

# Distorsión de la Percepción Corporal en Pacientes con Anorexia Nerviosa de Inicio Temprano vs. Tardío

## Distortion of Body Perception in Patients With Early vs. Late Onset Anorexia Nervosa

María Yolanda Vellisca González  
Universidad de Zaragoza, España

Santos Orejudo Hernández  
Universidad de Zaragoza, España

José Ignacio Latorre Marín  
Hospital Obispo Polanco, España

**Resumen.** La anorexia nerviosa, como trastorno de la conducta alimentaria, está asociada a una elevada preocupación por el peso, a ideas sobrevaloradas respecto a la delgadez, a una alteración de la imagen corporal y a un miedo excesivo a engordar. En este trabajo estudiamos las diferencias en la distorsión de la percepción corporal en pacientes con anorexia nerviosa de inicio temprano vs. tardío mediante el Cuestionario de la forma corporal (*Body Shape Questionnaire*) de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987). La muestra clínica estaba compuesta por un total 176 pacientes diagnosticadas de anorexia nerviosa (47.1%) y anorexia nerviosa atípica (52.9%). En el 21.4% de la muestra los síntomas aparecieron antes de los 14 años. El grupo de anorexia nerviosa de inicio temprano presenta una mayor distorsión de su imagen corporal que el grupo de anorexia nerviosa de inicio tardío.

*Palabras clave:* anorexia nerviosa, anorexia nerviosa atípica, inicio temprano vs. tardío, distorsión de la percepción corporal.

**Abstract.** Anorexia nervosa as an eating disorder is associated with high weight concern, overvalued ideas about thinness, body image disturbance and excessive fear of gaining weight. In this paper, we study the differences in the distortion of body perception in patients with anorexia nervosa, comparing early and late onset patients, using the Body Shape Questionnaire (BSQ) by Cooper, Taylor, Cooper and Fairburn (1987). The clinical sample composed of a total of 187 patients diagnosed with anorexia nervosa (47.1%) and atypical anorexia nervosa (52.9%). Of this sample, 21.4% had shown symptoms before age 14. The group of early-onset anorexia nervosa patients has a greater distortion of body image than the group of late-onset anorexia nervosa patients.

*Keywords:* anorexia nervosa, atypical anorexia nervosa, early onset vs. late onset, distorted body awareness.

### Introducción

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno potencialmente muy grave que en los últimos años ha experimentado un progresivo aumento de la aten-

ción y dedicación de los profesionales de la salud, de los medios de comunicación y del público en general. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son cada vez más frecuentes en las consultas de los centros de salud y se diagnostican en niños y niñas cada vez más jóvenes. La incidencia de la AN ha pasado de 0.37 y 0.64 pacientes/año por cada

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a Santos Orejudo Hernández al e-mail: [sorejudo@unizar.es](mailto:sorejudo@unizar.es)

100.000 habitantes durante las décadas de los 60 y 70 (Jones, Fox, Babigan y Hutton, 1980), a situarse en torno a 8 (Hoek, 2006), es decir, en 30 años se ha multiplicado aproximadamente por 20.

En España las cifras no son muy diferentes. Por ejemplo, en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza se pasó de diagnosticar dos casos de AN en 1976 a 63 en 1997 (Ruíz, 2003). En estudios más recientes y con un mejor desarrollo metodológico entre mujeres de 12 a 21 años, la población considerada de mayor riesgo, se obtienen prevalencias entre el 0.14% y el 0.9% para la AN, entre el 0.41% y el 2.9% para la bulimia nerviosa (BN) y entre el 2.76% y el 5.3% para los trastornos de la conducta alimentaria no especificado (TCANE) (Olesti *et al.*, 2008; Peláez, Labrador y Raich, 2007; Rodríguez, Beato y Belmonte, 2005). En total, esto supone unas cifras de TCA del 4.1% al 6.41%. En el caso de varones adolescentes, son de prácticamente 0% para la AN, entre 0% y 0.36% para la BN, y entre 0.18% y 0.77% para los TCANE, lo que supone una prevalencia total de 0.27% a 0.90%.

Si bien no existe unanimidad al respecto, la mayoría de los estudios revisados sobre la prevalencia de la AN coinciden al señalar que se observan dos picos de incidencia: el primero, en torno a los 14-15 años; y el segundo, entre los 18 y los 19. Concretamente, las investigaciones llevadas a cabo por Hoek (2006) y Hoek y Van Hoeken (2003), indican que la población que resulta más afectada es la formada por mujeres entre los 15 y los 19 años de edad. Sólo en este rango etario encontramos aproximadamente al 40% de todos los casos de TCA, tanto en América como en Europa. Esto, sin olvidar que los TCA afectan a mujeres mayores, a niñas más jóvenes y también a bastantes hombres, ya que aproximadamente el 10% de los casos son varones. A pesar de que la AN puede aparecer en niñas con tan sólo siete años (Nicholls y Grindrod, 2008) o en mujeres de más de 40 (APA, 2000), hasta el momento y de acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2002), la edad promedio de inicio es de 17 años, siendo las edades en las que más casos aparecen los 14 y los 18 años. Por su parte, Rice (1993) y Larkin, Rice y Russell (1996) afirman que del 90% al 95% de los individuos con AN son niñas,

cuyo trastorno se inicia entre los 14 y los 18 años de edad.

