

Insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo

Body dissatisfaction in eating disorders: a comparative study

Rosa Behar A.¹, Carolina Vargas F.² y Enrique Cabrera V.³

Background: Body dissatisfaction (BD) is considered as a predisposing, triggering, perpetuating and/or prognosis factor of eating disorders (ED). **Objective:** To compare the presence of BD and psychopathological and/or behavioural features between female subjects with and without ED. **Method:** Comparatively the Eating Attitudes Test (EAT-40), the Eating Disorder Inventory (EDI) and the Body Shape Questionnaire (BSQ) were administered to 52 ED female patients and to 51 female students without ED. **Results:** Patients reached significantly higher rates than female students without ED on BSQ, EAT-40, EDI and subscales ($p < 0.001$), except perfectionism ($p = 0.015$). BD assessed by EDI (17 versus 4; $p < 0.001$) y el BSQ (152 versus 58.5; $p < 0.001$) scored significantly higher in patients, mainly in anorexics on EAT-40, BSQ, BD, ineffectiveness and perfectionism ($p < 0.001$); bulimics on global EDI, drive for thinness, interoceptive awareness, bulimia, maturity fears and interpersonal distrust ($p < 0,001$). The OR of BD (EDI) was 1.17 versus BSQ (OR = 1.05) ($p < 0.001$). The EAT global score was directly and significantly correlated to BSQ ($r = 0.672$; $p < 0.001$) in patients and to BD (EDI) ($r = 0.639$; $p < 0.001$) in female students without ED. **Conclusions:** BD is prevalent in an extreme degree within all the subtypes of ED. Anorexics exhibited a higher BD as well as ineffectiveness and perfectionism. A higher BD is positively related to a higher ED symptomatology. The risk of developing an ED in a young woman that exhibits some degree of BD is very high.

Key words: Body dissatisfaction, eating disorders.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2011; 49 (1): 26-36

Introducción

La alteración de la imagen corporal ha sido considerada entre los criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria en el DSM-IV-TR¹ y en la CIE-10². Diversos autores destacan

que ésta juega un papel importante como factor predisponente, perpetuante y pronóstico de estos desórdenes y su persistencia constituye un riesgo de recaída³⁻¹¹.

Un meta-análisis¹² concluyó que las anorécticas y bulímicas poseen mayor insatisfacción corporal

Recibido: 17/06/2010

Aceptado: 6/09/2010

¹ Médico Psiquiatra, Profesora Titular, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso.

² Médico Residente, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso.

³ Master en Estadística Matemática, Prof. Adjunto, Departamento de Estadística, Universidad de Valparaíso.

y distorsión perceptiva en el cuerpo/talla que las mujeres sin patologías alimentarias. Otro meta-análisis¹³ confirma que la insatisfacción es superior en los desórdenes alimentarios frente a los controles, especialmente en la bulimia nerviosa y destaca que la insatisfacción con el cuerpo es más específica de estos cuadros que la alteración de la percepción de la silueta corporal¹³. Otro estudio señala que en las anorécticas restrictivas existe una alteración de la autoimagen, que no se debe a distorsiones perceptivas, sino a la existencia de una imagen muy fantaseada, basada en experiencias imaginarias y a la baja autoestima¹⁴.

La preocupación por el peso en la población femenina no siempre debe valorarse como un trastorno de la imagen corporal, puesto que en la cultura occidental se favorece que la mujer se sienta incómoda con su talla, lo cual provoca el desarrollo de una imagen corporal desacreditada en un porcentaje muy elevado de mujeres, algunas de las cuales desarrollarán un trastorno de la imagen corporal¹⁵ y eventualmente un desorden alimentario. Una investigación determinó que las mujeres sin patología alimentaria que sobreestiman su peso actual sobre 5% del peso real, presentan un alto riesgo de desarrollar anorexia nerviosa y síntomas restrictivos¹⁶.

El propósito de este estudio es determinar comparativamente la presencia de insatisfacción corporal y las características psicopatológicas y conductuales entre grupos de mujeres con y sin trastornos alimentarios.

Metodología

Sujetos

La muestra estuvo constituida por un grupo de mujeres con trastornos alimentarios al momento del estudio y un grupo comparativo sin estos desórdenes, reclutados desde Abril de 2006 a Noviembre de 2008.

