

Quince años de investigación en trastornos de la conducta alimentaria

Fifteen years researching on eating disorders

Rosa Behar A.¹

Background: There is a substantial number of publications on eating disorders (ED) in the foreign literature; nevertheless, in our country there is just a small amount of published research in specialized reviews. **Objective:** To summarize our main findings in ED females patients published in national literature. **Method:** An exhaustive review was made of published articles along 15 years by the author and coworkers in specialized national reviews on epidemiological, psychosocial and clinical aspects of ED. **Results:** Risk groups (students, overweight adolescents, pregnant women, gym users) ($n=2.171$) fluctuated between 15% and 41%. The prevailing profile of ED was characterized by higher drive for thinness, perfectionism and body dissatisfaction and lower interoceptive awareness ($p < 0.001$). The prevalence of social anxiety was 40.7% ($p < 0.001$), particularly among anorexics (66.6%) ($p < 0.001$); of severe depression was 18.5% ($p < 0.001$), especially in anorexics (66.6%) ($p < 0.001$); of moderate and/or severe obsessive-compulsive disorder was 26% ($p < 0.001$), higher in anorexics (33.3%) ($p = 0.009$). Identification with female gender role stereotype was significant in ED (42.9%), mainly in restrictive anorexia, considered as a risk factor for developing ED. The more restrictive and bulimic behaviors, the less assertive were the ED patients (7.5 points) mainly in submissive and dependant behaviors (-0.6 points) ($p < 0.001$). Lack of assertiveness showed a significant predictive capacity (53.2%) for developing an ED. **Conclusions:** Our findings confirmed the evidence of the international literature satisfying the research guidelines for ED according to the American Psychiatric Association.

Key words: Research, epidemiological, psychosocial, clinical, eating disorders.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2010; 48 (2): 135-146

Introducción

Actualmente existe un contundente legado de evidencia en torno a los trastornos alimentarios, fundamentalmente proveniente de publicaciones de la literatura anglosajona. Sin embargo, en nuestro país se cuenta con escasos estudios especializados; pocos de ellos han llegado a publicarse en

revistas científicas reconocidas a nivel nacional e internacional.

Durante estos quince años de investigación en Chile, sobre trastornos de la conducta alimentaria, hemos abordado principalmente aspectos epidemiológicos, psicosociales y clínicos. Nuestros trabajos han surgido primordialmente del producto de las tesis de los médicos en programas de formación

Recibido: 30/12/2009

Aceptado: 29/03/2010

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

de la especialidad en nuestro Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Valparaíso y que han sido publicados en revistas científicas de renombre¹⁻⁴ (algunas otras mencionadas en las referencias), así como en capítulos de textos nacionales y extranjeros⁵⁻¹⁶.

Instrumentos: EAT-40 y EDI

Básicamente los *tests* autoaplicables, con alternativas de frecuencia (siempre, generalmente, a menudo, algunas veces y nunca) que hemos administrado a nuestros grupos muestrales y que evalúan específicamente características psicológicas y conductuales compatibles con trastornos de la conducta alimentaria, han sido los siguientes:

1. El **EAT-40 (Test de Actitudes Alimentarias)**¹⁷, que posee 40 preguntas distribuidas en 3 factores que miden 1) **Dieta**: evitación de alimentos que engordan; 2) **Control oral**: control en el comer y presión percibida por parte de los demás para aumentar de peso y; 3) **Bulimia y preocupación por el alimento**: pensamientos relacionados con los alimentos y conductas bulímicas. Cada respuesta tiene un valor máximo de 3 puntos. Un puntaje igual o superior a 30 en el EAT-40 es indicativo de un trastorno del hábito del comer, anoréctico y/o bulímico, ya sea clínicamente existente o encubierto, que pudiera desencadenarse bajo ciertas circunstancias propicias.

2. El **EDI (Inventario de Trastornos Alimentarios)** (18), consiste en 64 proposiciones distribuidas en 8 ítems que evalúan: 1) **Motivación por la delgadez**: la excesiva preocupación por el peso y la dieta; 2) **Conciencia interoceptiva**: la falta de capacidad para identificar las propias emociones y sensaciones; 3) **Bulimia**: la presencia de comilonas y purgas; 4) **Insatisfacción corporal**: la distorsión de la imagen corporal; 5) **Sensación de inutilidad**: sentimientos de minusvalía e inseguridad; 6) **Temor a la madurez**: regresión a los años preadolescentes frente a las demandas de la adultez; 7) **Perfeccionismo**: las excesivas expectativas personales hacia logros superiores y; 8) **Desconfianza interpersonal**: una resistencia a establecer relaciones cercanas. El EDI tiene un máximo de 3 puntos para cada respuesta, no se consideró en su ponderación

global un rango de corte y en consecuencia se analizó cada ítem en forma independiente.

A la población clínica incluida en nuestros estudios se le aplicó los instrumentos correspondientes en su primera consulta, previa al manejo farmacológico y psicoterapéutico. Todas las participantes del universo muestral completaron los instrumentos voluntariamente y con consentimiento informado.

