



Original

Artículo español

Variables psicológicas y psicopatológicas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Psychological and psychopathological variables associated with eating disorders (ED)

Antonio Fernández-Delgado¹, Ignacio Jáuregui-Lobera^{1,2}

¹Behavior Science Institute, Seville, Spain

²Department of Nutrition and Bromatology, Pablo de Olavide University, Seville, Spain.

Resumen

Objetivo: El objeto de este trabajo fue hacer un estudio comparativo de algunas variables psicológicas y psicopatológicas habitualmente asociadas a los distintos tipos de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Se analizaron 22 variables (psicológicas generales, psicopatológicas generales y específicamente relacionadas con los TCA) en tres grupos de pacientes diagnosticados de anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE).

Método: La muestra estuvo formada por 76 pacientes diagnosticados de TCA (edad media 20,13 ± 6,28 años; 69 mujeres y 7 hombres). Se administraron los siguientes cuestionarios: Rosenberg's Self-Esteem Scale (SES), Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), Beck's Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Body Shape Questionnaire (BSQ), Body Appreciation Scale (BAS), Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) y Body Image Quality of Life Inventory (BIQLI-SP).

Resultados: No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en general, salvo para las variables relacionadas con los cuestionarios BSQ y EDI-2. El estudio de correlación entre las variables específicamente relacionadas con los TCA y el resto de variables, mostró diferencias entre grupos.

Conclusiones: El presente estudio muestra, en general, pocas diferencias en síntomas psicopatológicos entre los distintos tipos de TCA. Para futuros estudios sería de interés ampliar el tamaño de la muestra, incrementar la participación de varones, y recopilar datos sobre el comportamiento restrictivo/purgativo en los distintos grupos de TCA.

Palabras clave

Psicopatología; autoestima; imagen corporal; insatisfacción corporal; trastornos de la conducta alimentaria; anorexia nerviosa; bulimia nerviosa.

Abstract

Objective: The aim of this study was to compare some psychological and psychopathological variables usually associated with different types of patients with eating disorders (ED). A total of 22 variables (psychological, psychopathological and specifically related to TCA) were analyzed in three groups of patients with anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) and eating disorders not otherwise specified (EDNOS).

Method: The sample consisted of 76 patients diagnosed with ED (mean age 20.13 ± 6.28 years; 69 women and 7 men). The following questionnaires were administered: Rosenberg's Self-Esteem Scale (SES), Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), Beck's Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Body Shape Questionnaire (BSQ), Body Appreciation Scale (BAS), Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) and Body Image Quality of Life Inventory (BIQLI-SP).

Results: Generally no significant differences between groups, except for the variables related to the BSQ and EDI-2 questionnaires, were found. The study of the correlations among the different variables specifically related to eating disorders and others, showed differences between groups.

Conclusions: The present study shows few differences with respect to psychopathological symptoms among the different types of ED. Bearing in mind future studies, it would be interesting to use a bigger sample size, to include more men, and to distinguish between restricted/purging types of ED.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fernandez.delgado@gmail.com (Antonio Fernández-Delgado).

Recibido el 21 de junio de 2016; aceptado el 28 de junio de 2016.



Keywords

Psychopathology; self-esteem; body image; body dissatisfaction; eating disorders; anorexia nervosa; bulimia nervosa.

ABREVIATURAS

AN: Anorexia Nerviosa
ANS: Ansiedad (subescala del SCL-90-R)
BAS: Body Appreciation Scale
BDI: Beck's Depression Inventory
BIQLI-SP: Body Image Quality of Life Inventory, Spanish version
BN: Bulimia Nerviosa
BSQ: Body Shape Questionnaire
DEP: Depresión (subescala del SCL-90-R)
DSM: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
EDI-2: Eating Disorder Inventory-2
EDIB: Síntomas bulímicos (subescala del EDI-2)
EDIBD: Insatisfacción corporal (subescala del EDI-2)
EDIDT: Deseo de delgadez (subescala del EDI-2)
FOB: Ansiedad fóbica (subescala del SCL-90-R)
GSI: Índice de severidad global (Índice del SCL-90-R)
HOS: Hostilidad (subescala del SCL-90-R)
IC: Imagen Corporal
INT: Sensibilidad interpersonal (subescala del SCL-90-R)
MPGS: Máster Psicología General Sanitaria
OBS: Obsesión-compulsión (subescala del SCL-90-R)
PAR: Ideación paranoide (subescala del SCL-90-R)
PSDI: Índice de distrés de síntomas positivos (Índice del SCL-90-R)
PSI: Psicoticismo (subescala del SCL-90-R)
PST: Total de síntomas positivos (Índice del SCL-90-R)
SCL-90-R: Symptom Checklist-90-Revised
SES: Self-Esteem Scale
SOM: Somatización (subescala del SCL-90-R)
STAI: State-Trait Anxiety Inventory
STAI-E: Ansiedad estado (subescala del STAI)
STAI-T: Ansiedad rasgo (subescala del STAI)
TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria
TCANE: Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado
TIPOTCA: Tipo de TCA

APORTACIÓN A LA LITERATURA CIENTÍFICA

La aportación principal de este estudio es las pocas diferencias encontradas entre los distintos grupos de TCA, lo que pone de manifiesto los muchos factores psicológicos y psicopatológicos que comparten dichos trastornos. Las diferencias encontradas entre grupos están relacionadas con variables específicamente con los TCA, tales como la forma corporal, el deseo de delgadez o la insatisfacción corporal.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la explicación de la etiología, desarrollo y mantenimiento de los TCA no responde a un modelo causal único, pero sí se han identificado factores de procedencia biológica, psicológica o sociológica que parecen estar en la base de estas alteraciones. Diversos estudios vinculan los TCA a factores psicológicos como ansiedad,¹ depresión,² trastornos de personalidad,³ trastorno obsesivo-compulsivo,⁴ trastorno de control de impulsos,⁵ realización de dietas inadecuadas y preocupación por el cuerpo,⁶ excesiva rigidez, perfeccionismo, retraimiento social y baja autoestima.⁷

Un estudio longitudinal en pacientes con trastornos psiquiátricos con riesgo de padecer TCA (adolescentes y adultos jóvenes), informó que los TCA ocurren frecuentemente junto con otros trastornos psiquiátricos. Estos hallazgos han llevado a teorizar que diferentes síntomas psiquiátricos como ansiedad, depresión, abusos de sustancias, impulsividad y dificultad para regular los estados afectivos pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de TCA.⁸

Los TCA parecen compartir características o factores psicológicos y psicopatológicos, pero hay investigadores que también han profundizado en las diferencias que existen entre los distintos tipos de TCA.

