

La imagen corporal en los trastornos alimentarios

Alberto Espina, María Asunción Ortego, Íñigo Ochoa de Alda, Félix Yenes y Amagoia Alemán
Universidad del País Vasco

Estudiar las diferencias en la insatisfacción con la imagen corporal entre mujeres que presentan un trastorno alimentario (TA) con un grupo control. *Método:* una muestra de 145 mujeres que presentaban un TA según criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) –36 con anorexia nerviosa restrictiva (ANR), 30 con anorexia nerviosa bulímica (ANB) y 79 con bulimia nerviosa (BN)– complementada con un grupo «control» (n = 65) de similares características sociodemográficas fue evaluada con el Body Shape Questionnaire (BSQ), la escala de insatisfacción corporal del Eating Disorder Inventor y el Eating Attitude Test (EAT). *Resultados:* Controlando el índice de masa corporal, las mujeres con TA presentan una insatisfacción con la imagen corporal significativamente mayor que el grupo control, pero no hallamos diferencias significativas entre los diferentes TA, excepto en algunos ítems del BSQ y de la escala de insatisfacción corporal del EDI. *Discusión:* nuestros resultados confirman estudios anteriores al resaltar la insatisfacción con la imagen corporal en los TA y la necesidad de incidir terapéuticamente en ese nivel.

Body shape in eating disorders. To study the differences in body image dissatisfaction among women with eating disorders (ED) and a control group. *Method:* 145 women with (ED) –according to criteria from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV edition, (American Psychiatric Association, 1994)– (36 with restrictive anorexia nervosa (ANR), 30 with bulimic anorexia nervosa (ANB) and 79 with bulimia nervosa (BN), and a control group (n= 65) with similar sociodemographic characteristics were evaluated with the Body Shape Questionnaire (BSQ), the body dissatisfaction scale of the Eating Disorder Inventor (EDI) and the Eating Attitude Test (EAT). *Results:* Controlling body mass index, women with ED present a higher body image dissatisfaction than controls, but we do not find significant differences between ED groups, except in some items of the BSQ and EDI subscale. *Discussion:* our results confirm previous studies by standing out the body image dissatisfaction in the ED and the need to intervene therapeutically at that level.

Según Gardner (1996) la imagen corporal incluye dos componentes: uno perceptivo que hace referencia a la estimación del tamaño y apariencia y otro actitudinal que recoge los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. El trastorno de la imagen corporal incluye aspectos perceptivos, afectivos y cognitivos y se define como una preocupación exagerada por algún defecto imaginario o sobreestimado de la apariencia física. Lo cual lleva a devaluar la apariencia, a preocuparse en exceso por la opinión de los demás y a pensar que no se vale, ni se puede ser querido debido a la apariencia física; por ello las personas con trastornos de la imagen corporal ocultarán su cuerpo, lo someterán a dietas y ejercicio y evitarán las relaciones sociales. Garner y Garfinkel (1981) señalan que las alteraciones de la imagen corporal incluyen dos aspectos relacionados: distorsión perceptiva de la talla que conlleva una sobreestimación de partes del cuerpo y la alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura.

La preocupación por el peso en la población femenina no 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 tendrán un trastorno de la imagen corporal. Cash y Henry (1995) encontraron que un 48% de mujeres adultas evaluaban negativamente su apariencia, un 63% estaban insatisfechas con su peso y un 49% estaban preocupadas con el sobrepeso. La distorsión de la talla corporal solo es un síntoma del trastorno corporal que es un problema multidimensional en el que confluyen alteraciones perceptivas, actitudinales y conductuales (Garfinkel y Garner, 1982; Cash y Brown, 1987).

La magnitud de la disparidad entre autopercepción del físico y las ideas internalizadas sobre el mismo están asociadas a la insatisfacción corporal y a los trastornos alimentarios (TA) (Jacobi y Cash, 1994; Strauman y Glemberg, 1994; Cash y Szymanski, 1995). Bruch (1962) destacó que en los pacientes con trastornos alimentarios la percepción que tienen sobre su cuerpo y la realidad no concuerdan. Para Hutchinson (1982) las distorsiones en la percepción de la talla son efímeras y por ello no deben ser un criterio en los trastornos alimentarios, mientras que Cash y Brown (1987) y Cooper y Taylor (1988) encontraron una sobreestimación de la talla en pacientes con TA, especialmente con BN, aunque también

se daba, en menor medida, en el grupo control, lo cual es atribuido por Rodin, Silberstein and Striegel-Moore (1985) al peso de la cultura.