Investigaciones epidemiológicas

Grupos de riesgo

Se han detectado ciertos grupos de riesgo en poblaciones no clínicas, cuyas edades han fluctuado entre los 17 a los 25 años. Entre muchachas escolares, tanto de establecimientos públicos, subvencionados y particulares, 18% presentó puntajes en el rango patológico del EAT-40; como asimismo 15% de estudiantes de enseñanza universitaria, pertenecientes a las carreras de medicina, psicología y nutrición y dietética, de los cuales 2% fueron de sexo masculino y 23% femenino; 18% de usuarios de gimnasio que acudían a programas de acondicionamiento físico, de los cuales 1,8% eran hombres y 23% mujeres. Todos estos porcentajes se encuentran dentro de los rangos de las cifras correspondientes a los síndromes parciales, que oscilan entre 5% a 20%, según las diferentes fuentes. No obstante, las adolescentes que consultaron por sobrepeso alcanzaron hasta 41% de puntajes mayores o iguales a 30 en el EAT-40, conjuntamente con 23,4% de las mujeres embarazadas que acudían a controles de atención primaria, porcentajes superiores al promedio mencionado previamente. Todos estos grupos poseían en común la focalización dirigida a la alimentación, como ocurrió con las estudiantes de nutrición y dietética y hacia la corporalidad, en el caso de los deportistas, las embarazadas y las adolescentes, que por los cambios neuro-bio-psicológicos que conlleva esta etapa vital, inevitablemente su atención está dirigida principalmente a la silueta corporal (Figura 1)¹⁹⁻²⁴.

Seguimiento prospectivo

En otro estudio se efectuó un seguimiento

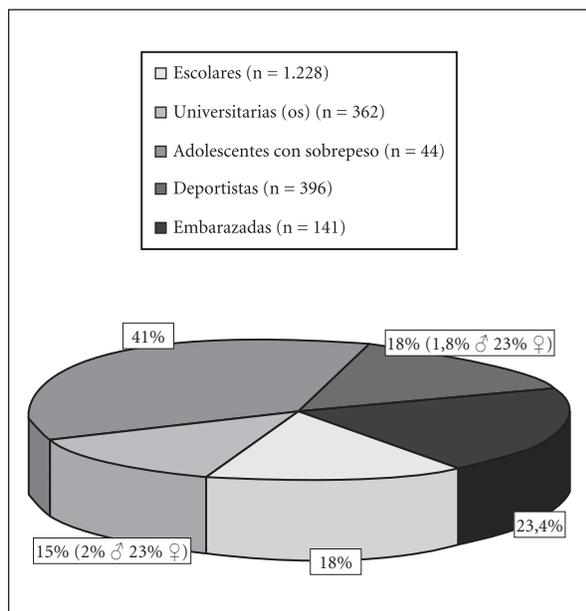


Figura 1. Grupos de riesgo (con EAT-40 \geq 30). Behar R (1998)¹⁹; Behar R y Hernández P (2002)²⁰; Behar R, Alviña C, Medinelli A, Tapia P (2007)²¹; Behar R, Alviña C, González T, Rivera N (2007)²²; Le Grange D, Telch C, Tibbs J (1998)²³; Behar R, González J, Ariza M, Aguirre A (2008)²⁴.

prospectivo de sujetos de sexo femenino que estaban en riesgo para desarrollar una patología alimentaria (estudiantes de enseñanza media, universitarias y adolescentes con sobrepeso), entre los años 1991 y 1996, observándose que 40% continuó presentando puntajes en el rango patológico del EAT-40. De ellas, 18% desarrolló una bulimia nerviosa completa y 9% una anorexia nerviosa completa, porcentajes bastante más altos que los descritos en la población general, que oscilan entre 1% y 4,2% para la bulimia nerviosa y entre 0,3% a 3,7% para la anorexia nerviosa²⁵. Además este grupo que continuó en riesgo, presentó principalmente trastornos de ansiedad como comorbilidad psiquiátrica y una mayor concomitancia de patologías orgánicas misceláneas, tales como asma bronquial, quistes ováricos, amenorrea primaria, obesidad mórbida, anemia ferropénica, prolapso de la válvula mitral, dermatitis seborreica, diabetes mellitus, hipertrichosis, lupus eritematoso sistémico y trastornos funcionales digestivos²⁶.

Análisis estadístico de instrumentos

Derivación del EAT-22 y EAT-26: De nuestro análisis factorial del EAT-40 han surgido dos instrumentos abreviados: el EAT-22 y el EAT-26, que podrían utilizarse en un amplio *screening* para detectar grupos de riesgo. Existe también una alta correlación entre el EAT-40 y el EDI ($r = 0,56$) y entre el EAT-40 y el Factor I (Dieta) ($r = 0,89$). Este último podría aplicarse como cuestionario simplificado en situaciones de emergencia.

Sensibilidad y especificidad: Se concluye que tanto el EAT-40, su Factor I (Dieta) y la Motivación por la delgadez del EDI, surgen como los predictores más sensibles y específicos para el desarrollo de una afeción alimentaria. Estos resultados replican aquellos publicados por la literatura internacional^{19,27-29}.

Estudio de prevalencia de comorbilidades

Las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes que acompañan el curso de los desórdenes alimentarios son los trastornos afectivos y de ansiedad²⁵.

Se confirma la presencia y la prevalencia de sintomatología compatible con trastornos depresivos y de ansiedad social en los desórdenes alimentarios según la evidencia, especialmente en las pacientes portadoras de anorexia nerviosa. La prevalencia de ansiedad social, evaluada mediante la Escala de Liebowitz, fue significativamente mayor en las pacientes alimentarias que en el grupo comparativo, configurado por estudiantes universitarias de la carrera de medicina (40,7% *versus* 3,7%) ($p < 0,001$), particularmente en las anorécticas (66,6%) ($p < 0,001$) y 14,8% de las pacientes con patologías alimentarias obtuvo puntajes en los rangos severo o muy severo ($p < 0,001$). El riesgo de presentar ansiedad social moderada a muy severa en las pacientes alimentarias fue 5,5 veces mayor. La prevalencia de síntomas depresivos, evaluados mediante la Escala de Hamilton, fue significativamente mayor en las pacientes alimentarias (18,5% *versus* 0%) ($p < 0,001$), en especial en las anorécticas (66,6%) ($p < 0,001$) y 18,5% de las pacientes con desórdenes alimentarios obtuvo puntajes en el rango severo ($p < 0,001$). El riesgo de presentar

depresión moderada a muy severa en las pacientes alimentarias fue 23,7 veces mayor. La depresión se correlacionó significativamente con insatisfacción corporal y baja autoestima, mientras que la ansiedad social con menor capacidad para discriminar sensaciones, emociones y sentimientos. Las cifras de prevalencias observadas fueron similares a los rangos de la evidencia³⁰⁻³⁴.