Al revisar las historias clínicas de los pacientes con AN, es frecuente encontrar característica pre-mórbidas de perfeccionismo, introversión, baja autoestima y dificultades de relación. Como consecuencia del propio estado de inanición pueden aparecer otros síntomas como distimia, irritabilidad, rumiaciones y rituales obsesivos sobre la comida, aislamiento social, etc.⁹ Existen diferencias en la sintomatología según el subtipo de AN, el subtipo restrictivo se caracteriza por un mayor perfeccionismo, rigidez, hiper-responsabilidad y sentimientos de ineficacia, mientras que en el

subtipo purgativo suele predominar sobrepeso premórbido, mayor impulsividad, reacciones distímicas, mayor labilidad emocional y conductas adictivas.¹⁰ Los pacientes con AN subtipo purgativo y los pacientes con BN tienen mayores niveles de psicopatología en depresión, irritabilidad, ansiedad y conducta antisocial (abuso de sustancias y robos) en comparación con los pacientes con AN restrictiva, es decir, que la sintomatología bulímica agrava la psicopatología.⁹

En la BN es frecuente la presencia de ansiedad, depresión, irritabilidad, conductas adictivas, mal control de impulsos, e ideaciones suicidas agudizadas en los momentos de episodios bulímicos.⁹ Existen diferencias en la sintomatología según el subtipo de BN, el subtipo purgativo presenta mayor grado de distorsión de la imagen corporal, mayor deseo de delgadez, más patrones alimentarios anómalos y mayores niveles de psicopatología (sobre todo en depresión, obsesiones y ataques de pánico), que el subtipo no purgativo.¹¹ Estos resultados son congruentes con los estudios de Garfinkel,¹² quien afirmó que los pacientes BN del subtipo purgativo suelen presentar mayor comorbilidad psiquiátrica y médica que los del subtipo no purgativo.

La distorsión de la IC es una característica esencial de la AN y BN. Se caracteriza por una sobrestimación del tamaño, una idea sobrevalorada de la delgadez y una insatisfacción con el propio cuerpo. La IC se asocia con variables como autoestima, ansiedad, depresión, comportamiento sexual y calidad de vida.^{13,14}

Este trabajo tiene el objetivo de comparar las variables psicológicas y psicopatológicas en distintos tipos de pacientes con TCA (AN, BN y TCANE). Las hipótesis propuestas son: (1) Aunque los distintos tipos de TCA comparten muchas de las características psicopatológicas, se espera que el grupo de BN presente mayores niveles de sintomatología asociada que el grupo de AN. (2). El estudio de correlaciones entre las variables específicamente relacionadas con los TCA y el resto de variables generales, debe mostrar diferencias entre grupos.

MÉTODO

Participantes

La muestra se obtuvo en una unidad de TCA con pacientes según tratamiento interdisciplinario en régimen ambulatorio. Los participantes fueron informados del objetivo de la investigación y de las condiciones de confidencialidad, todos ellos firmaron el consentimiento informado, ninguno de los participantes mostró ninguna dificultad de comprensión y/o lenguaje en la auto-cumplimentación de los cuestionarios, la participación fue voluntaria, y no se presentó ningún caso de abandono durante el proceso. La muestra estuvo compuesta de 76 pacientes, 69 mujeres y 7 hombres, con una edad media de $20,13 \pm 6,28$ años (rango 13-40). Todos ellos cumplían criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 en alguno de los siguientes grupos de diagnóstico: AN, BN o TCANE.¹⁵ Como criterios de inclusión, se consideró llevar menos de cuatro meses en el plan de tratamiento y tener un peso normal.

Instrumentos

Rosenberg's Self-Esteem Scale (SES)

Se usó la versión española de la Escala de Autoestima de Rosenberg.¹⁶ Esta versión mostró adecuada consistencia interna (α de Cronbach= 0,87) y adecuada fiabilidad temporal, test-retest al año ($r= 0,74$). Tuvo también adecuada validez de constructo. El cuestionario tiene 10 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos, (1= *muy de acuerdo*, 2= *de acuerdo*, 3= *en desacuerdo*, 4= *totalmente en desacuerdo*). La puntuación total, oscila entre 10 y 40, donde 10 se corresponde con la autoestima más baja y 40 con la autoestima más alta. La puntuación total se clasifica en baja autoestima (10-24), media (25-30) y alta (más de 30).

Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) de Derogatis

Se utilizó la versión española del listado de síntomas SCL-90-R de Derogatis.¹⁷ El SCL-90-R es un instrumento autoinformado compuesto por 90 ítems, con formato de respuesta tipo escala Likert de cinco puntos (*nada en absoluto*, *un poco*, *moderadamente*, *bastante*, *mucho*). El cuestionario mide nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología y tres índices globales de malestar psicológico. La versión española del instrumento, muestra buena consistencia interna (α de Cronbach entre 0,81 y 0,90) y adecuada fiabilidad temporal test-retest para una semana (r entre 0,78 y 0,90).

Beck Depression Inventory (BDI) de Beck, Wardy Mendelson

Se empleó la versión española del Inventario de Depresión de Beck BDI.¹⁸ El BDI es un cuestionario autoinformado que mide la intensidad de la depresión y se utiliza como screening de depresión en la población general. El instrumento tiene 21 ítems, con formato de respuesta tipo Likert con cuatro niveles (0 a 3). Las puntuaciones obtenidas se clasifican en tres categorías: ausencia de depresión (0-9), distimia o depresión leve (10-15), y depresión (más de 15). El BDI muestra una fiabilidad adecuada (0,93) y una validez convergente entre 0,62 y 0,66.

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger

Se usó la versión española del Inventario Ansiedad Estado-Rasgo STAI.¹⁹ Es un cuestionario de auto-informe y consta de 40 ítems, que valoran la ansiedad-estado STAI-E y la ansiedad-rasgo STAI-R. El formato de respuesta es de escala tipo Likert de cuatro niveles (0= *nada*, 1= *algo*, 2= *bastante*, 3= *mucho*). Puntuaciones totales de 0 a 5 indican

baja ansiedad, de 6 a 7, intensidad media, y más de 7, elevada ansiedad. El instrumento presenta buena consistencia interna tanto para STAIE (α de Cronbach= 0,90 a 0,93) como para STAIR (α de Cronbach= 0,84-0,87).