La literatura científica indica que existen dos momentos propicios para el desarrollo del TCA: uno entre los 14-15 y otro alrededor de los 18-19 (Bulik, Reba, Siega-Riz y Reichborn-Kjennerud, 2005; Hoek y van Hoeken, 2003; Fairburn y Harrison, 2003). La existencia de estos dos periodos y las notables diferencias de edad en el inicio del trastorno han llevado a considerar dos tipos de pacientes: las de “inicio temprano” en las que los síntomas comienzan a los 14 años de edad o antes y las de “inicio tardío” en la que el comienzo es posterior (Lask *et al.*, 2005).

Otras propuestas para establecer un punto de corte han pasado por considerar la menarquía como límite biológico, considerando como de “inicio temprano” aquellos casos que tenían lugar antes de la primera menstruación (Lantzouni, Frank, Golden y Shenker, 2002). No obstante, este tipo de clasificación, además de no poder ser aplicada a los casos que encontramos en varones, resulta menos clara de lo que podría parecer en un principio porque la edad de la menarquía puede depender de múltiples factores entre los cuales estaría la propia presencia de la AN, que es capaz de retrasar su aparición.

A este respecto, algunos autores no han encontrado diferencias clínicas entre las pacientes con un inicio temprano y las que presentan un inicio más tardío (Inagaki *et al.*, 2002; Kipman *et al.*, 2002), sin embargo, para otros sí que las hay, hasta el punto de plantear que se trataría de trastornos similares con una etiología diferente, siendo los más típicos los de inicio temprano mientras que los casos de inicio tardío estarían más relacionados con sucesos vitales graves (Schmidt, Troop y Treasure, 1999). Chee, Mynors-Wallis y Treasurer (1992) refieren que los casos de AN de inicio tardío son más complicados y que coexisten con un trastorno depresivo.

En el caso de la AN de inicio temprano, se han buscado relaciones entre el inicio de la enfermedad y el temor a la madurez. Así, en los sujetos premenárquicos parece que el inicio del problema está asociado con la ansiedad acerca del desarrollo puberal. Este trastorno representaría una respuesta desadaptativa a los cambios biológicos del crecimiento durante la pubertad (Bhat, Crisp, Gowers, y Joughin, 1991).

Otras hipótesis atribuyen el inicio temprano a una lucha por la autonomía y el autocontrol personal. Los pacientes más jóvenes pueden convirtiéndose influenciados por conflictos familiares relacionados con su propia adolescencia. En algunos casos, los problemas de alimentación pueden acabar convirtiéndose en el foco de atención de la familia (Bryant-Waugh, Fosson, Knibbs y Lask, 1987). Otros autores sugieren que el aumento en la autonomía personal, la separación de las figuras paternas, la presión social y de los pares, así como la creciente madurez física y las inquietudes sexuales también pueden influir en la aparición de la AN de inicio temprano (Halmi, Heebink y Sunday, 1995).

Como ya hemos señalado, uno de los elementos centrales de la AN y de los TCA es la alteración de la percepción de la forma o tamaño corporal (Espina, Ortego, Ochoa de Alda, Yenes y Alemán, 2001). Bruch (1962), al analizar los rasgos psicopatológicos de las pacientes con AN, puso de manifiesto por primera vez la importancia de una alteración de la imagen corporal en dicho trastorno. A partir de ese momento se adquirió conciencia en el mundo científico de la necesidad de saber qué es la imagen corporal y cuáles podrían ser las técnicas de evaluación para detectar la presencia de la distorsión de la misma. Gardner y Garfinkel (1981) incluyeron dos aspectos relacionados con las alteraciones de la imagen corporal: la distorsión perceptiva de la talla y la alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y la preocupación por la figura. Slade y Rusell (1973) pusieron de manifiesto que el miedo a estar gordo es un componente central de la psicopatología de los TCA y que la alteración de la imagen corporal más frecuente es la tendencia a ver el cuerpo con un tamaño mayor que el real, lo que se denominó de forma general "sobre-estimación". En Smeets, Smit, Panhuysen e Ingleby (1998) analizaron mediante un estudio meta-analítico la relación entre el tamaño corporal actual de las pacientes con AN y su índice de percepción corporal, obteniendo una relación lineal negativa.

En los TCA, la imagen corporal es definida como la representación mental de diferentes aspectos de la apariencia física, y su alteración, el desequilibrio o perturbación de la misma (Thompson, 1990). Este último autor incluye tres elementos en la construc-

ción de la imagen: un componente perceptivo, otro cognitivo-afectivo y uno conductual. Rosen (1992) planteó la hipótesis de que la AN y la BN fuesen manifestaciones de un trastorno de la imagen corporal general, similar a lo que sería el trastorno dismórfico corporal.

