



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía de Chile
Chile

Behar A., Rosa; Gramegna S., Gloria; Arancibia M., Marcelo
Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria
Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 52, núm. 2, abril-junio, 2014, pp. 103-114
Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331531459006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria

Perfectionism and body dissatisfaction in eating disorders

Rosa Behar A.¹, Gloria Gramegna S.² y Marcelo Arancibia M.³

Background: There is an important relationship between perfectionism (P), body dissatisfaction (BD) and eating disorders (ED). **Objective:** To describe the evidence about P and/or BD within the clinical course of ED. **Method:** A review of specialized textbooks and the available literature in PubMed was made. Two descriptive case reports are analyzed. **Results:** Socially prescribed and self-oriented dimensions of P were related to ED attitudes and specially restrictive behaviors, mediating and moderating the association between BD and ED. BD and P are intrapersonal risk factors in the development of an ED. BD shares about 10% of genetic variability with P and both increase the appearance comparative assessment, mainly within a higher western acculturation, drive for thinness, a maladaptive stress response, a low self-esteem, the severity of the disorder, depressive symptomatology, sports that emphasize a slim body shape, comorbidities (personality, anxiety and/or affective disorders), alexithymia and lack of assertiveness. **Conclusions:** According to the evidence, BD and P, although unspecific, are core characteristics of ED as predisposing, triggering and/or perpetuating factors that significantly influence its treatment and outcome.

Key words: Perfectionism, body shape, body dissatisfaction, eating disorders.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2014; 52 (2): 103-114

Introducción

Un estrecho vínculo ha sido documentado entre perfeccionismo (P) e insatisfacción corporal (IC) y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)¹. El concepto de P comprende la persecución de altos estándares personales en el rendimiento de todos los ámbitos, adhiriéndose a ellos rígidamente y definiendo la autovalía en términos del logro de estos ideales^{2,3}. La IC refleja la creencia de que partes específicas del cuerpo

asociadas con cambios de la figura más desarrollada durante la pubertad son demasiado grandes (ej. muslos, nalgas). Se ha observado que la IC se relaciona a otras alteraciones de la imagen corporal consideradas como un déficit básico en los TCA, principalmente en la anorexia nerviosa, la llamada “distorsión de la imagen corporal”⁴⁻⁶.

Existen dos instrumentos frecuentemente utilizados para medir el P, la subescala de perfeccionismo del Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI)⁴ y la Escala Multidimensional de Perfeccio-

Recibido: 02/01/2014

Aceptado: 03/06/2014

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

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

² Médico Psiquiatra, Hospital DIPRECA.

³ Alumno de la Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.

nismo de Frost^{et al}⁷, más específica y completa en la notificación de sus dimensiones, que identifica dos componentes centrales del constructo “Perfeccionismo”: la evaluación maladaptativa de preocupaciones, que incluye las subescalas “Preocupación por los errores”, “Expectativas parentales”, “Críticas parentales”, “Dudas en relación a las acciones” y “Perfeccionismo Socialmente Prescrito”, correlacionadas positivamente con depresión y afectos negativos, además del esfuerzo por la obtención de logros positivos, que considera las subescalas “Estándares personales”, “Organización”, “Perfeccionismo auto-orientado” y “Perfeccionismo orientado hacia los demás”, correlacionadas con una afectividad positiva⁸.

Se realizará un análisis descriptivo de la evidencia sobre diversos aspectos de la relación entre el P y la figura corporal con los TCA: P como factor de riesgo en sus dimensiones socialmente prescrito y auto-orientado e IC y su correlación con diversas variables biopsicosociales, hallazgos en los instrumentos de evaluación de este rasgo, comorbilidad contingente y perspectiva cognitivo-conductual. Se exponen dos casos clínicos ilustrativos (Tabla 1).