Body Shape Questionnaire (BSQ) de Cooper, Taylor, Cooper y Fairbum

Se utilizó la versión española del cuestionario.²⁰ Este instrumento tiene adecuada consistencia interna (α de Cronbach= 0,95-0,97). El cuestionario mide la ansiedad ante el propio cuerpo. Consta de 34 ítems con 6 posibles niveles de respuestas (1= *nunca*, 2= *raramente*, 3= *algunas veces*, 4= *a menudo*, 5= *muy a menudo*, 6= *siempre*). La puntuación total oscila entre 34 y 204, puede medir cuatro factores, aunque en este estudio se utilizó la puntuación global. Puntuaciones iguales o superiores a 105 se consideran como un nivel de riesgo significativo.

Body Appreciation Scale (BAS) de Avalos, Tylka y Wood-Barcalow

Se empleó la versión española de esta escala.²¹ El instrumento tiene 13 ítems, presenta una estructura unifactorial, muestra una consistencia interna adecuada (α de Cronbach = 0,91) y validez de constructo. Es útil para el estudio de los aspectos positivos de la IC (una opinión favorable de los rasgos físicos de uno mismo; la aceptación del propio cuerpo a pesar de su peso, forma, o imperfecciones; respeto y atención hacia las necesidades del cuerpo a través de la adopción de conductas saludables; y auto-protección al rechazar los ideales del cuerpo que se presentan en los medios de comunicación). Los ítems del BAS se puntúan en una escala de cinco puntos de uno (*nunca*) a cinco (*siempre*) y se obtiene una puntuación global de apreciación corporal.

Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) de Garner

Para este estudio se utilizó la versión española del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-2,²² y se administraron las tres primeras subescalas (de hecho, las específicas de TCA): deseo de delgadez (EDIDT), síntomas bulímicos (EDIB), e insatisfacción corporal (EDIBD). La consistencia interna (α de Cronbach) en las subescalas varían entre 0,83 y 0,92 en muestras clínica y entre 0,65 y 0,93 en muestras no clínicas. La fiabilidad test-retest oscila entre 0,41 y 0,97, según el tipo de muestra.

Body Image Quality of Life Inventory (BIQLI) de Cash y Fleming

En este estudio se empleó el BIQLI-SP, versión española del BIQLI.²³ BIQLI es un cuestionario autoinformado compuesto por 19 ítems, es útil para determinar la calidad de vida en función a la IC en diferentes condiciones físicas. Para evitar sesgos, los ítems son evaluados en una escala de 7 puntos bipolar, de +3 (*efecto muy positivo*) a 0 (*sin impacto*) a -3 (*efecto muy negativo*). El cuestionario presenta una estructura unifactorial, esta versión ha demostrado alta consistencia interna (α de Cronbach = 0,95) y buena estabilidad durante un período de 3 semanas (fiabilidad test-retest, r = 0,84). La validez convergente de BIQLI se ha evidenciado por sus relaciones significativas con diferentes medidas estandarizadas de la IC.

Además de los citados cuestionarios, se registró edad, sexo y tipo de TCA.

Procedimiento y Diseño

Después de obtener el consentimiento informado, los participantes procedieron a autocumplimentar los cuestionarios en sesiones individuales, sin límite de tiempo y en un contexto terapéutico adecuado. Las sesiones comenzaron con la presencia del psicólogo en la habitación para explicar al participante cómo se cumplimentaban cada uno de los instrumentos, una vez que se aseguró que las instrucciones habían sido entendidas, el profesional salió de la sala con el fin de dejar solo al paciente mientras que éste rellenaba los cuestionarios. La participación de todos los sujetos fue totalmente voluntaria, se podía interrumpir la misma en cualquier fase del proceso y ninguno de los participantes recibió ningún tipo de recompensa. La toma de datos para el estudio se realizó entre los meses de septiembre del 2015 y febrero del 2016.

En este estudio transversal cuantitativo, se han seleccionado 16 variables (1 psicológica y 15 psicopatológicas) de sintomatología general asociada a los TCA medidas con los siguientes instrumentos: Autoestima (SES-Escala de Autoestima de Rosenberg); y Psicopatología general (SCL-90-R con sus subescalas SOM-Somatización, OBS-Obsesión-compulsión, INT-Sensibilidad interpersonal, DEP-Depresión, ANS-Ansiedad, HOS-Hostilidad, FOB-Ansiedad fóbica, PAR-Ideación paranoide, PSI-Psicoticismo, GSI-Índice de severidad global, PST-Total de síntomas positivos, y PSDI-Índice de distrés de síntomas positivos; Depresión (BDI-Inventario de Depresión de Beck); y Ansiedad (STAI con sus subescalas STAIE-Ansiedad estado, y STAIR-Ansiedad rasgo)).

Además se midieron 6 variables específicamente relacionadas con los TCA: Forma corporal (BSQ-Cuestionario de Forma Corporal); Apreciación corporal (BAS-Escala de apreciación corporal); Trastornos alimentarios (EDI-2 con sus subescalas EDIDT-Deseo de delgadez, EDIB-Síntomas bulímicos, y EDIBD-Insatisfacción corporal); y Calidad de vida relacionada con la IC (BIQLI).

Las 22 variables psicológicas y psicopatológicas asociadas a los TCA (16 de síntomas generales y 6 de específicos) se utilizaron como variables dependientes cuantitativas. La variable categórica TIPOTCA se utilizó como variable de agrupación.

Análisis estadístico

Los datos se expresan como media \pm desviación típica. Se usaron las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk para probar la hipótesis de normalidad; el test de Levene para explorar la homogeneidad entre las varianzas (homocedasticidad); la prueba de ANOVA y la prueba *post hoc* de Bonferroni para el análisis de varianzas en aquellas variables que cumplían criterios de parametricidad; las pruebas no paramétricas de Kruskal-Wallis y Mann-Whitney para el análisis de varianzas en el resto de variables que no cumplían criterios de parametricidad; y la prueba no paramétrica de Spearman (*rho*) para el análisis de correlaciones. Se consideraron resultados estadísticamente significativos cuando $p < 0,05$. Todos los análisis se realizaron con SPSS versión 15.0.1 (IBM Corporation, Armonk, NY).

RESULTADOS

Características de la muestra según el tipo de TCA

En el estudio participaron 76 pacientes, de los cuales 40 estaban diagnosticados de AN (52,63%), 20 de BN (26,32%) y 16 de TCANE (21,05%).

En la Tabla 1 se muestran las medias y desviaciones típicas de todas las variables incluidas en este estudio.