Así, se plantea que la distorsión de la imagen corporal es un elemento central de los trastornos de la conducta alimentaria, y que tendría un papel fundamental en la intervención con estas personas. Rosen en 1992, resaltó que el trastorno de la imagen corporal desempeña un papel importante tanto en el pronóstico como en el mantenimiento de los TCA y que la ausencia de cambios en este nivel constituye un riesgo de recaída. Siguiendo a Sepúlveda, Botella y León (2001), todo tratamiento de los TCA debería contar con una intervención específica sobre la imagen corporal. Esta intervención debería centrarse en varias áreas actitudinales: la propia evaluación de su cuerpo, los autoesquemas y la afectividad hacia el propio cuerpo. La duración debe ser prolongada y continuada, pues la imagen corporal negativa es probablemente uno de los factores de inicio del trastorno y de su mantenimiento en el tiempo. Actualmente la imagen corporal sigue siendo una pieza clave en la recuperación de las pacientes con TCA y de difícil intervención terapéutica (Sepúlveda, León y Botella, 2004).

Dados los pocos estudios que analizan las diferencias psicopatológicas en pacientes con AN en función de la edad de inicio, el objetivo principal del presente trabajo, consistió en analizar el nivel de distorsión de la imagen corporal que presentan este tipo de pacientes con TCA en función de la edad de inicio de su trastorno: inicio temprano *versus* tardío. Como hipótesis, se espera que las pacientes con AN de inicio temprano presenten una imagen corporal más distorsionada que las pacientes con AN de inicio tardío.

## Método

### Participantes

En el presente estudio se han recogido los datos de los pacientes que fueron derivados a lo largo de un

periodo de seis años consecutivos al Servicio de Psicología Clínica de una Unidad especializada en el tratamiento de TCA del hospital de referencia en la Comunidad Autónoma de Aragón. Se seleccionó a las personas que cumplieran los criterios diagnósticos de la CIE-10 (OMS, 1992) para la AN o la AN atípica. Por cuestiones metodológicas y de homogeneización, se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Haber sido atendida por el servicio de Psicología Clínica de la Unidad.
- Ser mujer.
- Cumplir los criterios diagnósticos de la CIE-10 para la AN o para la AN atípica.

Con este procedimiento se obtuvo una muestra final compuesta por 187 mujeres con edades comprendidas entre los 17 y los 57 años (media de edad 26.7; D.T. 8.15). Otros 10 casos más de varones fueron excluidos por su baja representatividad del total de la muestra. La mayoría de las pacientes (89%) tenían estudios secundarios o habían concluido estudios universitarios o de formación profesional y pertenecían a un nivel socio-económico medio/bajo. En 11 de los casos no se disponía de los valores del BSQ, por lo que estos casos fueron suprimidos de los análisis en los que se tomó esta escala en consideración.

## Variables e Instrumentos

A partir de los datos de la entrevista clínica, se recogió la información referida a la edad de inicio del TCA, el diagnóstico específico (AN y AN atípica) y el sexo. Acerca de la variable “edad de inicio”, se categorizaron como de inicio temprano aquellos casos en los que los síntomas del problema empezaron a los 14 años o antes, considerándose el resto como de inicio tardío (Gordon, Lask, Bryant-Waugh, Christie y Timini, 1997; Lask *et al.*, 2005).

La distorsión de la imagen corporal fue medida utilizando el Cuestionario de la forma corporal (*Body Shape Questionnaire*, BSQ) de Cooper *et al.* (1987), entendiendo dicha variable como la distorsión perceptiva de la talla y la alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura (Garner y Garfinkel, 1981). Más específicamente, dicho cuestionario mide insatisfacción corporal, miedo a engordar, sentimientos de baja

autoestima a causa de la apariencia y deseo de perder peso, y sirve para discriminar entre personas sin problemas, personas preocupadas por su imagen corporal y personas con TCA. Es un instrumento autoadministrado de 34 ítems, que se responden según una escala tipo likert de seis puntos, desde “nunca” hasta “siempre”. La puntuación total oscila entre 34 y 204. La fiabilidad de este cuestionario ha quedado demostrada con altos índices de consistencia interna con un alfa de Cronbach entre 0,95 y 0,97 y con una alta validez concurrente con otros instrumentos similares, tales como la escala *Eating Disorders Inventoriy (EDI)* y el *Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire (MBSRQ)*, (Raich, Torras y Figueras, 1996).

Está adaptado a población española (Raich, Mora, *et al.*, 1996) y, a pesar de que fue diseñado para el cuerpo femenino, también se ha usado en muestras masculinas (Raich, 2000). El punto de corte se ha establecido en muestras universitarias en 105 (*Ibidem*), una puntuación superior es indicativa de una insatisfacción con la imagen corporal: a mayor puntuación, mayor insatisfacción con la imagen corporal.

## Procedimiento

Para recoger los datos de esta investigación se han utilizado las historias clínicas de todas las participantes. En la primera consulta, el psiquiatra de la Unidad realiza un primer diagnóstico en base a la entrevista clínica de acuerdo con los criterios de la CIE-10 (OMS, 1992) en la que no sólo se valora la presencia de algún TCA, sino también la posible comorbilidad con otros trastornos de algún TCA. Si el psiquiatra decide que la derivación a la Unidad de TCA es oportuna y que el paciente puede beneficiarse de una terapia psicológica, lo remite a la consulta de la diplomada universitaria en enfermería (DUE) y del psicólogo especialista en psicología clínica. El psicólogo clínico, basándose en la entrevista clínica y en los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2002), realiza su propio diagnóstico. Se comprobó que todas las pacientes diagnosticadas de AN por parte del psiquiatra fueron igualmente diagnosticadas por el psicólogo clínico. El resto de las participantes, que

recibieron un diagnóstico de AN atípica por parte del servicio de psiquiatría fueron diagnosticadas por el psicólogo clínico de TCANE.