1. Grupo TCA: Conformado por 52 pacientes de sexo femenino, seleccionadas al azar cuya mediana de edad fue de 20 años, que consultaron en forma ambulatoria en policlínico de Salud Mental

Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso, Servicio Médico de Alumnos de la Universidad de Valparaíso, consulta particular de especialistas en psiquiatría o pediatría de Santiago, Valparaíso y Viña del Mar. Todas ellas satisfacían los criterios para trastornos de la conducta alimentaria según el DSM IV-TR¹. Este grupo a su vez se dividió en tres subtipos: 27% con anorexia nerviosa (n = 14), 44% con bulimia nerviosa (n = 23) y 29% con trastorno de la conducta alimentaria no especificado (n = 15).

2. Grupo s/TCA: Configurado por 51 estudiantes de sexo femenino, también seleccionadas al azar desde el I a IV años de la carrera de medicina de la Universidad de Valparaíso, cuya mediana de edad fue de 21 años, exceptuando aquellas con antecedentes previos o que presentaran una patología alimentaria al momento de la investigación.

Procedimientos

A ambos grupos se les administró una entrevista estructurada confeccionada por las autoras de la versión traducida al español y validada de los siguientes instrumentos (Tabla 1): EAT-40 (Test de Actitudes Alimentarias)¹⁷, el EDI (Inventario de Desórdenes Alimentarios)¹⁸, y el BSQ (Cuestionario de la Figura Corporal)¹⁹. Las participantes en su totalidad respondieron voluntariamente y con consentimiento informado los instrumentos citados. El período de esta investigación se prolongó por el tiempo necesario hasta lograr un tamaño de la muestra adecuado para la exploración. Estos se aplicaron, por una sola vez en cada sujeto para ser contestados en un lapso de aproximadamente 60 minutos en forma individual y durante una única jornada. La coautora entrevistadora (CV) recibió entrenamiento previo de parte de la autora principal (RB) mediante cursos y seminarios, como parte de su formación en la especialidad de psiquiatría.

1. La entrevista estructurada incluyó los datos de edad, peso actual, talla, peso ideal y preguntas basadas en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR¹ para TCA, lo que permitió pesquisar y/o confirmar la presencia de esta patología en los grupos comparativos.

Tabla 1. Descripción de instrumentos

<p>Test de actitudes alimentarias (<i>EATING ATTITUDES TEST</i>) (EAT-40)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40 preguntas autoaplicables que evalúan características psicológicas y/o conductuales compatibles con trastornos de la conducta alimentaria, distribuidas en 3 factores: 1) Dieta; 2) Control oral y 3) Bulimia y preocupación por el alimento • Cada respuesta tiene valores entre 0 a 3 puntos • Puntaje ≥ 30 indica patología alimentaria clínicamente presente o encubierta
<p>Inventario de desórdenes alimentarios (<i>EATING DISORDERS INVENTORY</i>) (EDI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 64 preguntas autoaplicables en 8 ítems que evalúan características nucleares psicológicas y/o conductuales de los trastornos de la conducta alimentaria: 1) Motivación por la delgadez; 2) Consciencia interoceptiva; 3) Bulimia; 4) Insatisfacción corporal; 5) Sensación de inutilidad; 6) Temor a la madurez; 7) Perfeccionismo y 8) Desconfianza interpersonal • Cada respuesta tiene valores entre 0 a 3 puntos
<p>Cuestionario de la Figura Corporal (<i>Body Shape Questionnaire</i>) (BSQ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 34 ítems que evalúan alteraciones actitudinales respecto a la imagen corporal durante el último mes en 4 subescalas: 1) Insatisfacción corporal; 2) Miedo a engordar; 3) Baja estima por la apariencia, y 4) Deseo de perder peso • Cada respuesta tiene valores entre 1 a 6 puntos • Puntajes totales entre 34 y 204 • Puntajes superiores a 105 indican trastorno del esquema corporal

2. El Test de Actitudes Alimentarias (*Eating Attitudes Test*), EAT-40¹⁷.
3. El Inventario de Desórdenes Alimentarios (*Eating Disorders Inventory*), EDI¹⁸. En este análisis no se consideró en su ponderación global un rango de corte y en consecuencia se analizó cada ítem en forma independiente.
4. El Cuestionario de la Figura Corporal (*Body Shape Questionnaire*), BSQ¹⁹.

