



REVISTA MEXICANA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

MEXICAN JOURNAL OF EATING DISORDERS

<http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/>



ARTÍCULO

Body dissatisfaction, risk behaviors and eating disorders in university students



Rosendo Berengüi*, M. Ángeles Castejón y M. Soledad Torregrasa

Departamento de Educación, Universidad Católica de Murcia, Murcia, España

Recibido el 25 de mayo de 2015; aceptado el 2 de febrero de 2016

Disponibile en Internet el 18 de mayo de 2016

KEYWORDS

Body dissatisfaction;
Eating risk behaviors;
Eating disorders

Abstract Body dissatisfaction implies appreciatory body judgments that are different from real characteristics of individuals' body. One of the most important method to control weight and body shape is to be involved in eating risk behaviours, which includes a great amount of negative and damaging behaviours for the individual. Both factors (body dissatisfaction and eating risk behaviours) constitute key elements in the beginning and development of Eating Disorders (ED). The aim of the present study was to analyse differences in some psychological variables attending to body dissatisfaction and eating risk behaviours informed by a sample of university adults. Using Garner's Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) results point out a higher risk of ED (drive for thinness, body dissatisfaction and bulimia) in those individuals with body dissatisfaction, and also higher scores of low self-esteem, personal alienation, interpersonal insecurity, interoceptive deficits, emotional dysregulation, asceticism and maturity fears. Attending to eating risk behaviours, individuals who informed more risk behaviours showed more risk of ED, low self-esteem, interoceptive deficits, emotional dysregulation, perfectionism and asceticism.

All Rights Reserved © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0.

PALABRAS CLAVE

Insatisfacción corporal;
Conductas de riesgo;
Trastornos de la conducta alimentaria

Insatisfacción corporal, conductas de riesgo y trastornos de la conducta alimentaria en universitarios

Resumen La insatisfacción corporal supone la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que usualmente no coinciden con las características reales del individuo. Uno de los principales métodos para el control del peso y de la figura corporal suele ser la realización de conductas

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rberengui@ucam.edu (R. Berengüi).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

alimentarias de riesgo, una amplia variedad de comportamientos negativos y perjudiciales para el individuo. Ambos constituyen factores clave en el origen y desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA). El objetivo del estudio es analizar las diferencias en una serie de variables psicológicas vinculadas con los TCA respecto a la satisfacción o insatisfacción corporal y las conductas de riesgo adoptadas en una muestra de adultos universitarios. Mediante la aplicación del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-3) de Garner, los resultados indican un mayor riesgo de TCA (obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal) de los sujetos con insatisfacción corporal, y mayores puntuaciones en baja autoestima, alienación personal, inseguridad interpersonal, déficits introceptivos, desajuste emocional, ascetismo y miedo a la madurez. Respecto a las conductas de riesgo, los individuos que presentan mayor número de conductas de riesgo muestran igualmente mayor riesgo de TCA, baja autoestima, déficits introceptivos, desajuste emocional, perfeccionismo y ascetismo.

Derechos Reservados © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0.

Introducción

La conducta alimentaria es el conjunto de acciones que practica un individuo en respuesta a circunstancias biológicas, psicológicas y socioculturales vinculadas con los alimentos (Sámano et al., 2012), pudiendo su alteración conducir a la aparición de conductas de riesgo y trastornos alimentarios y de la ingesta de alimentos.

La sociedad actual promueve la delgadez, en especial de la mujer, como requisito indispensable para la belleza, la aceptación y el éxito, de tal forma que una buena parte de las mujeres que se encuentran en la adolescencia o adultez temprana muestran insatisfacción con su peso y su forma corporal. Esta situación puede desencadenar una serie de comportamientos inadecuados relacionados con la alimentación y el peso, que suponen un riesgo para el desarrollo de algún tipo de trastorno alimentario (Stice, Marti y Durant, 2011).

Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) incluyen un amplio espectro de comportamientos negativos y perjudiciales para el individuo, derivados de las preocupaciones excesivas por el peso y la comida, y todos ellos están dirigidos a controlar o reducir el peso corporal. Entre esas conductas destacan, por ejemplo, los atracones, el seguimiento de dietas crónicas y restrictivas, el abuso de laxantes, diuréticos o anfetaminas, el vómito autoinducido y la práctica de ayunos (Altamirano, Vizmanos y Unikel, 2011; Saucedo, Peña, Fernández, García y Jiménez, 2010).