Los pacientes con TA tienen mayores discrepancias en el self ideal que los controles y ponen excesivo énfasis en el peso y apariencia para autoevaluarse (Cash y Deagle, 1997). Para estos autores los trastornos de la imagen corporal en los TA deben ser entendidos como prejuicios en el procesamiento de la información, en la atención, memoria, e interpretación selectiva o juicio. La sobreestimación de la talla corporal reflejaría un prejuicio cognitivo, más que perceptivo.

Las distorsiones de la imagen corporal juegan un papel muy importante en los TA y una negativa imagen corporal suele ir asociada a baja autoestima (Cash y Green, 1986; Fairburn y Garner, 1986; Garner, Garfinkel, Rockert y Olmsted, 1987). En un meta-análisis de 66 estudios sobre percepción y actitud hacia la imagen corporal en TA comparado con grupo control, Cash y Deagle (1997) concluyen que las pacientes con anorexia (AN) y bulimia (BN) tienen mayor insatisfacción corporal y distorsión perceptiva sobre corpotala que las mujeres sin TA. Las anoréxicas y bulímicas no difieren en su distorsión perceptiva, pero en las actitudes hacia la imagen corporal, las pacientes con BN presentan mayor insatisfacción en la apariencia global y el peso-figura, lo cual puede ser debido a que las anoréxicas con bajo peso encuentran su cuerpo más cercano a su ideal. Los autores atribuyen la distorsión en la talla en las pacientes con TA a un déficit sensorio-perceptivo. Sepúlveda, Botella y León (2001) en su meta-análisis sobre 83 estudios sobre la alteración de la imagen corporal en los TA señalan la importancia de las actitudes y sentimientos hacia el propio cuerpo. Confirmando que la insatisfacción es superior en los TA frente a los controles, especialmente en la BN y destacan que la insatisfacción con el cuerpo es más específica de los TA que la alteración de la percepción de la silueta corporal. Garner, Garner y Van Egeren (1992) señalan la importancia de controlar el índice de masa corporal (IMC) a la hora de comparar la insatisfacción corporal en diferentes grupos y, a nivel terapéutico, Fairburn, Jones, Peveler, Hope y O'Connor (1993) y Rosen (1992) destacan que el trastorno de la imagen corporal juega un papel importante en el mantenimiento y pronóstico de los TA y la ausencia de cambios en ese nivel constituye un riesgo de recaída. En España se han realizado varios estudios sobre el tema utilizando instrumentos semejantes a los utilizados por nosotros (Raich, Mora, Soler, Avila, Clos, y Zapater, 1996; Rodríguez, 1997; Fernández y Turón, 1998; Toledo et al., 1999).

El objetivo de este trabajo es estudiar los aspectos actitudinales hacia la imagen corporal en mujeres con TA comparado con un grupo control.

Método

Muestra

La muestra fue accidental y estaba compuesta por 145 mujeres con un trastorno alimentario derivadas de la Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia de Euskadi (ACABE). Los criterios de selección de la muestra fueron los siguientes: diagnóstico del trastorno alimentario según la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994), edad 14-33 años y un mínimo de 6 meses de enfermedad. Los criterios de exclusión fueron el estar recibiendo tratamiento psicoterapéutico y/o requerir ingreso hospitalario. Como resultado se obtienen los siguientes grupos: El 24,8% (N = 36) mujeres presentaban anorexia nerviosa restrictiva (ANR), un 20,6 % (N = 30) con anorexia nerviosa subtipo bulímico (ANB) y el 54,5 % (N = 79) con bulimia nerviosa (BN). De forma paralela y también con muestreo accidental se recogieron datos de mujeres de la población general como grupo control que fue homogéneo con el grupo experimental teniendo en cuenta las características sociodemográficas de sexo, edad, medio y estudios. Dicho grupo estaba formado por 65 mujeres excluyendo a profesionales y estudiantes de psicología y ciencias de la salud. Los criterios de selección fueron que no tuvieran conductas purgativas, atracones o dietas y que puntuaran menos de 6 en el Goldberg Health Questionnaire-28 (Goldberg y Hillier, 1979) y menos de 30 en el Eating Attitudes Test (Garner y Garfinkel, 1979). Las características de la muestra son descritas en la tabla 1.