Análisis estadístico

La comparación de los grupos se efectuó para las variables cuantitativas (edad, talla, peso actual, peso ideal, IMC [Índice de Masa Corporal], EAT-40, EDI y BSQ) mediante el Test de Mann-Whitney, debido a que éstas no cumplían con los supuestos de normalidad ni el de varianzas iguales, necesarios para la aplicación del tradicional test t de Student. Para analizar si la relación entre dos variables cuantitativas era de tipo lineal, se utilizó el test de correlación de Pearson. Se calculó los correspondientes Odds Ratio en las diversas variables para determinar la estimación del riesgo de padecer un trastorno alimentario mediante la Prueba de

Regresión Logística Binaria²⁰. Con ésta se comparan los Odds Ratio de cada nivel de la variable de respuesta binaria, para cuantificar cuanto afecta el predictor usado, las probabilidades de cada nivel de la respuesta. Para todos los análisis, se utilizó un nivel de significación del 5%. El análisis estadístico fue realizado a través del programa MINITAB 15.

Resultados

Comparativamente hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con y sin trastornos de la conducta alimentaria, tanto en el peso ideal, puntajes totales del BSQ, EAT-40, EDI y sus 8 ítems. Las pacientes alcanzaron puntajes significativamente más elevados que las estudiantes sin trastornos alimentarios en el EAT-40, EDI y sus 8 sub escalas y el BSQ ($p = < 0,001$), excepto en los rasgos de perfeccionismo ($p = 0,015$). La insatisfacción corporal medida tanto por el EDI (17 *versus* 4; $p < 0,001$) como por el BSQ (152 *versus* 58,5; $p < 0,001$) alcanzó puntajes significativamente más altos en el grupo TCA (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación de variables entre grupos con y sin trastornos de la conducta alimentaria (Test Mann-Whitney)

Variable	Mediana		Estadístico W (ajustado para empate)	Valor p
	Grupo TCA (n = 52)	Grupo s/TCA (n = 51)		
Edad (años)	20,0	21,0	2.534,0	0,258
Peso actual (kg)	57,0	55,0	2.729,5	0,732
Peso ideal (kg)	49,0	53,0	2.412,0	0,054*
Talla (mts)	1,60	1,62	2.624,0	0,598
IMC (mt/kg ²)	21,8	21,1	2.782,0	0,609
BSQ	152,0	58,5	3.752,0	0,000*
EAT-40	53,0	15,0	3.805,5	0,000*
EDI	94,0	29,0	3.745,5	0,000*
Motivación por la delgadez	17,0	0,0	3.677,5	0,000*
Consciencia interoceptiva	13,0	1,0	3.671,5	0,000*
Bulimia	8,0	3,0	3.398,0	0,000 *
Insatisfacción corporal	17,0	4,0	3.527,0	0,000*
Sentimientos de inutilidad	9,5	1,0	3.511,0	0,000*
Perfeccionismo	9,0	7,0	3.070,5	0,015 *
Temor a la madurez	10,0	4,0	3.398,0	0,000*
Desconfianza interpersonal	5,0	1,0	3.222,0	0,000*

*Estadísticamente significativo

En la Tabla 3 se comparan las mismas variables entre los subgrupos con trastornos alimentarios y el grupo de estudiantes (s/TCA). Sólo presenta diferencias significativas con el grupo s/TCA, el subgrupo anoréctico (AN), tanto en el peso actual ($p = 0,004$) como en el peso ideal ($p < 0,001$). Al analizar los puntajes globales de los instrumentos aplicados, en todos ellos (EAT-40, BSQ, EDI) los subgrupos con trastornos alimentarios alcanzan puntajes significativamente mayores ($p < 0,001$) que el grupo sin TCA. Sin embargo, al realizar el análisis por ítems del EDI, esta situación se mantiene sólo en motivación por la delgadez, consciencia interoceptiva, insatisfacción corporal y sentimientos de inutilidad personal. No ocurre lo mismo respecto de la variable bulimia, donde sólo el subgrupo bulímico (BN) alcanzó puntajes significativamente más altos ($p < 0,001$) que el grupo s/TCA. En los ítems temor a la madurez y desconfianza interpersonal, los

subgrupos AN y BN obtienen puntajes mayores que el grupo s/TCA ($p < 0,005$). Finalmente, en el ítem perfeccionismo, los subgrupos no presentaron diferencias significativas con el grupo s/TCA ($p > 0,05$).

