

Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de un colegio del distrito de Independencia, Lima, Perú.

Symptoms of eating behavior disorders in teenagers from a school in Independencia, Lima , Perú

Lorena Aliaga-Deza¹, Tania A. De La Cruz-Saldaña¹, Johann M. Vega-Dienstmaier²

RESUMEN

Objetivo: Describir la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en una población adolescente de 13 a 17 años de un colegio del distrito de Independencia (Lima, Perú). **Métodos:** Se planificó aplicar el cuestionario EDI-2 (Eating Disorders Inventory-2) a una muestra de 200 adolescentes. Sin embargo, luego del proceso de selección y llenado de encuestas, sólo se lograron incluir a 39 individuos. **Resultados:** De los 39 participantes, 24 (62%) fueron mujeres y 15 (38%) varones. La edad promedio fue de 14,6 años (DE= 1,23). El 17,9% tuvo puntajes elevados para la subescala de obsesión por la delgadez, el 17,9% para bulimia y el 28,2% para insatisfacción corporal. Los puntajes de la subescala de obsesión por la delgadez fueron significativamente mayores en mujeres que en hombres ($p=0,041$). El resto de subescalas tuvieron valores similares en ambos sexos. **Conclusiones:** Los puntajes obtenidos para obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal fueron mayores a los descritos por otros autores. No se encontraron diferencias significativas entre géneros, excepto en la subescala de obsesión por la delgadez. (*Rev Neuropsiquiatr 2010;73:52-61*).

PALABRAS CLAVE: EDI-2, anorexia, bulimia.

SUMMARY

Objective: To describe symptoms of eating disorders in a teenage population between the ages of 13 and 17, from a school in the Independencia district (Lima, Perú). **Methods:** We planned to administer the EDI-2 (Eating Disorders Inventory-2) to 200 teenagers; however after the selection process only 39 subjects remained. **Results:** Out of the 39 participants, 24 (62%) were females and 15 (38%) males. The mean age was 14.6 years old (SD= 1.23). The percentages of high scores for subscales were: 17.9% for drive for thinness, 17.9% for bulimia and 28.2% for body dissatisfaction. Also, the statistic analysis revealed no significant differences between genders for the subscales, except for drive for thinness ($p=0.041$). **Conclusions:** The percentage of high scores obtained for drive for thinness, bulimia and body dissatisfaction where higher than those described by other authors. No significant differences between genders were found, except in the drive for thinness subscale. (*Rev Neuropsiquiatr 2010;73:52-61*).

KEY WORDS: EDI-2, anorexia, bulimia.

¹ Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

² Médico Psiquiatra. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Profesor, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de alimentación representan un problema importante de salud pública, ya que son sumamente frecuentes y ponen en peligro la salud del individuo que los padece, siendo la anorexia nervosa la patología psiquiátrica con mayor mortalidad (1-3). Además, en los últimos años su incidencia y prevalencia han ido aumentando, y se están presentando en grupos etarios cada vez menores (4). En nuestra población existen algunos estudios con respecto al tema, pero la información no es muy extensa y aún falta mucho por investigar.

En Reus, España, se ha hallado que la prevalencia de anorexia nervosa es un poco menor de 1%; la de bulimia nervosa, aproximadamente 2,9% y la de los demás trastornos de la alimentación, alrededor de 5,3% (5). Asimismo, una investigación realizada en Australia, encontró una prevalencia de 1% para bulimia nervosa, menos de 0,5% para anorexia nervosa y entre 2 y 5% para trastornos de alimentación no especificados y también mostró que entre los años 1995 y 2005 hubo un incremento de hasta el doble en la prevalencia de estos trastornos, tanto en mujeres como en hombres (6). Finalmente, estudios realizados en nuestro país por el Instituto Nacional de Salud Mental "Delgado-Noguchi", han encontrado que la prevalencia de anorexia nervosa y bulimia nervosa en adolescentes de Lima es de 0,1% y 0,8%, respectivamente. Sin embargo, a pesar de que esta prevalencia es menor a la descrita en otros países, el estudio también encontró que la prevalencia de conductas bulímicas era de 3,8% y la de tendencias a problemas alimentarios era de 8,3% (7). Las prevalencias reportadas en estudios similares que se ejecutaron en la Sierra y Selva peruanas, por la misma institución, fueron menores que las encontradas en Lima (8, 9).

Un estudio realizado en una zona rural de México demostró que estos problemas no se limitan sólo a las zonas urbanas que se encuentran más expuestas a las influencias de la publicidad y tendencias internacionales, sino que también ocurren en zonas más alejadas; encontrando que las mujeres de esa zona muestran marcado rechazo a la obesidad y que la delgadez es considerada como sinónimo de belleza. Esto se ve reflejado en una preocupación importante por el peso que repercute en sus conductas de alimentación (10).