Metodología

Se efectuó una investigación exhaustiva de artículos disponibles que relacionaban la presencia de IC y P con diversas variables biopsicosociales, en el contexto de un TCA, mediante la base de datos PubMed y textos de consulta especializados, abarcando desde 1973 hasta la actualidad (2013), utilizando para la búsqueda palabras clave como *eating disorders*, *perfectionism*, *body shape* y *body dissatisfaction*.

Resultados

Dimensiones del perfeccionismo

Welch *et al*¹, en un estudio basado en la subescala P del EDI y la Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt⁹, hallaron que los tipos socialmente prescrito y auto-orientado se asociaron con actitudes y conductas de TCA, a excepción de atracones, constatando que el P mediaba y mode-

raba la relación entre la IC y el TCA. En otra investigación, Joyce *et al*¹⁰, verificaron en una muestra comunitaria de mujeres que el efecto indirecto del P auto-orientado en el TCA relativo a la sobre-evaluación de la silueta y el peso, fue mayor al que se relacionaba con el establecimiento condicional de metas, reforzando la vinculación entre P y TCA. Tanto el P auto-orientado como el socialmente prescrito se relacionan con constructos cognitivos como el pensamiento dicotómico, emergiendo el P como mecanismo perpetuante de la psicopatología de los TCA y como factor de riesgo proximal para el desarrollo de la sobre-evaluación de la figura y el peso¹¹. Watson *et al*¹² agregan que el P auto-orientado además muestra una relación significativa con conductas restrictivas.

Perfeccionismo e insatisfacción corporal como factores de riesgo

La interrelación entre el riesgo intrapersonal (baja autoestima, P e IC) y la protección interpersonal (apoyo social) parecen relevantes para delinear las vías genéricas específicas que conducen a la psicopatología tanto depresiva como de TCA. En una exploración, los predictores de síntomas depresivos fueron IC, baja autoestima y temor a engordar, para las jóvenes, mientras que para un TCA fueron IC, síntomas depresivos, índice de masa corporal y P, debiendo ser estos componentes incluidos en programas para prevenir depresión y TCA¹³. Pike *et al*¹⁴ demostraron que las portadoras de anorexia nerviosa presentan mayor severidad y cifras significativamente más altas de afectividad negativa, P, discordia familiar y exigencias parentales superiores a otros trastornos psiquiátricos. Estos autores enfatizan que el rol de la preocupación por el peso y la figura corporal fue sobresaliente en el año que precedió el inicio de la afección. En este sentido, Wade y Bulik¹⁵, proponen que la inadecuada auto-evaluación del peso o la figura comparte alrededor de 10% de la variabilidad genética y ambiental con el P.

Hoiles *et al*¹⁶ verificaron la validez de la teoría cognitivo-conductual transdiagnóstica en los TCA en una muestra comunitaria femenina, determinando que como mecanismos mantenedores, el P

Tabla 1. Casos clínicos según criterios del DSM-5

• Caso A (Anorexia nerviosa restrictiva)