La Tabla 4 muestra la capacidad predictiva de las variables regresoras en relación al desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria. Para la variable regresora, peso ideal, se obtuvo un coeficiente (-0,0585915) que produce un Odds Ratio (OR) estadísticamente significativo ($p < 0,057$). Fueron además estadísticamente significativos los OR correspondientes a los puntajes globales del EAT-40 ($p < 0,001$), EDI ($p < 0,001$) y sus ítems perfeccionismo ($p = 0,018$), desconfianza interpersonal ($p = 0,002$) y el resto de sus subescalas ($p < 0,001$). Los más altos fueron bulimia^{1,28}, consciencia interoceptiva^{1,24} y motivación por la delgadez^{1,23}. El ítem insatisfacción corporal del EDI mostró un OR de 1,17, *versus* al del BSQ (OR = 1,05) ($p < 0,001$).

Tabla 3. Comparación de variables entre subgrupos de pacientes alimentarias versus grupo s/TCA (Test Mann-Whitney)

Variable	Grupos	Mediana	Estadístico W (ajustado para empate)	Valor p
Edad (años)	AN	20,5	410,5	0,409
	BN	20,0	774,5	0,300
	TCANE	20,0	472,0	0,640
	s/TCA	21,0		
Peso actual (kg)	AN	49,5	277,5	0,004*
	BN	59,0	964,0	0,181
	TCANE	60,0	611,0	0,071
	s/TCA	55,0		
Peso ideal (kg)	AN	45,8	199,5	0,000*
	BN	52,0	766,0	0,260
	TCANE	57,0	569,5	0,307
	s/TCA	53,0		
Talla (mts)	AN	1,60	398,0	0,308
	BN	1,61	832,0	0,725
	TCANE	1,61	517,0	0,829
	s/TCA	1,62		
IMC (mt/kg ²)	AN	19,8	310,0	0,015
	BN	22,0	965,0	0,233
	TCANE	22,5	630,0	0,052
	s/TCA	21,1		
BSQ	AN	157,0	743,0	0,000*
	BN	150,0	1.327,5	0,000*
	TCANE	152,0	804,5	0,000*
	s/TCA	58,5		
EAT-40	AN	64,0	764,0	0,000*
	BN	56,0	1.296,0	0,000*
	TCANE	49,0	868,5	0,000*
	s/TCA	15,0	1.327,5	0,000*
EDI	AN	92,0	771,5	0,000*
	BN	102,0	1.302,5	0,000*
	TCANE	90,0	794,5	0,000*
	s/TCA	29,0		
Motivación por la delgadez	AN	16,5	720,0	0,000*
	BN	18,0	1.272,0	0,000*
	TCANE	15,0	808,5	0,000*
	s/TCA	0,0		
Consciencia interoceptiva	AN	12,0	754,5	0,000*
	BN	14,0	1.278,0	0,000*
	TCANE	13,0	762,0	0,000*
	s/TCA	1,0		
Bulimia	AN	3,0	571,0	0,079
	BN	10,0	1.290,0	0,000*
	TCANE	6,0	660,0	0,015
	s/TCA	3,0		

Tabla 3. Comparación de variables entre subgrupos de pacientes alimentarias *versus* grupo s/TCA (Test Mann-Whitney) (continuación)

Variable	Grupos	Mediana	Estadístico W (ajustado para empate)	Valor p
Insatisfacción corporal	AN	20,0	728,5	0,000*
	BN	15,0	1.203,5	0,000*
	TCANE	15,0	718,0	0,000*
	s/TCA	4,0		
Sentimientos de inutilidad personal	AN	12,5	751,0	0,000*
	BN	7,0	1.192,0	0,000*
	TCANE	9,0	691,0	0,002*
	s/TCA	1,0		
Perfeccionismo	AN	11,0	579,0	0,062
	BN	9,0	997,0	0,116
	TCANE	9,0	617,5	0,078
	s/TCA	7,0		
Temor a la madurez	AN	10,0	651,5	0,002*
	BN	12,0	1.199,0	0,000*
	TCANE	8,0	670,5	0,010
	s/TCA	4,0		
Desconfianza interpersonal	AN	5,0	663,0	0,001*
	BN	6,0	1.098,5	0,005*
	TCANE	3,0	583,5	0,210
	s/TCA	1,0		