En otro análisis en que se comparó pacientes con trastornos alimentarios, depresión mayor y trastorno bipolar, no hubo diferencia significativa entre las bulímicas purgativas y las pacientes depresivas en el ítem sentimientos de ineficacia personal y entre estas últimas y las anorécticas compulsivo-purgativas en el ítem desconfianza interpersonal³⁵. Estos hallazgos nos han llevado a preguntarnos si los criterios diagnósticos de ambas patologías están traslapados o son inespecíficos ¿O estamos hablando de comorbilidades o de espectros ansiosos o afectivos? ¿O estamos evaluando características dimensionales o categoriales?³⁵⁻³⁹.

También se verifica la presencia y la prevalencia de trastorno obsesivo-compulsivo en los desórdenes alimentarios, según la evidencia, principalmente en las pacientes portadoras de anorexia nerviosa que obtuvieron puntajes más altos en los niveles moderado y severo. La prevalencia síntomas obsesivo-compulsivos de grado moderado y/o superior fue significativamente mayor en las pacientes alimentarias (26% versus 1,9%) ($p < 0,001$), particularmente en las pacientes anorécticas (33,3%) ($p = 0,009$). La escala de Obsesión Compulsión de Yale-Brown y su subescala Y-BCS (compulsiva) emergen como los mejores indicadores para discriminar patologías alimentarias y se correlacionaron significativamente con los ítems motivación por la delgadez, consciencia interoceptiva, bulimia, insatisfacción corporal y sentimientos de ineficacia personal ($p < 0,05$)⁴⁰.

Los trastornos de ansiedad social, depresivos y obsesivo-compulsivos como entidades comórbidas, interfieren significativamente en el curso y evolución de las patologías alimentarias, ensombreciendo ostensiblemente su pronóstico^{12,25}; de allí la importancia de su detección precoz para alcanzar una mayor eficacia terapéutica.

Investigaciones psicosociales

El factor genérico

Debido a que 90% a 95% de los trastornos de la conducta alimentaria afectan al sexo femenino, es plausible plantearse que el género es un factor que posee un rol importante en su evolución, ya sea como antecedente predisponente y/o en la perpetuación de estos cuadros. Algunos investigadores han establecido que entre los *tests* que evalúan trastornos de la conducta alimentaria, el EAT-40, tradicionalmente demuestra puntajes más bajos en los hombres comparados con las mujeres. Los varones parecen mostrar con menos probabilidad rasgos de trastornos alimentarios que las mujeres (ej. el deseo de ser delgadas). En el EDI, los hombres generalmente obtienen puntajes inferiores en todos los ítems que directamente reflejan motivación por la delgadez o distorsión de la imagen corporal; este fenómeno lo hemos constatado en un estudio comparativo entre sujetos sin patología alimentaria, pacientes y mujeres de sexo femenino no portadoras de la afección. Los autores sugieren que es posible que estas disparidades puedan reflejar la influencia de factores sociales y culturales⁴¹.

Behar et al⁴², aplicando el EDI en una población clínica de mujeres con desórdenes alimentarios y estudiantes de sexo femenino y masculino sin estos trastornos, observaron que el mayor grado de insatisfacción corporal y de motivación por la delgadez la alcanzaron las pacientes y el menor, los estudiantes varones. No obstante, las estudiantes de sexo femenino, por el sólo hecho de ser mujeres, tuvieron un lugar intermedio, entre las pacientes y los estudiantes de sexo masculino (Figura 2).

El concepto de androginia

En 1974, Sandra Bem desarrolló la noción de andrógino: (*Andros*= hombre; *Ginos*= mujer) a través del IBRS. Platón en "El Banquete" (párrafos XIV y XV) recoge a través de un diálogo entre Aristófanes y Diotima un mito que explica que en el origen de la humanidad existió una raza primordial que contenía en sí misma las dos polaridades, masculina y femenina. Dicha raza era fuerte y temida por los dioses del Olimpo: "Eran extraordinarios

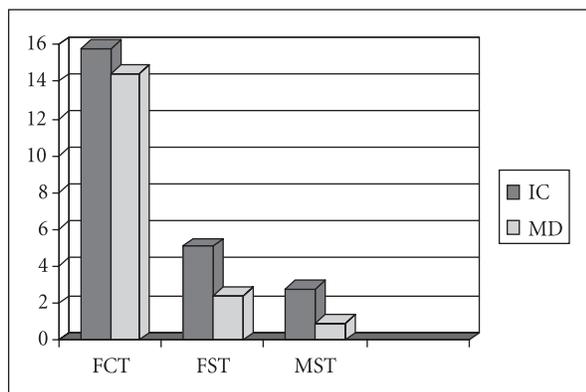


Figura 2. Insatisfacción corporal y motivación por la delgadez en grupos TCA, FST y MST*. FCT= Pacientes de sexo femenino con trastornos de la conducta alimentaria. FST= Mujeres estudiantes sin trastornos de la conducta alimentaria. MST= Hombres estudiantes sin trastornos de la conducta alimentaria. MD= Motivación por la delgadez. IC= Insatisfacción corporal. *Behar R, De la Barrera M, Michelotti J (2001, 2002)^{42,46}.

por su fuerza y su audacia y alimentaban en su corazón orgullosos propósitos, que llegaban incluso a pretender atacar a los propios dioses en su morada”. Platón afirma que los dioses destruyeron su potencia, dividiéndolos en sexos. Tal fue el origen de la raza de los hombres y de las mujeres; en cada uno de ellos, sin embargo, permaneció el recuerdo del estado de perfección originario. El andrógino representa el nivel del ser no manifestado, la fuente de la manifestación, corresponde numéricamente al cero, la suma de los dos aspectos de la unidad: +1-1. El cero a su vez simboliza la androginia, como el punto de comienzo de la numeración, la divisibilidad, la multiplicabilidad^{43,44}.