Paciente de 17 años, hija única, cursa primer año de derecho, vive con sus padres. Siempre ha sido la mejor alumna del curso, una destacada estudiante reconocida por sus profesores. Obtuvo puntaje nacional en la prueba de selección universitaria. Su madre, médico fisiatra, ex-seleccionada de la universidad en atletismo, siempre fue muy preocupada de mantenerse en forma a través del ejercicio y una dieta saludable. Desde que era pequeña, la paciente “pasaba en consultas de nutricionistas” por presentar un leve sobrepeso. Su padre, triunfador en su carrera diplomática, permanece poco tiempo en el hogar. Ambos padres son exigentes en cuanto a los horarios y deberes académicos de su hija. También son muy estrictos con sus relaciones sentimentales y amistades, por considerar que la mayoría de ellas no se adecuan a los estándares valóricos familiares. Por otro lado, también le han manifestado implícita y explícitamente sus preocupaciones por su comer en exceso y su contextura corporal, comparándola constantemente con sus primas que son “esbeltas, elegantes y exitosas”. Desde que inició su enseñanza media sus compañeros la trataban de “celulítica y chancha voladora”. A finales de cuarto medio comienza a restringir drásticamente su alimentación con el fin de perder peso para lucir su vestido durante la fiesta de graduación, llegando a pesar 35 kg con una talla de 1,60 m: “quería lograr ser una niña perfecta para ser mejor que mis compañeras”. Hace 4 meses presenta amenorrea secundaria. Tuvo una menarquia precoz a los 8 años. No está conforme con su peso actual, le gustaría pesar 32 kg, además de “encontrarse cachetona, pechugona, caderuda y guatona”. Le carga pensar que tiene grasa en el cuerpo e incluso al ducharse se golpea el abdomen, sus muslos y sus nalgas con el fin de reducir su tamaño. Se levanta todos los días a las 5 de la mañana para practicar una estricta rutina de 700 abdominales. No consume alcohol ni sustancias ilícitas. Sus padres la describen como tímida, poco sociable pero muy responsable, preocupada de satisfacer sus requerimientos y siempre atenta a su aprobación: “jamás se ha sublevado, es una niña muy obediente, ejemplar y respetuosa de las normas de nuestra familia”. Actualmente presenta sintomatología depresiva, angustiosa, constipación y sensación de agotamiento que ha repercutido significativamente en su rendimiento académico. En base a estos hallazgos se le indica inicialmente mirtazapina 30 mg/día, olanzapina 2,5 mg/día, psicoeducación, psicoterapia familiar y hospitalización a la brevedad.

•Caso B (Bulimia nerviosa)

22 años, soltera, sin hijos. Vive con su madre y hermano de 15 años, mientras que su padre vive en el norte por su trabajo. Informa hiperémesis gravídica de su madre durante su embarazo. Antecedentes mórbidos: resistencia a la insulina, hipertricotosis y ovarios poliquísticos (tratados con anticonceptivos orales) desde 2010. Sube y baja de peso constantemente y come ansiosamente. Entre 2010 y 2011 estudió ingeniería oceánica y la dejó en 2012, para el 2013 ingresar a arquitectura. Presenta TCA desde los 17 años, que relaciona con presión para estudiar medicina, carrera que no le atraía y además no presentaba buen historial académico. Acaba de botar 2 ramos y quiere cambiarse a terapia ocupacional. Sus padres se llevan mal, por lo que se encuentra muy afectada. El matrimonio se ha separado en varias oportunidades. Su madre vive haciendo dieta y se siente profundamente decepcionada por el problema alimentario de su hija. Desde los 12 años comenzó a presentar atracones y purgas (vómitos y laxantes) hasta 3 veces al día, gatilladas por peleas paternas, discusiones con su madre y sobrecarga académica. Se siente triste, rabiosa, irritable, llorosa, angustiada y discriminada y no comprendida por una madre crítica, descalificadora y exigente, que según la paciente muestra preferencia por su hermano; además presenta insomnio mixto, sentimientos de soledad y baja en su rendimiento académico. Refiere 2 intentos de suicidio con sobredosis y se ha infringido en varias oportunidades cortes en las muñecas. Menstruaciones irregulares. Presenta distorsión de su imagen corporal, especialmente su rostro, mamas y caderas, que percibe más voluminosas de lo que realmente son. Se lleva mejor con su padre: “es más comprensivo, flexible y no me castiga”. Se reconoce desorganizada, impuntual y con carencia de hábitos y disciplina: “no me gusta imponerme metas, tampoco me muero por sacarme notas excelentes”. Consume alcohol en exceso los fines de semana hasta embriagarse acompañado de marihuana y en ocasiones cocaína. Pololeó a los 14 años pero terminó por miedo al compromiso. Con su actual pareja ha mantenido una relación sentimental muy inestable con infidelidades de ambas partes, del cual tuvo un embarazo interrumpido por un aborto inducido hace 3 meses. Su madre de 48 años, es profesora de matemática. Su padre de 50 años, es alcohólico y presenta conductas compatibles con violencia intrafamiliar. Se le indicó fluoxetina 80 mg/día y clonazepam hasta 1 mg/día, además de psicoterapia cognitivo-conductual.