El propósito de este trabajo es conocer la sintomatología de los trastornos de la conducta

alimentaria en una población adolescente que se encuentra expuesta a los modelos propuestos por la cultura occidental (11). Es importante describir los trastornos de alimentación en la población, ya que tienen consecuencias a corto y largo plazo, y afectan muchos aspectos de la vida de la persona que los sufre (12). Además, debido a que el tratamiento no siempre es efectivo, lo más útil es la prevención y la detección temprana (13,14).

MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo es un estudio transversal; para realizarlo se utilizó el cuestionario EDI-2, el cual es una herramienta de detección para trastornos de alimentación como la anorexia y la bulimia que está validado en nuestro país (15). Consta de 91 preguntas con seis opciones de respuesta (nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre y siempre) y se encuentra dividido en once subgrupos: 8 principales y 3 adicionales. Las subescalas de obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal valoran actitudes y comportamientos hacia la comida, el peso y la imagen corporal, mientras que el resto de las subescalas, incluyendo las adicionales, fueron incluidas en el cuestionario ya que evalúan características psicológicas generales que se encuentran asociadas con bastante frecuencia a los trastornos de la conducta alimentaria, especialmente la anorexia nervosa.

Se utilizó una población adolescente de 13 a 17 años de un colegio estatal del distrito de Independencia. La muestra fue elegida por conveniencia de acuerdo a la disponibilidad de tiempo de los alumnos. Se distribuyeron 200 copias del consentimiento informado de las cuales sólo fueron devueltas 46; 43 padres de familia dieron su consentimiento, mientras que 3 no lo dieron o dejaron el consentimiento en blanco. Asimismo, se repartieron 200 copias del asentimiento informado para los alumnos; 159 alumnos dieron su asentimiento, mientras que 20 no lo dieron o lo dejaron en blanco. Las demás copias del asentimiento informado no fueron devueltas. El cuestionario EDI-2 fue repartido a los alumnos que contaban tanto con el consentimiento informado como con el asentimiento informado. Para aplicar el cuestionario se acudió al colegio al que asisten los alumnos en dos días consecutivos. El tiempo que tomó llenar los cuestionarios fue de 30 a 40 minutos. De los 43 alumnos que llenaron el cuestionario, 39 fueron llenados correctamente y 4 tenían respuestas en blanco. De este modo, quedaron 39 cuestionarios para realizar el análisis de datos.

Considerando los cuadros de baremos para sujetos de la población general y para individuos con trastornos de la conducta alimentaria presentados en el trabajo de validación del EDI-2 en el Perú (15), se escogieron, para hombres y mujeres, puntos de corte para tres subescalas: obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal. Se seleccionaron estas tres subescalas debido a que se ha encontrado que puntajes elevados en ellas correlacionan bien con anorexia nervosa o bulimia (16). Los puntos de corte elegidos fueron los que tenían mayor equilibrio entre sensibilidad y especificidad, las cuales se estimaron a partir de los cuadros de baremos. De este modo, para la subescala de obsesión por la delgadez se determinó como punto de corte un valor mayor de 9 para el género femenino (sensibilidad de 73% y especificidad de 73%) y mayor de 5 para el género masculino (sensibilidad de 67% y especificidad de 81%). Asimismo, para la subescala de bulimia el punto de corte fue mayor de 3 para el sexo femenino (sensibilidad de 67% y especificidad de 77%) y mayor de 2 para el sexo masculino (sensibilidad de 58% y especificidad de 66%). Finalmente, para la subescala de insatisfacción corporal el punto de corte para las mujeres fue mayor de 8 (sensibilidad de 69% y especificidad de 64%) y mayor de 6 para los varones (sensibilidad de 58% y especificidad de 63%). Se calculó el porcentaje de sujetos con puntajes considerados altos y luego se realizó la prueba de Fisher para determinar si existían diferencias significativas entre géneros.

El análisis estadístico del trabajo de investigación se realizó con el programa SPSS Versión 17.0 para Windows.

Para determinar si los puntajes de las subescalas tenían distribución normal o no, se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Luego se procedió a aplicar la prueba de t de Student a las subescalas que seguían una distribución normal y el test U de Mann-Whitney a las que no lo hacían para determinar si había diferencias significativas entre géneros. Finalmente, se realizó la prueba t de Student para comparar nuestro estudio con otros y determinar si existían diferencias significativas entre ellos.

RESULTADOS

De los 39 participantes, 24 fueron de sexo femenino y 15 de sexo masculino, lo cual corresponde al 62% y 38%, respectivamente. El rango de edad fue de 13 a 16 años. Hubo 11 participantes de 13 años (28%), 8 de

14 años (21%), 7 de 15 años (18%) y 13 de 16 años (33%).