Tabla 1. Medias y desviaciones típicas de las variables analizadas por grupos de diagnóstico				
	AN	BN	TCANE	Total TCA
SES	26,93 \pm 5,40	26,20 \pm 6,49	24,56 \pm 6,48	26,24 \pm 5,93
SCL-90-R				
SOM	0,85 \pm 0,70	1,20 \pm 1,09	0,88 \pm 0,90	0,95 \pm 0,86
OBS	1,17 \pm 0,72	1,45 \pm 1,18	1,23 \pm 0,81	1,25 \pm 0,88
INT	1,30 \pm 0,94	1,55 \pm 1,24	1,51 \pm 1,03	1,41 \pm 1,04
DEP	1,40 \pm 0,95	1,70 \pm 1,10	1,47 \pm 0,92	1,49 \pm 0,98
ANS	1,04 \pm 0,90	1,25 \pm 1,12	1,01 \pm 0,70	1,09 \pm 0,92
HOS	1,08 \pm 0,93	1,38 \pm 1,14	0,94 \pm 0,92	1,13 \pm 0,99
FOB	0,40 \pm 0,45	0,66 \pm 0,78	0,48 \pm 0,84	0,49 \pm 0,64
PAR	1,00 \pm 0,76	0,96 \pm 0,93	0,89 \pm 0,53	0,97 \pm 0,76
PSI	0,91 \pm 0,82	1,06 \pm 0,82	0,83 \pm 0,69	0,93 \pm 0,79
GSI	1,05 \pm 0,68	1,28 \pm 0,94	1,16 \pm 0,68	1,14 \pm 0,75
PST	46,10 \pm 20,08	50,70 \pm 24,67	44,81 \pm 22,06	47,04 \pm 21,59
PSDI	1,88 \pm 0,60	1,92 \pm 0,91	1,96 \pm 0,50	1,91 \pm 0,67
BDI	15,73 \pm 11,58	18,40 \pm 13,69	16,50 \pm 8,54	16,59 \pm 11,54
STAI				
STAIE	28,90 \pm 14,93	26,30 \pm 15,42	26,94 \pm 12,67	27,80 \pm 14,48
STAIR	30,13 \pm 10,71	34,00 \pm 11,00	31,44 \pm 9,58	31,42 \pm 10,55
BSQ	89,21 \pm 40,26	123,00 \pm 48,13	105,80 \pm 40,06	102,02 \pm 43,91
BAS	40,83 \pm 9,24	37,00 \pm 12,50	36,79 \pm 9,13	39,05 \pm 10,13
EDI-2				
EDIDT	6,95 \pm 6,86	11,80 \pm 7,56	11,80 \pm 5,96	9,24 \pm 7,22
EDIB	1,13 \pm 3,04	3,25 \pm 4,73	4,60 \pm 5,05	2,42 \pm 4,21
EDIBD	8,88 \pm 6,77	11,45 \pm 9,43	17,13 \pm 6,80	11,21 \pm 8,11
BIQLI	-0,36 \pm 1,20	-1,02 \pm 1,21	-0,75 \pm 1,10	-0,62 \pm 1,20

ANS: Ansiedad; BAS: Apreciación corporal; BDI: Depresión de Beck; BIQLI: Calidad de vida relacionada con la IC; BSQ: Forma corporal; DEP: Depresión; EDIB: Síntomas bulímicos; EDIBD: Insatisfacción corporal; EDIDT: Deseo de delgadez; FOB: Ansiedad fóbica; GSI: Índice de severidad global; HOS: Hostilidad; INT: Sensibilidad interpersonal; OBS: Obsesión-compulsión; PAR: Ideación paranoide; PSDI: Índice de distrés de síntomas positivos; PSI: Psicoticismo; PST: Total de síntomas positivos; SES: Autoestima; SOM: Somatización; STAIE: Ansiedad estado; STAIR: Ansiedad rasgo.

Tras aplicar las pruebas correspondientes, se comprobó que sólo 6 de las variables cumplieron los requisitos de parametricidad, en concreto: SES, DEP, GSI, STAIR, BSQ y BAS. Para las 16 variables restantes se aplicaron pruebas no paramétricas.

Diferencias entre los distintos grupos de TCA con respecto a las variables analizadas.

La aplicación de la prueba de Kruskal-Wallis puso de manifiesto que no había diferencias entre los grupos AN-BN-TCANE en general, salvo en las variables relacionadas con el EDI-2, que obtuvieron ($H= 9,593$; $p < 0,01$) para EDIDT, ($H= 9,332$; $p < 0,01$) para EDIB y ($H= 10,593$; $p < 0,01$) para EDIBD. La aplicación de la prueba de Mann-Whitney (análisis de las diferencias dos a dos) mostró las siguientes diferencias significativas: el grupo de AN tuvo puntuaciones medias menores que el grupo de BN en las variables EDIDT ($U= 237,5$; $p < 0,05$) y EDIB ($U= 258,5$; $p < 0,05$), y el grupo de AN obtuvo puntuaciones medias menores que el grupo de TCANE en las variables EDIDT ($U= 160,0$; $p < 0,05$), EDIB ($U= 166,0$; $p < 0,01$), y EDIBD ($U= 117,5$; $p < 0,01$).

Los resultados del ANOVA mostraron que no hay diferencias en general, salvo para la variable BSQ ($F(2,56)= 3,233$; $p < 0,05$). La prueba *post hoc* de Bonferroni, reveló que el grupo de AN tuvo una puntuación media en BSQ significativamente menor que en el grupo de BN ($t= -33,793$; $p < 0,05$).

La Tabla 2 muestra las diferencias entre grupos que resultaron estadísticamente significativas.

Variable	TCA	
	Paramétricas	No paramétricas
BSQ	AN < BN	
EDIDT		AN < BN y AN < TCANE
EDIB		AN < BN y AN < TCANE
EDIBD		AN < TCANE

BSQ: Cuestionario de forma corporal; EDIB: Síntomas bulímicos; EDIBD: Insatisfacción corporal; EDIDT: Deseo de delgadez.