clínico, la baja autoestima, la intolerancia afectiva y las dificultades interpersonales tienen impacto en la restricción alimentaria y en las preocupaciones sobre la silueta y el peso. Los hallazgos sugieren que estos cuatro mecanismos aisladamente son insuficientes para la restricción de la dieta, y que

la psicopatología nuclear de los TCA necesita estar presente. Por otro lado, Schmidt y Treasure¹⁷, mencionan que la anorexia nerviosa es altamente valorada por las personas que la padecen, siendo un trastorno notoriamente visible, evocando intensas respuestas emocionales en los otros. Estos investi-

gadores proponen un modelo de mantención del subtipo restrictivo, combinando variables intra e interpersonales, incluyendo factores perpetuantes como: P, rigidez cognitiva, evitación experiencial, creencias pro-anorécticas y reacción de los demás. Esta propuesta no acentúa el rol del peso y la figura corporal como mantenedores de la patología. En consideración a la alimentación restrictiva, Sassaroli *et al*¹⁸ destacan su asociación con un proceso en el cual la crítica percibida es el factor inicial y el P un mediador interviniente.

Factores ambientales

El modelo de la influencia tripartita en la etiología de los TCA plantea que padres, pares y medio contribuyen al desarrollo de las alteraciones alimentarias y de la imagen corporal. En efecto, Canals *et al*¹⁹, establecieron que la IC, la motivación por la delgadez, el sentimiento de ineficacia personal y la menor consciencia interoceptiva de la madre; la motivación por la delgadez y el P del padre, pronosticaron un TCA de larga evolución, mostrando que los predictores de TCA eran ser mujer, la motivación por la delgadez de la madre, la inseguridad social y la IC de la adolescente. Por su parte, Jacobs *et al*²⁰ aseveran que la dupla madre-hija con TCA severo y rasgos ansiosos/perfeccionistas, representa una variante más homogénea y familiar de la anorexia nerviosa, gravitante de analizar en estudios genéticos.

En universitarias femeninas, la comparación de la apariencia medió los efectos de la familia y el refuerzo ejercido por los medios sobre la IC, que a su vez favoreció las conductas restrictivas y bulímicas; en cambio, el influjo de los pares se relacionó sólo con las restrictivas. Simultáneamente, el P se asoció con la IC, favoreciendo la comparación de la apariencia²¹. Asimismo, en estudiantes secundarias fueron aplicados los tests EDI y MPS en tres ocasiones: durante un día escolar promedio, el día del examen y otro día en que recibieron su evaluación; la IC se relacionó con el P en las tres oportunidades, en tanto la motivación por la delgadez únicamente lo hizo con el día en que las estudiantes recibieron los resultados del examen, apuntando a que el estrés puede estimular conductas propias

de los TCA en personalidades perfeccionistas²². De manera similar, Ruggiero *et al*²³, señalan que el P patológico, baja autoestima y estrés percibido aumentan los pensamientos restrictivos y la IC en universitarias durante una situación de exigencia de rendimiento que podría potencialmente desafiar la percepción de la autoestima. La situación estresante puede interpretarse como una experiencia de invalidación, explicando la conexión entre los constructos cognitivos y los comportamientos característicos de los TCA.