La tabla 1 muestra los porcentajes de participantes con puntajes por encima de los puntos de corte escogidos para nuestro estudio, para el total de la muestra y para cada género. No se encontró diferencias significativas entre mujeres y varones con los puntos de corte utilizados.

La tabla 2 muestra los promedios, desviación estándar y mediana, de las once subescalas para el total de la muestra y por género. Además, tal como se observa en la tabla 2, todas las subescalas siguen una distribución normal, a excepción de bulimia, inefectividad y ascetismo, donde el valor de p es menor de 0,05. Asimismo, la misma tabla muestra que no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, excepto para la subescala de obsesión por la delgadez en la que los puntajes de las mujeres fueron significativamente mayores que los de los varones.

La tabla 3 muestra los porcentajes y porcentajes acumulados de los puntajes para cada subescala, y las tablas 4 y 5 muestran la misma información para mujeres y hombres, respectivamente. Estas tablas también permiten calcular el porcentaje de puntajes elevados para los diferentes puntos de corte (100% - porcentaje acumulado).

Tabla 1. Sujetos con puntajes altos para las 3 subescalas principales

	Insatisfacción corporal F: Alto>8 M: Alto>6	Bulimia F: Alto>3 M: Alto>2	Obsesión por la delgadez F: Alto >9 M: Alto >5
Total	28,2%	17,9%	17,9%
(N=39)	(N=11)	(N=7)	(N=7)
Mujeres	29,2%	12,5%	20,8%
(N=24)	(N=7)	(N=8)	(N=5)
Hombres	26,7%	26,7%	13,3%
(N=15)	(N=4)	(N=4)	(N=2)
Diferencia entre hombres y mujeres	>0,999	0,396	0,686
(p. prueba de Fisher)			

F= Sexo femenino
M= Sexo masculino.

Tabla 2. Descripción de las subescalas del EDI-2

		DT	B	BD	I	P	ID	IA	MF	A	IR	SI
Total	K-S*	0,138	<0,001	0,479	0,014	0,352	0,35	0,173	0,347	0,032	0,151	0,804
	(p)											
	Media (DE)	4,8 (4,8)	1,4 (2,0)	5,4 (4,9)	3,6 (5,4)	5,1 (2,9)	6,1 (3,9)	4,7 (3,9)	9,4 (4,3)	3,8 (2,9)	7,3 (5,4)	6,8 (4,7)
	Mediana	3,0	0,0	5,0	1,0	6,0	5,0	3,0	9,0	3,0	6,0	6,0
Sexo Femenino (N=39)	Media (DE)	5,8 (5,7)	1,5 (2,0)	6,4 (5,2)	3,9 (6,4)	5,3 (3,1)	5,5 (4,0)	5,3 (4,2)	9,3 (4,6)	4,3 (2,9)	7,1 (5,9)	6,5 (4,7)
	Mediana	4,0	0,0	5,0	1,0	6,0	4,5	4,0	9,0	3,0	6,0	6,0
	Sexo Masculino (N=15)	Media (DE)	3,1 (2,0)	1,2 (2,0)	3,9 (4,1)	3,0 (3,1)	4,7 (2,7)	7,0 (3,7)	3,7 (3,4)	9,6 (3,8)	3,1 (2,7)	7,5 (4,7)
	Mediana	3,0	0,0	3,0	1,0	4,0	7,0	3,0	9,0	3,0	6,0	6,0
Diferencia entre sexos	P	0,041 ***	0,570 **	0,121 ***	0,595 **	0,539 ***	0,264 ***	0,246 ***	0,830 ***	0,159 **	0,804 ***	0,612 ***

DT: obsesión por la delgadez, B: bulimia, BD: insatisfacción corporal, I: ineffectividad, P: perfeccionismo, ID: desconfianza interpersonal, IA: conciencia interoceptiva, MF: miedo a la madurez, A: ascetismo, IR: impulsividad, SI: inseguridad social.

DE: desviación estándar; *K-S: Kolmogorov-Smirnov, **Mann-Whitney U, ***t-Student.

La tabla 6 muestra los coeficientes de correlación de Spearman entre las subescalas. Se observa que la subescala que tiene más correlación con el resto es la subescala de conciencia interoceptiva, ya que el valor de p es estadísticamente significativo para su correlación con el resto de las subescalas, excepto para perfeccionismo. En segundo lugar, se encuentra la subescala de ineffectividad, la cual tiene coeficientes de correlación estadísticamente significativos para 8 subescalas y, en tercer lugar, está la subescala de inseguridad social, la cual se correlaciona adecuadamente con 7 subescalas. Por otro lado, la subescala que menos se correlaciona con el resto es miedo a la madurez, seguida por las subescalas de perfeccionismo y desconfianza interpersonal.