Para garantizar el anonimato de las participantes, no se tomó ningún tipo de información personal ni identificativa de ninguna paciente.

## Resultados

Del grupo de 187 personas que compusieron la muestra final, 40 (21.4%) informaban haber iniciado los síntomas del trastorno antes de los 14 años establecidos como punto de corte en este estudio, concretamente, la media de edad de inicio fue de 12.87 años (0.334). Por su parte, 147 pacientes (78.6%) manifestaban haber empezado después de los 14 años, la media en este grupo se situó en 20.56 años (6.997). En conjunto, las personas incluidas en el estudio manifestaban un inicio de los síntomas a una edad media de 18.92 años (6.961). De los casos de inicio tardío, el 80.8% habían presentado algún síntoma entre los 14 y los 23 años.

En cuanto a los trastornos por los que eran atendidas, 88 personas (47.1%) lo fueron por AN mientras que 99 (52.9%) presentaban un problema de AN atípica. La tabla 1 recoge las características de la muestra de nuestra investigación. El porcentaje de casos de AN de inicio temprano es superior en el caso de la AN atípica (26% vs. 12.5%), pero la diferencia no alcanza significación estadística ( $\chi^2 = 1.866$ ,  $p = .172$ ).

Por lo que respecta a los años de evolución y a la edad en la primera consulta, la tabla 1 muestra los datos de ambos grupos. Hay una relación directa entre los años de evolución del trastorno y la edad de la primera consulta ( $r = .526$ ,  $p < .001$ ), mientras que el Anova tomando como factor la edad de inicio, pone de manifiesto diferencias entre ambos grupos en los años de evolución ( $F = 41.611$ ,  $p < .001$ ), pero no en la edad de la primera consulta ( $F = 0.119$ ,  $p = .730$ ).

En cuanto a los datos recogidos con el BSQ (tabla 2), en el grupo de inicio temprano, el 100% de las pacientes con AN ( $n = 10$ ) puntuaron por encima del punto de corte, frente al 57.5% de las de inicio tardío (42 de las 70 personas). En cuanto al grupo de AN atípica de inicio temprano, 15 de ellas (60%) se encontraban por encima del punto de corte, frente a 38 (51.3%) en el caso de las de inicio tardío.

De manera cuantitativa, la puntuación media obtenida en el BSQ en el total de la muestra es de 112.42 ( $D.T. = 44.5$ ). Se llevó a cabo un MANOVA 2 X 2 (diagnóstico x edad de inicio) para comprobar si la distorsión de la imagen corporal continuaba en función de estas variables. Se usó como covariable los años de evolución del trastorno para controlar el efecto de esta variable. Inicialmente, la prueba de homocedasticidad de Levene puso de manifiesto la no igualdad de las varianzas de los grupos, (Levene = 7.98;  $p < 0.00$ ) por lo que se llevó a cabo la transformación de los datos por la raíz cuadrada al fin de buscar una transformación que cumpliera ese criterio. De esta forma las varianzas sí resultaron homogéneas, tanto al dividir la muestra en función de su

Tabla 1. Distribución de las pacientes en función de su diagnóstico y del momento de inicio de su trastorno

	Antes de los 14			Después de los 14		
	N	Media	Desviación típica	N	Media	Desviación típica
Edad al comienzo del trastorno	35	12.80	0.40	141	20.41	6.80
Edad en la 1ª consulta	35	25.77	6.84	141	26.25	7.55
Años de evolución	35	12.97	7.04	141	5.83	5.52
Puntuación total del BSQ	35	117.28	49.97	141	111.24	43.05
Diagnóstico	n	%		n	%	
Anorexia nerviosa	10	12.5%		73	87.5%	
Anorexia nerviosa atípica	25	26.0%		71	74.0%	
Edad de inicio del problema	n	%		n	%	
Menos de 14	25	100%				
De 14 a 23 años				114	80.8%	
De 24 a 33 años				19	13.5%	
De 34 a 43 años				6	4.3%	
Más de 44				2	1.4%	

Tabla 2. Valores medios en el BSQ

Diagnóstico	Inicio Temprano			Inicio Tardío			Total		
	n	$\bar{X}$	D.T.	n	$\bar{X}$	D.T.	N	$\bar{X}$	D.T.
AN	10	152.22	13.47	70	116.41	37.88	80	120.88	37.63
AN atípica	25	103.00	52.79	71	106.21	47.37	96	105.37	48.57
Total	35	117.06	50.24	141	111.27	43.07	176	112.42	44.5