AN = Anorexia nerviosa (n = 14); BN = Bulimia nerviosa (n = 23); s/TCA = Grupo sin trastornos de la conducta alimentaria (n = 51); TCANE = Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (n = 15). *Estadísticamente significativo

Tabla 4. Variables predictoras de trastornos de la conducta alimentaria

Variable	Odds ratio	Valor p
Edad	0,93	0,324
Índice de Masa Corporal	1,08	0,151
Peso ideal	-0,94	0,057*
EAT-40	1,13	0,000*
EDI	1,05	0,000*
Motivación por la delgadez	1,23	0,000*
Consciencia interoceptiva	1,24	0,000*
Bulimia	1,28	0,000*
Insatisfacción corporal	1,17	0,000*
Sensación de ineficacia personal	1,19	0,000*
Temor a la madurez	1,20	0,000*
Perfeccionismo	1,12	0,018*
Desconfianza interpersonal	1,17	0,002*
BSQ	1,05	0,000*

*Estadísticamente significativo

En relación al análisis de correlación, en el grupo TCA, el BSQ presentó una relación lineal directa significativa con los puntajes globales del EAT-40 ($r = 0,672$; $p < 0,001$), EDI ($r = 0,642$; $p < 0,001$), seguidos por las subescalas del EDI insatisfacción corporal ($r = 0,539$; $p < 0,001$), consciencia interoceptiva ($r = 0,433$; $p = 0,001$) y motivación por la delgadez ($r = 0,416$; $p = 0,002$). En cambio en el grupo sin TCA se correlacionó directa y más significativamente con el ítem insatisfacción corporal del EDI ($r = 0,700$; $p < 0,001$), puntajes globales del EDI ($r = 0,570$; $p < 0,001$), EAT-40 ($r = 0,568$; $p < 0,001$) y motivación por la delgadez ($r = 0,512$; $p < 0,001$). En el grupo sin TCA, el ítem insatisfacción corporal del EDI se correlacionó más significativamente con el puntaje total del EAT-40 ($r = 0,639$; $p < 0,001$) y consciencia interoceptiva ($r = 0,425$; $p = 0,002$).

Discusión

Los estudios prospectivos han identificado a la insatisfacción corporal, entre otros factores, que aumentan el riesgo de aparición de TCA, incluyendo la presión sociocultural percibida para alcanzar la delgadez, la internalización del ideal estético de belleza, favorecidas por los medios de comunicación y la publicidad²¹, la influencia de los padres, los patrones específicos del género²²⁻²⁵, el factor étnico²⁶ la restricción dietética, y el afecto negativo. La evidencia también sugiere que la insatisfacción corporal y la restricción dietética pueden constituir fases prodrómicas en la evolución de los TCA²⁷.

En nuestro estudio, la mediana del BSQ en el grupo de pacientes tomado de manera global, en contraste al grupo sin patología alimentaria sobrepasa ampliamente el valor establecido de corte (152 *versus* 58,5, respectivamente) ($p < 0,001$) (Tabla 2), alcanzando puntajes en el rango de extrema preocupación por la silueta corporal. Esta diferencia significativa también ocurre entre los puntajes medianos en el ítem insatisfacción corporal del EDI comparando ambos grupos (17 *versus* 4, respectivamente) ($p < 0,001$).

Al reagrupar los diagnósticos en subtipos AN, BN y TCANE (Tabla 3), todos sobrepasaron el punto de corte del BSQ, sin diferencias significativas entre los distintos subgrupos; vale decir, la insatisfacción corporal estuvo presente en grado extremo en todas las dimensiones de TCA, mostrándose como las más insatisfechas, las pacientes anorécticas, seguidas de aquellas con TCANE y las bulímicas (157 *versus* 152 y 150, respectivamente). Esto contrasta con los hallazgos de los meta-análisis de Cash y Deagle¹² en el que las anorécticas presentaban menor insatisfacción corporal que las bulímicas y el de Sepúlveda et al¹³, en el cual las pacientes bulímicas fueron las que alcanzaron puntajes más altos en la insatisfacción corporal, como asimismo en el trabajo de validación del BSQ¹⁹. La insatisfacción corporal medida mediante el ítem del EDI, también mostró el puntaje más alto entre las anorécticas, seguido por las bulímicas y las portadoras de un TCANE (20 *versus* 15 y 15 respectivamente)

frente a las estudiantes sin patología alimentaria (4 puntos) ($p < 0,001$).