Variables e Instrumentos

Se recogieron algunas variables sociodemográficas como la edad actual del paciente y la edad de comienzo de la enfermedad, la zona de residencia (Rural-urbana), los estudios realizados, el tipo de profesión y el índice de masa corporal (peso en kgs/altura en metros al cuadrado) (IMC) clasificado en 4 categorías: normal (20-25), peso bajo (<19,9; >17), severo infrapeso (< 17) y sobrepeso (> 25). Los instrumentos utilizados fueron:

	ANOREXIA NERVIOSA RESTRICTIVA N = 36		ANOREXIA BULÍMICA N = 30		BULIMIA NERVIOSA N = 79		GRUPO CONTROL N = 65	
	Media	D. t.	Media	D. t.	Media	D. t.	Media	D. t.
EDAD	21,8	6,76	20,53	4,56	22,92	5,41	21,29	6,25
Edad de Inicio de Enfermedad	16,47	3,03	16,93	3,69	18,19	4,28		
IMC	16,99	1,14	17,00	1,02	22,28	3,42	21,92	2,17
BSQ	129,72	32,12	136,6	25,29	136,3	32,95	71,05	17,26
InC (EDI-2)	17	7,29	17,17	6,18	18,34	6,98	8,98	5,85
EAT	61,53	16,18	59,70	14,84	51,14	14,37	9,55	6,43

IMC = Índice de Masa Corporal; BSQ = Body Shape Questionnaire; EAT = Eating Attitude Test. Inc (EDI-2) = escala de insatisfacción corporal del eating disorders inventory-2.

– Eating Attitudes Test (EAT) (Garner y Garfinkel, 1979) prueba autoaplicada de 40 ítems que evalúa las actitudes, sensaciones y preocupaciones en relación con la comida, peso y ejercicio. El punto de corte utilizado es 30.

– Body Shape Questionnaire (BSQ) (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987). Cuestionario autoaplicado, consta de 34 ítems. Sirve para evaluar el miedo a engordar, los sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia, el deseo de perder peso y la insatisfacción corporal. Siguiendo a Cooper y Taylor (1988), hemos clasificado las puntuaciones en 4 categorías: no preocupada por la IC <81, leve preocupación = 81-110, moderada = 111-140, extrema >140.

– Escala de insatisfacción corporal (InC) del Eating Disorder Inventor-2 (EDI-2) (Garner, 1998). Consta de 9 ítems. No hemos utilizado punto de corte en esta escala.

– Goldberg Health Questionnaire (GHQ-28) (Goldberg y Hillier, 1979).

Cuestionario autoaplicado de 28 ítems, sirve para evaluar el estado general de salud mental. El punto de corte utilizado es 6.

Procedimiento

Evaluación

Las pacientes fueron evaluadas consecutivamente, según nos las enviaban de ACABE. Cuatro psicólogas entrenadas en la evaluación de trastornos alimentarios realizaron entrevistas clínicas con las pacientes para recoger información sobre la historia de la enfermedad, peso y altura, aplicar las escalas de síntomas y realizar el diagnóstico según criterios DSM-IV (APA, 1994). A los padres se les recogió información sobre variables sociodemográficas, clínicas e historia de la enfermedad.

El grupo control fue obtenido con características sociodemográficas análogas al grupo experimental para que fueran grupos homogéneos y fue recogido de la población general.

Los análisis estadísticos empleados han sido la comparación de las medias obtenidas mediante análisis de la varianza de un factor con comparaciones múltiples de tipo Scheffé, análisis de covarianza, t-test y correlaciones de Pearson, mediante el paquete estadístico Statistics Package for Social Sciences (SPSS) V. 9.