La investigación confirma que las CAR se vinculan con una serie de consecuencias nocivas para la salud, tales como desnutrición, déficits de nutrientes esenciales o alteraciones fisiológicas de diverso tipo, como osteoporosis, anemia o efectos negativos durante el embarazo (Lora-Cortez y Saucedo, 2006; Resch y Sezendei, 2002). Además de las conductas alimentarias, también ha sido destacado, como uno de los principales comportamientos adoptados para el control y/o reducción del peso, el empleo de ejercicio físico excesivo. A este respecto, estudios previos demuestran que hombres y mujeres practican ejercicio como una medida compensatoria en proporciones similares (Eichen, Conner,

Daly y Fauber, 2012), si bien este comportamiento está más relacionado con ganancia de peso y aumento de la masa muscular en hombres, mientras que en mujeres el principal motivo es la reducción de peso (Anderson y Bulik, 2004).

En cuanto a los trastornos alimentarios, constituyen un trascendente problema de salud pública, pudiendo ser definidos como enfermedades que tienen como características principales un comportamiento distorsionado de la alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal (Staudt y Rojo, 2006), lo que motiva la adopción de estrategias inadecuadas para prevenir el aumento de peso, tales como la actividad física vigorosa y la restricción drástica de la ingesta de alimentos (Herpertz, 2009). Atendiendo a esta definición, parece completamente necesario detectar tempranamente posibles CAR o patrones de ejercicio físico excesivo e intenso en población juvenil, pues resultan factores claramente predisponentes para el desarrollo de un trastorno alimentario.

Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), los trastornos alimentarios y de la ingesta de alimentos incluyen anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastornos de la conducta alimentaria no especificados, pica, rumiación, trastorno por atracón y trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta. Con etiología multifactorial, únicamente pueden entenderse por la interacción de diversos factores biológicos, psicológicos y socioculturales que interactúan entre sí, los cuales son causantes de la predisposición a padecer los trastornos alimentarios, el desarrollo y el mantenimiento de estos (Behar, 2004).

Una de las variables asumidas como de mayor peso y relevancia para comprender el origen y el mantenimiento de las CAR y los trastornos alimentarios es la imagen corporal. Esta constituye la forma en que el individuo representa mentalmente su cuerpo, cómo se percibe, siente y actúa respecto al mismo, no siendo fija ni inamovible, sino que puede variar a lo largo de la vida, adquiriendo especial trascendencia durante la infancia, la adolescencia y la adultez temprana (Raich, 2000; Trejo, Castro, Facio, Mollinedo y Valdez, 2010). La insatisfacción con la imagen corporal se caracteriza por la presencia de juicios valorativos sobre

el cuerpo que no coinciden con las características reales (Sepúlveda, Botella y León, 2001), y es uno de los factores de riesgo básicos para la adopción de CAR, en especial de tipo compensatorio (Saucedo et al., 2010), una variable con consecuencias individuales y sociales relevantes, en cuya formación intervienen —con distinto peso— factores individuales, sociales y culturales, entre los cuales cobran especial relevancia los modelos estéticos corporales (Crowther y Williams, 2011; Cruz, Ávila, Velázquez y Estrella, 2013; Cruzat, Haemmerti y García, 2012). Es pues, además de un criterio diagnóstico, un importante factor en el origen y el mantenimiento de trastornos alimentarios.

En la actualidad la investigación persigue no solo el estudio de cuadros clínicos, sino también los comportamientos alimentarios desajustados y las variables cognitivas asociadas en relación con la percepción de la imagen corporal, con el fin de determinar factores de riesgo y la detección de los sujetos más vulnerables (Lameiras, Calado, Rodríguez y Fernández, 2003).

Por todo ello, el objetivo del presente estudio fue analizar las diferencias en riesgo de trastorno alimentario, y una serie de variables psicológicas vinculadas con los trastornos alimentarios, respecto a la satisfacción o insatisfacción corporal y las CAR adoptadas en una muestra de adultos universitarios. Atendiendo a los resultados de trabajos previos, se espera que los estudiantes que presentan una mayor insatisfacción corporal y CAR manifiesten puntuaciones más altas en riesgo de trastornos alimentarios y las escalas que implican un desajuste psicológico.

Método

Muestra

Se seleccionaron aleatoriamente 6 clases de 3 titulaciones de una universidad de la Región de Murcia, España. El total de alumnos encuestados fue de 279, de los que 15 fueron excluidos por presentar errores u omisiones en sus respuestas. Por tanto, la muestra final se compuso de 264 sujetos adultos: 148 mujeres (56.1%) y 116 hombres (43.9%), con una edad media de 22.62 años ($DE=3.73$) y un rango de edades entre los 18 y 39 años. Previo a la administración del instrumento a los participantes se les preguntó si padecían algún tipo de trastorno alimentario en la actualidad o habían sido diagnosticados previamente, lo cual significaba el criterio de exclusión. Ningún participante afirmó tal condición.

Instrumentos

Se empleó el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-3) de Garner (2004), en la adaptación española de Elosua, López-Jáuregui y Sánchez-Sánchez (2010). El instrumento está compuesto por 91 ítems distribuidos en 12 escalas principales.