La persona andrógina puede ser agresiva o condescendiente, fuerte o dócil, sensible o asertiva, como la situación particular lo requiera. Es más adaptable, se comporta de manera apropiada frente a una situación dada –sin importar si la conducta es masculina o femenina. Por ejemplo, las mujeres andróginas cuando están sometidas a presiones, son más asertivas e independientes que las mujeres femeninas. Las mujeres femeninas tienen problemas en ser independientes y asertivas– aún cuando la independencia y la asertividad sean necesarias.

En contraste, las personas andróginas son capaces de modificar sus respuestas de acuerdo a sus necesidades y a las demandas de la situación. Bem⁴⁵, señala que los sujetos andróginos son más libres, más adaptables y emocionalmente más saludables que aquellos que restringen su conducta a los patrones de los roles sexuales tradicionales⁴⁶.

Asimismo, existe una creciente evidencia en la literatura acerca de los rasgos andróginos. La androginia parece auspiciar el pensamiento independiente, la acción y la autoestima. Además, se relaciona con una adaptación exitosa y empatía. Es una instancia de una mayor flexibilidad general, asociada a actitudes más liberales hacia la expresión sexual, es predictora de una mayor satisfacción vital, estimula el desarrollo y la mantención de amistades estrechas y positivas, es más deseable para las ocupaciones laborales y es importante para la identidad del yo y el desarrollo moral⁴⁶.

Las mujeres altamente femeninas poseen más probabilidad de tener límites corporales más débiles que las mujeres andróginas⁴⁶. Root⁴⁷, puntualiza ciertos “factores protectores” respecto a las afecciones alimentarias (autoestima alta, estabilidad emocional, baja timidez, y énfasis en un cuerpo saludable más que una preocupación por la apariencia) que pueden ser más característicos de las mujeres andróginas.

El rol de género femenino

Behar et al⁴⁶, (Figura 3) compararon mujeres chilenas con patologías alimentarias *versus* estudiantes universitarias sin problemas alimentarios y confirmaron que la condición femenina surge de modo estadísticamente significativo como la categoría principal de identidad genérica de las pacientes (42,9% y 23,8% respectivamente), particularmente entre las anorécticas restrictivas^{46,48,49}, mientras que las estudiantes sanas se identificaron significativamente con la categoría andrógina. Las pacientes alimentarias se identificaron con el siguiente perfil en el Inventario Bem para Rol Sexual⁴⁵: infantil, temperamental, deseosa de alcanzar una posición, impredecible, celosa, convencional y con sensación de ineficiencia personal. Estas cualidades concuerdan con las carac-

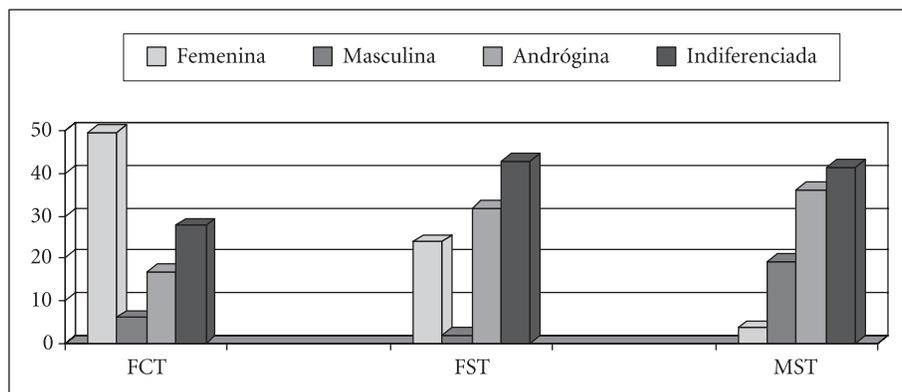


Figura 3. Categorías del Inventario Bem para Rol Sexual (IBRS) en grupos TCA, FST y MST*. FCT= Pacientes de sexo femenino con trastornos de la conducta alimentaria. FST= Mujeres estudiantes sin trastornos de la conducta alimentaria. MST= Hombres estudiantes sin trastornos de la conducta alimentaria. *Behar R, De la Barrera M, Michelotti J (2001, 2002)^{42,46}.

terísticas clínicas ampliamente observadas en las anorécticas y bulímicas. Las pacientes anorécticas mostraron el mayor porcentaje de identificación con la categoría femenina (48,3% las restrictivas y 73,3% las compulsivo-purgativas *versus* 42,4% las bulímicas, 48,5% aquellas con trastornos de la conducta alimentaria no especificados y 24,4% el grupo comparativo de universitarias sin desórdenes alimentarios).

