els textos escrits. La correlació positiva observada en el nostre estudi entre les puntuacions del nivell de soledat percebuda amb les categories *EmoNeg* i *Enfado* concorda amb el què els autors d'altres investigacions han evidenciat.

Aquestes troballes suggereixen que les participants que se senten més soles, en aquest cas, les pacients que pateixen un TCA, tendeixen a expressar més emocions negatives en els seus textos. Davant d'això, podria ser que el fet de sentir-se sola tingui un impacte en com s'expressen les emocions? En aquest sentit, Cacioppo et al (2010) postulaven que la soledat podia promoure un augment de simptomatologia depressiva. D'aquesta manera, el no percebre un suport social adequat i, en conseqüència, sentir-se sola, podria irrompre en la regulació de les emocions i l'afrontament de situacions adverses, tot augmentant la freqüència i la intensitat de les emocions negatives. En definitiva, l'expressió d'emocions negatives podria ser una resposta emocional a la percepció de soledat, sorgint com a reacció a la manca de connexions interpersonals significatives.

Finalment, Portingale et al (2023) explicaven que la **insatisfacció corporal** jugava un paper en la **percepció de soledat**, aquesta última agilitzant la percepció negativa del cos. En aquesta línia, la nostra hipòtesi conformava que nivells elevats de soledat percebuda correlacionarien positivament amb les paraules emprades en els textos relacionades amb el cos, la salut i l'alimentació, entenent que la insatisfacció corporal podria amplificar l'èmfasi en aquests temes en l'expressió escrita. Malgrat només es van trobar correlacions positives entre els nivells de soledat percebuda i la categoria *Cuerpo*, i com anteriorment hem exposat, es fa difícil entendre la connotació d'aquestes paraules, els resultats aporten informació rellevant. En una investigació prèvia de Mills, Fuller-Tyszkiewicz i Holmes (2014), suggerien que les dones menys satisfetes amb la seva aparença física participaven en menys oportunitats socials (Barnett et al, 2020). És probable, per tant, que la percepció negativa del cos influenciï a una conducta d'evitació en la participació social, la qual, tal com postulaven alguns autors com Feldhege et al (2021), és característica en els TCA. Així doncs, si les interaccions socials minven, s'afavoreix la reclusió, augmentant, així, la possible sensació de soledat.

Altrament, es va trobar que una major soledat percebuda tenia una correlació positiva molt significativa amb la categoria *Muerte*. Davant d'això, es plantegen diferents raonaments: Quins serien els processos psicològics que podrien explicar per què les persones que se senten més soles tendeixen a reflexionar més sobre la mort? És presumible que, com bé s'ha mencionat anteriorment, el discurs emocional carregat de negativitat de les pacients, pugui abocar a la contemplació de la mort. Per a futurs estudis, seria interessant explorar si la interconnexió entre la soledat i la mort repercuteix en la salut mental i en aspectes del benestar de les persones afectades per TCA.

De la mateixa manera que en l'objectiu 1, en l'**objectiu 2** es va dur a terme la divisió per consignes **Passat i Present**, obtenint resultats significatius pel que respecte a la darrera consigna. Tal com especificàvem, la descripció de la vivència actual, la qual refereix

directament al context d'ingrés de les pacients, revela, de nou, una informació valuosa sobre l'impacte de l'entorn en les emocions i experiències de les pacients.

En la mateixa línia que els resultats anteriors, s'observa una correlació positiva entre els nivells de soledat percebuda i les categories referents a les emocions negatives com *EmoNeg*, *Enfado* i *Triste*. Altrament, com bé s'ha mencionat a *Resultats*, la relació tant significativa entre la categoria *Salud* amb la soledat percebuda, planteja algunes reflexions al respecte. En aquest sentit, és plausible que la soledat percebuda en aquestes pacients estigui relacionada amb una sensació de vulnerabilitat i falta de suport emocional, generant una intensificació de les preocupacions sobre la seva salut. Així, podria ser que sentir-se sola focalitzi els seus pensaments i escrits en termes relacionats amb la salut com una manera de manejar i evitar la sensació de malestar produïda per la pròpia soledat?

Per altra banda, malgrat no s'inclogués dins de les hipòtesis, es va observar que els nivells de soledat percebuda correlacionaven negativament, i amb una significació molt considerable, amb la categoria *Placer*. És a dir, a més sensació de soledat, menys expressió de paraules relacionades amb emocions positives. En la mateixa línia del que anteriorment ens preguntàvem respecte a si la percepció de soledat influenciava en l'expressió de les emocions quan parlàvem de les emocions negatives, en aquest cas es pot veure el mateix però a la inversa. Així, es posa de manifest que aquesta experiència psicològica, la soledat, exerceix una influència profunda en l'estat emocional general de les pacients.

Tal com exposaven McNamara et al (2022), la soledat segueix sent un camp d'estudi poc explorat. Així doncs, incorporar-la com una part integral dels TCA esdevé una proposta per a tenir en compte de cara a les intervencions psicològiques, abordant-la des d'una visió multifacètica i tenint en compte els factors emocionals, socials, culturals i de gènere, així com els psicològics que hi poden influir.

Finalment, com tot estudi, aquest treball també presenta **algunes limitacions** que s'han de tenir en consideració a l'hora de fer una interpretació completa i precisa. En primer lloc, una limitació consisteix en la incertesa quant a la interpretació dels resultats obtinguts, donat que es planteja la dificultat de determinar si són el propi trastorn, la presència de trastorns comòrbids, o bé el context hospitalari de les pacients els factors que influeixen significativament en l'expressió de les emocions i les percepcions de les participants.

Per tal d'abordar aquesta limitació, considerar l'ingrés com a una variable diferenciada per a emprar en futurs estudis, aportaria més respostes a aquesta ambivalència. A tall d'exemple, es podria afegir un altre grup comparatiu que inclogués un grup de pacients amb TCA en una altra modalitat de tractament, tals com hospital de dia o atenció ambulatoria, els quals no alteren la quotidianitat de l'individu. Aquesta aplicació, facilitaria discernir amb més precisió el rol que adquireix l'entorn de tractament.

Altrament, una limitació més d'aquest estudi pilot és la seva naturalesa transversal, la qual impedeix obtenir el desenvolupament temporal dels processos i dinàmiques emocionals, socials i psicològiques entre les pacients amb TCA. Així, les dades obtingudes en un únic moment temporal limiten la seva aplicabilitat a altres moments o contextos. La recopilació de textos i l'aplicació de l'Escala UCLA-LS en múltiples ocasions, permetria observar la possible variació de les percepcions en funció de l'evolució del tractament i l'estat psicològic de les pacients.

Seguint en aquesta línia, la quantitat i extensió dels textos recopilats es presenta, també, com a una limitació. Així, una grandària en l'extensió dels textos oferiria una visió més clara i detallada de les experiències emocionals, socials i psicològiques de les pacients. Alhora, una mostra més gran, la qual permetés precisament l'obtenció de més dades, contribuiria a una major robustesa i comprensió de l'estudi.