Tres son escalas de riesgo específicas de los trastornos alimentarios, y evalúan rasgos considerados de riesgo para la tendencia a padecer una patología alimentaria: obsesión por la delgadez (deseo extremo de estar más delgado, preocupación por la alimentación y por el peso, y un intenso temor a ganar peso), bulimia (predisposición a pensar en llevar a cabo sobreingestas compulsivas de comida y

compensar estos atracones purgándose a través del vómito) e insatisfacción corporal (insatisfacción con la forma general del cuerpo, así como el rechazo del tamaño de zonas específicas del mismo).

Las otras 9 son escalas psicológicas generales vinculadas a los trastornos alimentarios: baja autoestima (autopercepción negativa del sujeto, incluyendo aspectos afectivos relacionados con la inseguridad, insuficiencia, ineficacia, ausencia de valía personal y la incapacidad para alcanzar metas personales), alienación personal (sensación de vacío emocional, deseos de ser otra persona, sentimientos de soledad, falta de control sobre la propia vida e incompreensión), inseguridad interpersonal (aprensión del sujeto para manifestar a los demás sus propios sentimientos y pensamientos), desconfianza interpersonal (sentimientos de desilusión, decepción, desapego y la propensión a sentirse atrapado en las relaciones), déficits introceptivos (dificultad para interpretar y responder a los estados emocionales propios y de los demás), desajuste emocional (inestabilidad emocional, impulsividad, irascibilidad), perfeccionismo (autoimposición por conseguir metas y objetivos excesivamente elevados), ascetismo (tendencia a realizar conductas obsesivas relacionadas con la autodisciplina, la renuncia, la restricción, el autosacrificio y el control de las necesidades corporales como signo de virtuosidad) y miedo a la madurez (sentimientos de inseguridad ante la madurez y deseos de retorno a la infancia).

También proporciona varios índices, uno de ellos específico de los trastornos alimentarios (riesgo de TCA), que se obtiene mediante el sumatorio de las puntuaciones de las 3 escalas específicas de los trastornos alimentarios anteriormente indicadas.

Cada ítem se responde mediante escala tipo Likert, con 6 opciones de respuesta (nunca, casi nunca, a veces, a menudo, casi siempre y siempre) y un rango de puntuación entre 0 y 4. Dependiendo de la direccionalidad de los ítems, las opciones cuya respuesta indica mayor sintomatología se puntúan con el valor 4, y en el sentido opuesto, a las 2 que indican menor sintomatología se les asigna el valor 0.

En relación con la estabilidad, Garner (2004) obtiene coeficientes excelentes en población clínica adolescente y adulta ($r=0.98$ para el índice de riesgo de trastorno alimentario) en estabilidad test-retest. Además, las escalas muestran coeficientes de consistencia interna adecuados (entre $\alpha=0.63$ y $\alpha=0.97$). También se hallaron evidencias de validez de constructo y criterio.

Asimismo se administró un cuestionario elaborado *ad hoc*, a través del cual se obtiene información relativa a datos sociodemográficos, se pregunta si los sujetos afirman satisfacción o insatisfacción con su propio cuerpo (¿Te encuentras satisfecho/a con tu cuerpo y su forma?, con respuesta sí o no), y si en los últimos 6 meses han registrado las CAR más habituales en la población (Elosua et al., 2010), en concreto, vómitos, atracones, empleo de laxantes y práctica de ejercicio físico para el control del peso.

Procedimiento

En un primer momento se contactó con los responsables de las titulaciones objeto de estudio, con el fin de explicar los objetivos del trabajo y solicitar permiso para la recogida

de datos. Una vez obtenido el visto bueno, se procedió a contactar con los diferentes profesores que impartían clase en los cursos y aulas seleccionados, con el fin de solicitar su colaboración para la aplicación de las pruebas. Los cuestionarios fueron contestados de forma anónima y colectivamente en el aula, tras la explicación a los participantes de los objetivos del estudio, la relevancia de su participación y el trato confidencial que recibirían los datos obtenidos. La participación de los estudiantes era voluntaria, pudiendo desistir en cualquier momento y no existiendo ningún tipo de compensación por su participación. Para poder cumplimentar los cuestionarios fue condición necesaria que los estudiantes firmaran un consentimiento de participación en el estudio. Los investigadores estuvieron presentes durante la aplicación de las pruebas, supervisando la correcta cumplimentación de los datos y resolviendo las posibles dudas que pudieran surgir.