Investigaciones clínicas

En una exploración de características psicológicas y conductuales compatibles con trastornos del hábito del comer, se comparó adolescentes de sexo femenino portadoras de patologías alimentarias con un grupo de estudiantes de enseñanza media, universitarias y consultantes con sobrepeso, a las cuales se les aplicó el EAT-40 y el EDI. Los puntajes promedios de EAT-40 y EDI en las sujetos sin desórdenes alimentarios fueron más bajos, intermedios en el grupo de riesgo (aquellas que alcanzaron puntajes iguales o mayores a 30 en el EAT-40) y más altos en el grupo con patologías alimentarias, como asimismo para los ítems del EDI conciencia interoceptiva, bulimia, sensación de inutilidad y temor a la madurez, diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). El perfil de las pacientes con trastorno del hábito del comer y de las adolescentes en riesgo se caracterizó por una alta motivación por la delgadez e insatisfacción corporal y una

baja conciencia interoceptiva¹⁹, rasgos nucleares y clásicos exhibidos por las pacientes alimentarias y que deben ser estimados como signos de alarma para ser incluidos en estrategias preventivas a nivel primario en poblaciones de riesgo.

Perfeccionismo e insatisfacción corporal

Entre las pacientes con cuadros alimentarios se encuentra como uno de los rasgos principales, el perfeccionismo¹⁵. Waller et al⁵⁰, indican que éste sería un factor de riesgo para desencadenar una patología alimentaria en presencia de algún grado de insatisfacción general, que en el caso de los desórdenes alimentarios, se centra principalmente en la figura corporal. Behar et al⁵¹, comprobaron este postulado aplicando el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) (17) y el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI)¹⁸, en mujeres con trastornos alimentarios *versus* pacientes con sobrepeso y estudiantes universitarias, sin ninguna de estas condiciones. Las universitarias se mostraron como “perfeccionistas satisfechas” y las pacientes alimentarias y con sobrepeso como “perfeccionistas neuróticas” ($p < 0,001$)⁵² (Figura 4), fenómeno que se replicó en otro sondeo efectuado por Behar⁵¹, al confrontar pacientes de sexo femenino con afecciones alimentarias *versus* estudiantes de medicina ($p < 0,001$) (Figura 5). El perfeccionismo en las patologías alimentarias ha sido catalogado en la mayoría de las pacientes como un factor predisponente, aunque también puede favorecer la potenciación de la sintomatología durante el estado crítico de estos

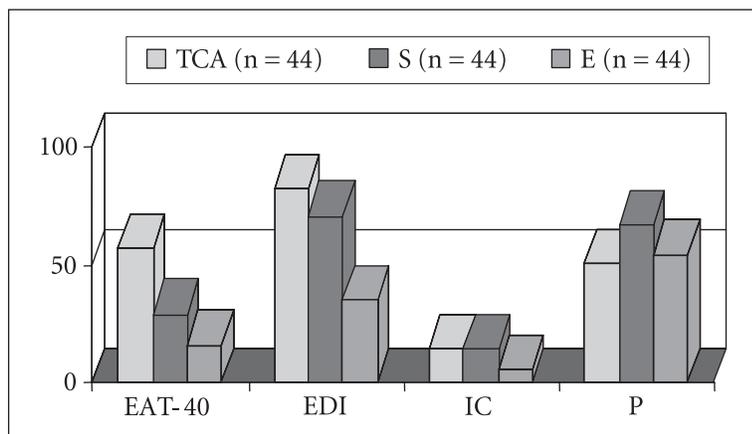


Figura 4. Insatisfacción corporal (IC) y perfeccionismo (P) en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), pacientes con sobrepeso (S) y estudiantes sin estas patologías (E). Behar R (1996)⁵¹; Hamacheck D (1978)⁵².

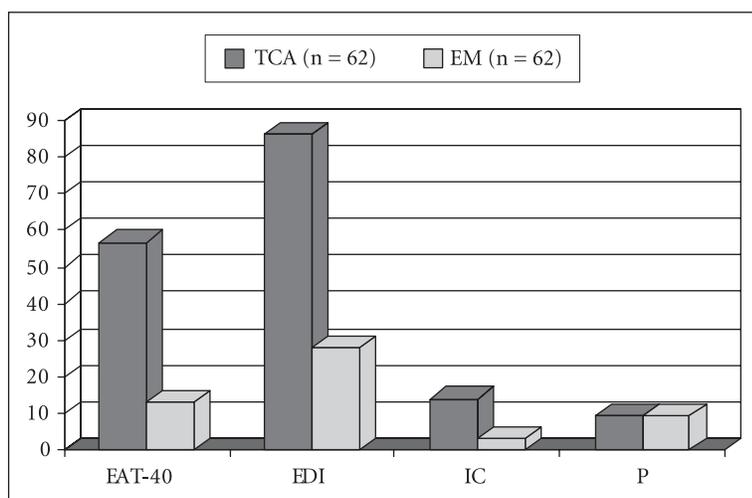


Figura 5. Insatisfacción corporal (IC) y perfeccionismo (P) en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y estudiantes sin patologías alimentarias (EM). Behar R (1996)⁵¹; Hamacheck D (1978)⁵².

cuadros y contribuir a la perpetuación de éstos, complicando de esta manera el pronóstico^{12,38}. Por su parte, igualmente la insatisfacción corporal, puede predisponer al padecimiento de una afección alimentaria, siendo un criterio de curación su mejoría, aunque tiende a persistir por mucho tiempo, aún cuando otros parámetros biopsicosociales se estabilizan (ej. amenorrea, hábitos alimentarios, establecimiento de una relación de pareja)^{12,16}.