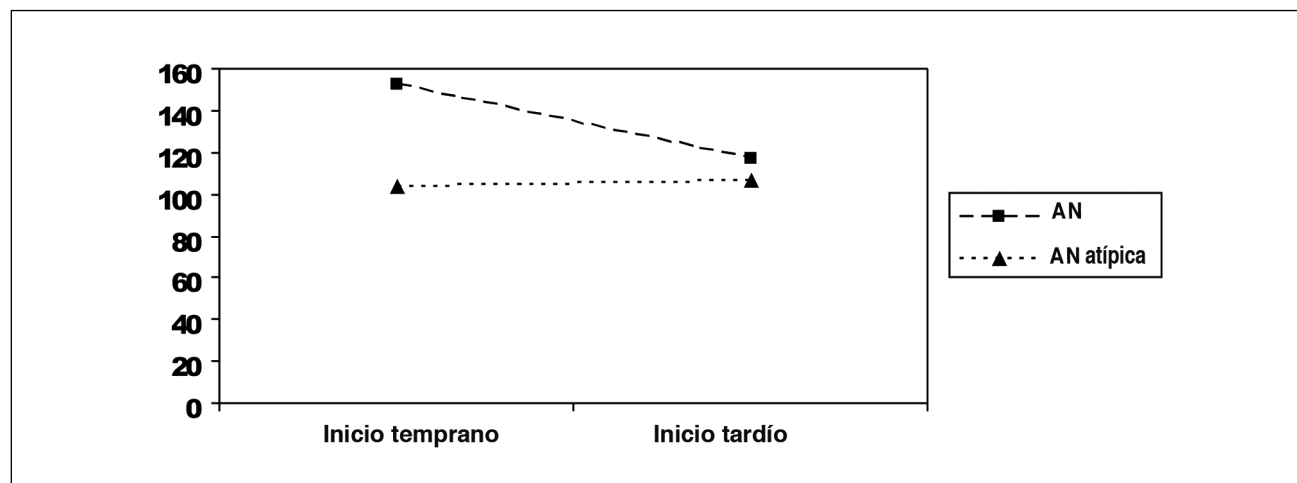
diagnóstico (Levene = 3.02;  $p = 0.07$ ), como de la edad de inicio de su trastorno (Levene = 3.78;  $p = .09$ ). Con la nueva variable, el MANCOVA señalaba la existencia de interacción ( $F_{1,171} = 4.552$ ;  $p = 0.035$ ,  $\eta^2_p = 0.026$ ) entre la edad de inicio y el diagnóstico, así como un efecto principal significativo, el diagnóstico ( $F_{1,171} = 10.606$ ,  $p = .001$ ,  $\eta^2_p = 0.058$ ). No resultaron significativos otros efectos como el momento de inicio ( $F_{1,171} = 2.634$ ,  $p = .106$ ) ni la covariable años de evolución ( $F_{1,171} = .074$ ,  $p = .786$ ).

El gráfico 1 muestra las medias de los cuatro grupos y permite observar visualmente el efecto de la interacción, pudiéndose observar que las mayores diferencias en el BSQ se encuentran dentro del subgrupo de inicio temprano, con una mayor puntuación para las chicas con AN frente a las que presentan AN atípica. De manera más concreta, y al analizar las medias de los subgrupos, los resultados hallados indicaron que la puntuación más alta se obtenía en el subgrupo de pacientes de AN de inicio temprano ( $\bar{X} = 152.22$ ;  $D.T. = 13.47$ ,  $n = 10$ ) que diferían significativamente de las que presentaban el mismo diagnóstico pero con un inicio tardío de los síntomas

( $\bar{X} = 116.41$ ;  $D.T. = 37.88$ ,  $n = 70$ ;  $Z = -3.057$ ,  $p = .002$ ), y a su vez lo hacían también de las de inicio temprano con diagnóstico de AN atípica ( $\bar{X} = 103.00$ ;  $D.T. = 52.78$ ,  $n = 25$ ;  $Z = -2.76$ ,  $p = .005$ ). En el subgrupo de AN atípica, las de inicio temprano y tardío no presentaban diferencias estadísticamente significativas ( $Z = 1.13$ ;  $p = 0.16$ ), lo mismo que ocurría en el subgrupo de inicio tardío, en el que no se observan diferencias en función del tipo de diagnóstico ( $Z = -1.243$ ,  $p = .214$ ).

Hay que destacar igualmente que la no igualdad de varianzas encontradas en el MANOVA se reproducía al analizar a los grupos por separado. Así, la prueba de reacciones extremas de Moses ponía de manifiesto que el grupo de AN de inicio temprano se comportaba de manera más homogénea ( $D.T. = 13.46$ ) que el de inicio tardío ( $D.T. = 37.88$ ,  $A_r = 20$ ,  $p = .001$ ) y a su vez que el de inicio temprano pero con diagnóstico de AN atípica ( $D.T. = 52.78$ ,  $A_r = 16$ ,  $p = .047$ ). En este caso, el sub-grupo de AN atípica no difería en su homogeneidad ( $A_r = 78$ ,  $p = .202$ ), pero sí se encontraba que entre las de inicio tardío, el subgrupo de AN ( $D.T. = 37.88$ ) presentaba mayor homogeneidad que el de AN atípica ( $D.T. = 47.36$ ,  $A_r = 117$ ,  $p = .014$ ).