Análisis de datos

Con el fin de analizar las diferencias en las escalas psicológicas y el riesgo de trastornos alimentarios con base en la satisfacción corporal y diferentes conductas de riesgo (uso de ejercicio y presencia de atracones) manifestadas por los estudiantes se utilizó la prueba *t* de Student. Asimismo, para identificar las diferencias en estas escalas psicológicas en función del número de CAR en las que participan los estudiantes se utilizó el análisis de varianza (ANOVA), y las comparaciones *post hoc* (Scheffé) permitieron en este caso establecer entre qué grupos se encontraban las diferencias. Para conocer el tamaño o la magnitud de las diferencias encontradas se calculó el tamaño del efecto (*d*) propuesto por Cohen (1988), siendo su interpretación: valores entre 0.20 y 0.50 denotan una magnitud pequeña, entre 0.50 y 0.79, una magnitud moderada, y valores iguales o superiores a 0.80 marcan grandes diferencias.

Para efectuar los análisis se realizan varias divisiones de la muestra. Concretamente, los sujetos son divididos en 2 grupos según satisfacción ($n = 108$) o insatisfacción corporal ($n = 156$), empleo ($n = 138$) o no empleo ($n = 126$) de ejercicio físico con el fin de controlar el peso, y presencia ($n = 154$) o no presencia ($n = 110$) de atracones. También se realiza una agrupación según el número de CAR registradas por los sujetos en los últimos 6 meses (ninguna, una, 2, y 3 o 4).

Resultados

Atendiendo a la satisfacción con su cuerpo, más de la mitad de la población investigada (59.1%) muestran insatisfacción corporal. Asimismo se detecta que el 26.89% de la muestra (71 sujetos) señalan no haber practicado ninguna CAR en los últimos 6 meses, mientras que el 31.06% (82 sujetos) señalan una CAR, el 35.23% (93), 2, y el 6.82% (18 sujetos) confirman haber realizado 3 o 4 CAR.

Entre las CAR analizadas se atendía a: vómitos, empleo de laxantes, atracones y práctica de ejercicio físico para el control del peso. La proporción de estudiantes que manifestó el uso de estas conductas fue: 1.9, 3.8, 58.3 y 52.3%, respectivamente. Dada la baja proporción de sujetos que confirmaron el uso de vómitos y laxantes, no se pudieron establecer comparaciones entre grupos en esas variables.

Entre sujetos satisfechos e insatisfechos con su cuerpo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas hasta en 10 escalas del EDI-3, así como en el índice de riesgo de trastornos alimentarios. En todas ellas los sujetos insatisfechos presentan promedios superiores (tabla 1). Respecto al tamaño del efecto, se observa gran magnitud en obsesión por la delgadez, en insatisfacción corporal y en riesgo de TCA, siendo la magnitud moderada en desajuste emocional.

Respecto al análisis de varianza (ANOVA) realizado para comprobar diferencias en las puntuaciones del EDI-3 dependiendo del número de CAR confirmadas por los sujetos (tabla 2), existen diferencias significativas en hasta 8 escalas y en riesgo de TCA.

En todas las escalas en las que existen diferencias se observa un aumento de los promedios conforme se registran más CAR. Al realizar comparaciones *post hoc*, resultan estadísticamente significativas las diferencias de medias principalmente del grupo de 3 o 4 CAR respecto al resto de grupos. Así, el grupo de 3 o 4 CAR presenta diferencias ($p < 0.01$) en obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, desajuste emocional, perfeccionismo, ascetismo y riesgo de TCA, en comparación con todos los grupos restantes, así como en baja autoestima ($p < 0.05$) y déficits introceptivos ($p < 0.01$) respecto al grupo que no registra CAR.

En la división de la muestra según el empleo del ejercicio físico para el control del peso (tabla 3), los sujetos que hacen uso del mismo para tal fin presentan promedios significativamente superiores ($p < 0.01$) respecto a quienes no practican ejercicio con ese objetivo en obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ascetismo y riesgo de TCA. El tamaño del efecto indica una elevada magnitud en obsesión por la delgadez y riesgo de TCA, siendo moderada en bulimia, insatisfacción corporal y ascetismo.

De igual modo, mediante la división de la muestra según la presencia o no de atracones en los últimos meses (tabla 4), se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.01$) de los sujetos que registran esa conducta en bulimia, insatisfacción corporal, déficits introceptivos, desajuste emocional, ascetismo y riesgo de TCA, así como en miedo a la madurez ($p < 0.05$). Puede observarse una magnitud moderada en esas escalas, a excepción de insatisfacción corporal, donde la magnitud es pequeña.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue analizar las diferencias en una serie de variables psicológicas vinculadas con los trastornos alimentarios respecto a la satisfacción o insatisfacción corporal y las CAR adoptadas en una muestra de adultos universitarios. Atendiendo a los resultados obtenidos en este trabajo resulta posible mantener la hipótesis de partida.