La insatisfacción corporal, evaluada tanto por el BSQ como por la subescala insatisfacción corporal del EDI¹⁸ en las pacientes como grupo total se mantiene independiente del peso, (no así en las estudiantes sin patología alimentaria: $r = 0,391$; $p = 0,005$), la edad, la talla, el peso idealizado, el IMC, cuando la herramienta que se utiliza para medir insatisfacción corporal es un test específico para ello, como en este caso el BSQ¹⁹. Esta diferencia expuesta en las distintas mediciones de insatisfacción corporal podrían explicarse debido a que el BSQ es un instrumento que abarca fundamentalmente los aspectos emocionales, cognitivos, perceptuales y conductuales de la insatisfacción corporal; mientras que el subítem del EDI, evalúa más bien matices afectivos y cognitivos.

No hubo influencia del IMC en la puntuación del BSQ, en concordancia con Lavoisy et al²⁸. No obstante, se observó una directa y significativa correlación entre el BSQ y los puntajes totales del EAT-40 y EDI en ambos grupos en general. Las pacientes además a mayor alteración en su consciencia interoceptiva; vale decir, en la dificultad para discriminar las propias sensaciones y emociones, a mayor motivación por alcanzar la delgadez, perfeccionismo y conductas bulímicas, evidenciaron una mayor alteración de la imagen corporal. En cambio, en las estudiantes sin patología alimentaria, las principales correlaciones directas con la insatisfacción corporal fueron la motivación por la delgadez y los rasgos de perfeccionismo. Cabe resaltar que el perfeccionismo no es exclusivo de las pacientes anorécticas, sino que también se ha observado en pacientes bulímicas, así como en el trastorno por atracón; este último descrito por Grilo et al²⁹⁻³¹, aunque Forbush et al³², encontraron que los rasgos perfeccionistas se asociaron más fuertemente con el ayuno y las purgas. Al respecto, Welch et al³³, señalan que el perfeccionismo socialmente prescrito y auto-orientado, pero no así el perfeccionismo dirigido hacia otros, estaban relacionados con los trastornos alimentarios, a excepción del comer compulsivo.

El riesgo para desarrollar un desorden alimen-

tario para una muchacha que es portadora de insatisfacción corporal es significativamente alto (OR = 17; $p < 0,001$) considerándolo estadísticamente significativo como factor predictor. Esta cifra coincide con el hallazgo de Alves et al³⁴, cuya regresión logística múltiple mostró a la insatisfacción corporal como el factor más fuerte de riesgo independiente para los síntomas de la anorexia nerviosa en adolescentes brasileñas (OR = 16,7; $p < 0,001$). Este antecedente es importante, pues la insatisfacción corporal es reconocida por diversos autores³⁵⁻³⁷ como índice pronóstico de las patologías alimentarias y que conjuntamente con otros factores podría desencadenarlas en una joven vulnerable, bajo ciertas condiciones favorables.

Dada la multidimensionalidad del trastorno de la imagen corporal en los trastornos alimentarios, su tratamiento debería incluir intervenciones en todos los aspectos³⁸. Aquellas que mejoran la autoestima, estimulan la comunicación y ayudan a las adolescentes a apoyarse mutuamente, pueden prevenir el desarrollo de la distorsión de la imagen corporal y los trastornos alimentarios^{38,39}. Rosenvinge y Borresen⁴⁰, destacan estrategias preventivas universales que consideren información y educación acerca de cómo cambiar las actitudes y comportamientos predisponentes, planes que involucren a los padres y a la comunidad entera, focalizándose principalmente en la modificación de la cultura de la insatisfacción corporal, más que en la prevención de los trastornos alimentarios.

Limitaciones

- Existencia de probable sesgo en la evaluación diagnóstica no efectuada a ciegas.
- No se evaluó el tiempo de evolución del trastorno de la conducta alimentaria al momento del estudio.
- No se consideró la coexistencia de otras comorbilidades, tanto físicas como psicopatológicas, especialmente trastornos afectivos y de personalidad, ni la influencia del tratamiento efectuado.
- La falta de literatura nacional sobre el tema dificulta la comparación transcultural.

Implicancias

- Se demuestra la presencia de insatisfacción corporal de grado extremo en todos los subtipos de trastornos alimentarios.
- La insatisfacción corporal emerge como un importante factor predictor para el desarrollo de una patología alimentaria en grupos de riesgo.
- Su detección precoz debe considerarse tanto en la evaluación de poblaciones de riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria como en pacientes, ya que su presencia influye en la evolución y pronóstico del trastorno alimentario.