En la tabla 2 podemos observar que presentan una preocupación moderada y extrema por la imagen corporal el 69,4% de las anoréxicas restrictivas, el 86,6% de las anoréxicas bulímicas y el 82,5% de las bulímicas, frente a ningún caso del grupo control, aunque el 32,3% de las controles presentan una preocupación leve.

Resultados

La consistencia interna del BSQ, obtenida mediante el coeficiente alfa de Cronbach para el conjunto de la muestra es $\alpha = .97$, igual que el hallado por Mora y Raich (1993) con estudiantes y semejante (.93) al de los autores del instrumento (Cooper et al., 1987). En cuanto al EAT, el coeficiente alfa de Cronbach obtenido, también para el conjunto de la muestra es $\alpha = .94$. El coeficiente alfa de Cronbach obtenido con la escala de insatisfacción corporal del EDI-2 es $\alpha = .90$. La validez convergente fue estudiada correlacionando las puntuaciones totales del BSQ con las del EAT obteniendo una correlación de Pearson de $r = .77$ ($p = .000$) (los autores del cuestionario obtuvieron .61 con estudiantes y .35 con bulímicas y Mora y Raich .71). También correlacionamos el BSQ con la escala de insatisfacción corporal del EDI-2, obteniendo una correlación de $r = .77$ ($p = .000$) [Cooper et al. (1987) obtuvieron .66 con bulímicas y Mora y Raich (1993) .78]. Finalmente al correlacionar el EAT con la escala de insatisfacción corporal del EDI-2 hallamos una $r = .58$ ($p = .000$), Gross, Rosen, Leitenberg y Willmuth (1986) hallaron .50.

Como podemos observar en la tabla 3, existe relación entre las tres pruebas y los grupos, ahora bien, realizando comparaciones múltiples con la prueba de Scheffé, es el grupo control el que realmente manifiesta diferencias significativas respecto de los grupos con T.A, tanto en el BSQ como en la InC (EDI-2). Aunque en el EAT podemos observar, en comparaciones múltiples, que el grupo de bulímicas es diferente a los dos grupos de anorexia, puntuando con medias significativamente menores. Entre BN y ANR ($p = .000$) y entre BN y ANB ($p = .025$). Por otro lado, hallamos diferencias significativas en el IMC al comparar los grupos ANR y ANB con BN y control. Los grupos de anorexia tienen un IMC inferior a los otros grupos ($p = .005$), lo cual es congruente con la clínica.

Al comparar los grupos constituidos por la categoría de IMC (peso normal, bajo, severo infrapeso y sobrepeso) encontramos diferencias significativas entre los grupos (tabla 4). Al realizar comparaciones múltiples con la prueba de Scheffé hallamos que en el BSQ existen diferencias significativas entre el grupo de peso normal comparado con los de peso bajo ($p = .000$), severo infrapeso ($p = .003$) y sobrepeso ($p = .001$), la puntuación más alta es en sobrepeso seguida de severo infrapeso, es decir las mujeres con sobrepeso son la más insatisfechas con su imagen corporal, seguidas de las de severo infrapeso.

Tabla 2
Categorías en la puntuación del Body Shape Questionnaire (BSQ) por grupos

	ANOREXIA NERVIOSA RESTRICTIVA N = 36		ANOREXIA BULÍMICA N = 30		BULIMIA NERVIOSA N = 79		GRUPO CONTROL N = 65	
BSQ total	n	%	n	%	n	%	n	%
<81 (no preocupa)	2	5,6	1	3,3	6	7,6	44	67,7
81-110 (leve)	9	25	3	10	7	8,9	21	32,3
111-140 (moderada)	13	36,1	10	33,3	25	31,6		
>140 (Extrema)	12	33,3	16	53,3	41	51,9		