Así, respecto a quienes manifiestan satisfacción con su cuerpo, los sujetos insatisfechos destacan por un mayor riesgo de trastornos alimentarios (puntuaciones superiores en obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal y bulimia), así como por puntuaciones superiores de baja autoestima, alienación personal, inseguridad interpersonal, déficits introceptivos, desajuste emocional, ascetismo y miedo a la madurez. En relación a las CAR, los individuos

Tabla 1 Diferencias en escalas del EDI-3 según insatisfacción o satisfacción corporal

| | Insatisfacción (n = 156) | Satisfacción (n = 108) | t | P | d |
|------|--------------------------|------------------------|--------|-------|-------|
| | M (DE) | M (DE) | | | |
| DT | 10.69 (7.365) | 3.52 (3.928) | 10.242 | 0.001 | 1.173 |
| B | 4.28 (5.345) | 2.24 (3.398) | 3.790 | 0.001 | 0.437 |
| BD | 14.09 (8.670) | 5.00 (5.284) | 10.564 | 0.001 | 1.212 |
| LSE | 3.70 (3.981) | 2.37 (3.342) | 2.842 | 0.005 | 0.355 |
| PA | 4.74 (4.194) | 3.29 (3.010) | 3.083 | 0.002 | 0.385 |
| II | 5.97 (5.058) | 4.76 (4.495) | 2.007 | 0.046 | 0.249 |
| IA | 5.91 (4.390) | 5.04 (3.838) | 1.672 | 0.096 | 0.207 |
| ID | 6.05 (5.619) | 4.60 (4.170) | 2.231 | 0.027 | 0.284 |
| ED | 4.86 (4.039) | 2.93 (2.013) | 3.571 | 0.001 | 0.671 |
| PE | 7.22 (4.278) | 6.57 (4.079) | 1.237 | 0.213 | 0.154 |
| AS | 5.40 (4.049) | 4.19 (3.890) | 2.412 | 0.016 | 0.302 |
| MF | 12.03 (5.507) | 9.92 (4.872) | 3.205 | 0.001 | 0.400 |
| EDCR | 29.06 (17.822) | 10.76 (10.416) | 10.497 | 0.000 | 1.196 |

AS: ascetismo; B: bulimia; BD: insatisfacción corporal; DE: desviación estándar; DT: obsesión por la delgadez; ED: desajuste emocional; EDCR: riesgo de TCA; IA: desconfianza interpersonal; ID: déficits introceptivos; II: inseguridad interpersonal; LSE: baja autoestima; M: media; MF: miedo a la madurez; PA: alienación personal; PE: perfeccionismo.

Tabla 2 Diferencias en escalas del EDI-3 según número de conductas de riesgo

| | 0 CR (n = 71) | 1 CR (n = 82) | 2 CR (n = 93) | 3 o 4 CR (n = 18) | F | P |
|------|---------------|---------------|---------------|-------------------|--------|-------|
| | M (DE) | M (DE) | M (DE) | M (DE) | | |
| DT | 4.58 (4.261) | 7.00 (6.429) | 8.76 (6.825) | 18.56 (6.922) | 24.686 | 0.001 |
| B | 1.27 (2.420) | 3.16 (2.892) | 4.05 (3.663) | 10.22 (6.984) | 22.096 | 0.001 |
| BD | 6.38 (6.357) | 9.62 (8.032) | 11.96 (8.232) | 21.33(10.981) | 18.958 | 0.001 |
| LSE | 2.20 (2.926) | 3.33 (2.916) | 3.30 (3.923) | 5.39 (4.526) | 3.833 | 0.010 |
| PA | 3.42 (2.651) | 4.10 (3.724) | 4.40 (4.329) | 6.00 (3.694) | 2.269 | 0.081 |
| II | 4.62 (4.602) | 6.05 (4.904) | 5.56 (5.066) | 5.83 (4.528) | 1.156 | 0.327 |
| IA | 5.24 (3.826) | 5.49 (4.392) | 5.72 (4.409) | 6.22 (3.574) | 0.340 | 0.797 |
| ID | 3.97 (5.182) | 5.41 (5.128) | 5.94 (5.217) | 9.06 (6.140) | 4.980 | 0.002 |
| ED | 2.46 (3.553) | 4.12 (3.897) | 4.42 (4.150) | 8.33 (5.477) | 9.188 | 0.001 |
| PE | 6.49 (4.420) | 6.82 (3.837) | 6.84 (4.246) | 10.06 (3.718) | 3.717 | 0.012 |
| AS | 3.15 (3.941) | 4.98 (3.668) | 5.23 (3.585) | 9.83 (3.666) | 16.054 | 0.001 |
| MF | 10.18 (4.868) | 12.06 (5.587) | 10.96 (4.885) | 12.00 (7.631) | 1.773 | 0.153 |
| EDCR | 12.23 (11.36) | 19.78 (16.01) | 24.77 (15.67) | 50.11 (21.32) | 31.816 | 0.001 |

AS: ascetismo; B: bulimia; BD: insatisfacción corporal; CR: conductas de riesgo; DE: desviación estándar; DT: obsesión por la delgadez; ED: desajuste emocional; EDCR: riesgo de TCA; IA: desconfianza interpersonal; ID: déficits introceptivos; II: inseguridad interpersonal; LSE: baja autoestima; M: media; MF: miedo a la madurez; PA: alienación personal; PE: perfeccionismo.

que presentan mayor número de ellas muestran asimismo mayor riesgo de TCA, baja autoestima, déficits introceptivos, desajuste emocional, perfeccionismo y ascetismo.