En la tabla 7 se comparan los puntajes de las subescalas del EDI-2 de nuestra muestra con los hallados en mujeres controles del estudio de Garner y un estudio japonés.

DISCUSIÓN

Este trabajo es un estudio exploratorio que podría incentivar la realización de más investigaciones sobre

trastornos de la conducta alimentaria, ya que como fue mencionado, la información que existe actualmente sobre el tema en nuestro país no es extensa.

Para cumplir el objetivo principal de este trabajo de investigación, se plantearon puntos de corte para tres subescalas: obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal; lo cual se realizó teniendo como base el trabajo de validación del EDI-2 en el Perú (15). A diferencia de otros estudios, nuestro estudio encontró un porcentaje elevado de participantes, tanto varones como mujeres, que tuvieron puntajes altos de acuerdo a los puntos de corte utilizados.

En el caso de obsesión por la delgadez, se observa que el 17,9% de todos los participantes tuvieron puntajes altos (por encima de 9 en el caso de las mujeres y 5 en el caso de los varones). El elevado porcentaje de participantes con puntajes altos puede deberse a que en nuestro trabajo se utilizaron puntos de corte más bajos que los planteados inicialmente por Garner, quien utilizó un puntaje mayor de 14 como punto de corte en el caso de mujeres. Si utilizamos ese mismo punto de corte, la proporción de mujeres de nuestro estudio con puntajes altos sería de 16,7%, algo menor que el

Tabla 3. Porcentaje acumulado de los puntajes de cada subescala en la muestra total

Puntaje	DT	B	BD	I	P	ID	IA	MF	A	IR	SI
0	7,7	59,0	20,5	30,8	2,6	7,7	10,3	0,0	10,3	10,3	7,7
1	30,8	66,7	25,6	56,4	10,3	10,3	30,8	0,0	20,5	10,3	17,9
2	38,5	69,2	28,2	61,5	25,6	17,9	38,5	2,6	30,8	12,8	20,5
3	53,8	84,6	41,0	66,7	38,5	25,6	51,3	5,1	61,5	25,6	28,2
4	61,5	89,7	46,2	71,8	43,6	43,6	53,8	10,3	66,7	38,5	35,9
5	69,2	92,3	59,0	74,4	48,7	53,8	59,0	20,5	76,9	41,0	43,6
6	74,4	100,0	64,1	82,1	66,7	56,4	69,2	33,3	82,1	59,0	53,8
7	79,5		69,2	84,6	76,9	61,5	79,5	43,6	84,6	61,5	59,0
8	84,6		79,5	89,7	84,6	74,4	79,5	48,7	89,7	66,7	64,1
9	87,2		84,6	89,7	94,9	79,5	84,6	51,3	97,4	74,4	71,8
10	87,2		84,6	92,3	97,4	82,1	87,2	56,4	97,4	76,9	76,9
11	89,7		92,3	92,3	100,0	87,2	94,9	64,1	97,4	79,5	79,5
12	89,7		92,3	94,9		94,9	97,4	71,8	100,0	79,5	87,2
13	89,7		94,9	94,9		97,4	97,4	79,5		84,6	94,9
14	89,7		97,4	94,9		97,4	100,0	89,7		87,2	94,9
15	94,9		97,4	94,9		100,0		92,3		92,3	94,9
16	94,9		97,4	94,9				94,9		92,3	94,9
17	97,4		97,4	97,4				97,4		92,3	97,4
18	100,0		97,4	97,4				97,4		94,9	100,0
19			97,4	97,4				100,0		97,4	
20			97,4	97,4						97,4	
21			97,4	97,4						100,0	
22			97,4	97,4							
23			100,0	97,4							
24				97,4							
25				97,4							
26				100,0							

DT: obsesión por la delgadez, B: bulimia, BD: insatisfacción corporal, I: ineffectividad, P: perfeccionismo, ID: desconfianza interpersonal, IA: conciencia interoceptiva, MF: miedo a la madurez, A: ascetismo, IR: impulsividad, SI: inseguridad social.

20,8% que resulta si usamos como punto de corte más de 9. De esta forma, el porcentaje de mujeres con un puntaje elevado se acerca al descrito por otros estudios, permaneciendo aún por encima de estos. Por ejemplo, un estudio realizado en EE.UU. que trabajó con dos poblaciones, deportistas y no deportistas, encontró que el porcentaje de participantes con puntajes elevados en esa subescala, utilizando como punto de corte 14, fue de 12,9% y 7,1%, respectivamente (17). Otro estudio

realizado en Singapur encontró que 7,4% de su población tenía puntajes mayores de 14 (18).