Perfil común entre pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y trastorno por abuso de alcohol

Behar et al⁵³, compararon 44 pacientes con trastornos alimentarios y 44 con abuso y dependencia

a alcohol. Aunque los pacientes con trastornos alimentarios se mostraron más motivados por lograr la delgadez corporal, con menos capacidad para discriminar las propias emociones y sensaciones, y mayor distorsión de la imagen corporal, ambos grupos exhibieron características comunes respecto a sus sentimientos de ineficacia personal; es decir, minusvalía e inseguridad; tendencia a la regresión a los años preadolescentes frente a las demandas de la adultez; excesivas expectativas personales por logros superiores, y una resistencia a establecer relaciones cercanas. Los pacientes con patología alimentaria manifestaron una mayor inclinación a efectuar dieta (Factor I del EAT-40); es decir, la restricción de la ingesta de alimentos que son más

factibles de provocar ganancia ponderal, acompañada de un control férreo y rígido en el comer (Factor II del EAT-40). No obstante, de manera análoga, los comportamientos bulímicos y la preocupación constante por los alimentos (Factor III del EAT-40), se presentaron tanto en los pacientes con trastornos del hábito del comer como en aquellos con abuso y dependencia al alcohol. Asimismo, al aplicar el EDI, no hubo diferencia significativa en ambos grupos en los ítems bulimia, que implica un descontrol de impulsos, sensación de ineficacia personal, que se compensa con el culto al cuerpo y la embriaguez alcohólica que otorgan audacia y crédito personal, temor a la madurez; vale decir, el regreso a la pre-adolescencia, irresponsabilidad y dependencia, perfeccionismo, que conlleva frustración, autoexigencia y baja autoestima y desconfianza interpersonal manifestada por recelo, temores y dificultad de vínculos sociales. Estos hallazgos poseen implicancias terapéuticas; en especial, sobre el abordaje cognitivo-conductual que incluye las intervenciones relacionadas con las distorsiones del pensar, sentir y actuar de las pacientes alimentarias focalizadas típicamente en los alimentos, el peso y silueta caporales²⁵.

Falta de asertividad en trastornos alimentarios

Es conocida la falta de asertividad en las pacientes portadoras de trastornos alimentarios,

manifestada por una dificultad para expresar palabras, afectos, emociones, deseos y ambiciones^{54,55}. No se demuestran emociones y sentimientos negativos, sólo exabruptos agresivos e impulsivos, relacionados con delgadez y/o ingesta alimentaria y/o purgas. Típicamente se ocultan decepciones interpersonales, se niega el resentimiento. Para las pacientes, discrepar o defenderse es inadmisibles y mala educación. Existe una intensa necesidad de aprobación externa para el reforzamiento de la autonomía y autoestima, mediante el agrandar, obedecer y conformarse. Callan por temor a la crítica^{56,57}.

Al confrontar las pacientes portadoras de patologías alimentarias sumadas a las mujeres en riesgo *versus* las estudiantes sin problemas alimentarios, encontramos que la falta de asertividad en las primeras (7,5 *versus* 22,4 puntos) ($p < 0,001$), involucra una mayor capacidad predictiva para el desarrollo de un desorden alimentario (53,2%) La ausencia de autoaserción se manifestó principalmente por la timidez, la ansiedad paralizante, la carencia de habilidad en el comportamiento interpersonal, pero principalmente por la sumisión y la dependencia (-0,6 puntos) ($p < 0,001$). Mientras más conductas restrictivas y bulímicas presentaron las participantes del presente estudio, más tímidas, sumisas y dependientes se mostraron y, por otro lado, se perfilaron como más limitadas en la expresión de sentimientos, de opiniones y en la defensa de sus derechos (Figura 6)⁵⁸. Al respec-

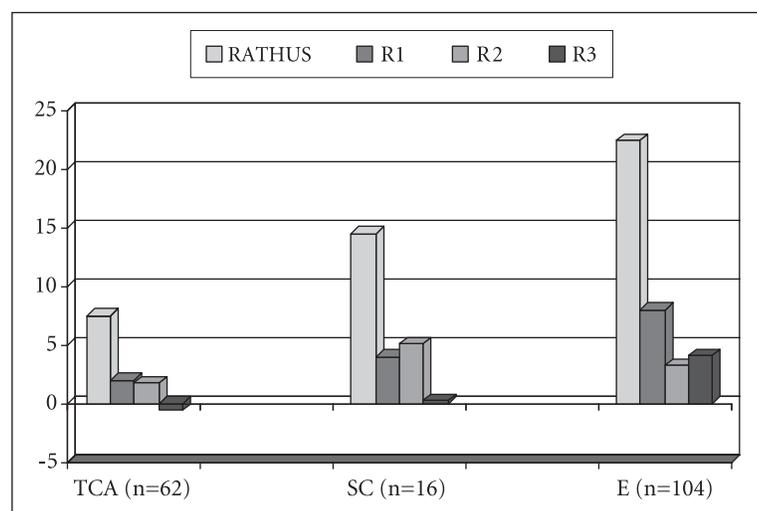


Figura 6. Asertividad (Escala de Rathus) en grupos de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), grupo de riesgo (SC) y estudiantes sin patologías alimentarias (E). Behar R, Manzo R, Casanova D (2006)⁵⁸.

to, se ha constatado que una mayor asertividad es índice de buen desenlace en la recuperación a corto y largo plazo de las pacientes con desórdenes alimentarios⁵⁹, relacionándose con un descenso de la frecuencia de los vómitos semanales en aquellas sometidas a terapia cognitivo-conductual⁶⁰.