Análisis de las medias de las variables en los distintos grupos de TCA

En la Tabla 3 se muestran las medias obtenidas, así como, el índice de intensidad de sintomatología asociada a TCA en cada grupo. Se ha creado un algoritmo que permite comparar las medias de las 22 variables en los tres grupos. Dicho algoritmo permite obtener un índice relativo (entre 0 y 100) de intensidad de sintomatología asociada a TCA para cada grupo. El algoritmo asigna un valor entre 0 y 1 a cada variable de cada grupo, en total 66 valores (22 variables y 3 grupos). El criterio de puntuación general consiste en asignar en cada variable el valor 1 al grupo de mayor puntuación, 0 al grupo de menor puntuación y un valor entre 0 y 1 (interpolación lineal = (medio-mínimo)/(máximo-mínimo)) al grupo de puntuación intermedia. Existen tres variables (SES, BAS, BIQLI) que precisan aplicar un mecanismo corrector, el criterio de puntuación corregida consiste en asignar en cada variable el valor 0 al grupo de mayor puntuación, 1 al grupo de menor puntuación y un valor entre 0 y 1 (interpolación lineal = (máximo-medio)/(máximo-mínimo)) al grupo de puntuación intermedia. Para el cálculo del índice de intensidad de sintomatología asociada de TCA se sumaron todas las puntuaciones del grupo, se dividieron entre 22 (numero de variables analizadas) y se multiplicaron por 100.

El grupo de AN (13,7) presentó la menor intensidad, le siguió el grupo de TCANE (46,0), y el grupo de BN (83,2) presentó la mayor intensidad de sintomatología asociada a los TCA.

Análisis de correlaciones en los distintos grupos de TCA

La Tabla 4 muestra la comparación del análisis de correlaciones en los distintos grupos de TCA y la Tabla 5 contiene el recuento del número de correlaciones significativas ($p < 0,05$) de cada variable en los distintos grupos. De las variables específicamente relacionadas con los TCA, BSQ y EDIDT presentaron el mayor número de correlaciones significativas (31 y 26 respectivamente), mientras EDIB y BIQLI fueron las que presentaron los menores números de correlaciones significativas (5 y 2 respectivamente).

El grupo de BN presentó el mayor número de correlaciones significativas (56), seguido de AN (31) y TCANE (13). En el grupo de BN la variable EDIBD presentó correlaciones significativas con todas las variables (100%) de sintomatología general y las variables BSQ y BAS presentaron mayor número de correlaciones significativas que el resto de los grupos (14 y 13, que representa 87,50% y 81,25% respectivamente). En el grupo de AN la variable EDIDT presentó correlaciones significativas con todas las variables (100%) de sintomatología general y la variable BSQ presentó 56,25% de correlaciones significativas.

Tabla 3. Medias y puntuaciones del "Índice de intensidad de sintomatología asociada a TCA" por grupos

	Medias			Índice de intensidad de sintomatología		
	AN	BN	TCANE	AN	BN	TCANE
SES (*)	26,93	26,2	24,56	0	0,31	1
SOM	0,85	1,2	0,88	0	1	0,09
OBS	1,17	1,45	1,23	0	1	0,21
INT	1,3	1,55	1,51	0	1	0,84
DEP	1,4	1,7	1,47	0	1	0,23
ANS	1,04	1,25	1,01	0,13	1	0
HOS	1,08	1,38	0,94	0,32	1	0
FOB	0,4	0,66	0,48	0	1	0,31
PAR	1	0,96	0,89	1	0,64	0
PSI	0,91	1,06	0,83	0,35	1	0
GSI	1,05	1,28	1,16	0	1	0,48
PST	46,1	50,7	44,81	0,22	1	0
PSDI	1,88	1,92	1,96	0	0,5	1
BDI	15,73	18,4	16,5	0	1	0,29
STAIE	28,9	26,3	26,94	1	0	0,25
STAIR	30,13	34	31,44	0	1	0,34
Suma total de puntuaciones (comorbilidad)				3,01	13,44	5,03
BSQ	89,21	123	105,8	0	1	0,49
BAS (*)	40,83	37	36,79	0	0,95	1
EDIDT	6,95	11,8	11,8	0	1	1
EDIB	1,13	3,25	4,6	0	0,61	1
EDIBD	8,88	11,45	17,13	0	0,31	1
BIQLI (*)	-0,36	-1,02	-0,75	0	1	0,59
Suma total de puntuaciones (síntomas específicos)				0	4,87	5,08
TOTAL				3,01	18,31	10,11
Índice de intensidad de sintomatología asociada a TCA				13,7	83,2	46

ANS: Ansiedad; BAS: Apreciación corporal; BDI: Depresión de Beck; BIQLI: Calidad de vida relacionada con la IC; BSQ: Forma corporal; DEP: Depresión; EDIB: Síntomas bulímicos; EDIBD: Insatisfacción corporal; EDIDT: Deseo de delgadez; FOB: Ansiedad fóbica; GSI: Índice de severidad global; HOS: Hostilidad; INT: Sensibilidad interpersonal; OBS: Obsesión-compulsión; PAR: Ideación paranoide; PSDI: Índice de distrés de síntomas positivos; PSI: Psicoticismo; PST: Total de síntomas positivos; SES: Autoestima; SOM: Somatización; STAIE: Ansiedad estado; STAIR: Ansiedad rasgo.

Criterio puntuación general; Máximo=1, Mínimo=0, Medio=(medio-mínimo)/(máximo-mínimo)

Criterio puntuación corregida (*); Máximo=0, Mínimo=1, Medio=(máximo-medio)/(máximo-mínimo)

Índice de intensidad de sintomatología asociada a TCA (0-100)= (Suma puntuaciones grupo/22)*100

Tabla 4. Tabla comparativa del análisis de correlaciones (rho) en los distintos grupos de TCA