Lo mismo se evidencia cuando se analizan los resultados de las subescalas de bulimia e insatisfacción corporal. En el caso de la primera, se observa que el 17,9% de los participantes presenta puntajes considerados elevados y, en el caso de la segunda, el 28,2%. Un estudio realizado en México, para validar el

Tabla 4. Porcentajes acumulados de los puntajes de cada subescala en mujeres

Puntaje	DT	B	BD	I	P	ID	IA	MF	A	IR	SI
0	8,3	54,2	16,7	37,5	4,2	12,5	4,2	0	4,2	16,7	12,5
1	37,5	62,5	16,7	58,3	12,5	16,7	25,0	0	12,5	16,7	20,8
2	37,5	66,7	20,9	62,5	25,0	20,8	33,4	4,2	25,0	20,9	25,0
3	45,8	87,5	29,2	70,8	33,4	29,2	50,0	8,4	54,2	29,2	25,0
4	54,1	87,5	33,4	75,0	37,5	50,0	50,0	12,5	62,5	41,7	37,5
5	58,3	91,7	54,2	75,0	45,9	62,5	58,4	25,0	70,9	41,7	45,8
6	62,5	100,0	58,4	79,2	62,5	62,5	66,7	37,5	79,2	58,4	54,2
7	66,6		62,5	79,2	75,0	66,7	70,9	41,7	83,4	62,5	62,5
8	75,0		70,9	87,5	83,4	75,0	70,9	50,0	87,5	66,7	66,7
9	79,1		79,2	87,5	91,7	83,3	79,2	50,0	95,9	75,0	75,0
10	79,1		79,2	87,5	95,9	87,5	83,4	58,4	95,9	75,0	79,2
11	83,3		91,7	87,5	100,0	91,7	91,7	66,7	95,9	79,2	79,2
12	83,3		91,7	91,7		95,8	95,9	75,0	100,0	79,2	87,5
13	83,3		95,9	91,7		95,8	95,9	83,4		83,4	95,8
14	83,3		95,9	91,7		95,8	100,0	87,5		87,5	95,8
15	91,6		95,9	91,7		100,0		87,5		91,7	95,8
16	91,6		95,9	91,7				91,7		91,7	95,8
17	95,8		95,9	95,8				95,9		91,7	100,0
18	100,0		95,9	95,8				95,9		91,7	
19			95,9	95,8				100,0		95,9	
20			95,9	95,8						95,9	
21			95,9	95,8						100,0	
22			95,9	95,8							
23			100,0	95,8							
24				95,8							
25				95,8							
26				100,0							

DT: obsesión por la delgadez, B: bulimia, BD: insatisfacción corporal, I: ineffectividad, P: perfeccionismo, ID: desconfianza interpersonal, IA: conciencia interoceptiva, MF: miedo a la madurez, A: ascetismo, IR: impulsividad, SI: inseguridad social.

EDI-2, utilizó como puntos de corte 3 para bulimia y 14 para insatisfacción corporal para la población femenina (19). Aplicando estos puntos de corte a nuestra muestra femenina, observamos que el porcentaje de puntajes altos no varía en el caso de la subescala bulimia (12,5%), sin embargo disminuye de 29,2% a 4,1% en el caso de insatisfacción corporal.

En nuestro estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el sexo femenino

y masculino en 10 de las 11 subescalas. Sin embargo, la subescala de obsesión por la delgadez, presenta puntajes significativamente mayores en mujeres que en hombres ($p=0,041$). Estos resultados difieren de aquellos encontrados por otros autores, ya que en el caso de insatisfacción corporal por ejemplo, se ha visto que sí existen diferencias significativas entre los puntajes de hombres y mujeres (20,21). Nuestro hallazgo requiere mayores estudios, a nuestro entender, la diferencia entre las subescalas según el género no se

Tabla 5. Porcentajes acumulados de los puntajes de cada subescala en hombres

Puntaje	DT	B	BD	I	P	ID	IA	MF	A	IR	SI
0	6,7	66,7	26,7	20,0	0,0	0,0	20,0	0,0	20,0	0,0	0,0
1	20,0	73,4	40,0	53,3	6,7	0,0	40,0	0,0	33,3	0,0	13,3
2	40,0	73,4	40,0	60,0	26,7	13,3	46,7	0,0	40,0	0,0	13,3
3	66,7	80,0	60,0	60,0	46,7	20,0	53,3	0,0	73,3	20,0	33,3
4	73,4	93,4	66,7	66,7	53,3	33,3	60,0	6,7	73,3	33,3	33,3
5	86,7	93,4	66,7	73,3	53,3	40,0	60,0	13,3	86,7	40,0	40,0
6	93,4	100,0	73,4	86,7	73,3	46,7	73,3	26,7	86,7	60,0	53,3
7	100,0		80,0	93,3	80,0	53,3	93,3	46,7	86,7	60,0	53,3
8			93,4	93,3	86,7	73,3	93,3	46,7	93,3	66,7	60,0
9			93,4	93,3	100,0	73,3	93,3	53,3	100,0	73,3	66,7
10			93,4	100,0		73,3	93,3	53,3		80,0	73,3
11			93,4			80,0	100,0	60,0		80,0	80,0
12			93,4			93,3		66,7		80,0	86,7
13			93,4			100,0		73,3		86,7	93,3
14			100,0					93,3		86,7	93,3
15								100,0		93,3	93,3
16										93,3	93,3
17										93,3	93,3
18										100,0	100,0