		N	Media	D.t	gl	F	Sig.
BSQ	ANR	36	129.72	32.12	3	79.333	.000
	ANB	30	136.60	25.59			
	BN	79	136.39	32.95			
	CONTROL	65	71.05	17.26			
	Total	210	115.05	40.47			
EAT	ANR	36	62.53	16.18	3	199.297	.000
	ANB	30	59.70	14.84			
	BN	79	51.14	14.37			
	CONTROL	65	9.55	6.43			
	Total	210	41.44	25.30			
InC (EDI-2)	ANR	36	17.00	7.29	3	26.951	.000
	ANB	30	17.17	6.18			
	BN	79	18.34	6.98			
	CONTROL	65	8.98	5.85			
	Total	210	15.05	7.73			

BSQ = Body Shape Questionnaire; EAT = Eating Attitude Test; InC (EDI-2) = Insatisfacción Corporal (Eating Disorders Inventor-2); ANR = anorexia nerviosa restrictiva; ANB = anorexia bulímica; BN = bulimia nerviosa.

		N	Media	D.t	gl	F	Sig.
BSQ	normal >20 - <25	92	98.29	41.71	3	11.544	.000
	peso bajo <19,9 - >17	82	124.65	34.62			
	severo infrapeso <17	18	134.83	26.05			
	sobrepeso >25	18	137.22	39.22			
	Total	210	115.05	40.47			
EAT	normal >20 - <25	92	27.98	24.40	3	26.251	.000
	peso bajo <19,9 - >17	82	52.35	20.90			
	severo infrapeso <17	18	65.22	10.68			
	sobrepeso >25	18	36.78	17.65			
	Total	210	41.44	25.30			
InC (EDI-2)	normal >20 - <25	92	13.03	7.83	3	4.891	.003
	peso bajo <19,9 - >17	82	16.05	7.26			
	severo infrapeso <17	18	16.44	5.95			
	sobrepeso >25	18	19.39	8.42			
	Total	210	15.05	7.73			

BSQ = Body Shape Questionnaire; EAT = Eating Attitude Test; InC (EDI-2) = Insatisfacción Corporal (Eating Disorders Inventor-2).

En la escala de insatisfacción corporal del EDI-2, hallamos más insatisfacción en el grupo de sobrepeso comparado con el de peso normal ($p = .015$), al igual que en el BSQ la puntuación más alta es en sobrepeso seguida de infrapeso. Respecto al EAT, hallamos diferencias significativas entre el grupo de peso normal y los de peso bajo ($p = .000$), e infrapeso ($p = .000$), puntuando más alto los dos últimos, y entre el grupo de severo infrapeso y sobrepeso ($p = .002$), puntuando más alto el grupo de infrapeso.

Para estudiar si el IMC influía en el EAT, BSQ e InC (EDI-2) hemos realizado análisis de covarianza separadamente para cada escala (EAT, BSQ, InC del EDI-2), con el grupo como variable in-

dependiente y el IMC como covariable. Comprobado que el efecto de la interacción entre grupo X covariable es no significativa y tras eliminar el término interacción, el IMC mostró una relación significativa con el EAT ($B = -2.898$, $gl,1$, $p = .000$). Después de ajustar por la covariable IMC, hallamos que existen diferencias significativas en el EAT entre los grupos ANR y BN ($p = .024$) con mayor puntuación en el grupo de ANR y entre los tres grupos de patología frente al control $F(3, 205) = 166.17$, $p = .000$ y el tamaño del efecto = .70; al controlar el IMC desaparece la significación hallada entre los grupos de BN y ANB. En el BSQ e InC (EDI-2) una vez controlado el IMC no encontramos diferencias significativas entre los grupos de patología, pero sí entre ellos y el control:

BSQ $F(3, 205) = 81.881, p = .000$ InC (EDI-2) $F(3, 205) = 29.725, p = .000$. También hemos realizado correlaciones entre BSQ, EAT e InC (EDI-2) con el IMC y encontramos una correlación negativa entre IMC y EAT ($r = -.38, p = .000$). Vemos que al controlar el IMC siguen habiendo diferencia significativas entre los grupos con TA y el control.