	BSQ			BAS			EDIDT			EDIB			EDIBD			BIQLI		
	AN	BN	TCANE	AN	BN	TCANE	AN	BN	TCANE	AN	BN	TCANE	AN	BN	TCANE	AN	BN	TCANE
SES	-,451(*)	-,670(**)	-0,189	,476(**)	,653(**)	0,299	-,401(*)	-,527(*)	-0,102	-0,172	-,678(**)	0,142	-0,309	-,675(**)	-0,127	-0,02	0,049	-0,111
SOM	,435(*)	,562(*)	0,335	-0,305	-,515(*)	-0,387	,429(**)	,534(*)	-0,081	0,155	0,181	-0,284	0,239	,567(**)	-0,149	-0,11	-0,24	0,173
OBS	0,358	,793(**)	0,445	-0,149	-,636(**)	-0,286	,483(**)	,477(*)	-0,005	0,243	0,31	-0,228	0,248	,665(**)	-0,294	-0,29	-0,33	-0,395
INT	,544(**)	,679(**)	,565(*)	-,407(*)	-,684(**)	-0,23	,568(**)	,547(*)	0,16	0,32	,470(*)	-0,144	0,259	,629(**)	-0,047	-0,07	-0,2	-0,316
DEP	0,342	,744(**)	,612(*)	-0,26	-,714(**)	-0,509	,463(**)	,578(**)	0,199	0,257	0,375	-0,036	0,155	,671(**)	0,009	-0,1	-0,19	-0,468
ANS	0,366	,667(**)	,560(*)	-0,241	-,527(*)	-0,349	,521(**)	0,419	0,201	0,245	0,327	-0,369	0,25	,542(*)	-0,106	-0,2	-0,3	-0,411
HOS	0,301	0,372	,724(**)	-0,327	-,648(**)	-,565(*)	,408(**)	,475(*)	0,244	0,243	0,25	-0,011	0,045	,557(*)	-0,017	-0,07	-0,08	-0,439
FOB	0,273	0,501	0,327	-0,182	-0,469	-0,078	,470(**)	0,412	0,104	,422(**)	0,358	-0,308	0,118	,523(*)	-0,137	-0,11	-0,25	-,523(*)
PAR	0,366	,584(*)	,522(*)	-0,282	-0,409	-,598(*)	,493(**)	0,381	0,157	,356(*)	0,34	-0,231	0,172	,507(*)	0,373	-0,07	-0,06	-0,041
PSI	,379(*)	,594(*)	,570(*)	-0,254	-,586(*)	-0,284	,483(**)	0,389	0,114	0,258	0,361	-0,225	0,15	,645(**)	-0,073	-0,06	-0,28	-0,387
GSI	,474(**)	,750(**)	0,324	-,336(*)	-,693(**)	-0,295	,590(**)	,547(*)	-0,076	0,301	0,348	-0,299	0,273	,689(**)	-0,317	-0,16	-0,27	-0,28
PST	,409(*)	,577(*)	,589(*)	-0,319	-0,491	-0,445	,576(**)	0,399	0,237	0,296	0,206	-0,136	0,275	,560(*)	-0,004	-0,1	-0,2	-0,41
PSDI	,438(*)	,668(**)	0,443	-0,246	-,662(**)	-0,166	,473(**)	,679(**)	-0,144	0,176	0,364	-0,122	0,19	,597(**)	-0,349	-0,24	-0,07	-0,275
BDI	,425(*)	,685(**)	0,353	-0,2	-,622(*)	-,553(*)	,577(**)	0,437	0,19	0,263	0,337	-0,159	0,3	,693(**)	0,346	0,016	-0,35	-0,409
STAIE	0,314	,657(**)	,655(**)	-0,076	-,593(*)	-0,26	,418(**)	,538(*)	0,273	0,235	0,159	0,348	0,224	,523(*)	-0,068	-0,12	-0,14	-0,489
STAIR	,393(*)	,711(**)	0,478	-0,211	-,719(**)	-0,501	,564(**)	,473(*)	0,496	0,249	,502(*)	0,137	,330(*)	,716(**)	0,212	-0,07	-0,37	-,556(*)

ANS: Ansiedad; BAS: Apreciación corporal; BDI: Depresión de Beck; BIQLI: Calidad de vida relacionada con la IC; BSQ: Forma corporal; DEP: Depresión; EDIB: Síntomas bulímicos; EDIBD: Insatisfacción corporal; EDIDT: Deseo de delgadez; FOB: Ansiedad fóbica; GSI: Índice de severidad global; HOS: Hostilidad; INT: Sensibilidad interpersonal; OBS: Obsesión-compulsión; PAR: Ideación paranoide; PSDI: Índice de distrés de síntomas positivos; PSI: Psicoticismo; PST: Total de síntomas positivos; SES: Autoestima; SOM: Somatización; STAIE: Ansiedad estado; STAIR: Ansiedad rasgo.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 5. Variables específicamente relacionadas con los TCA. Número de correlaciones significativas de la Tabla 4

	Número de Correlaciones significativas p<0,05				% correlaciones significativas		
	AN	BN	TCANE	Total	AN	BN	TCANE
BSQ	9	14	8	31	56,25%	87,50%	50,00%
BAS	3	13	3	19	18,75%	81,25%	18,75%
EDIDT	16	10	0	26	100,00%	62,50%	0,00%
EDIB	2	3	0	5	12,50%	18,75%	0,00%
EDIBD	1	16	0	17	6,25%	100,00%	0,00%
BIQLI	0	0	2	2	0,00%	0,00%	12,50%
Total	31	56	13	100			

BAS: Apreciación corporal; BIQLI: Calidad de vida relacionada con la IC; BSQ: Forma corporal; EDIB: Síntomas bulímicos; EDIBD: Insatisfacción corporal; EDIDT: Deseo de delgadez;

La Tabla 6, contiene las correlaciones significativas para $p < 0,01$, y aporta una visión gráfica, muy sencilla de interpretar, sobre las diferencias más significativas entre los distintos grupos.

Tabla 6. Tabla simplificada de la comparativa del análisis de correlaciones (ρ) en los distintos grupos de TCA para ($p < 0,01$)

	BSQ			BAS			EDIDT			EDIB			EDIBD			BIQLI		
	AN	BN	TCANE	AN	BN	TCANE	AN	BN	TCANE	AN	BN	TCANE	AN	BN	TCANE	AN	BN	TCANE
SES		(-,**)		(+,**)	(+,**)			(-,**)			(-,**)			(-,**)				
SOM							(+,**)							(+,**)				
OBS		(+,**)			(-,**)		(+,**)							(+,**)				
INT	(+,**)	(+,**)			(-,**)		(+,**)							(+,**)				
DEP		(+,**)			(-,**)		(+,**)	(+,**)						(+,**)				
ANS		(+,**)					(+,**)											
HOS			(+,**)		(-,**)		(+,**)											
FOB							(+,**)			(+,**)								
PAR							(+,**)			(+,**)								
PSI							(+,**)							(+,**)				
GSI	(+,**)	(+,**)			(-,**)		(+,**)							(+,**)				
PST							(+,**)											
PSDI		(+,**)			(-,**)		(+,**)	(+,**)						(+,**)				
BDI		(+,**)					(+,**)							(+,**)				
STAIE		(+,**)	(+,**)				(+,**)											
STAIR		(+,**)			(-,**)		(+,**)							(+,**)				

ANS: Ansiedad; BAS: Apreciación corporal; BDI: Depresión de Beck; BIQLI: Calidad de vida relacionada con la IC; BSQ: Forma corporal; DEP: Depresión; EDIB: Síntomas bulímicos; EDIBD: Insatisfacción corporal; EDIDT: Deseo de delgadez; FOB: Ansiedad fóbica; GSI: Índice de severidad global; HOS: Hostilidad; INT: Sensibilidad interpersonal; OBS: Obsesión-compulsión; PAR: Ideación paranoide; PSDI: Índice de distrés de síntomas positivos; PSI: Psicoticismo; PST: Total de síntomas positivos; SES: Autoestima; SOM: Somatización; STAIE: Ansiedad estado; STAIR: Ansiedad rasgo.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de la comparación de medias entre grupos, revelaron que no hay diferencias en general, salvo para las variables de BSQ (forma corporal), EDIDT (deseo de delgadez) y EDIB (síntomas bulímicos) que mostraron en el grupo de BN puntuaciones medias significativamente mayores respecto al grupo de AN. El algoritmo utilizado para estimar la intensidad de la sintomatología asociada mostró que el grupo de BN obtuvo mayor intensidad de sintomatología (83,2) que el grupo de AN (13,7).