DT: obsesión por la delgadez, B: bulimia, BD: insatisfacción corporal, I: inefectividad, P: perfeccionismo, ID: desconfianza interpersonal, IA: conciencia interoceptiva, MF: miedo a la madurez, A: ascetismo, IR: impulsividad, SI: inseguridad social.

encuentra del todo esclarecida en la literatura.

En la población femenina, los promedios de puntajes obtenidos en las subescalas de desconfianza interpersonal (ID), conciencia interoceptiva (IA), miedo a la madurez (MF), impulsividad (IR) e inseguridad social (SI) son significativamente mayores a aquellos obtenidos inicialmente por Garner en mujeres sin trastornos de la conducta alimentaria (ver tabla 7), definidas por él como mujeres no preocupadas por el peso (22). Sin embargo, los puntajes obtenidos en la subescala de insatisfacción corporal (BD) fueron significativamente menores en nuestra muestra. Por otro lado, en un estudio realizado en Japón, las medias obtenidas por ellos en el grupo control en las subescalas ID, IA, MF, IR y SI fueron menores a las de nuestra

población, mientras que las de BD y perfeccionismo (P) fueron considerablemente mayores (23). Además, este estudio, comparó los puntajes obtenidos en el EDI-2 por pacientes con anorexia nervosa y bulimia, y encontró que en la subescala de obsesión por la delgadez el promedio de estos puntajes era significativamente menor que en las pacientes que había estudiado Garner. Esto sugiere que el punto de corte en ese caso podría ser menor de 14 y que, en general, los puntos de corte del EDI-2 podrían cambiar de acuerdo a cada cultura.

En cuanto a los resultados de correlación entre las distintas subescalas, la subescala que más se correlaciona con el resto es conciencia interoceptiva, seguida de inefectividad e inseguridad social. De las tres subescalas estudiadas en nuestro trabajo, bulimia

Tabla 6. Correlación de Spearman entre las subescalas

		DT	B	BD	I	P	ID	IA	MF	A	IR	SI
DT	Coefficiente	-	0,208	0,339	0,326	0,191	-0,019	0,346	0,115	0,115	0,278	0,396
	p	-	0,204	0,035	0,043	0,245	0,910	0,031	0,486	0,485	0,086	0,013
B	Coefficiente	0,208	-	0,244	0,330	0,256	0,219	0,432	0,028	0,318	0,680	0,410
	p	0,204	-	0,134	0,040	0,116	0,181	0,006	0,867	0,049	<0,001	0,010
BD	Coefficiente	0,339	0,244	-	0,579	0,099	0,304	0,368	-0,088	0,275	0,234	0,501
	p	0,035	0,134	-	<0,001	0,549	0,060	0,021	0,592	0,091	0,152	0,001
I	Coefficiente	0,326	0,330	0,579	-	0,257	0,530	0,494	0,087	0,349	0,452	0,692
	p	0,043	0,040	<0,001	-	0,115	0,001	0,001	0,597	0,029	0,004	<0,001
P	Coefficiente	0,191	0,256	0,099	0,257	-	0,256	0,276	0,320	0,343	0,376	0,059
	p	0,245	0,116	0,549	0,115	-	0,116	0,089	0,047	0,033	0,018	0,723
ID	Coefficiente	-0,019	0,219	0,304	0,530	0,256	-	0,536	0,293	0,259	0,263	0,613
	p	0,910	0,181	0,060	0,001	0,116	-	<0,001	0,070	0,112	0,105	<0,001
IA	Coefficiente	0,346	0,432	0,368	0,494	0,276	0,536	-	0,334	0,526	0,553	0,605
	p	0,031	0,006	0,021	0,001	0,089	<0,001	-	0,038	0,001	<0,001	<0,001
MF	Coefficiente	0,115	0,028	-0,088	0,087	0,320	0,293	0,334	-	0,065	0,099	0,172
	p	0,486	0,867	0,592	0,597	0,047	0,070	0,038	-	0,692	0,549	0,295
A	Coefficiente	0,115	0,318	0,275	0,349	0,343	0,259	0,526	0,065	-	0,501	0,211
	p	0,485	0,049	0,091	0,029	0,033	0,112	0,001	0,692	-	0,001	0,196
IR	Coefficiente	0,278	0,680	0,234	0,452	0,376	0,263	0,553	0,099	0,501	-	0,342
	p	0,086	<0,001	0,152	0,004	0,018	0,105	<0,001	0,549	0,001	-	0,033
SI	Coefficiente	0,396	0,410	0,501	0,692	0,059	0,613	0,605	0,172	0,211	0,342	-
	P	0,013	0,010	0,001	<0,001	0,723	<0,001	<0,001	0,295	0,196	0,033	-