Agradecimientos

Los autores agradecen a todas aquellas personas que prestaron su valiosa colaboración en esta investigación, sin la cual no habría podido realizarse.

Resumen

Antecedentes: La insatisfacción corporal (IC) es considerada factor predisponente, desencadenante, perpetuante y pronóstico de los trastornos alimentarios (TCA). **Objetivos:** Comparar la presencia de IC y características psicopatológicas/conductuales entre mujeres con y sin TCA. **Método:** A 52 pacientes con TCA y 51 estudiantes sin TCA, se les aplicó comparativamente el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI) y el Cuestionario de Silueta Corporal (BSQ). **Resultados:** Las pacientes alcanzaron puntajes significativamente más elevados que las estudiantes en el BSQ, EAT-40, EDI y sub escalas ($p = < 0,001$), excepto perfeccionismo ($p = 0,015$). La IC medida por el EDI (17 versus 4; $p < 0,001$) y el BSQ (152 versus 58,5; $p < 0,001$) arrojó puntajes significativamente más altos en las pacientes, principalmente

las anorécticas en el EAT-40, BSQ, IC, sentimientos de inutilidad personal y perfeccionismo ($p < 0,001$); las bulímicas en el EDI global, motivación por la delgadez, consciencia interoceptiva, bulimia, temor a la madurez y desconfianza interpersonal ($p < 0,001$). El ítem IC del EDI mostró un OR de 1,17, versus el BSQ (OR= 1,05) ($p < 0,001$). El puntaje global del EAT-40 se correlacionó directa y significativamente con el BSQ ($r = 0,672$; $p < 0,001$) en las pacientes y estudiantes con el ítem IC del EDI ($r = 0,639$; $p < 0,001$). **Conclusiones:** La IC está presente en grado extremo en todos los subtipos de TCA. Las anorécticas mostraron mayor IC acompañada de sentimientos de inutilidad personal y perfeccionismo. Una mayor IC se relaciona positivamente con una mayor sintomatología compatible con TCA. El riesgo de padecerlo de una joven que exhibe algún grado de IC es altísimo.

Palabras clave: Insatisfacción corporal, trastornos alimentarios.

Referencias

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text Revision. 4th Edition. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.
- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992.
- Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: Behar R, Figueroa G, editores. Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2010. p. 121-47.
- Keel P, Dorer D, Franko D, Jackson S, Herzog D. Postremission predictors of relapse in women with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 2263-8.
- Fernández M, Otero M, Rodríguez Y, Fernández Prieto M. Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Int J Clin Health Psych* 2003; 1 (3): 23-33.
- Rivarola M. La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades* 2003; (4) 007: 149-61.
- Behar R, Alviña M, González T, Rivera N. Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar. *Rev Chil Nut* 2007; 34: 1-25.
- Benedicto M, Perpiñá C, Botella C, Baños Rivera R. Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescentes. *Anales Pediatría* 2003; 58 (3): 268-72.
- Fairburn C, Jones R, Peveler R C, Hope R A, O'Connor R. Psychoterapy and bulimia nervosa: Longer term-effects of interpersonal psychoterapy. *Arch Gen Psych* 1993; 50: 419-28.
- Rosen JC. Body image disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders. In: Crowther J, Tennenbaum D, Hobfoll S, editors. The aetiology of bulimia: The individual and familial context Washington D.C.: Hemisphere Publishing Corporation, 1992. p. 155 -77.
- Berkman N, Lohr K, Bulik C. Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 293-309.
- Cash T, Deagle E. The nature and extent of body-image disturbance in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *Int J Eat Dis* 1997; 22: 107-25.
- Sepúlveda A, Botella J, León J. La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: Un meta-análisis. *Psicothema* 2001; 1 (13): 7-16.
- García C. Autopercepción en anorécticas restrictivas. *Revista Psiquiatría Com* 2006; 10 (2): 1-2. Disponible en www.psiquiatria.com.