Los TCA son generalmente considerados afeciones eminentemente femeninas, ligadas a la adolescencia, adultez temprana y a la cultura occidental. No obstante, se ha reconocido crecientemente su ocurrencia durante la edad media, asociándose principalmente con depresión. Una investigación realizada en mujeres entre 45 y 60 años, indicó que los factores involucrados significativamente con el TCA y la IC fueron las presiones socioculturales para ser delgada y el P, de modo similar que las mujeres más jóvenes²⁴. Davis y Katzman²⁵ observaron que la aculturación occidental está estrechamente ligada al desarrollo de los TCA. En una investigación en residentes chinos de ambos sexos en Estados Unidos, las mujeres manifestaron más IC y motivación por la delgadez, mientras que quienes evidenciaron más aculturación, exhibieron mayor P y menor consciencia interoceptiva. Asimismo, Chen *et al*²⁶ observaron que en jóvenes taiwanesas la satisfacción con la apariencia física, el índice de masa corporal y la internalización de los ideales socio-culturales fueron los principales predictores de la IC.

Respecto del influjo de los medios masivos de comunicación, en una revisión sistemática, Talbot²⁷ halló que las usuarias de sitios web pro-TCA mostraron niveles más altos de alimentación restrictiva, ejercicio, motivación por la delgadez, IC, P, atracones y/o purgas, afecto negativo aumentado y una correlación positiva entre visitar sitios web pro-TCA, duración de la enfermedad y número de hospitalizaciones.

EDI

La subescala P del EDI-2²⁸ construida originalmente como medida unidimensional de P, facto-

rialmente mide las dimensiones auto-orientada y el socialmente prescrita del constructo. Al respecto, Lampard *et al*²⁹ verificaron que el P auto-orientado mostró una variación única asociada a la preocupación en torno al peso, silueta y restricción alimentaria en anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, enfatizando la importancia del P auto-orientado en los TCA, especialmente los elevados estándares auto-impuestos. Olson *et al*³⁰ detectaron en instructoras de danza aeróbica que 23% poseía una historia previa de bulimia nerviosa y 17% de anorexia nerviosa. Los puntajes del EDI para IC, motivación por la delgadez, sentimientos de ineficacia personal y P fueron similares o mayores que los de grupos anorécticos, sugiriendo que en deportes que acentúan la delgadez, existirían comportamientos y actitudes compatibles con mujeres portadoras de TCA. En pacientes bulímicas recuperadas se constató un fenómeno similar, ya que mostraron elevados niveles en las subescalas del EDI-2 para IC, P, ansiedad, inseguridad e incomodidad social, mayor depresión, y rasgos de personalidad indicativos de P³¹. Conjuntamente, Kong³² señala que en un programa de hospitalización diurna para TCA, la frecuencia de atracones y purgas, la autoestima, la depresión, y once subescalas del EDI-2, entre ellas, IC y P, mejoraron significativamente después del tratamiento.

Comorbilidad

Pryor *et al*^{32,33} constataron que el abuso de laxantes en mujeres con TCA es un indicador de psicopatología más severa. Así, entre las abusadoras se pesquió mayor P y rasgos de personalidad evitadora. Las bulímicas con abuso de laxantes alcanzaron puntajes más patológicos en las subescalas del EDI motivación por la delgadez, IC, falta de consciencia interoceptiva, características de personalidad pasivo-agresivas y *borderline*, mientras que las anorécticas mostraron niveles más altos de histrionismo.

Pigott *et al*³⁴ observaron que pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo obtuvieron puntajes significativamente mayores que los sujetos sanos en las ocho subescalas del EDI-1, incluyendo P e IC; intermedios entre las pacientes con TCA y los con-

troles. También, Pollack y Forbush³⁵ constataron en un muestra comunitaria que el P se asociaba a la mayoría de los síntomas obsesivo-compulsivos y de TCA. Sin embargo, la IC compartió asociaciones únicas con chequeo, limpieza y rituales obsesivos que no fueron explicados por estos rasgos de personalidad.

Steele *et al*³⁶, analizando la asociación entre depresión y auto-evaluación del peso y figura corporal, encontraron que el P posee una correlación con la depresión; más aun, la autocrítica y el P clínico mostraron un vínculo más fuerte con la sobre-valoración del peso y la figura. Por su parte, Marsero *et al*³⁷ concluyeron que la alexitimia es factor predisponente para el P que puede conducir al desarrollo de un TCA.