DT: obsesión por la delgadez, B: bulimia, BD: insatisfacción corporal, I: ineffectividad, P: perfeccionismo, ID: desconfianza interpersonal, IA: conciencia interoceptiva, MF: miedo a la madurez, A: ascetismo, IR: impulsividad, SI: inseguridad social.

correlaciona adecuadamente con cinco subescalas, mientras que obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal lo hacen con cuatro. Por otro lado, la subescala de obsesión por la delgadez correlaciona bien con insatisfacción corporal, pero no con bulimia.

Este trabajo posee varias limitaciones, siendo la más importante el tamaño muestral. Esto podría explicar la falta de resultados estadísticamente significativos. Asimismo, otra limitación es la ausencia de puntos de corte claramente establecidos para nuestra población y la baja sensibilidad y especificidad de aquellos utilizados, lo cual explicaría el gran porcentaje de individuos con puntajes altos en nuestra población.

Finalmente, una tercera limitación es la posibilidad que exista un sesgo por los propios alumnos, es decir, que los que hayan respondido las encuestas sean sujetos con mayor interés por los trastornos de la conducta alimentaria o que tengan algún problema psiquiátrico, lo cual podría explicar el importante porcentaje de participantes con puntajes considerados altos.

Se puede concluir que, en la muestra estudiada, se encontró una alta prevalencia de puntajes elevados en las tres subescalas trabajadas, lo cual debería ser motivo de mayor investigación. Se requieren estudios en poblaciones más grandes para poder establecer conclusiones definitivas, así como también existe una

Tabla 7. Comparación entre los puntajes de las mujeres controles del estudio de Garner y el estudio japonés (23), respecto a los hallados en nuestra muestra.

Subescala	Media y desviación estándar			P, intervalo de confianza al 95% de la diferencia de medias	
	Perú	Japón	Garner	Perú vs. Japón	Perú vs. Garner
	(N=24)	Controles (N=100)	Controles (N=205)		
DT	5,8 (5,7)	5,7 (4,7)	5,5 (5,5)	0,94 (-2,4 a 2,6)	0,81 (-2,7 a 2,1)
B	1,5 (2,0)	2,0 (2,6)	1,2 (1,9)	0,31 (-1,4 a 0,4)	0,49 (-1,1 a 0,5)
BD	6,4 (5,2)	14,3 (6,8)	12,2 (8,3)	<0,001 (5,4 a 10,4)**	<0,001 (3,5 a 8,2)**
I	3,9 (6,4)	6,0 (4,9)	2,3 (3,6)	0,14 (-4,8 a 0,6)	0,25 (-4,2 a 1,0)
P	5,3 (3,1)	3,2 (2,9)	6,2 (3,9)	0,004 (0,7 a 3,5)*	0,20 (-0,5 a 2,3)
ID	5,5 (4,0)	3,5 (2,9)	2,0 (3,1)	0,03 (0,3 a 3,7)*	0,003 (1,8 a 5,2)*
IA	5,3 (4,2)	3,1 (4,1)	3,0 (3,9)	0,03 (0,3 a 4,1)*	0,016 (0,5 a 4,1)*
MF	9,3 (4,6)	6,3 (4,1)	2,7 (2,9)	0,007 (1,0 a 5,0)*	<0,001 (4,7 a 8,5)**
A	4,3 (2,9)	3,4 (2,7)	3,4 (2,2)	0,17 (-0,4 a 2,2)	0,15 (-2,1 a 0,3)
IR	7,1 (5,9)	2,8 (4,2)	2,3 (3,6)	0,002 (1,8 a 6,8)*	<0,001 (2,4 a 7,2)**
SI	6,5 (4,7)	6,0 (3,3)	3,3 (3,3)	0,63 (-1,5 a 2,5)	0,003 (1,3 a 5,1)*

* Valor de $p < 0,05$ **Valor de $p < 0,001$

DT: obsesión por la delgadez, B: bulimia, BD: insatisfacción corporal, I: ineffectividad, P: perfeccionismo, ID: desconfianza interpersonal, IA: conciencia interoceptiva, MF: miedo a la madurez, A: ascetismo, IR: impulsividad, SI: inseguridad social.

gran necesidad de establecer puntos de corte con mayor sensibilidad y especificidad que sean aplicables a nuestra población.