Comentarios finales

Esperamos haber podido contribuir con nuestros modestos aportes a la comprensión de las perspectivas epidemiológicas, psicosociales y clínicas de estas afecciones que aquejan a mujeres en plena edad productiva, que representan gastos considerables de recursos familiares y públicos y que pueden llegar a concluir con un desenlace fatal. Tal

vez estos datos sirvan como referencias a futuras investigaciones nacionales en torno a las diversas temáticas de focalización acerca de los desórdenes alimentarios. Nuestros resultados se ajustan y son similares a los publicados en la literatura internacional especializada y han satisfecho las líneas de investigación propuestas por la Asociación Psiquiátrica Americana, en la tercera edición de la Guía Práctica para el Tratamiento de Pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria²⁵.

Agradecimientos

La autora agradece a todas aquellas personas que prestaron su valiosa colaboración en todas estas investigaciones, sin la cual no habrían podido realizarse.

Resumen

Antecedentes: Existe un sustancial número de publicaciones sobre trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en la literatura extranjera; sin embargo, en nuestro país son escasas las investigaciones publicadas en revistas especializadas. **Objetivo:** Resumir nuestros principales hallazgos publicados en la literatura nacional en mujeres con TCA. **Método:** Se efectúa una revisión exhaustiva de artículos publicados durante 15 años de la autora y colaboradores en revistas especializadas nacionales sobre aspectos epidemiológicos, psicosociales y clínicos de los TCA. **Resultados:** Los grupos de riesgo (estudiantes, adolescentes con sobrepeso, embarazadas, deportistas) ($n = 2.171$) para desarrollar TCA fluctuaron entre 15% y 41%. El perfil predominante de TCA exhibió alta motivación por la delgadez, perfeccionismo e insatisfacción corporal y baja conciencia interoceptiva ($p < 0,001$). La prevalencia de ansiedad social fue 40,7% ($p < 0,001$), particularmente en anorécticas (66,6%) ($p < 0,001$); de depresión severa 18,5% ($p < 0,001$), especialmente en anorécticas (66,6%) ($p < 0,001$); de trastorno obsesivo-compulsivo moderado y/o severo 26% ($p < 0,001$), mayor en anorécticas (33,3%) ($p = 0,009$). La identificación con el estereotipo de rol de género femenino fue significativa en TCA (42,9%), principalmente en anorexia restrictiva, considerado factor de riesgo para su desarrollo. Mientras más conductas restrictivas y bulímicas, menor fue la asertividad (7,5 puntos), significativamente en conductas sumisas y dependientes (-0,6 puntos) ($p < 0,001$). La falta de asertividad mostró una capacidad predictiva significativa (53,2%) para el desarrollo de TCA. **Conclusiones:** Nuestros hallazgos confirman la evidencia de la literatura internacional satisfaciendo las líneas de investigación en TCA propuestas por la Asociación Psiquiátrica Americana.

Palabras clave: Investigación, epidemiológico, psicosocial, clínico, trastornos de alimentación.

Referencias

1. Behar R. Relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos afectivos: Una revisión de la evidencia. *Trastor Ánimo* 2006; 2 (1): 44-53.
2. Behar R. La imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Pediatría al Día* 2008; 24 (1): 54-8.
3. Behar R. Factores psicosociales en los trastornos alimentarios. *Pediatría al Día* 2008; 24 (2): 40-8.
4. Behar R. La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: Aspectos biopsicosociales *RNC* 2008; 16 (4): 109-17.
5. Behar R. La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. En: Montecino S, Castro R, de la Parra MA, compiladores. *Mujeres, espejos y fragmentos. Antropología del género y salud en el Chile del siglo XXI*. Santiago de Chile: C y C Aconcagua Ltda., 2003, p. 132-50.
6. Behar R. Trastornos de la alimentación y personalidad anormal. En: Riquelme R, Oksenberg A, editores. *Trastornos de personalidad. Hacia una mirada integral*. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental 2003; p. 331-48.
7. Behar R. La identidad de género en la etiopatogenia de los trastornos del hábito del comer. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Anorexia Nerviosa y Bulimia. Clínica y Terapéutica*. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2004. p. 55-72.
8. Behar R. Gender-related aspects of eating disorders: A psychosocial view. In: Swain P, editor. *New trends in eating disorders research*. New York: Nova Science Publishers, 2006. p. 37-63.
9. Behar R. Gender Identity and eating disorders: A psychosocial perspective. In: Kam-Shing Y, editor. *Psychology of gender identity: An international perspective*. New York: Nova Science Publishers, 2006. p. 193-215.
10. Behar R. Estado actual de los trastornos del comportamiento alimentario en Chile. En: Mancilla J, Gómez G, Márquez E, editores. *Trastornos alimentarios en hispanoamérica*. México: Editorial El Manual Moderno, 2006. p. 57-88.
11. Behar R. La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos alimentarios. En: Montecino S, compiladora. *Mujeres chilenas. Fragmentos de una historia*. Santiago de Chile: Catalonia, 2008. p. 587-98.
12. Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición*. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2010. p. 121-47.
13. Behar R. El cuerpo femenino y la belleza en la historia: Desde la antigüedad a la contemporaneidad. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición*. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2010. p. 1219-38.
14. Behar R. Corporalidad, sociedad y cultura en la etiopatogenia de las patologías alimentarias. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición*. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2010. p. 75-94.
15. Behar R. Trastornos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición*. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2010. p. 95-120.
16. Behar R. La imagen corporal en los trastornos alimentarios. Evaluación y aspectos clínicos. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición*. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2010. p. 191-207.
17. Garner D, Olmstead M, Bohr I, Garfinkel P. The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Med* 1982; 12: 871-8.
18. Garner D, Olmstead M, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983; 2: 15-34.
19. Behar R. Trastornos del hábito del comer en adolescentes. Aspectos clínicos y epidemiológicos. *Rev Med Chile* 1998; 126: 1085-92.
20. Behar R, Hernández P. Deportes y trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Med Chile* 2002; 130: 287-94.
21. Behar R, Alviña C, Medinelli A, Tapia P. Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la carrera de nutrición y dietética. *Rev Chil Nutr* 2007;