Gráfico 1. Puntuación en la escala BSQ en función de la edad de inicio



## Discusión y Conclusiones

Los TCA son uno de los trastornos psicológicos que más demanda generan en el presente en los servicios de salud. El conocimiento de los mismos es un requisito necesario para poder disponer de un abordaje terapéutico y preventivo eficaz. En este sentido, en este trabajo hemos tratado de profundizar en las características diferenciales que presentan en la percepción de la imagen corporal pacientes con TCA con un inicio temprano o tardío de los síntomas. Las conclusiones de esta investigación avalan la distinción entre estos dos perfiles ya que, por un lado, un porcentaje (21.4%) de pacientes manifiesta un inicio temprano del problema, antes de los 14 años, que en el caso concreto de la AN, supone que prácticamente en todos los casos se encuentra una afectación importante en la percepción de la imagen corporal. Este aspecto resulta menos relevante en el caso de los trastornos de inicio tardío y en mucha menor medida en los casos de AN atípica.

Las implicaciones teóricas de estos datos son relevantes en varios aspectos. Así, se podría empezar a plantear la posibilidad de establecer subtipos de AN en función de la edad de inicio para los que, como ya hemos comentado en la introducción, podrían encontrarse diferentes factores causales. En este sentido, el componente cognitivo-afectivo relacionado con la percepción corporal podría ser central en estos casos. Investigaciones realizadas con población preadolescente y adolescente, han documentado la presencia de conductas alimentarias de riesgo y problemas en la percepción de la imagen corporal, particularmente en el género femenino, ya que a las mujeres se les invita y se les recuerda constantemente “el poder que posee la apariencia física y el valor de la delgadez” (Killen y Taylor, 1996) y que el comer poco es más femenino (Cachelin, Rebeck, Chung y Pelayo, 2002; Leonhard y Barry, 1998).

Si se asume el papel fundamental de la distorsión

de la imagen corporal en este trastorno, las actuaciones preventivas deberían diseñarse teniendo en cuenta la edad de la población objeto de las mismas, siendo necesarias intervenciones en edades muy tempranas. Así, teniendo en cuenta que la imagen corporal se va gestando durante la niñez y que es a partir de la adolescencia cuando tiene un gran peso en el desarrollo psicosocial de la persona, intervenir sobre este ámbito podría tener importantes efectos preventivos, tanto para la no aparición del trastorno como para el abordaje inicial del mismo, toda vez que está constatado lo difícil del cambio de este aspecto, siendo además un factor de riesgo para la recaída (Katzman, 2005; Lantzouni *et al.*, 2002; Swenne y Thurfjell, 2003). También hay que tener en cuenta esta distinción desde una perspectiva clínica, ya que, por un lado, el abordaje de esta distorsión debe ser clave en los casos de inicio temprano, pero igualmente se considera indispensable la intervención temprana, por cuanto a los casos de inicio temprano se le añaden mayores repercusiones, ya que suele verse afectado el desarrollo físico, aspecto que podría ser revertido con una intervención adecuada.

Para finalizar, destacar que este trabajo aborda por vez primera en una muestra clínica española el análisis de la AN desde la perspectiva de la edad de inicio del problema. No obstante, hemos de señalar algunas limitaciones del mismo, por ejemplo, que todas las pacientes procedan de un mismo centro, lo que limita la representatividad de la muestra, así como el hecho de que no se hayan incluido varones. El hecho de que los datos sean recogidos de la historia clínica puede limitar la fiabilidad de los mismos, lo que unido al carácter retrospectivo del estudio impide poder determinar el papel antecedente de la distorsión corporal en el inicio del trastorno. En este sentido, trabajar con muestras más jóvenes podría ayudarnos a conocer mejor los factores antecedentes de estos cuadros.

## Extended Summary

Anorexia nervosa (AN) is a serious disorder and only by gathering as much information as possible about it will we be able to gain a better understanding of it, detect it more promptly and treat it in the most

effective manner. Several studies have researched the differences between this and other disorders according to the age at which the different symptoms appeared. Although the conclusions are not unani-

mous, there are several studies that have pointed to a greater severity of the disorder where there has been an early onset of AN, that is, when symptoms appear before the age of 14. The worst affected group is women between the ages of 15 and 19 and approximately 40% of all of the cases of eating disorders (ED) are to be found in this age range, both in America and Europe (Hoek, 2006; Hoek and van Hoeken, 2003). The age at which the disorder begins can thus become a predicting factor of the severity of the disorder as well as its possible evolution.

Our investigation contributes information about distorted perception of the body, derived from the analysis of a Spanish group of 187 clinical subjects. It is, in fact, the first investigation with these characteristics in our country. Such data was obtained through the Body Shape Questionnaire (BSQ). The BSQ was designed as an instrument that would evaluate the level of concern about weight and body image. It measures the level of dissatisfaction with the body, fear of gaining weight, and feelings of low self-esteem caused by the appearance, and desire to lose weight. It is also useful in order to distinguish between individuals without problems, those worried about their body image and those with ED.