A la vista de estos resultados obtenidos se advierte el peso de las escalas de riesgo de TCA en los diferentes análisis. Tanto obsesión por la delgadez como insatisfacción corporal están estrechamente ligadas a trastornos vinculados al modelo estético corporal vigente (Cruz y Maganto, 2002). Mediante la primera se evalúa el deseo extremo por estar más delgado, preocupación por la alimentación y el peso, y el temor a ganarlo, mientras la insatisfacción corporal expresa el descontento con la forma del cuerpo y el tamaño de determinadas partes del mismo (Elosua et al., 2010; Garner, 2004). Además, elevadas puntuaciones en bulimia señalan la tendencia a atracones o excesos

incontrolados en la ingesta de comida. Esas 3 escalas contribuyen al índice de riesgo de TCA, reflejo del nivel de preocupación por la alimentación y el peso. Existen multitud de evidencias que señalan que los negativos modelos corporales y estéticos actuales han conducido a una sobrealimentación de la delgadez y a una estigmatización de la gordura (Bully, Elosua y López-Jáuregui, 2012; Sámano et al., 2012). La insatisfacción corporal es uno de los factores fundamentales predisponentes para el desarrollo de trastornos alimentarios, además de un criterio diagnóstico e importante factor de mantenimiento.

Un elemento citado comúnmente en el origen de la insatisfacción corporal es la baja autoestima, jugando un papel esencial en el desarrollo y el mantenimiento de los trastornos alimentarios. Niveles inferiores de autoestima se

Tabla 3 Diferencias en escalas del EDI-3 según empleo o no de ejercicio físico para el control del peso

| | Uso de ejercicio (n = 138) | No ejercicio (n = 126) | t | P | d |
|------|----------------------------|------------------------|-------|-------|-------|
| | M (DE) | M (DE) | | | |
| DT | 10.49 (7.278) | 4.76 (4.602) | 7.204 | 0.001 | 0.929 |
| B | 4.53 (3.218) | 2.26 (2.858) | 4.037 | 0.001 | 0.740 |
| BD | 12.93 (9.006) | 7.57 (7.436) | 5.287 | 0.001 | 0.643 |
| LSE | 3.44 (3.949) | 2.84 (3.583) | 1.296 | 0.196 | 0.158 |
| PA | 4.43 (4.112) | 3.85 (3.776) | 1.191 | 0.235 | 0.146 |
| II | 5.58 (4.869) | 5.37 (4.875) | 0.358 | 0.721 | 0.042 |
| IA | 5.58 (4.299) | 5.52 (4.079) | 0.108 | 0.914 | 0.014 |
| ID | 5.88 (5.292) | 4.99 (4.424) | 1.352 | 0.178 | 0.181 |
| ED | 4.50 (4.587) | 3.60 (4.478) | 1.619 | 0.107 | 0.197 |
| PE | 7.21 (4.269) | 6.68 (4.127) | 1.019 | 0.309 | 0.125 |
| AS | 5.70 (3.905) | 4.04 (3.983) | 3.409 | 0.001 | 0.519 |
| MF | 10.88 (5.246) | 11.48 (5.462) | 0.909 | 0.364 | 0.111 |
| EDCR | 27.95 (18.190) | 14.60 (14.185) | 6.682 | 0.001 | 0.811 |

AS: ascetismo; B: bulimia; BD: insatisfacción corporal; DE: desviación estándar; DT: obsesión por la delgadez; ED: desajuste emocional; EDCR: riesgo de TCA; IA: desconfianza interpersonal; ID: déficits introceptivos; II: inseguridad interpersonal; LSE: baja autoestima; M: media; MF: miedo a la madurez; PA: alienación personal; PE: perfeccionismo.