Finalmente hemos comparado los grupos en todos los ítems del BSQ y de la escala de insatisfacción corporal del EDI-2 y hemos hallado los siguientes diferencias significativas: entre los grupos ANR y ANB, el grupo ANB puntúa más alto en los siguientes ítems del BSQ: 4 («¿has tenido miedo a engordar?») ($p = .037$), 20 («¿te has sentido acomplejada por tu cuerpo?») ($p = .013$) y 26 («¿has vomitado para sentirte más delgada?») ($p = .003$). Entre los grupos ANR y BN las diferencias significativas son entre los ítems del BSQ: 11 («el hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gorda?»), mayor en ANR ($p = .013$), mientras que los ítems 26 ($p = .000$), 28 («¿te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?») ($p = .031$) y 2 de la escala de insatisfacción corporal del EDI-2 («pienso que mis muslos son demasiado gruesos») ($p = .006$) dan puntuaciones más altas en BN. Finalmente, al comparar los grupos ANB y BN las diferencias significativas halladas son en el ítem 11 del BSQ, mayor puntuación en ANB ($p = .000$) y el 2 de la InC (EDI-2), mayor en BN ($p = .009$).

En resumen las pacientes con ANB tienen más miedo a engordar, están más acomplejadas con el cuerpo y vomitan más que las que padecen ANR y les preocupa más sentirse gordas que a las bulímicas. Las pacientes con ANR tienen más miedo a sentirse gordas que las bulímicas. Las bulímicas están más preocupadas por la celulitis y vomitan más que las anoréxicas restrictivas y comparadas con las pacientes con ANR y ANB, piensan en mayor medida que sus muslos son demasiado gruesos.

Discusión

Comparando las características de nuestra muestra con otros estudios vemos que las medias de las puntuaciones totales del BSQ en el grupo bulimia son prácticamente iguales a las del estudio original (media = 136,9; d.t. 22,5) (Cooper et al., 1987) y al estudio de Fernández y Turón (1998) (media = 138,11; d.t. 3,40) e inferiores a las halladas por Bunnell, Cooper, Hertz y Shenker (1992) (media = 157,2; d.t. 24,7) y Raich et al., (1996) (media = 144,6; d.t. 40,5). En los grupos de anorexia nuestras medias son superiores al estudio de Bunnell et al. (1992) (media = 107,7; d.t. 44,3) y al de Fernández y Turón (1998) (media = 120,65; d.t. 5,30) y semejantes al de Raich et al. (1996) (media = 132,6; d.t. 28,7). En el grupo control nuestras medias son iguales a las del estudio de Cooper et al., (1987) y muy semejantes a las del estudio de Munford, Withehouse y Platts (1991) con estudiantes asiáticas (media = 73,3; d.t. 34,2) y caucásicas (media = 70,5; d.t. 31,6) e inferiores al de Bunnell et al., (1992) (media = 91,8; d.t. 36,2). En el BSQ, los totales de nuestros grupos de bulimia y control se asemejan a los del estudio original y los de anorexia al de Raich et al. (1996).

En cuanto a la escala de insatisfacción corporal del EDI-2 en el grupo bulimia, nuestras medias son superiores a las halladas por Gross et al. (1986) (media = 15,1; d.t. 8,5) y Fernández y Turón (1998) (media = 18,3; d.t. 0,53) e inferiores a las de Williamson Cubic y Gleaves, (1993) (media = 20,6; d.t. 5,6). En el grupo anorexia nuestras medias son superiores a las de Fernández y Turón

(1998) (media = 13,2; d.t. 0,9). Mientras que en el grupo control nuestras medias son semejantes a las de Gross et al. (1986) e inferiores a las de Williamson, et al. (1993). Finalmente, en el EAT nuestras medias del grupo bulimia son iguales a las de Gross et al. (1986) y superiores a las de Williamson et al., (1993) en ambas patologías. En general podemos afirmar que las características de nuestra muestra en las variables EAT, BSQ e InC (EDI-2) son semejantes a otros estudios, lo que favorece la comparación entre los estudios y muestra la validez de los instrumentos en diferentes culturas.