In the study, information was used from all of the patients that were admitted to a tertiary care ED unit between the first month of 2000 and the last month of 2005. Those who fulfilled the diagnostic criteria of the CIE-10 (WHO, 1992) for AN, or atypical AN, were selected. Given that only eight of the cases (approximately 4.3%) corresponded to males, these were excluded from the following analyses in order to avoid bias. Given that the Eating Disorder Unit only deals with adults, four teenage girls were also accepted who were a few months off turning 18 at the time of their first consultation. Therefore, the final group was composed of 187 women between the ages of 17 and 57.

Because of methodological issues and for reasons of homogenization, the following inclusion criteria were established: having been attended by Clinical Psychology Unit, being a woman, and fulfilling the diagnosis criteria of the CIE-10 for AN or atypical AN.

Age was not a criterion of inclusion or exclusion, but *de facto* no girl was attended in our Unit if she

was a minor. Only was a patient exceptionally attended if she was less than six months away from turning 18, given that if these girls were referred to the child/juvenile Psychology Service, they would have been over 18 by the time they were attended, which would have meant another referral to the adult service. The cases seen before January 2000 and after December 2005 were also excluded. Males were also eliminated from the study for the reasons previously mentioned. Finally, all patients diagnosed with another ED than AN were also excluded (including those with BN, atypical BN and binge eating disorder).

Our results coincide with Abbate-Daga's (2007) observations, in a study of a group of 250 patients diagnosed with AN that concluded that patients with an early onset of symptoms scored more highly on the BSQ. Nonetheless, the difference found (104 vs. 101.5) was not statistically significant. The differences between both groups in terms of body image did, however, prove significant in the same study when they used the body dissatisfaction scale from the *Eating Disorder Inventory* (EDI-2) from Garner (1991). The fact that in the same study and with the same group one questionnaire has statistically significant results and the other one does not, only serves to highlight the importance of the methodological aspects of the investigation. The fact that the scores all have the same meaning, both in the Abbate-Daga study as well as in ours (that patients with an early onset of the disorder present more problems with their body image), indicates the need for more research in this field using different groups and using different instruments to measure this variable.

Finally, the number of years of evolution of this disorder did not prove relevant and the results kept this variable under control. It would be desirable to have the biggest possible group of cases that would also include male patients, who tend to be excluded from this type of investigation due to the relatively low levels of ED amongst men. For this reason, the most important limitation in our study is the size of the sample groups and it would have been desirable to have a higher number of cases. A logical consequence of the innovative nature of the present study is the absence of studies with which to compare our



results. Our data must, therefore, be taken with caution until its results can be replicated by other authors, in other groups and with different observation systems than that used here, where the results were obtained by questionnaires. The use of several questionnaires to measure the same variables would clarify whether we are actually observing differences in that which we are trying to measure or whether this is merely caused by the measuring instrument. Using questionnaires with a proven convergent validity would be useful to support the relative findings of the analyzed variable.

The contribution made by this investigation in regard to the differences found in the “body distortion” variable is that for the first time a study has been conducted with a Spanish clinical sample. We highlight the main limitation of this study, which is that the patients were taken from just one hospital center, meaning we can not be sure that they are representative of all people with this problem. Even so, the time period considered, six years, guarantees representation. In addition, it must be added that the small number of patients in our sample group, the difficulty in verifying the beginning of the disorder of the subgroups of early onset AN and atypical AN referred to by the participants, and the age in which they are admitted to the ED Unit (older than 18 years) may all affect the validity of the present study.

From this profile we can extract several important theoretical implications. First, it is important to point out the relevance of our distinction of early onset and late onset, since it assumes differences observed not only in regards to the severity of the symptoms, but also irrecoverable physical consequences like the height reached at an adult age by these patients. Prevention is the key in this regard. Identifying these patients and knowing in a more detailed manner their profile will help us to minimize the effects of this disorder both in their organism, from a purely physical viewpoint, as well as in the development of their personality. These effects can even become permanent after AN has been overcome (Katzman, 2005; Lantzouni *et al.*, 2002; Swenne and Thurffjell, 2003).

This is why we consider that it would be of great use to establish preventative measures in order to

stop these disorders developing. Prevention could be applied to groups of people from very early ages, through adequate education about body image, with projects or specific programs developed for such a purpose.

Following Sepúlveda, Botella and Leon (2001), all treatment for ED should include specific intervention on body image. This intervention should be centered on several attitude areas: the person’s own body evaluation, “self schemes” and the affection towards their own bodies. The duration should be prolonged and continuous, since a negative body image is probably one of the factors for the beginning of the disorder as well as its presence over time. Currently, body image continues to be a key piece in the recovery of the patients with ED, and of difficult therapeutic intervention (Sepúlveda, León and Botella, 2004).

## Referencias

- American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders (2000). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1-39.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Bhat, A., Crisp, A. H., Gowers, S. G. y Joughin, II. (1991). Premenarcheal Anorexia Nervosa. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 515-524.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Bulik, C. M., Reba, L., Siega-Riz, A. M. y Reich-born-Kjennerud, T. (2005). Anorexia nervosa: Definition, epidemiology, and cycle of risk. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 20-1.
- Bryant-Waugh, R., Fosson, A., Knibbs, J. y Lask, B. (1987). Early Onset Anorexia Nervosa. *Archives of Disease in Childhood*, 62, 114-118.
- Cachelin, F. M., Rebeck, R. M., Chung, G. H. y Pelayo, E. (2002) Does ethnicity influence body-size preference? A comparison of body image and body size. *Obesity Research*, 10, 158-66.

- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. y Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-9.
- Chee, D., Mynors-Wallis, L. y Treasurer, J. (1992). Life Events and Anorexia Nervosa: Differences Between Early and Late Onset Cases. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 369-375.
- Espina, A., Ortego, M. A., Ochoa de Alda, I., Yenes, F. y Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, 13, 532-538.
- Fairburn, C. G. y Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 11, 263-284.
- Gordon, I., Lask, B., Bryant-Waugh, R., Christie, D. y Timini, S. (1997). Childhood-onset anorexia nervosa: towards identifying a biological substrate. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 159-65.
- Halmi, K. A., Heebink, D. M. y Sunday, S. R. (1995). Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in Adolescence: Effects of Age and Menstrual Status on Psychological Variables. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 378-382.
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 389-94.
- Hoek, H. W. y van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-96.
- Inagaki, T., Horiguchi, J., Tsubouchi, K., Miyaoka, T., Uegaki, J. y Seno, H. (2002). Late onset anorexia nervosa: two case reports. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 32, 91-95.
- Jones, D. S., Fox, M. M., Babigan, H. M. y Hutton, H. E. (1980). Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, New York, 1960-1976. *Psychosomatic Medicine*, 42, 551-558.
- Katzman, D. K. (2005). Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 552-559.
- Killen, J. D. y Taylor, C. B. (1996). Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescents' girls: a three years prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 227-238.
- Kipman, A., Bruins-Slot, L., Boni, C., Hanoun, N., Ades, J., Blot, P. ... Gorwood, P. (2002). 5-HT<sub>2A</sub> gene promoter polymorphism as a modifying rather than a vulnerability factor in anorexia nervosa. *European Psychiatry*, 17, 227-229.
- Lantzouni, E., Frank, G. R., Golden, N. H. y Shenker, R. I. (2002). Reversibility of growth stunting in early onset anorexia nervosa: A prospective study. *Journal of Adolescent Health*, 31, 162-165.
- Larkin, J. Rice C. y Russell, V. (1996). Slipping Through the Cracks: Sexual Harassment, Eating Problems, and the Problem of Embodiment. *Eating Disorders*. Vol. 4, 5-26.
- Lask, B., Gordon, I., Christie, D., Frampton, I., Chowdhury, U. y Watkins, B. (2005). Functional neuroimaging in early-onset anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 49-51.
- Leonhard, M. L. y Barry, N. J. (1998). Body image and obesity: effects of gender and weight on perceptual measures of body image. *Addictive behaviors*, 23, 31-34.
- Nicholls, D. y Grindrod, C. (2008). Behavioural eating disorders. *Paediatrics and Child Health*, 19, 60-66.
- Olesti, M., Piñol, J. L., Martín, N., de la Fuente, M., Riera, A., Bofarull, J. M. y Ricomá, G. (2008). Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes femeninas de Reus. *Anales de Pediatría*, 68, 18-23.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Peláez, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 681-690.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.

- Raich, R. M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud, 1*, 51-66.
- Raich, R. M., Torras, J. y Figueras, M. (1996). Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de Conducta, 22*, 604-624.
- Rice, C. (1993). Freening future generations: raising our children without food and weight problems. *Nutricion Quartely, 17*, 55-71.
- Rodríguez, T., Beato, L. y Belmonte A. (2005). New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: detection of false negatives. *European Psychiatry, 20*, 173-178.
- Rosen, J. C. (1992). Body image disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders. En J. H. Crowther, D. L. Tennenbaum, S. E., Hobfoll. y M. A. P. Stephens (eds.). *The aitiology of bulimia: The individual and family context (157-177)*. Washington D.C.: Hemisphere Publishing Corporation.
- Ruíz, P. M. (2003). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Actas Españolas de Psiquiatría, 31*, 85-94.
- 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*, 7-16
- Sepúlveda, A. R., León, J. A. y Botella, J. (2004). Aspectos controvertidos de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Clínica y Salud, 15*, 55-74.
- Schmidt, U. H., Troop, N. A. y Treasure, J. L. (1999). Events and the onset of eating disorders: correcting an age old myth. *International Journal of Eating Disorders, 25*, 83-8.
- Smeets, M. A. M., Smit, F., Panhuysen, G. E. M. y Ingleby, J. D. (1998). Body perception index: benefits, pitfalls, ideas. *Journal of Psychosomatic Research, 44*, 457-464.
- Slade, P. D. y Rusell, G. F., (1973). Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: Cross-sectional and logitudinal studies. *Psychological Medicine, 3*, 188-199.
- Swenne, I. y Thurfjell, B. (2003). Clinical onset and diagnosis of eating disorders in premenarcheal girls is preceded by inadequate weight gain and growth retardation. *Acta Paediatrica, 92*, 1133.
- Thompson, J. K. (1990). *Body image Disturbance. Assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.

Artículo Recibido: 17/11/2011

Revisión Recibida: 17/04/2012

Aceptado: 19/04/2012