Tabla 4 Diferencias en escalas del EDI-3 según presencia o no de atracones

| | Atracones (n = 154) | Sin atracones (n = 110) | t | P | d |
|------|---------------------|-------------------------|-------|-------|-------|
| | M (DE) | M (DE) | | | |
| DT | 8.44 (7.507) | 6.81 (6.462) | 1.837 | 0.067 | 0.229 |
| B | 4.64 (5.488) | 1.77 (2.698) | 5.610 | 0.001 | 0.730 |
| BD | 11.56 (9.039) | 8.70 (7.947) | 2.668 | 0.008 | 0.331 |
| LSE | 3.50 (3.839) | 2.67 (3.668) | 1.758 | 0.080 | 0.218 |
| PA | 4.49 (3.987) | 3.67 (2.883) | 1.669 | 0.096 | 0.229 |
| II | 5.81 (5.084) | 5.02 (4.521) | 1.298 | 0.195 | 0.162 |
| IA | 5.82 (4.300) | 5.18 (4.014) | 1.219 | 0.224 | 0.152 |
| ID | 6.33 (5.398) | 4.24 (5.092) | 3.182 | 0.002 | 0.495 |
| ED | 4.99 (4.733) | 2.78 (3.952) | 4.113 | 0.001 | 0.497 |
| PE | 7.18 (4.227) | 6.65 (4.167) | 0.993 | 0.322 | 0.125 |
| AS | 5.69 (3.925) | 3.81 (3.913) | 3.840 | 0.001 | 0.478 |
| MF | 11.77 (5.686) | 10.31 (4.731) | 2.208 | 0.028 | 0.274 |
| EDCR | 24.64 (18.931) | 17.28 (14.812) | 3.541 | 0.001 | 0.523 |

AS: ascetismo; B: bulimia; BD: insatisfacción corporal; DE: desviación estándar; DT: obsesión por la delgadez; ED: desajuste emocional; EDCR: riesgo de TCA; IA: desconfianza interpersonal; ID: déficits introceptivos; II: inseguridad interpersonal; LSE: baja autoestima; M: media; MF: miedo a la madurez; PA: alienación personal; PE: perfeccionismo.

han relacionado con sentimientos de inseguridad, insuficiencia, ineficacia, ausencia de valía personal, déficits de autonomía y problemas en las relaciones con los demás (Elosua et al., 2010; Levine, 2012; Rutzstein, Scappatura y Murawski, 2014). Además, en la relación entre insatisfacción y baja autoestima existen datos que confirman la presencia de depresión y ansiedad en mujeres con exceso de peso (Meza y Moral, 2012). Puede considerarse lógico que sujetos que reúnan varios elementos de esa sintomatología sean más proclives también a realizar conductas nocivas para el control de su peso y figura.

Del mismo modo, otras escalas a nivel afectivo emergen consistentemente de los diferentes análisis. Los déficits introceptivos implican dificultades para reconocer las

emociones, malestar cuando son intensas o están fuera de control, así como responder a los distintos estados emocionales. También, el desajuste emocional se relaciona con personas emocionalmente inestables, impulsivas e irreflexivas. En cuanto a la alienación personal, entraña sentimiento de vacío emocional, soledad e incomprensión. Junto a factores cognitivos, tradicionalmente los problemas emocionales han sido señalados en el origen de los trastornos alimentarios en la mayoría de casos, además de jugar un trascendental papel en el desarrollo de los mismos (Pascual, Etxebarria y Cruz, 2011; Quinton y Wagner, 2005).

En relación con las CAR, los individuos que presentan mayor número de ellas muestran asimismo mayor riesgo

de TCA, baja autoestima, déficits introceptivos, desajuste emocional, perfeccionismo y ascetismo.

Atendiendo a las CAR, destacar el amplio uso de ejercicio físico para el control del peso y la presencia de atracones entre los sujetos participantes en el estudio, ya que ambos comportamientos son confirmados por más de la mitad de la muestra, resultados similares a los obtenidos en otros estudios (Jáuregui, Estébanez y Santiago, 2008). Los citados constituyen comportamientos clásicos en el estudio de los trastornos alimentarios, en especial la actividad física, y su empleo está ampliamente extendido en ambos sexos y en cualquier rango de edad (Davis et al., 1997; Hernández-Alcántara y León, 2012; Vaquero, Alacid, Muyor y López-Miñarro, 2013). Además de las anteriormente señaladas baja autoestima, déficits introceptivos y desajuste emocional, entre estos resultados también destacan niveles más elevados en ascetismo, o tendencia a buscar la virtud mediante el ejercicio de ideales como la autodisciplina, la renuncia, restricciones, autosacrificio y control de las necesidades corporales, y de perfeccionismo, o la autoimposición de elevadas cotas de logro personal y objetivos exigentes (Elosua et al., 2010; Rutzstein et al., 2014). El alejamiento de la imagen corporal de lo considerado ideal, con la consiguiente insatisfacción, provoca que los sujetos busquen disminuir su peso o modificar su figura ejecutando determinadas CAR como medio para alcanzar el ideal de delgadez promovido socialmente (Altamirano et al., 2011; Sámano et al., 2012).