La AN purgativa presenta mayor alteración o psicopatología que la AN restrictiva, de forma análoga, la BN subtipo purgativo presenta mayor psicopatología que la BN subtipo no purgativo. La AN subtipo purgativo, tienen más en común con la BN, que la AN subtipo purgativo y la AN subtipo restrictivo entre sí.¹² No obstante, pese a las diferencias existentes entre la AN y la BN antes comentadas, ambas siguen compartiendo muchos síntomas. Estas dos circunstancias, por un lado que los distintos grupos TCA comparten un importante número de factores psicológicos y psicopatológicos, y por otro que la presencia del factor de comportamiento purgativo/restrictivo no ha sido controlada, podrían explicar el limitado número de variables que obtuvieron diferencias de medias significativas entre grupos en nuestro estudio.

Por lo tanto, nuestros datos parecen apoyar la hipótesis primera, el grupo de BN presentó más intensidad de sintomatología asociada que el grupo de AN, aunque las variables con diferencias estadísticamente significativas entre grupos han sido limitadas (3 de las 22 variables, 13,64%).

Los estudios de correlaciones de las variables específicamente relacionadas con los TCA y el resto de variables generales, que se detallan en las Tabla 4, Tabla 5 y Tabla 6, muestran diferencias entre grupos.

Las variables síntomas bulímicos del EDI-2 (EDIB) y calidad de vida relacionada con la IC (BIQLI) mostraron muy pocas correlaciones significativas con las variables de sintomatología general (5 y 2 respectivamente). Este comportamiento se puede explicar por la especificidad de la medición de EDIB (centrada en sintomatología bulímica), y porque en los distintos grupos (AN-BN-TCANE) coexisten pacientes con comportamientos purgativos y restrictivos en proporciones desconocidas en esta muestra. Esta proporción desconocida de pacientes con comportamiento purgativo en los distintos grupos de TCA pueden ser la causa del singular comportamiento correlacional presentado por EDIB. Las puntuaciones de BIQLI en los grupos de AN y BN no mostraron ninguna correlación significativa, comportamiento que puede estar relacionado con el formato de escala de puntuación del instrumento (escala bipolar). Dicho formato provoca un comportamiento de la variable BIQLI análogo al de una variable categorial (negativo, neutro, positivo), al realizar el análisis de correlaciones de variables numéricas con variables que se comportan como categoriales pueden aparecer problemas de inconsistencia estadística. En la validación del cuestionario en la población española, la calidad de vida relacionada con CI (BIQLI) correlacionó significativamente con autoestima (SES), sensibilidad interpersonal (INT) y el índice de severidad global de SCL-90-R (GSI) pero sólo en la muestra de mujeres.²³

Respecto a las otras variables relacionadas con IC, y más concretamente la insatisfacción corporal (EDIBD), un estudio reciente considera la insatisfacción corporal como una de las características nucleares de los TCA, actuando como un factor predisponente, desencadenante y perpetuante, que influye significativamente en el pronóstico y curso del tratamiento.²⁴ Otros estudios han encontrado correlaciones significativas y positivas entre la insatisfacción corporal y la depresión, los sujetos que mostraron altos niveles de síntomas depresivos percibieron fuertes influencias de los medios y de los compañeros sobre la IC.²⁵ También se han encontrado correlaciones significativas y negativas entre la insatisfacción corporal y la autoestima, los resultados muestran que la insatisfacción corporal reduce la autoestima.^{26,27}

Estudios donde se compara la insatisfacción corporal en los distintos tipos de TCA, informan que los bulímicos reportaron más insatisfacción con la imagen corporal que los anoréxicos.^{28,29}

En nuestro estudio, el grupo de BN presentó el mayor número de correlaciones (56), seguido de AN (31) y TCANE (11). El grupo de grupo de BN presentó alto porcentaje de correlaciones significativas en las variables BSQ (87,50%), BAS (81,25%) y EDIBD (100%), estos datos parecen indicar que los factores de forma corporal, apreciación corporal e insatisfacción corporal, pueden estar muy relacionados con los pacientes bulímicos, de forma que puntuaciones altas en BSQ y EDIBD, o más bajas en BAS se relacionan con niveles más altos de sintomatología asociada. El grupo de AN presentó en la variable EDIDT correlaciones significativas con todas las variables de sintomatología general, esto hace pensar que el deseo de delgadez puede ser una característica nuclear de los pacientes anoréxicos, de forma que en los pacientes anoréxicos con puntuaciones altas en deseo de adelgazar se relacionan con mayor sintomatología asociada. El grupo TCANE presentó en general un menor número de correlaciones significativas.

Por lo tanto en lo que se refiere a la segunda hipótesis, los resultados parecen apoyar que las correlaciones entre las variables específicamente relacionadas con los TCA y el resto de variables, muestran diferencias entre grupos.

No se analizaron diferencias de género dada la baja presencia de participantes masculinos (sólo 7 casos).

Siguiendo las recomendaciones de la guía de tratamientos psicológicos eficaces para investigaciones futuras de TCA, profundizar en el mejor conocimiento de las variables o factores psicológicos y psicopatológicos asociado a cada tipo de TCA, permitirán: identificar las características de los pacientes que respondan mejor a una u otra intervención; identificar los factores implicados en la no adherencia y en las recaídas; establecer criterios únicos y universales para valorar la recuperación y determinar la eficacia de las intervenciones.³⁰

El presente estudio aporta información que puede ser de utilidad tanto en el diseño de planes de prevención como en la programación de las intervenciones, al identificar factores nucleares propios de cada tipo de TCA. Así mismo, el estudio de las variables psicopatológicas asociadas a los TCA permite el estudio de la eficacia de los tratamientos y, por lo tanto, conocer mejor los factores vinculados al pronóstico.