15. Espina A, Ortega M, Ochoa De Alda I, Yenes F, Alemán A. La imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Psicothema* 2001; 4 (13): 533-8.
16. Conley A, Boardman J. Weight overestimation as an indicator of disordered eating behaviors among young women in the United States. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 441-5.
17. Garner D, Olmsted M, Bohr Y, Garfinkel P. The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982; 12: 871-8.
18. Garner D M, Olmsted M P, Polivy J. Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Dis* 1983; 2: 15-34.
19. Cooper P, Taylor M, Cooper Z. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int J Eat Dis* 1987; 6: 485-94.
20. Silva L. Excursión a la regresión logística en ciencias de la salud. Madrid: Editorial Díaz de Santos, 1995.
21. Rodgers R, Chabrol H. The impact of exposure to images of ideally thin models on body dissatisfaction in young French and Italian women. *Encephale* 2009; 35 (3): 262-8.
22. Rodgers R, Paxton S, Chabrol H. Effects of parental comments on body dissatisfaction and eating disturbance in young adults: A sociocultural model. *Body Image* 2009; 6 (3): 171-7.
23. Benningoven D, Tetsch N, Kunzendorf S, Jantschek G. Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning. *J Compr Psychiatry* 2007; 48: 118-23.
24. Taylor C, Bryson S, Doyle C. The adverse effect of negative comments about weight and shape from family and siblings on women at high risk for eating disorders. *Pediatrics* 2006; 118 (2): 733-8.
25. Behar R. Gender-related aspects of eating disorders: A psychosocial view. In: Swain P, editor. *New trends in eating disorders research*. New York: Nova Science Publishers, 2006. p. 37-63.
26. Jaeger B, Ruggiero G, Edlund E, Gómez-Peretta C, Lange F, Mohammadkhan P. Body dissatisfaction and its interrelations with other risk factors for bulimia nervosa in 12 countries. *Psychother Psychosom* 2002; 71: 54-61.
27. Stice E, Shaw H. Risk factors and prodromal eating pathology. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51 (4): 518-25.
28. Lavoisy G, Guelfi J, Vera L, Dardennes R, Rouillon F. Evaluation of perturbed body image in eating disorders using the Body Shape Questionnaire. *Encephale*. 2008; 34 (6): 570-6.
29. Behar R. El perfeccionismo en los trastornos del hábito del comer. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1996; 34: 257-62.
30. Declan T, Grilo B, Grilo C. Eating and body image disturbances in adolescent psychiatric inpatients: Gender and ethnicity patterns. *Int J Eat Dis* 2002; 32: 335-42.
31. Grilo C, Masheb R. Correlates of body image dissatisfaction in treatment-seeking men and women with binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2005; 38: 162-6.
32. Forbush K, Heatherton T, Keel P. Relationships between perfectionism and specific disordered eating behaviors. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 37-41.
33. Welch E, Miller JL, Ghaderi A, Vaillancourt T. Does perfectionism mediate or moderate the relation between body dissatisfaction and disordered eating attitudes and behaviors? *Eat Behav* 2009; 10 (3): 168-75.
34. Alves E, Vasconcelos Fde A, Calvo M C, Neves J. Prevalence of symptoms of anorexia nervosa and dissatisfaction with body image among female adolescents in Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2008; 24 (3): 503-12.
35. Rodríguez T, Beato L. Factores relacionados con la imagen corporal. Un estudio longitudinal. *Interpsiquis* 2002 (1): 1-2.
36. Riaño I. Trastornos de la Alimentación. En: Alarcón R, Mazotti G, Nicolini H, editores. *Psiquiatría. Organización Panamericana de la Salud. Manual Moderno*. México D.F, 2005. p. 516-27.
37. Behar R, Botero J C, Corsi P, Muñoz P, Maureira R. Insatisfacción corporal en los trastornos del hábito del comer. *Revista de Psiquiatría* 1996; 3-4: 200-4.
38. Raich R, Villarroel A, Espinoza P. Intervención cognitivo-conductual en la imagen corporal. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2010. p. 332-49.

39. Behar R. La imagen corporal en los trastornos alimentarios: Evaluación y aspectos clínicos. En: Behar R, Figueroa G, editores. Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2010. p. 191-207.
40. Rosenvinge J, Borresen R. Can we prevent eating disorders? Tidsskr Nor Laegeforen 2004; 124 (15): 1943-6.

Correspondencia:

Rosa Behar A.

Departamento de Psiquiatría,

Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

Casilla 92-V. Valparaíso.

Fono/Fax: (56) (32) 2508550

E-mail: rositabehar@vtr.net