Por último, debemos plantear que, si bien se han efectuado relevantes investigaciones de pacientes con trastornos alimentarios y sujetos sin trastornos, es necesario destacar que existen poblaciones de riesgo que, a pesar de experimentar y registrar síntomas notables como insatisfacción corporal y realización de conductas nocivas para la salud, como ha demostrado este estudio, no son diagnosticados a causa de la rigidez y la inflexibilidad de los criterios clínicos establecidos. Por ello consideramos la urgente necesidad por el desarrollo de efectivos sistemas y métodos de detección de los individuos más vulnerables, con el fin de poder intervenir a un nivel preventivo desde edades tempranas y contribuir con educación de calidad al respecto.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Altamirano, M. B., Vizmanos, B. y Unikel, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(5), 401–407.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5* (5th edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, C. B. y Bulik, C. M. (2004). Gender differences in compensatory behaviors, weight and shape salience, and drive for thinness. *Eating Behaviors*, 5, 1–11.
- Behar, R. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria: clínica y epidemiología. En R. Behar y G. Figueroa (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 121–147). Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Bully, P., Elosua, P. y López-Jáuregui, A. (2012). Insatisfacción corporal en la adolescencia: evolución en una década. *Anales de Psicología*, 28(1), 196–202.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Crowther, J. H. y Williams, N. M. (2011). Body image and bulimia nervosa. En T. F. Cash y L. Smolak (Eds.), *Body Image: A Handbook of Science, Practice and Prevention* (pp. 288–295). New York: The Guilford Press.
- Cruz, R. M., Ávila, M. L., Velázquez, H. J. y Estrella, D. M. (2013). Evaluación de factores de riesgo de TCA en estudiantes de nutrición. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 37–44.
- Cruz, S. y Maganto, C. (2002). Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55(3), 455–473.
- Cruzat, C. V., Haemmerli, C. V. y García, A. L. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria: reflexionando en torno a las variables socioculturales. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3, 54–61.
- Davis, C., Katzman, D. K., Kaptein, S., Kirsh, C., Brewer, H. y Kalmbach, K. (1997). The prevalence of high-level exercise in the eating disorders: Etiological implications. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 321–326.
- Eichen, D. M., Conner, B. T., Daly, B. P. y Fauber, R. L. (2012). Weight perception, substance use, and disordered eating behaviors: Comparing normal weight and overweight High-School students. *Journal of Youth and Adolescence*, 41, 1–13.
- Elosua, P., López-Jáuregui, A. y Sánchez-Sánchez, F. (2010). *Adaptación española del Eating Disorder Inventory-3. Normalización y validación*. Madrid: TEA.
- Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3. Professional Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Hernández-Alcántara, A. y León, R. (2012). Dieta restringida o ejercicio excesivo. ¿Qué eligen las adolescentes para reducir la talla? *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3, 133–140.
- Herpertz, B. (2009). Adolescent eating disorders: Definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 31–47.
- Jáuregui, I., Estébanez, S. y Santiago, M. J. (2008). Ejercicio físico, conducta alimentaria y patología. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(3), 280–285.
- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y. y Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 23–33.
- Levine, P. (2012). Loneliness and eating disorders. *The Journal of Psychology*, 146, 245–257.
- Lora-Cortez, C. I. y Saucedo, T. J. (2006). Conductas de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 29(3), 60–67.

- Meza, C. y Moral, J. (2012). Validación de la versión en español del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 14(2), 73–93.
- Pascual, A., Etxebarria, I. y Cruz, M. S. (2011). Emotional differences between women with different types of eating disorders. *The International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(1), 1–11.
- Quinton, S. y Wagner, H. L. (2005). Alexithymia, ambivalence over emotional expression, and eating attitudes. *Personality and Individual Differences*, 38, 1163–1173.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Resch, M. y Sezendei, G. (2002). Gynecologic and obstetric complications in eating disorders. *Orvosi Hetilap*, 143(25), 1529–1532.
- Rutzstein, G., Scappatura, M. L. y Murawski, B. (2014). Perfeccionismo y baja autoestima a través del continuo de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5, 39–49.
- Sámano, R., Zelonka, R., Martínez-Rojano, H., Sánchez-Jiménez, B., Ramírez, C. y Ovando, G. (2012). Asociación del índice de masa corporal y conductas de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mexicanos. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 62(2), 145–154.
- Saucedo, T. J., Peña, A., Fernández, T. L., García, A. y Jiménez, R. E. (2010). Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el índice de masa corporal en universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 10(2), 16–23.
- Staudt, M. A. y Rojo, M. M. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. Revisión bibliográfica. *Revista de Posgrado de la Cátedra Via Medicina*, 156, 24–30.
- Stice, E., Marti, C. N. y Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 622–627.
- 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.
- Trejo, P. M., Castro, D., Facio, A., Mollinedo, F. E. y Valdez, G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al índice de masa corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 150–160.
- Vaquero, R., Alacid, F., Muyor, J. M. y López-Miñarro, P. A. (2013). Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27–35.