Finalment, una última limitació resideix en la consideració de la comorbiditat de trastorns que podrien coexistir en les pacients amb TCA. Com bé s'ha vist, en la nostra mostra, les participants del grup experimental presentaven altres patologies que no han sigut considerades en l'estudi i que podrien influir en les expressions emocionals i percepcions d'aquesta població. En futurs estudis, seria rellevant tenir en compte aquesta variabilitat de diagnòstics per tal d'avaluar amb més precisió la seva influència en els resultats observats.

7. Conclusions

Al llarg d'aquest treball hem tractat de copsar resultats significatius, fent servir l'escriptura expressiva, a través d'un Software específic, el LIWC, havent-ho implementat, tot plegat, per analitzar la manera mitjançant la qual una població amb TCA expressa els seus continguts emocionals, socials i preocupacions entorn al cos, la salut i l'alimentació. A través de l'anàlisi comparatiu entre el grup control i el grup experimental, s'ha trobat diferències significatives quant a les emocions negatives i en les temàtiques del cos, la salut i l'alimentació, mentre que per les emocions positives i el suport social no ha sigut així. Per altra banda, mitjançant el UCLA Loneliness Scale, s'han pogut esbrina els nivells de soledat percebuda i relacionar-los amb les emocions negatives i les temàtiques quant al cos, la salut i l'alimentació. Així, s'ha trobat una correlació positiva entre els nivells de soledat percebuda amb les emocions negatives, així com en les temàtiques del cos, concretament.

Els resultats d'aquest estudi pilot suggereixen, malgrat les seves limitacions, una informació valuosa tant per matissar algunes de les referències teòriques en les quals es basa com per bastir les bases per un treball més ampli a través del qual poder comparar la població analitzada de TCA amb: una mostra amb TCA no hospitalitzades; una mostra més gran, o bé tenir en compte els possible trastorns comòrbids que puguin estar presents.

Així, es treball ha servit de base per una futura exploració més detallada del TCA, així com per el disseny de tractaments terapèutics més eficaços que tinguin en compte aquests resultats.

8. Referències bibliogràfiques

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C., Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: a systematic review and testable model. *Clinical Psychology Review*, 33(1). 156–67. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.009>
- Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>
- Barnett, M. D., Moore, J. M., & Edzards, S. M. (2020). Body image satisfaction and loneliness among young adult and older adult age cohorts. *Archives of gerontology and geriatrics*, 89, 104088. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104088>
- Bellapigna, C., & Kalibatseva, Z. (2023). Psychosocial risk factors associated with social anxiety, depressive and disordered eating symptoms during COVID-19. *AIMS Public Health*, 10(1), 18. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2023003>
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, 25(2), 453–463. <https://doi.org/10.1037/a0017216>
- Carlos, M., Navarro, M. D. R., & Sánchez, A. R. (2020). Cosas del Amor. Sola, desolada, vulnerable o sacrificada. Imaginarios de género que obstaculizan el ejercicio de autonomía en mujeres académicas. *Nóesis. Revista de ciencias sociales*, 29(57), 115-137. <https://doi.org/10.20983/noesis.2020.1.6>
- Carvajal, J. C., Palacio, L. Y., López, E. J., & Medrano, C. M. (2022). Estilos lingüísticos de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en Colombia. En I. E. Alejo-Castañeda & M. F. Cobo-Charry (Eds.) (2022), *Investigación en psicología: aplicaciones e intervenciones II*, 75-94. <https://doi.org/10.14718/9786287554320.2022>.
- Castejón, M. Á., & Berengüí, R. (2020). Diferencias de personalidad y en variables psicológicas relacionadas con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. *Anales de Psicología*, 36(1), 64-73. <https://doi.org/10.6018/analesps.361951>
- Christensen, K. A., & Haynos, A. F. (2020). A theoretical review of interpersonal emotion regulation in eating disorders: enhancing knowledge by bridging interpersonal and affective dysfunction. *Journal of eating disorders*, 8(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00298-0>

- Civilotti, C., Franceschinis, M., Gandino, G., Veglia, F., Anselmetti, S., Bertelli, S., D'Agostino, A., Redaelli, C. A., del Giudice, R., Giampaolo, R., Fernández, I., Finzi, S., Celeghin, A., Donarelli, E., & Di Fini, G. (2022). State of Mind Assessment in Relation to Adult Attachment and Text Analysis of Adult Attachment Interviews in a Sample of Patients with Anorexia Nervosa. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 12(12), 1760-1779. <https://doi.org/10.3390/ejihpe12120124>
- Constaín, G., Ricardo, C., Rodríguez, M. A., Álvarez, M., Marín, C., & Agudelo, C. (2014). Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Atención primaria*, 46(6), 283-289. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.009>
- Coppersmith, G.; Dredze, M.; Harman, C.; Hollingshead, K. (2015). From ADHD to SAD: Analyzing the language of mental health on Twitter through self-reported diagnoses. *Proceedings of the 2nd Workshop on Computational Linguistics and Clinical Psychology: From Linguistic Signal to Clinical Reality*, 1–10.
- Córdoba, N. (2020). *Análisis lingüístico comparativo de narrativas autobiográficas entre pacientes con depresión y trastorno obsesivo compulsivo* [Tesis Doctoral, Universitat Ramon Llull]. <http://hdl.handle.net/10803/668271>
- Coronel, M. J., & Sardina, R. (2023). *Neurobiología compartida en sintomatología impulsiva y desregulación emocional en TLP y TCA: una revisión sistemática*. [Tesis Profesional, Universidad Panamericana]. <https://hdl.handle.net/20.500.12552/7397>
- Cuteri, V., Minori, G., Gagliardi, G., Tamburini, F., Malaspina, E., Gualandi, P., Rossi, F., Moscano, M., Francia, V., & Parmeggiani, A. (2021). Linguistic feature of anorexia nervosa: a prospective case-control pilot study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27, 1367-1375. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01273-7>
- Davies, H., Swan, N., Schmidt, U., & Tchanturia, K. (2012). An experimental investigation of verbal expression of emotion in anorexia and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(6), 476-483. <https://doi.org/10.1002/erv.1157>
- De la Mata, C., & Hernández, J. (2021). Lo femenino y la vivencia de la soledad. La vejez como una etapa de fortaleza. *Cuadernos de trabajo social*, 34(1), 199-209. <https://doi.org/10.5209/cuts.68544>
- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. (2023). *Pla de millora per a l'atenció a les persones amb trastorns de la conducta alimentària*. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/10894/pla_millora_atencio_persones_trastorns_conducta_alimentaria_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Donati, M., Strapparava, C. (2022). CorEDS: A Corpus on Eating Disorders. *Proceedings of the RaPID-4*. 80-85.
- Drakes, D. H., Fawcett, E. J., Rose, J. P., Carter-Major, J. C., & Fawcett, J. M. (2021). Comorbid obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders: an epidemiological meta-

analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 141, 176-191.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.06.035>

East, P., Startup, H., Roberts, C., & Schmidt, U. (2010). Expressive writing and eating disorder features: A preliminary trial in a student sample of the impact of three writing tasks on eating disorder symptoms and associated cognitive, affective and interpersonal factors. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 18(3), 180-196. <https://doi.org/10.1002/erv.978>