Imagen corporal, insatisfacción corporal y variables biopsicosociales

En una población estudiantil, las mujeres experimentaron más síntomas de TCA e IC, vinculándose los medios de comunicación, la autoestima y el P con conductas de TCA³⁸. Adicionalmente, Geller *et al*³⁹ constataron que la inhibición de la expresión de emociones negativas estuvo significativamente asociada con componentes cognitivos y afectivos de la IC y rasgos dimensionales del P. También el estrés ha sido relacionado con la alteración de la imagen corporal, encontrándose que la IC interactúa con el P socialmente prescrito en la predicción de síntomas restrictivos y bulímicos; con un alto nivel de IC, este P fue el único predictor significativo de síntomas bulímicos⁴⁰. Jones *et al*⁴¹ observaron que la IC se relacionó con el P, al comienzo y después de una tarea estresante, mientras que la motivación por la delgadez sólo lo hizo con la preocupación por errores y estándares personales después de ella, confirmando que el estrés favorece una relación entre el P y conductas alimentarias alteradas.

Ackard y Peterson⁴² detectaron que las mujeres que se percibían con sobrepeso previo a la pubertad, obtuvieron puntajes significativamente más altos en las subescalas del EDI-2 IC, ascetismo, motivación por la delgadez, regulación de los impulsos, consciencia interoceptiva y P, pudiendo

estar en riesgo de presentar un TCA. La discrepancia entre la imagen corporal real y la percibida medida por Smith y Joiner⁴³, predijo la motivación por la delgadez y síntomas bulímicos, con una interacción significativa entre el P y el estado de sobrepeso percibido.

Ilustrativamente se describen dos casos clínicos (anorexia nerviosa restrictiva y bulimia nerviosa según criterios del DSM-5)⁴⁴ (Tabla 1), a cuyas pacientes se les administró, previo consentimiento informado, los instrumentos enlistados en Tabla 2, y cuyos resultados se comparan en Tabla 3.