Agradecimientos:

Al Dr. Rolando Pomalima, por las sugerencias en el diseño del estudio y la asesoría inicial.

Correspondencia:

Lorena Aliaga Deza.
Jr. Monte Real 182 Dpto. 401 Chacarilla, Surco, Lima 33, Lima, Perú.
Correo electrónico: l_aliaga@hotmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morris J, Twaddle S. Anorexia nervosa. *BMJ* 2007; 334: 894-898.
2. Keel P, Brown T. Update on course and outcome in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2010; 43:195-204.
3. Button EJ, Chadalavada B, Palmer RL. Mortality and predictors of death in a cohort of patients presenting to an eating disorders service. *Int J Eat Disord* 2010; 43(5):387-92.
4. Pollastro A, Justo E. Body dissatisfaction in Brazilian schoolchildren: prevalence and associated factors. *Rev Saúde Pú* 2006; 40(3): 489-496.
5. Olesti M, Piñol JL, Martín N, De la Fuente M, Riera A, Bofarull JM, et al. Prevalencia de anorexia nerviosa,

- bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *An Pediatr (Barc)* 2008; 68(1): 18-23.
6. Hay PJ, Mond J, Buttner P, Darby A. Eating disorder behaviors are increasing: findings from two sequential community surveys in South Australia. *PLoS ONE*, 2008; 3(2): 1541.
 7. Saavedra J, Nizama M, Vásquez F, Matos L, Huamán J, Arellano C, et al. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental. *Anales de Salud Mental* 2002; 18: (1-2).
 8. Saavedra J, Nizama M, Vásquez F, Matos L, Huamán J, Arellano C, et. al. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana. *Anales de Salud Mental* 2004; 21 (1-2).
 9. Saavedra J, Nizama M, Vásquez F, Matos L, Huamán J, Arellano C, et. al. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. *Anales de Salud Mental* 2004; 19 (1-2).
 10. Pérez Gil-Romo SE, Vega-García LA, Romero-Juárez G. Prácticas alimentarias de mujeres rurales: ¿una nueva percepción del cuerpo? *Salud Publica Mex* 2007; 49: 52-62.
 11. Holmqvist K, Frise ´n A. Body dissatisfaction across cultures: findings and research problems. *Eur Eat Disorders Rev* 2010; 18: 133–146.
 12. Bamford B, Sly R. Exploring quality of life in the eating disorders. *Eur Eat Disorders Rev* 2010; 18: 147–153.
 13. Taylor B, Bryson S, Luce K, Cuning D, Doyle A, Abascal L, et al. Prevention of eating disorders in at-risk college-age women. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 881-888.
 14. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Gnam G, Buddeberg C. Prevention of disturbed eating behaviour: a prospective intervention study in 14- to 19-year-old Swiss students. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 98(2): 146-155.
 15. Pomalima R, Salazar S, Rojas E, Mejia O. Validación del Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI-2) – Versión peruana. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi; 2002.
 16. 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(2): 15-34.
 17. Reinking M, Alexander L. Prevalence of disordered-eating behaviors in undergraduate female collegiate athletes and nonathletes. *J Athl Train* 2005; 40(1): 47-51.
 18. Ho T, Tai B, Lee E, Cheng S, Liow P. Prevalence and profile of females at risk of eating disorders in Singapore. *Singapore Med J* 2006; 47(6): 499-503.
 19. García-García E, Vázquez-Velázquez V, López-Alvarenga J, Arcila Martínez D. Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorders Inventory en mujeres mexicanas. *Salud Publica Mex* 2003; 45(3):13-18.
 20. Baile J, Raich R, Garrido E. Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de la forma de administración en una escala. *Anales de Psicología* 2003; 19(2): 187-92.
 21. Jones L, Fries E, Danish S. Gender and ethnic differences in body image and opposite sex figure preferences of rural adolescents. *Body Image* 2007;4(1): 103-108.
 22. Garner D, Olmstead M, Polivy J, Garfinkel P. Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosom Med* 1984; 46(3): 255-266.
 23. Tachi T, Kusano-Schwarz M, Murakami K, Kobayashi Y, Miyake Y. Usefulness of the Eating Disorders Inventory-2 Japanese Version in patients with eating disorders. *Tokai J Exp Clin Med* 2007; 32(3): 78-82.

Recibido: 11/01/09
Aceptado para publicación: 18/06/10