Feldhege, J., Moessner, M., Wolf, M., & Bauer, S. (2021). Changes in language style and topics in an online eating disorder community at the beginning of the COVID-19 pandemic: observational study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(7), e28346. <https://doi.org/10.2196/28346>

Forrest, L. N., Sarfan, L. D., Ortiz, S. N., Brown, T. A., & Smith, A. R. (2019). Bridging eating disorder symptoms and trait anxiety in patients with eating disorders: A network approach. *International Journal of Eating Disorders*, 52(6), 701-711. <https://doi.org/10.1002/eat.23070>

Gao, X. (2022). Research on expressive writing in psychology: A forty-year bibliometric analysis and visualization of current status and research trends. *Frontiers in Psychology*, 13, 825626. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.825626>

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>

Górski, M., Całyniuk, B., Garbicz, J., Buczkowska, M., Siudmak, K., Górka, K., & Polaniak, R. (2022). Specific eating disorders--selected aspects of pathogenesis and risk factors. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna (Journal of Psychiatry & Clinical Psychology)*, 22(1), 45-54. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2022.0006>

Harney, M. B., Fitzsimmons-Craft, E. E., Maldonado, C. R., & Bardone-Cone, A. M. (2014). Negative affective experiences in relation to stages of eating disorder recovery. *Eating behaviors*, 15(1), 24-30. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.016>

Henderson, Z. B., Fox, J. R., Trayner, P., & Wittkowski, A. (2019). Emotional development in eating disorders: A qualitative metasynthesis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(4), 440-457. <https://doi.org/10.1002/cpp.2365>

Hernández, O. (2021). Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Revista cubana de medicina general integral*, 37(3).

Hewlings, S. J. (2023). Eating Disorders and Dietary Supplements: A Review of the Science. *Nutrients*, 15(9), 2076. <https://doi.org/10.3390/nu15092076>

Ironson, G., Bira, L., Hylton, E. (2020). Positive and negative emotional expression measured from a singles written essay about trauma predicts survival 17 years later in people living with HIV. *Journal of Psychosomatic Research*, 136, 110166. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110166>

- Kim, S., Smith, K., Udo, T., & Mason, T. (2023). Social support across eating disorder diagnostic groups: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III (NESARC-III). *Eating Behaviors*, 48, 101699. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2022.101699>
- Lanza, G., Fernández, H., & Fiorini, H. (2010). *La escritura como herramienta en la psicoterapia*. Psimática.
- Leppanen, J., Brown, D., McLinden, H., Williams, S., & Tchanturia, K. (2022). The role of emotion regulation in eating disorders: a network meta-analysis approach. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 793094. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.793094>
- Makri, E., Michopoulos, I., & Gonidakis, F. (2022). Investigation of loneliness and social support in patients with eating disorders: A case-control study. *Psychiatry International*, 3(2), 142-157. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint3020012>
- Matthews, T., Danese, A., Caspi, A., Fisher, H. L., Goldman, S., Kopa, A., Moffitt, T. E., Odgers, C., & Arseneault, L. (2019). Lonely young adults in modern Britain: findings from an epidemiological cohort study. *Psychological medicine*, 49(2), 268-277. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000788>
- McNamara, N., Wakefield, J. R., Cruwys, T., Potter, A., Jones, B. A., & McDevitt, S. (2022). The link between family identification, loneliness, and symptom severity in people with eating disorders. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 32(5), 949-962. <https://doi.org/10.1002/casp.2606>
- Miguel, L. (2023). *Riesgo de TCA y su asociación con la autoestima en estudiantes de Enfermería y Fisioterapia*. [Trabajo de Final de Grado, Universidad de Salamanca]. <https://gedos.usal.es/handle/10366/152706>
- Mooney, P., Espie, C. A., & Broomfield, N. M. (2009). An experimental assessment of a Pennebaker writing intervention in primary insomnia. *Behavioral sleep medicine*, 7(2), 99-105. <https://doi.org/10.1080/15402000902762386>
- Mora, F., Alvarez, M. A., Fernandez, S., Ortega, M. A., Felix, M. P., Morales, I., Rodriguez, A., Alvarez, M., & Quintero, J. (2022). Psychosocial Factors in Adolescence and Risk of Development of Eating Disorders. *Nutrients*, 14(7), 1481. <https://doi.org/10.3390/nu14071481>
- Moreno, F. J., Benítez, N., Pinto, B., Ramallo, Y., & Díaz, C. (2019). Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en España: necesidad de revisión. *Revista española de nutrición humana y dietética*, 23(1), 130-131.
- Murray, M., Martín, Á., Pestano, S., & Ramallo, Y. (2024). Influencia de la pandemia por COVID-19 en la incidencia de trastornos de la conducta alimentaria. *Anales de Pediatría*. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.04.013>
- Ojeda, Á., Lopez, M. P., Jauregui, I., Herrero, G. (2021). Use of social networks and risk of suffering from TCA in young people. *Journal of Negative and No positive Results*, 6(10), 1289-1307. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.4322>

- Papini, N. M., Jung, M., Cook, A., López, N. V., Ptomey, L. T., Herrmann, S. D., & Kang, M. (2022). Psychometric properties of the 26-item eating attitudes test (EAT-26): an application of rasch analysis. *Journal of eating disorders*, 10(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00580-3>
- Pennebaker, J. W., & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(3), 274-281. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.95.3.274>
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological science*, 8(3), 162-166. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00403.x>
- Pennebaker, J. W., Francis, M. E., & Booth, R. J. (2001). *Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC): LIWC 2001 manual*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Pennebaker, J.W., Boyd, R.L., Jordan, K., & Blackburn, K. (2015). *The development and psychometric properties of LIWC2015*. [Manual, University of Texas at Austin]. <http://hdl.handle.net/2152/31333>
- Pennebaker, J. (2022). *Introducing LIWC-22. A new set of text analysis tools at your fingertips*. LIWC. <https://www.liwc.app/>
- Portingale, J., Eddy, S., Fuller-Tyszkiewicz, M., Liu, S., Giles, S., & Krug, I. (2023). Tonight, I'm disordered eating: The effects of food delivery app use, loneliness, and mood on daily body dissatisfaction and disordered eating urges. *Appetite*, 180, 106310. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106310>
- Pritchard, M. E., & Yalch, K. L. (2009). Relationships among loneliness, interpersonal dependency, and disordered eating in young adults. *Personality and Individual Differences*, 46(3), 341-346. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.10.027>
- Racine, S., Horvath, S. (2020). Emotion Dysregulation and Eating Disorders. En Beauchaine, T., & Crowell, S (Ed.), *The Oxford Handbook of Emotion Dysregulation* (327-344). Oxford University Press
- Ramírez, N., Pennebaker, J. W., García, F. A., & Suriá, R. (2007). La psicología del uso de las palabras: Un programa de computadora que analiza textos en español. *Revista mexicana de psicología*, 24(1), 85-99.
- Ramsey-Wade, C., Williamson, H., & Meyrick, J. (2020). Therapeutic Writing for Disordered Eating: A Systematic Review. *Journal of Creativity in Mental Health*, 16(1), 59-76. <https://doi.org/10.1080/15401383.2020.1760988>
- Richardson, T., Elliott, P., & Roberts, K. (2017). The relationship between loneliness and mental health in students. *Journal of Public Mental Health*, 16, 48-54. <https://doi.org/10.1108/JPMH-03-2016-0013>
- Rijkers, C., Schoorl, M., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2019). Eating disorders and posttraumatic stress disorder. *Current opinion in psychiatry*, 32(6), 510-517. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000545>

- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20-40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472–480. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>
- Sabih, F., Jameel, M., Hassan, A., Mushtaq, A., & Shamama-tus-Sabah, S. (2021). An empirical exploration of social media burnout loneliness and body dissatisfaction among University students in Pakistan. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 22(4).
- Southward, M. W., Christensen, K. A., Fettich, K. C., Weissman, J., Berona, J., & Chen, E. Y. (2014). Loneliness mediates the relationship between emotion dysregulation and bulimia nervosa/binge eating disorder psychopathology in a clinical sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 19, 509-513. <https://doi.org/10.1007/s40519-013-0083-2>
- Spruit, M., Verkleij, S., de Schepper, K., & Scheepers, F. (2022). Exploring language markers of mental health in psychiatric stories. *Applied Sciences*, 12(4), 2179. <https://doi.org/10.3390/app12042179>
- Stern, M., Rubino, L., Desjardins, C., & Stice, E. (2023). Prospective reciprocal relations between social support and eating disorder symptoms. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*, 132(8), 1043. <https://doi.org/10.1037/abn0000861>
- Stewart, W. (2004). The role of perceived loneliness and isolation in the relapse from recovery in patients with anorexia and bulimia nervosa. *Clinical Social Work Journal*, 32, 185-196. <https://doi.org/10.1023/B:CSOW.0000024327.55424.a9>
- Tone, J., Chelius, B., & Miller, Y. D. (2022). The effectiveness of a feminist-informed, individualised counselling intervention for the treatment of eating disorders: a case series study. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00592-z>
- Vázquez, A.J., & Jiménez, R. (1994). Ruls: Escala de soledad UCLA revisada. Fiabilidad y validez de una versión española. *Revista de Psicología de la Salud*, 6(1), 45-54
- Weissman, R. S. (2019). The role of sociocultural factors in the etiology of eating disorders. *Psychiatric Clinics*, 42(1), 121-144. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.009>
- Wolf, M., Sedway, J., Bulik, C. M., & Kordy, H. (2007). Linguistic analyses of natural written language: Unobtrusive assessment of cognitive style in eating disorders. *International Journal of eating disorders*, 40(8), 711-717. <https://doi.org/10.1002/eat.20445>

9. Annexes

Annex 1: Criteris de diagnòstic per l'AN, BN i Trastorn per Afartament

Tal com menciona el DSM-V (APA, 2014), els diferents criteris de diagnòstic per l'AN, la BN i el trastorn per afartament serien els següents:

Anorèxia Nerviosa

- A. Restricció de la ingesta energètica en relació amb les necessitats, que condueix a un pes corporal significativament baix en relació amb l'edat, el sexe, el curs i del desenvolupament i la salut física. *Pes significativament baix* es defineix com un pes que és inferior al mínim normal o, en nens i adolescents, inferior al mínim esperat.
- B. Por intensa a guanyar pes o a engreixar, o comportament persistent que interfereix en l'augment de pes, inclús com un pes significativament baix.
- C. Alteració en la forma en què un mateix percep el seu propi pes o constitució, influència impròpia del pes o la constitució corporal en l'autoavaluació, o falta persistent de reconeixement de la gravetat del baix pes corporal actual.

Bulímia nerviosa

- A. Episodis recurrents d'afartament. Un episodi d'afartament es caracteritza pels dos fets següents:
 - 1. Ingestió, en un període determinat (p. ex., dins d'un període qualsevol de dues hores), d'una quantitat d'aliments que és clarament superior al que la majoria de les persones ingeririen en un període similar en circumstàncies semblants.
 - 2. Sensació de falta de control sobre al que s'ingereix durant l'episodi (p. ex., sensació de què no es pot deixar de menjar o controlar el que s'ingereix o la quantitat del que s'ingereix).
- B. Comportaments compensatoris inapropiats recurrents per a evitar l'augment de pes com el vòmit autoprovocat, l'ús incorrecte de laxants, diürètics i altres medicaments, el dejú o l'exercici excessiu.
- C. Els afartaments i els comportaments compensatoris inapropiats es produeixen, de mitjana, almenys una vegada a la setmana durant tres mesos.
- D. L'autoavaluació es veu indegudament influïda per la constitució i el pes corporal.
- E. L'alteració no es produeix exclusivament durant els episodis d'anorèxia nerviosa.

Trastorn per afartament

- A. Episodis recurrents d'afartament. Un episodi d'afartament es caracteritza pels dos fets següents:

1. Ingestió, en un període determinat (p. ex., dins d'un període qualsevol de dues hores), d'una quantitat d'aliments que és clarament superior al que la majoria de les persones ingeririen en un període similar en circumstàncies semblants.
2. Sensació de falta de control sobre al que s'ingereix durant l'episodi (p. ex., sensació de què no es pot deixar de menjar o controlar el que s'ingereix o la quantitat del que s'ingereix).

B. Els episodis d'afartament s'associen a tres (o més) dels fets següents:

1. Menjar molt més ràpidament del normal.
2. Menjar fins sentir-se desagradablement ple.
3. Menjar grans quantitats d'aliments quan no se sent gana físicament.
4. Menjar solament degut a la vergonya que se senti per la quantitat que s'ingereix.
5. Sentir-se després a disgust amb un mateix, deprimit o avergonyit.

C. Malestar intens respecte als afartaments.

D. Els afartaments es produeixen, de promig, almenys una vegada a la setmana durant tres mesos.

E. L'afartament no s'associa a la presència recurrent d'un comportament compensatori inapropiat com en la bulímia nerviosa i no es produeix exclusivament en el curs de la bulímia nerviosa o l'anorèxia nerviosa.

Annex 2: Dimensions, categories i exemples de la versió espanyola del LIWC (Ramírez et al, 2007).

Taula 1

Dimensions, categories i exemples de la versió espanyola del LIWC (Ramírez et al, 2007).