Tabla 2. Descripción de instrumentos

<p>Test de actitudes alimentarias (<i>Eating attitudes test</i>) (EAT-40)⁴⁵</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40 preguntas autoaplicables que evalúan características psicológicas y/o conductuales compatibles con trastornos de la conducta alimentaria, distribuidas en 3 factores: 1) Dieta; 2) Control oral y 3) Bulimia y preocupación por el alimento • Cada respuesta tiene valores entre 0 a 3 puntos • Puntaje ≥ 30 indica patología alimentaria clínicamente presente o encubierta
<p>Inventario de desórdenes alimentarios (<i>Eating disorders inventory</i>) (EDI)⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> • 64 preguntas autoaplicables en 8 subescalas que evalúan características nucleares psicológicas y/o conductuales de los trastornos de la conducta alimentaria: 1) Motivación por la delgadez; 2) Consciencia interoceptiva; 3) Bulimia; 4) Insatisfacción corporal; 5) Sensación de inutilidad; 6) Temor a la madurez; 7) Perfeccionismo y 8) Desconfianza interpersonal • Cada respuesta tiene valores entre 0 a 3 puntos
<p>Cuestionario de la Figura Corporal (<i>Body Shape Questionnaire</i>) (BSQ)⁴⁶</p> <ul style="list-style-type: none"> • 34 ítems autoaplicables que evalúan alteraciones actitudinales respecto a la imagen corporal durante el último mes en 4 subescalas: 1) Insatisfacción corporal y 2) Preocupación por el peso • Cada respuesta tiene valores entre 1 a 6 puntos • Puntajes totales entre 34 y 204 • Puntajes superiores a 105 indican trastorno del esquema corporal • Sin preocupación por la imagen corporal < 81; leve preocupación 81 a 110; moderada 111 a 140 y extrema > 140
<p>Escala Multidimensional de Perfeccionismo (<i>Multidimensional Perfectionism Scale</i>) (MPS)⁹</p> <ul style="list-style-type: none"> • 35 ítems autoaplicables que evalúan diversas dimensiones del perfeccionismo en seis subescalas: 1) Preocupación por los errores; 2) Normas personales elevadas; 3) Percepción de elevadas expectativas de los padres respecto a uno; 4) Percepción de padres críticos; 5) Dudas sobre si se han hecho bien las cosas y 6) Preferencia por el orden y la organización • Cada respuesta tiene valores entre 1 a 5 puntos
<p>Escala de Asertividad de Rathus (<i>Rathus Assertiveness Scale</i>) (RAS)⁴⁷</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30 ítems autoaplicables que evalúan el grado de asertividad en una variedad de situaciones y en términos de autoexpresión en tres factores: R1) Conductas deficitarias; R2) Sinceridad emocional, dominación efectiva con el prójimo y confrontación positiva con eventos sociales y R3) Conductas de sumisión y dependencia • Escala de cotación de +3 a -3, excluyendo 0 • Puntajes entre -90 (extremadamente no asertivo) hasta +90 (extremadamente asertivo)
<p>Escala de Impulsividad de Barratt (<i>The Barratt Impulsiveness Scale</i>) (BIS-11)^{48,49}</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30 preguntas autoaplicables distribuidas en tres subescalas que evalúan impulsividad: 1) Cognitiva; 2) Motora y 3) No planeada • Cada respuesta posee valores entre 0-1-3-4
<p>Escala de Alexitimia de Toronto (<i>Toronto Alexithymia Scale</i>) (TAS-20)^{50,51}</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20 preguntas autoaplicables que evalúan grado de alexitimia, distribuidas en 3 subescalas: T1) Dificultad para la discriminación de señales emocionales; T2) Dificultad en la expresión verbal de las emociones y T3) Pensamiento orientado hacia detalles externos • Cada respuesta posee valores entre 0 y 5 puntos • Puntajes > 52 y < 59 indican alexitimia baja y > 60 alexitimia alta

Tabla 3. Variables (EAT-40, EDI, peso actual, talla, peso ideal, BIS-11, MPS BSQ y TAS-20) en casos A y B

Variable	Caso A	Caso B
• EAT-40	95	61
• EDI	155	75
Motivación por la delgadez	21	17
Consciencia interoceptiva	27	8
Bulimia	3	19
Insatisfacción corporal	25	17
Sentimientos de ineficacia personal	21	5
Temor a la madurez	17	12
Perfeccionismo	17	8
Desconfianza interpersonal	11	10
• Peso actual (kg)	38	58
• Talla (cm)	160	155
• Peso ideal (kg)	35	50
• BIS-11	36	52
Impulsividad cognitiva	18	18
Impulsividad motora	9	15
Impulsividad no planificada	9	16
• RAS	-37	-18
Conductas deficitarias	-7	-9
Sinceridad emocional, dominación efectiva y confrontación positiva	-8	-6
Conductas de sumisión y dependencia	-24	-8
• MPS	162	106
Preocupación por errores	36	25
Estándares personales	35	23
Expectativas parentales	25	16
Críticismo parental	18	15
Dudas sobre acciones	18	12
Organización	30	15
• BSQ	168	140
Insatisfacción corporal	100	71
Preocupación por el peso	68	69
• TAS-20	64	52
Dificultad para discriminar emociones	23	33
Dificultad para expresar emociones	31	18
Pensamiento orientado hacia lo externo	10	1

EAT-40 = Test de actitudes alimentarias. EDI = Inventario de desórdenes alimentarios. BIS-11 = Escala de Barratt para impulsividad. RAS = Escala de Rathus para asertividad. MPS = Escala multidimensional de perfeccionismo. BSQ = Cuestionario de la silueta corporal. TAS-20 = Escala de Toronto para alexitimia.