- 34 (4): 298-306.
22. Behar R, Alviña C, González T, Rivera N. Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar. *Rev Chil Nutr* 2007; 34 (3): 240-9.
 23. Le Grange D, Telch C, Tibbs J. Eating attitudes and behaviors in 1435 South African Caucasian and non-Caucasian college students. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 250-54.
 24. Behar R, González J, Ariza M, Aguirre A. Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres embarazadas controladas en atención primaria. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2008; 73 (3): 155-62.
 25. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders, Third Edition. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 7 [Suppl]: 1-54.
 26. Behar R, Invernizzi M. Evolución a seis años plazo de un grupo de mujeres en riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1999; 37: 154-61.
 27. Behar R, Botero J, Corsi P, Muñoz P. Detección de trastornos del hábito del comer en una población estudiantil de la V Región. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1994; 32: 159-65.
 28. Noring C, Sohlberg S. Eating disorder inventory in Sweden: Description, cross-cultural comparison, and clinical utility. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 78: 567-75.
 29. Al-Subaie A, Bamgboye E, Al-Shammari S, Al-Sabhan K, Al-Shehri S, Bannah A. Validity of the arabic version of the eating disorders inventory (EDI). *Brit J Psychiatry* 1996; 168: 636-40.
 30. Behar R, Iglesias B, Casanova D. Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2007; 45 (3): 211-20.
 31. Strober M, Katz J. Do eating disorders and affective disorders share a common etiology? A dissenting opinion. *Int J Eat Disord* 1987; 6: 171-80.
 32. Herzog D, Nussbaum K, Marmor A. Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatric Clin North Am* 1996; 19: 843-59.
 33. Bulik C, Sullivan P, Fear J, Joyce P. Eating disorders and antecedent anxiety disorders: A controlled study. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 101-7.
 34. Steere J, Butler G, Cooper P. The anxiety symptoms of bulimia nervosa: A comparative study. *Int J Eat Disord* 1990; 9 (3): 293-301.
 35. Behar R, Arriagada MI, Casanova D. Trastornos de la Conducta Alimentaria y Trastornos Afectivos: Un Estudio Comparativo. *Rev Med Chile* 2005; 133: 1407-14.
 36. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992.
 37. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text Revision. 4th Edition. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.
 38. Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Anorexia nerviosa y bulimia. Clínica y terapéutica*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2004. p. 17-54.
 39. Bruch H. *Eating disorders. Obesity. Anorexia nervosa and the person within*. London: Routledge & Kegan Paul, 1974.
 40. Behar R, Barahona M, Iglesias B, Casanova D. Trastornos de la conducta alimentaria y trastorno obsesivo-compulsivo: Un estudio de prevalencia. *Rev Chil Neuro-Psiquiatría* 2008; 46 (1): 25-34.
 41. Andersen A. Gender-related aspects of eating disorders: A guide to practice. *The Journal of Gender-Specific Medicine* 1999; 2: 47-54.
 42. Behar R, De la Barrera M, Michelotti J. Feminidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hábito del comer. *Rev Med Chile* 2002; 130: 964-75.
 43. Zolla E. *Androginia*. Madrid: Editorial Debate SA, 1994.
 44. Libis J. *El mito del andrógino*. Madrid: Ediciones Siruela, 2001.
 45. Bem SL. The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1974; 42: 155-62.
 46. Behar R, De la Barrera M, Michelotti J. Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Med Chile* 2001; 129: 1003-11.
 47. Root P. Disordered eating in women of color. *Sex Roles* 1990; 22: 525-36.

48. Behar R. La identidad de género en la etiopatogenia de los trastornos del hábito del comer. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Anorexia nerviosa y bulimia. Clínica y terapéutica*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2004. p. 55-72.
49. Behar R, de la Barrera M, Michelotti J. Características clínicas e identidad genérica en subtipos de trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Med Chile* 2003; 131: 748-58.
50. Waller G, Hamilton K, Shaw J. Media influences on body size estimation in eating disordered and comparison subjects. *British Review of Bulimia Nervosa and Anorexia Nervosa* 1992; 6 (2): 81-7.
51. Behar R. El perfeccionismo en los trastornos del hábito del comer. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1996; 34: 257-62.
52. Hamacheck D. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology* 1978; 15: 27-33.
53. Behar R, Cordero A, Leiva X. Trastornos del hábito del comer y alcoholismo: Un estudio comparativo. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1998; 36: 21-7.
54. Böhle A, Wietersheim J, von Wilke E, Feireis H. Die Soziale Integration von Patientinnen mit Anorexia Nervosa und bulimia. *Zeichrift Psychosom Med und Psychoanal* 1991; 37: 282-91.
55. García M, Gil F. *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Eudema, 1993.
56. Calvo R. *Anorexia nerviosa y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta, 2002.
57. Chinchilla A. *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson, 2003.
58. Behar R, Manzo R, Casanova D. Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. *Rev Med Chile* 2006; 134: 294-30.
59. Beresin E. *Treatment of eating disorders*. Health Care System Members. Toronto: Massachusetts General Hospital. Meeting in APA, 1998.
60. Schneider J, Agras W. A cognitive behavioral treatment of bulimia. *Br J Psychiatry* 1985; 146: 66-9.

Correspondencia:

Rosa Behar A.

Departamento de Psiquiatría

Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

Casilla 92-V - Valparaíso.

Fono/Fax: (56) (32) 2508550

E-mail: rositabehar@vtr.net