Dimensions	Categories	Abreviatura	Exemple
Lingüística			
	Conteo de palabras	CP	
	Palabra por oración	PPO	
	Oraciones que terminan en ?	QMark	
	% palabras > seis letras	Sixltr	
	% palabras capturadas	Dic	
	Total de pronombres	TotPron	yo, nosotros, tú
	Pronombres Personales	PronPren	se, me, les, mi
	Primera persona del singular	Yo	yo, mi, mío
	Primera persona del plural	Nosotros	nosotros, nuestros
	Segunda persona del singular	TuUtd	tú, ustedes
	Segunda persona del plural	VosUsts	vosotros, vuestros
	Tercera persona del singular	EIElla	ella, él, la, lo
	Tercera personal del plural	Ellos	ellos, los
	Negaciones	Negacio	no, nunca, ninguna, ni

	Afirmaciones	Asentir	sí, claro
	Artículo	Artículo	las, los
	Verbos	Verbos	ser, estar, traer
	Adverbios	Adverb	como, ya, antes
	Preposiciones	Prepos	a, ante, bajo
	Conjunciones	Conjunc	y, e, ni, o, u,
	Números	Números	uno, dos, tres
Procesos psicológicos			
	Procesos Afectivos	Afectiu	feliz, feo, amargo
	Emociones Positivas	EmoPos	cómodo, gustar, tranquilo
	Placer	Placer	alegre, divertido
	Emociones Negativas	EmoNeg	mal, odio, inseguridad
	Ansiedad o miedo	Ansiedad	miedo, nervioso, tenso
	Enfado	Enfado	mentira, odio, enojo
	Tristeza o depresión	Triste	luto, llorar, tristeza
	Procesos cognitivos	MecCog	causa, saber, debería
	Entendimiento	Insight	pensar, considerar
	Causa y efecto	Causa	porque, efecto, por
	Discrepancias	Discrep	podría, debería
	Tentativos	Tentat	tal vez, creo, supongo
	Certeza	Certeza	siempre, nunca
	Inhibición	Inh	bloquear, obligar, forzar
	Procesos Perceptuales	Percept	ver, tocar, escuchar
	Ver	Ver	vista, mirada
	Escuchar	Oir	oído, sonido
	Sentir	Sentir	tocar, sostener, sentir
	Procesos Sociales	Social	hablar, nosotros, amigos
	Familia	Familia	mamá, hermano, primo
	Amigos	Amigos	amigo, amiga, colega
	Humanos	Humanos	niño, mujer, grupo
Relatividad			
	Relatividad	Relativ	
	Tiempo	Tiempo	hora, día, noche
	Tiempo pasado del verbo	Pasado	caminé, hice, tuve
	Tiempo presente del verbo	Presente	soy, he, ha, organiza
	Tiempo futuro del verbo	Futuro	será, voy a
	Espacio	Espacio	alrededor, arriba, abajo
	Inclusivos	Incl	con, y, incluyendo
	Exclusivos	Excl	però, sin, excepto
	Movimiento	Movim	mover, caminar, ir
Asuntos Personales			
	Trabajo	Trabajo	empleado, jefe, carrera
	Logro	Logro	intentar, ganar, objetivo
	Hogar	Hogar	casa, cocina
	Dinero	Dinero	cambio, ganancia

Religió	Religió	dios, cielo, iglesia
Muerte	Muerte	muerte, entierro, ataúd
Estados físicos y funciones	Funct	pecho, dormir
Estados del cuerpo y síntomas	Cuerpo	dolor, corazón, pierna
Salud	Salud	visita, doctor, médicas
Sexo y sexualidad	Sexual	sexual, sexológico
Comer, tomar, dieta	Ingerir	comer, tragar, probar
Otro Grupo de Palabras		
Groserías	Maldec	tonto, cabrón
Palabras de relleno	Relleno	Osea, eh

Annex 3: Consentiment informat

HOJA INFORMATIVA

La estudiante LAURA HENDRICKX en el marco de la elaboración de su Trabajo de Final de Máster del Máster en Psicología General Sanitaria de la Universitat de Girona, está realizando un estudio de investigación, cuyo principal objetivo es examinar la expresión emocional y la percepción de soledad en un grupo de personas con y sin Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).

Así pues, se pretenden comparar los contenidos de los escritos asociados a ciertas emociones y temáticas entre los dos grupos que conforman el estudio. Para ello, se pedirá que las personas voluntarias contesten a dos tests estandarizados (el Test de Actitudes Alimentarias y el UCLA Loneliness Scale), y redacten dos textos sobre dos situaciones diferentes, siguiendo las pautas indicadas en la libreta que se proporcionará a cada una de ellas. Es recomendable que las participantes respondan, dentro de lo que puedan, en un ambiente agradable y sintiéndose cómodas.

Toda la información recogida será tratada de manera confidencial, y analizada en conjunto para la realización del Trabajo de Final de Máster, pero también podría ser difundida, de forma anónima, en alguna publicación científica. En ningún caso se publicarán sus resultados individuales ni ningún tipo de información que pudiera identificarle.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y usted puede retirarse en cualquier momento sin tener que dar explicaciones ni sufrir ninguna penalización ninguna por ello. Al finalizar el estudio, el equipo se compromete a explicar los resultados a todos los participantes que estén interesados en conocerlos, y así lo indiquen.

Este proyecto, está supervisado por el Dr. MARC PÉREZ BURRIEL, del Departamento de Psicología de la Facultad de Educación y Psicología de la Universitat de Girona. Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas ahora o en cualquier momento de su participación en él (LAURA HENDRICKX, lorahenhen@gmail.com).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, de años de edad, manifiesto que he sido informado/a sobre el estudio (Estudi de l'escriptura expressiva en persones amb Trastorn de la Conducta Alimentària: un estudi pilot) ejecutado por LAURA HENDRICKX y dirigido por el Dr. MARC PÉREZ BURRIEL, de la Facultad de Educación y Psicología de la Universitat de Girona.

1. He leído la hoja de información que me han facilitado.
2. He podido hacer todas las preguntas que he creído conveniente sobre el estudio y se me han respondido satisfactoriamente.
3. He recibido información adecuada y suficiente por la investigadora sobre:
 - a. Los objetivos del estudio y sus procedimientos.
 - b. Que mi participación es voluntaria y altruista.
 - c. El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán mis datos personales y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente.
4. Comprendo que puedo retirarme del estudio y suspender este consentimiento:
 - a. En cualquier momento.
 - b. Sin tener que dar explicaciones y sin que tenga ninguna consecuencia de ningún tipo.
 - c. Solicitando la eliminación de mis datos personales.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos y sometidos a las garantías dispuestas en el Reglamento General de Protección de Datos (RGDP), que entró en vigor el 25 de mayo de 2018 que supone la derogación de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre referidos a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales. Así pues, mis datos nunca serán transmitidos a terceras personas o instituciones.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a participar en este estudio, para cubrir los objetivos especificados.

Firma del/a participante:
Nombre y fecha:

Firma del/a investigador/a:
Nombre y fecha:

Annex 4 : Escala Eating Attitudes Test (EAT-26).

ESCALA EAT-26 PARA EVALUAR EL RIESGO DE TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Este cuestionario NO es un examen, NO hay respuestas buenas ni malas. Si en alguna pregunta no encuentras la respuesta que se ajuste exactamente a lo que piensas o haces, marca con una X la respuesta que más se le aproxime.