Entre las limitaciones de este estudio, de cara a futuras investigaciones, cabe destacar que sería de interés ampliar el tamaño de la muestra, incrementar la participación de varones para poder comprobar diferencias de género, recopilar datos sobre comportamiento restrictivos y purgativos en los distintos grupos (AN-BN-TCANE), así como realizar seguimiento de los valores de las variables en distintas etapas del tratamiento, con objeto de poder identificar factores asociados a la adherencia terapéutica, recaídas y eficacia de las intervenciones.

De todo lo anterior se puede concluir:

- La forma corporal y las subescalas del inventario de TCA (EDI-2) mostraron diferencias significativas entre los grupos de AN, BN y TCANE.
- Los pacientes bulímicos presentaron más intensidad de sintomatología asociada que los pacientes anoréxicos.
- El deseo delgadez es un aspecto nuclear de la AN.
- La insatisfacción corporal parece ser el aspecto más relevante en la BN.
- La importancia de la forma corporal presentó el mayor número de correlaciones y una distribución entre grupos bastante homogénea, por lo que parece comportarse como un factor común entre los grupos y estar en la base de todos los TCA.

FINANCIACIÓN

Sin financiación.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el apoyo de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto de Ciencias de la Conducta de Sevilla que facilitó los medios para la realización de este trabajo.

CONFLICTOS DE INTERES

Sin conflicto de interés.

Referencias

1. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Joyce PR. Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;96(2):101-7.
2. Fernández-Aranda F, Pinheiro AP, Tozzi F, LaVia M, Thornton LM, Plotnicov KH, et al. Symptom profile of major depressive disorder in women with eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry.* 2007;41(1):24-31.
3. Álvarez-Moya EM, Jiménez-Murcia S, Granero R, Vallejo J, Krug I, Bulik CM, et al. Comparison of personality risk factors in bulimia nervosa and pathological gambling. *Compr Psychiatry.* 2007;48(5):452-7.
4. Anderluh MB, Tchanturia K, Rabe-Hesketh S, Treasure J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. *Am J Psychiatry.* 2003;160(2):242-7.
5. Fernández-Aranda F, Pinheiro AP, Thornton LM, Berrettini WH, Crow S, Fichter MM, et al. Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Res.* 2008;157(1):147-57.

6. Bay LB, Rausch-Herscovici C, Kovalskys I, Berner E, Orellana L, Bergesio A. Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. *Arch Argent Pediatr*. 2005;103(4):305-16.
7. Roberts M E, Tchanturia K, Stahl D, Southgate L, Treasure J. A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychol Med*. 2007 Aug;37(08):1075-84.
8. Johnson JG, Cohen P, Kotler L, Kasen S, Brook JS. Psychiatric disorders associated with risk for the development of eating disorders during adolescence and early adulthood. *J Consul Clin Psychol*. 2002 Oct;70(5):1119-28.
9. Perpiñá C. Trastornos alimentarios: Anorexia y Bulimia. Madrid. España: Klinik; 2001.
10. Beumont PJV. The clinical presentation of anorexia nervosa and bulimia nervosa. En K.D. Brownell y C.G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press; 1995.
11. Willmuth ME, Leitenberg H, Rosen J, Cado S. A comparison of purging and non purging normal weight bulimics. *Int J Eat Disord*. 1988;7: 825-35.
12. Garfinkel PE. Classification and diagnosis of eating disorders. En C.G. Fairburn y K.D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity (2ª ed.)*. New York: Guilford University Press; 2002.
13. Cash TF. Body-image attitudes: Evaluation, investment, and affect. *Percept Mot Skills*. 1994;78(3c):1168-70.
14. Cash TF (2002). Cognitive-behavioral perspectives on body image. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. 2002:38-46.
15. American Psychiatric Association. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub; 2014.
16. Morejón AJV, García-Bóveda RJ, Jiménez RVM. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apunt Psicol*. 2004;22(2):247-55.
17. GodnzálezdeRivera JL, Derogatis LR, DelasCuevas C., Gracia-Marco R, Rodríguez-Pulido F, Henry-Benítez M. The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population. *Towson: Clinical Psychometric Research*; 1989.
18. López VC, Valverde JIF. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Valladolid, Spain: Departamento de psicología médica y de psiquiatría del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina; 1984.
19. Seisdodos N. STAI: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo [State-Trait Anxiety Inventory]. Madrid, Spain: TEA Ediciones; 1982.
20. Raich RM, Mora MS, Soler AA, Avila C, Clos I, Zapater L. "Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal". *Clínica y Salud*. 1996;7(1):51-66.
21. Jáuregui-Lobera I, Bolaños-Ríos P. Spanish version of the Body Appreciation Scale (BAS) for adolescents. *Span J Psychol*. 2011;14(01):411-20.
22. Garner DM. EDI 2: inventario de trastornos de la conducta alimentaria: manual. Tea ediciones; 1998.
23. Jáuregui-Lobera I, Bolaños-Ríos P. Body image and quality of life in a Spanish population. *Int J Gen Med*. 2011;4:63-72.
24. Behar R, Gramegna G, Arancibia M. Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2014;52(2):103-14.
25. Rodgers RF, Paxton S J, Chabrol H. Depression as a moderator of sociocultural influences on eating disorder symptoms in adolescent females and males. *J Youth Adolesc*. 2010;39(4):393-402.
26. Amaya-Hernández A, Álvarez-Rayón GL, Mancilla-Díaz JM. Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: Una revisión. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2010;1(1):79-89.
27. Mancilla-Medina A, Vázquez-Arévalo R, Mancilla-Díaz JM, Amaya-Hernández A, Álvarez-Rayón G. Insatisfacción corporal en niños y preadolescentes: Una revisión sistemática. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2012;3(1):62-79.
28. Cash TF, Deagle EA. The nature and extent of body-image disturbances in norexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 1997;22(2):107-26.
29. Ruuska J, Kaltiala-Heino R, Rantanen P, Koivisto AM. Are there differences in the attitudinal body image between adolescent anorexia nervosa and bulimia nervosa?. *Eat Weight Disord - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2005;10(2):98-106.
30. Saldaña C. Guía de tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. Coord. por Pérez-Álvarez M, Fernández-Rodríguez C, Amigo-Vázquez I, Fernández-Hermida JR. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces, Vol. 1*. España: Ediciones Pirámide; (2003). p. 141-60.