Los resultados comparativos de los totales de las pruebas y los análisis ítem por ítem del BSQ, confirman que los instrumentos utilizados discriminan adecuadamente las patologías. El que puntúan más bajo en el EAT el grupo de BN frente a los de ANR y ANB puede deberse a que ese instrumento tiene más ítems dedicados a los síntomas anoréxicos que a los bulímicos. El dato de que el grupo de anorexia tenga un IMC inferior a los otros dos grupos confirma estudios anteriores (Cash y Deagle, 1997), al igual que el hecho de que la insatisfacción con la imagen corporal es superior en los TA comparados con un grupo control, incluso cuando controlamos el IMC (Sepúlveda et al., 2001). Cooper y Taylor (1988) afirmaron que la insatisfacción con la imagen corporal formaría parte de una baja autovaloración general hallada en estos trastornos. Por otro lado, no hemos hallado diferencias significativas entre los grupos de anorexia y bulimia en las actitudes hacia la imagen corporal, al contrario de lo hallado en los escasos estudios (20% en la revisión de Cash y Deagle, 1997), que comparan ambas patologías, y al efecto significativo del tipo de diagnóstico hallado en el trabajo de Sepúlveda et al. (2001), aunque en nuestro estudio la media es menor en el grupo de anorexia restrictiva lo cual va en la misma dirección que los estudios revisados por estos autores. Otro aspecto a destacar es que en varios estudios no se controla el IMC, lo cual puede dar falsas diferencias entre AN y BN. Cash y Deagle (1997), al observar que el 90% de las bulímicas evaluaban negativamente su cuerpo comparadas con el control, mientras que las anoréxicas lo hacían en el 73% de los casos, sugieren que las anoréxicas con severo infrapeso están más satisfechas con su cuerpo que las bulímicas y por ello puntuarían menos que las bulímicas en el BSQ. En nuestro estudio hallamos una insatisfacción moderada o extrema en el 69,4% de las anoréxicas restrictivas, el 86,6% de las anoréxicas bulímicas y el 82,5% de las bulímicas, el que la diferencia en insatisfacción corporal entre anoréxicas y bulímicas no sea significativa, puede deberse a que nuestra muestra está constituida por pacientes ambulatorias y no hay muchos casos con severo infrapeso. En nuestra muestra, la insatisfacción con la imagen corporal es mayor en las mujeres con sobrepeso, lo cual puede deberse al rechazo social hacia la obesidad. En el segundo lugar, en cuanto a insatisfacción con la imagen corporal, se sitúan las mujeres con severo infrapeso, lo cual puede ser debido a que incluimos al grupo control, en el cual la insatisfacción es menor.

Respecto al grupo control debemos destacar que un 32,3% presentan una insatisfacción leve con su imagen corporal, lo cual puede deberse a factores culturales, entre los que destacan la importancia dada a la apariencia física y la moda de la delgadez, de todas formas ninguna presenta preocupación moderada o extrema y el porcentaje de insatisfacción en nuestro grupo control es inferior al hallado por Cash y Henry (1995).

En resumen podemos confirmar los hallazgos previos de que la insatisfacción corporal es un rasgo característico en las pa-

cientes con TA, pero no hallamos diferencias significativas entre los grupos de TA, excepto en la comparación entre ítems realizada con el BSQ y el InC (EDI-2), entre estas diferencias destaca el que las pacientes con ANB tienen más miedo a engordar y están más acomplejadas con el cuerpo que las pacientes con ANR, lo cual no se debe al IMC, pues en el grupo de ANB es ligeramente superior en el grupo de ANR, quizás este mayor temor juegue un papel en el recurso a las conductas purgativas para controlar el peso.

Finalmente destacar, como han hecho Fairburn et al. (1993), Rosen (1992) y Sepúlveda et al. (2001), la necesidad de intervenir sobre la imagen corporal en los TA.

Agradecimientos

Este estudio ha sido financiado por la Universidad del País Vasco con la beca UPV 006.231-HA152/95.