Nombre _____ Fecha de nacimiento (día/mes/año) ____ / ____ / ____

Fecha de diligenciamiento _____

(0) (0) (1) (2) (3)

Pregunta	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P01. Me angustia la idea de estar demasiado gorda	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P02. Procuro no comer cuando tengo hambre	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P03. La comida es para mí una preocupación habitual	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P04. He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P05. Corto mis alimentos en pequeños trozos	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P06. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P07. Procuro no comer alimentos que contengan muchos carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.)	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P08. Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P09. Vomito después de comer	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P10. Me siento muy culpable después de comer	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P11. Me obsesiona el deseo de estar más delgada	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P12. Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P13. Los demás piensan que estoy demasiado delgada	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P14. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre

P15. Tardo más tiempo que los demás en comer	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P16. Procuro no comer alimentos que tengan azúcar	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P17. Como alimentos dietéticos	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P18. Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P19. Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P20. Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P22. No me siento bien después de haber tomado dulces	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P23. Estoy haciendo dieta	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P24. Me gusta tener el estómago vacío	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P25. Me gusta probar platos nuevos, sabrosos y ricos en calorías (*)	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P26. Después de las comidas tengo el impulso de vomitar	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre

(*): Se puntúa por columna así: 3-2-1-0-0 **Puntaje:** _____

Puntaje total: _____

Instrucciones:

- Escala autoaplicable
- Cinco opciones de respuesta
- Puntuación: Respuestas de columna 1 y 2 ("Nunca" y "Casi nunca") con 0 puntos. Respuestas de columna 3 ("A menudo") con 1 punto. Respuestas de columna 4 ("Muy a menudo") con 2 puntos. Respuestas de columna 5 ("A menudo") con 3 puntos.
- El ítem 25 se puntúa a la inversa: columna 1 con 3 puntos, columna 2 con 2 puntos, columnas 3 y 4 con 0 puntos.
- Puntuación total es el resultado de la suma de las puntuaciones de los 26 ítems de la escala. □ Punto de corte de la escala es de 11 y más puntos.

Annex 5: University of California at Los Angeles Loneliness Scale (Escala de la Universitat de Califòrnia a Los Angeles – UCLA-LS)

UCLA Loneliness Scale-LS

Nombre:

Fecha de nacimiento (día/mes/año):

Fecha de realización (día/mes/año):

Instrucciones: Las siguientes afirmaciones describen cómo las personas se sienten a veces. Para cada afirmación, indique con qué frecuencia se siente de la forma descrita escribiendo un número en el espacio correspondiente. Por ejemplo:

¿Con qué frecuencia se siente feliz?

Si nunca se siente feliz, respondería “nunca”; si siempre se siente feliz, respondería “siempre”.

<u>NUNCA</u>	<u>RARAMENTE</u>	<u>ALGUNAS VECES</u>	<u>SIEMPRE</u>
1	2	3	4

1.	Está en “sintonía” con las personas que la rodean.	
2.	Siente que le falta compañía.	
3.	Siente que no hay nadie a quien pueda acudir.	
4.	Se siente sola.	
5.	Se siente parte de un grupo de amigos	
6.	Tiene mucho en común con las personas que la rodean.	
7.	Ya no está cerca de nadie.	
8.	Sus intereses e ideas no son compartidos por quienes la rodean.	
9.	Se siente sociable y amigable.	
10.	Se siente cerca de las personas.	
11.	Se siente excluida.	
12.	Sus relaciones con los demás no son significativas.	
13.	Nadie la conoce bien.	
14.	Se siente aislada de los demás	
15.	Puede encontrar compañía cuando la quiere.	

16.	Hay personas que realmente la entienden.	
17.	Se siente tímida.	
18.	La gente está a su alrededor, pero no con usted.	
19.	Hay personas con las que puede hablar.	
20.	Hay personas a las que puede acudir.	

Annex 6: Extractes d'alguns textos per a les categories EmoNeg, Triste, Ansiedad i Enfado

EmoNeg

Taula 20

Extractes d'alguns dels textos de les participants quant a la categoria EmoNeg

Grup Experimental (AN)	Grup Control (GC)
<i>“Mi vida se componía de tres cosas: dormir, pasar los días en casa descansando y asistir a médicos diariamente para realizarme pruebas, pruebas y más pruebas. Esto acabó con la poca autoestima que por entonces me quedaba. Me hizo sentirme débil, vulnerable e inútil. Y de ahí surgieron los atracones. Me acabé yendo a pesar de todo a Nueva York, pensando que lejos de casa estaría mejor ya que la motivación de hacer diseño de Interiores ganaría a la enfermedad. Pero para mi sorpresa esto no fue así. Pasé el peor año de mi vida. Me sentía triste, sola y sin fuerzas para vencer a esta maldita enfermedad que cada día me dominaba más y más”.</i> (Participant 012)	<i>“ Al principio me sentí asustada, era una situación desconocida para mí y tenía miedo de sentirme sola. Sin embargo, pensaba que podría ser una experiencia interesante y también tenía ganas de que alguien local me enseñara la ciudad. El día que viajé a Londres para conocer este chico estaba muy nerviosa, pensaba en cómo sería si no nos llevábamos bien o era aburrido”.</i> (Participant 019)

Triste

Taula 21

Extractes d'alguns dels textos de les participants quant a la categoria Triste

Grup Experimental (AN)	Grup Control (GC)
<i>“Aislarme, encerrarme, hospitalizarme en una clínica de anorexia. Es difícil, muy difícil. Estoy y me siento muy sola. Me entregué a este tratamiento, pero es muy fuerte y siento que paso por desapercibida por hacer bien las cosas. Siento que voy a estar más tiempo del que debo porque como no vine mal, no hay cambios notorios. Yo entiendo el aislamiento, que tengo que sanarme. Pero siento que es una cárcel. Nadie me escucha. No me conocen aún como para ponerme tantas pautas y ningún permiso. Como si quisiera hacerme daño o escaparme como las otras”.</i> (Participant 002)	<i>“Fue tan fuerte el impacto, empecé a llorar y, quizás, a decir cosas que ahora mismo no recuerdo, cosas relacionadas con negar lo que justo acababa de escuchar. Hoy en día, puedo decir en qué bar estábamos e, incluso, el color de las sillas y de las mesas de la terraza”.</i> (Participant 026)

Ansiedad

Taula 22

Extractes d'alguns dels textos de les participants quant a la categoria Ansiedad

Grup Experimental (AN)	Grup Control (GC)
<i>“He aprendido a gestionar situaciones incómodas, a sentir y gestionar la frustración, la tristeza, la importancia, la incomodidad, el inconformismo, el malestar físico y muchas otras cosas a través de nuevos métodos fuera de lo que solía hacer; que era darme un atracón para aliviar esa ansiedad. He aprendido como llorando, hablándolo, escribiéndolo y de otras maneras se pueden gestionar esas sensaciones”.</i> (Participant 012)	<i>“Pero yo estaba miedosa igualmente todo el rato... Quería que se acabara ya el contrato y, cuando me ofrecieron de quedarme más tiempo allí, les dije que hasta el verano y ya está. El señor de 80 años me insistió y, además, durante 3 años después me iba llamando de vez en cuando para ver cómo estaba y si volvía. Yo, por las inseguridades que me generó la experiencia y, también por orgullo, le decía que de momento no volvería”.</i> (Participant 022)

Enfado

Taula 23

Extractes d'alguns dels textos de les participants quant a la categoria Enfado

Grup Experimental (AN)	Grup Control (GC)
<i>“Lo que me daba rabia es que, en realidad, no hay demasiadas cosas importantes que tenga que hacer. Pero lo magnifico y le doy tanta importancia a todo que, si no lo hago, significa que he fracasado. Me frustra mucho que este comportamiento y manera de pensar me domine tanto. Hay otra parte de mi que se siente esclavizada y necesita más libertad”.</i> (Participant 004)	<i>“Tengo que pedir ayuda para hacer la compra o ir a poner lavadoras. Si cocino o me ducho, lo tengo que hacer sentada. Muchos días me he sentido muy sola, con mucha impotencia y rabia por estar de Erasmus, y no poder ni salir de la habitación”.</i> (Participant 025)

Annex 7: Extractes d'alguns textos per a les categories EmoPos i Placer

EmoPos

Taula 24

Extractes d'alguns dels textos de les participants quant a la categoria EmoPos

Grup Experimental (AN)	Grup Control (GC)
<i>“Recuerdo que incluso se me escapaba el pis de los nervios y el miedo por fallar, por no cumplir las expectativas, pero cuando sonó la bocina de salida todo eso lo dejé atrás, pensando en disfrutar. La verdad es que disfruté muchísimo y sufrí porque la carrera era dura, pero lo que la convirtió en algo único, inimaginable, y especial fue conseguir el 2º puesto, sí, sí, subcampeona del mundo. Lo que más me llevo son esas carcajadas, vivencias con mis compañeras y una medalla de plata pero que para mí solo es el recuerdo de lo vivido”.</i> (Participant 001)	<i>“Hace 4 años, cuando tenía 23, hice un viaje a Tailandia. Fue un viaje muy especial por diferentes cosas. Fui solamente yo, y eso fue una experiencia nueva porque nunca había hecho un viaje así, y tan lejos. Allí conocí mucha gente, porque me quedaba en hostales y era muy fácil hacer amigos. Tengo un recuerdo de alguien en cada sitio al que fui. A parte de la gente, que era muy simpática, pude visitar lugares muy diferentes. Estuve tanto en sitios más rurales, como en ciudades y, finalmente, estuve en dos islas. Fue un viaje asombroso porque cada lugar en el que estuve me aportó algo diferente. Además, el hecho de viajar sin acompañante me dio muchísima libertad, hacía lo que quería en todo momento y fue una manera diferente de viajar”</i> (Participant 016)

Placer

Taula 25

Extractes d'alguns dels textos de les participants quant a la categoria Placer

Grup Experimental (AN)	Grup Control (GC)
“Me acuerdo sonriendo, expectante y con ganas de vivir una experiencia única. Durante ese viaje, más allá de aprender un idioma, tuve que aprender a confiar con las personas desconocidas que me ofrecían hospitalidad, tuve que perder la vergüenza i empezar a expresarme (...) Y, aunque posteriormente, las experiencias no fueron igual que la primera, me hicieron darme cuenta de que había adquirido unos valores y unas necesidades que hasta entonces no tenía: convivencia, ganas de descubrir otras culturas ni ganas de viajar y relacionarme”. (Participant 005)	“Éramos jóvenes así que no teníamos mucho dinero para gastar en bebidas o comida, así que no comimos. Primer error. Simplemente estuvimos en la orilla del mar, hablando, jugando a juegos y nos fuimos a un bar cuando se hizo de noche. Después de unas cervezas, el bar cerró y nos dimos cuenta de que el pueblo estaba bastante solitario. Lo único que encontramos fue un bar en una terraza, con música y luces de ambiente” · (Participant 020)

Annex 8: Extractes d'alguns textos per a les categories Social, Amigos i Familia

Social

Taula 26

Extractes d'alguns dels textos de les participants quant a la categoria Social

Grup Experimental (AN)	Grup Control (GC)
“Al principio me sentí muy confundida, apenas abría la boca, pero todo fue cuestión de tiempo. Al final del día nos habíamos convertido en una pequeña gran familia donde nos íbamos ayudando mutuamente, salimos todos juntos a reconocer el recorrido y nos íbamos dando consejos, sobre todo aquellos compañeros que ya tenían mucha experiencia”. (Participant 001)	“Una experiencia que ha sido importante para mí ha sido hacer Erasmus. Lo recomendaría a todo el mundo. Aunque, como todo, tienes buenos y malos momentos, sin duda hacer Erasmus ha sumado mucho positivamente. Las amistades que haces, conocer gente nueva de otras culturas, vivir independiente, y lo que comporta irse por primera vez de casa de los padres, aprender un nuevo idioma, viajar, y repito, lo mejor, las amistades que haces. Fue una experiencia muy feliz y que siempre recordaré con mucho amor”. (Participant 024)

Amigos

Taula 27

Extractes d'alguns dels textos de les participants quant a la categoria Amigos

Grup Experimental (AN)	Grup Control (GC)
<i>“Una vivencia importante para mí fue cuando con 12 años mi mejor amiga que lleva siéndolo desde los 7 años se mudó”.</i> (Participant 009)	<i>“Durante el mes de septiembre estuve de viaje a Vietnam con dos amigos. Fue toda una gran experiencia. Conocer un país, nueva cultura, nuevas comidas, nuevos paisajes, nuevos olores, nueva gente, nuevo idioma... Compartir una experiencia con dos amigos cercanos, conviviendo 24/7, acaba creando una relación muy única y especial”.</i> (Participant 017)

Familia

Taula 28

Extractes d'alguns dels textos de les participants quant a la categoria Familia

Grup Experimental (AN)	Grup Control (GC)
<i>“Un evento importante en mi vida fue la separación de mis padres. Todo empezó con varias noches durmiendo en habitaciones separadas y en peleas insignificantes (o eso pensaba yo) en la cocina. Me lo transmitió mi madre, de una mala manera, en el coche de sopetón. (...)</i> <i>Posteriormente, mi padre decidió irse a no sé dónde hoy en día, porque estaba es desacuerdo con la separación, dejando a 4 hijos atrás. Mis hermanas (2) mayores no sufrieron apenas por el divorcio debido a que vivían fuera de casa. En casa nos quedamos mi madre, mi hermano (para ese entonces tendría unos 4 años) y yo. Actué como madre durante todo ese tiempo que mi padre no estaba y mi madre estaba ausente. Nunca supe por qué, pero se la pasaba siempre hablando por teléfono (supongo que para evadirse) y yo cuidando a mi hermano”.</i> (Participant 011)	<i>“Cuando tenía 10 años mis padres me dijeron que se separaban, me acuerdo perfectamente del momento. Era junio del año 2006 y estábamos en una terraza de un bar comiendo. Hacía un sol ya de verano y yo estaba muy tranquila porque ya había acabado el curso escolar. Estábamos mi padre, mi madre, mi hermano pequeño y yo. En un momento, mis padres nos dijeron que tenían que decirnos una cosa muy importante, yo no me imaginaba en ese entonces de que se podría tratar. Mi madre empezó a hablar; explicó poco a poco que ella y mi padre ya no se querían como pareja, sino como amigos, y que por eso habían decidido separarse”.</i> (Participant 026)