Referencias

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (IV)*. Washington, DC: Author.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and Conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Bunell, D.W., Cooper, P.J., Hertz, S. & Shenker, I.R. (1992). Body shape concerns among adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 79-83.
- Cash, T.F. & Green, G.K. (1986). Body weight and body image among college women: Perception, cognition and affect. *Journal of Personality Assessment*, 50, 290-301.
- Cash, T.F. & Brown, T.A. (1987). Body image in anorexia nervosa y bulimia nervosa: A review of the literature. *Behavior Modification*, 11, 487-521.
- Cash, T.F. & Szymanski, M.L. (1995). The development and validation of the Body-Image Ideals Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 65, 466-477.
- Cash, T.F. & Henry, P.E. (1995). Women's body images. The results of a national survey in the U.S.A. *Sex roles*, 33, 19-28.
- Cash, T.F. & Deagle, E.A. (1997). The nature and extent of Body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
- Cooper, P.J. & Taylor, M.J. (1988). Body image disturbance in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153(2), 32-36.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. & Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Fairburn, C.G. & Garner, D.M. (1986). The diagnosis of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 403-419.
- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Hope, R.A. & O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Archive of General Psychiatry*, 50, 419-428.
- Fernández, F., Turón, V. (1998). *Trastornos de Alimentación*. Barcelona: Masson.
- Gardner, R.M. (1996). Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. *British Journal of Psychology*, 87, 327-337.
- Garfinkel, P.E. & Garner, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Bruner-Mazel.
- Garner, D.M. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2)*. Madrid: TEA.
- Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. (1981-2). Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 11, 263-284.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Rockert W., & Olmsted, M. P. (1987). A prospective study of eating disorders in the ballet. *Psychotherapy and psychosomatics*, 48, 170-175.
- Garner, D.M., Garner, M.V. & Van Egeren, L.F. (1992). Body dissatisfaction adjusted for weight: The body illusion index. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 263-271.
- Goldberg, D., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Gross, J., Rosen, J.C., Leitenberg, H. & Willmuth, M.E. (1986). Validity of the attitudes test and the eating disorders inventory in bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 875-876.
- Hutchinson, M. G. (1982). Transforming body-image: Your body, friend or foe?. *Women and Therapy*, 1, 59-67.
- Jacobi, L. & Cash, T.F. (1994). In pursuit of the perfect appearance: Discrepancies among self and ideal percept of multiple physical attributes. *Journal of Applied Social Psychology*, 4, 379-396.
- Mora, M. & Raich, R.M. (1993). *Adaptació del bulimia test i BSQ en una mostra universitària*. Comunicació presentada en la VIII Jornada de Teràpia del Comportament i Medicina Conductual en la Pràctica Clínica. Barcelona.
- Munford, D.B., Whitehouse, A.M. & Platts, M. (1991). Sociocultural correlates of eating disorders among Asian schoolgirls in Bradford. *British Journal of Psychiatry*, 158, 222-228.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I. & Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7, 51-66.
- Rodin, J., Silberstein, L.R. & Striegel-Moore, R.H. (1985). Women and weight: A normative discontent. In T.B. Sonderegger (ed.), *Nebraska symposium on motivation: psychology and gender* (pp. 267-307). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Rodríguez, M. C. (1997). Distorsión de la imagen corporal como factor de riesgo para la anorexia nerviosa: un estudio comparativo. *Anales de Psiquiatría*, 13(8), 327-331.
- Rosen, J.C. (1992). Body image disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders. In J.H. Crowther, D.L. Tennenbaum, S.E. Hobfoll, & M.A.P. Stephens (eds.), *The aetiology of bulimia: The individual and familial context* (157-177). Washington D.C.: Hemisphere Publishing Corporation.
- Sepúlveda, A. R., Botella, J. y León J. A. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*, 13(1), 7-16.
- Strauman, T.J. & Glenberg, A.M. (1994). Self-concept and body image disturbance: Which self-beliefs predict body size overestimation?. *Cognitive research and Therapy*, 18, 105-125.
- Toledo, M., Ferrero, J. Capote, J., Roger, L., Sánchez, M., Donet, E. y Tormo, E. (1999). Incidencia de comportamientos anoréxicos y bulímicos en la comunidad valenciana. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 51/52, 38-48.
- Williamson, D.A., Cubic, B.A. & Gleaves, D. H. (1993). Equivalence of body image disturbances in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 177-180.

Aceptado el 9 de abril de 2001