Annex 9 : Extractes d'alguns textos per a les categories Cuerpo, Salud, Ingerir i Muerte

Cuerpo

Taula 29

Extractes d'alguns dels textos de les participants quant a la categoria Cuerpo

Grup Experimental (AN)	Grup Control (GC)
<i>“Querer y saber que podía sanarme. Mi organismo en cierta forma mejoró y después de eso pude tomar decisiones para intentar y querer sanarme”.</i> (Participant 002)	<i>“Ahora, hará casi un mes que me lesioné el tobillo. De hecho, esta lesión la llevo arrastrando desde hace ya tiempo, pero al venir aquí y estar todo el día arriba y abajo, caminando y visitando sitios todo el día, mi pie ha dicho basta”.</i> (Participant 025)
<i>(...) “Me duele el pecho, tengo ansiedad. Procuro respirar. Me tienta hacerme daño, pero no lo quiero, una vez más no (...). Tengo buenas vistas, veo árboles, las montañas, es un paisaje bonito. Me doy cuenta de que soy muy sensible, y que esto me gusta. Me hace sentir débil, confundida. Quizás, algún día, analizo y disfruto de esta sensibilidad. Debe ser bonito sentir la intensidad de las cosas o eso dicen, pero ahora es duro. Lo es mucho. Y es que, ¿cómo se aguanta este dolor? Nadie me ha enseñado, de hecho, así he crecido y ahora la mochila pesa demasiado ya. Son esos días cuando siento cómo el dolor de tu ausencia aprieta en el pecho y duele, duele con intensidad. No tengo muy claro que es lo que necesito escribirte esta mañana, pero me ayuda a escribir; nada que no sepas (...) Tal vez, es ahí cuando las heridas empiezan a sangrar, tu huida empieza a resonar más y más fuerte en mi interior”.</i> (Participant 003)	<i>“En ese momento, no noté nada obviamente porque llevaba muchas copas de más, demasiadas. Pero tenía heridas en la cara, las manos y las rodillas. Mi amiga me llevó al mar; a “curarme” la herida con la sal del agua. Era tan tarde que se estaba haciendo de día, y entonces empecé a recuperar la sobriedad. Me empecé a doler la cara, y noté que mi móvil ya no estaba en mi bolso”.</i> (Participant 020)

Salud

Taula 30

Extractes d'alguns dels textos de les participants quant a la categoria Salut

Grup Experimental (AN)	Grup Control (GC)
“Días después ya estaba aquí en la clínica de anorexia para mi este tratamiento es lo más importante que vivo ahora mismo. No solo para sanarme de la anorexia, si no para empezar una nueva vida, para sanarme las heridas del pasado, para sanar todos los traumas de la infancia, para empezar una nueva vida donde no tenga que recurrir a pastillas o a hacerme daño cuando algo va mal, para poder afrontar responsabilidades, para poder ser yo misma sin miedos. Para que no sienta que solo soy un cuerpo, para tener una vida, no una supervivencia”. (Participant 011)	“Nos han explicado que de momento se porta muy bien y llora poco, y eso les ha permitido descansar durante estas dos noches. La madre ha explicado cómo vivió el parto, el dolor que sintió, la decisión de que le pusieran la epidural al ver que no podía más, al ver la cara de mi primo cuando salía la niña... estas vivencias me han ido impactando y ha habido un momento que me he sentido un poco mareada. He intentado centrarme en la niña para no pensar en las agujas y no marearme más”. (Participant 017)
“Quiero hospitalizarme”. Eso fue lo que les dije a mis padres después de estar dos horas comiendo compulsivamente. Necesitaba acabar con esto, con el malestar en el pecho, esa opresión que solo se iba de forma momentánea con la comida. De un día para otro, contactamos con la clínica de anorexia y en menos de 24h estaba haciendo la entrevista para hospitalizar”. (Participant 007)	“En ese momento, no noté nada obviamente porque llevaba muchas copas de más, demasiadas. Pero tenía heridas en la cara, las manos y las rodillas. Mi amiga me llevó al mar, a “curarme” la herida con la sal del agua. Era tan tarde que se estaba haciendo de día, y entonces empecé a recuperar la sobriedad. Me empezó a doler la cara, y noté que mi móvil ya no estaba en mi bolso. Así que tuvimos que volver al barco en la lancha. Yo con las heridas que ya escocían y mi cerebro pensando en cómo les iba a contar a mis padres lo sucedido. Y más importante: si me iba a quedar cicatriz en la cara para cuando empezase la universidad”. (Participant 020)

Ingerir

Taula 31

Extractes d'alguns dels textos de les participants quant a la categoria Ingerir

Grup Experimental (AN)	Grup Control (GC)
“Hice el desayuno como siempre, yogur líquido con galletas de arándanos secos y fruta. Fui a entrenar como siempre, me tuve que enfrentar a todos los estímulos que eso supone: espejos, comentarios, comparaciones...; pero ese día fue distinto, no le di nada de importancia a nada más que disfrutar”. (Participant 006)	“Hoy mismo, al mediodía, una de las chicas (con la que sí que tengo muy buena relación) me ha venido a pedir un cable y le he preguntado si comía aquí y me ha dicho que sí, que otra persona lo estaba haciendo. He ido a la cocina y había una de las chicas que ya estaba haciendo la comida para el colectivo sin contar conmigo, ni preguntar si comía aquí”. (Participant 014)
“La anorexia, personalmente, me ha hecho mucho daño y me está haciendo daño día a día. Me ha anulado como persona, me ha robado mi identidad, mi personalidad y también les está proporcionando infelicidad a la gente que me rodea. Llevo atrapada 5 años, siendo incapaz de hacerle frente, cada día es un reto tanto con la comida como conmigo”. (Participant 001)	“Ayer me emborraché y, al salir de la fiesta, me comí un helado sola, la mar de contenta”. (Participant 015)

Muerte

Taula 32

Extractes d'alguns dels textos de les participants quant a la categoria Muerte

Grup Experimental (AN)	Grup Control (GC)
“Te quiero contar la muerte de mi abuela y como lo pasé junto a la anorexia. Yo a los 13 aproximadamente me enteré de que mi abuela tenía Alzheimer. Tenía pérdidas de memoria constantes, con el paso de los años se olvidó de mí, de mi voz y de mi mirada. En el año del COVID 2020, hizo un bajonazo de salud, le detectaron cáncer y posteriormente metástasis. Su salud iba y venía, el verano de 2021 ya fue una locura. Yo estaba trabajando a 45 minutos en coche de casa, solía no trabajar el lunes. El lunes 7 de junio estábamos pendientes de si la volvían a hospitalizar o no, pero vino una enfermera de cada día en casa y nos dijo: ha perdido la circulación en las manos, en menos de un día va a morir”. (Participant 006)	No s'han detectat.