Discusión

Según nuestros hallazgos, el P socialmente prescrito y auto-orientado, se asocia significativamente con actitudes y conductas compatibles con TCA, principalmente restrictivas, catalogándose como mediador y moderador de la relación entre la IC y el TCA. La IC y el P se identifican como factores de riesgo intrapersonal para el desarrollo del TCA. Se constató que la IC comparte alrededor del 10% de la variabilidad genética con el P y ambos favorecen la baja autoestima, la evaluación comparativa de la apariencia, una mayor motivación por la delgadez, los deportes que exaltan la silueta corporal, principalmente en un contexto con mayor aculturación occidental, una respuesta maladaptativa a eventos vitales estresantes, la comorbilidad categorial (trastornos de ansiedad, afectivos y de personalidad) y dimensional como alexitimia y falta de asertividad, correlacionándose con mayor severidad del TCA.

Resalta el bajo peso que posee la paciente anoréctica del caso A, con un índice de masa corporal de 14,8 kg/m², representando un riesgo vital que amerita su perentoria hospitalización, mientras que el de la paciente bulímica es de 25 kg/m², aceptable para continuar un tratamiento ambulatorio. Ambas conciben un peso ideal menor al actual y alcanzan puntajes en rangos patológicos de los instrumentos aplicados; no obstante, existen diferencias *ad-hoc* al perfil clínico de cada diagnóstico⁵². La paciente A, presenta una menarquia precoz, que según Behar⁵³ sería un factor predisponente para un TCA; a pesar que la edad de inicio puberal no se asoció significativamente con TCA, IC, depresión, o nivel de autoestima en un estudio realizado por Ackard y Peterson⁴². No obstante, en la misma investigación, las mujeres con una pubertad más temprana eligieron una figura corporal ideal más esbelta, obteniendo puntajes mayores en ascetismo,

motivación por la delgadez, regulación impulsiva e inseguridad social. Por otra parte, resaltan los altos puntajes del EDI en las subescalas P (17) e IC (25), contrastando con el caso B, en donde alcanzaron sólo 8 y 17 puntos. Respecto a la impulsividad, el puntaje total del BIS-11 es mayor en la bulímica que en la anoréctica (52 *versus* 36), pero su vertiente cognitiva que evalúa la tendencia a tomar decisiones rápidas, es similar a la del caso A, no así en los aspectos motóricos; cuyos puntajes son más altos (15 *versus* 9); vale decir, la tendencia a involucrarse en conductas espontáneas (actuar sin pensar) y no planificadas (16 *versus* 9), que implican una falta de preocupación por el futuro o por las consecuencias de las propias acciones, compatibles con episodios de atracones, purgas, abuso de sustancias y suicidalidad, frecuentemente observables en trastornos de personalidad *border-line*, y más aun, multi-impulsiva^{49,54,55}. Asimismo, ambas demuestran falta de asertividad global en el RAS, siendo menos asertiva la anoréctica (-37 *versus* -18), esencialmente en aspectos que evocan conductas de sumisión y dependencia (-24 *versus* -8)^{56,57}, características que interfieren significativamente en su expresión emocional y funcionamiento psicosocial interpersonal⁵⁸.

Por otra parte, el perfeccionismo total en el MPS es superior en el caso A (162 *versus* 106), principalmente en la preocupación por cometer errores, la capacidad de organización en todos los ámbitos, los excelsos estándares personales habitualmente autoimpuestos reforzados por la dinámica familiar⁵² y particularmente por las ambiciosas expectativas y actitudes críticas de los padres. Hoiles *et al*¹⁶, en su validación de la teoría cognitivo-conductual transdiagnóstica, han incluido al P clínico como factor perpetuante en la evolución de los TCA, y aunque Cooley *et al*⁵⁹ lo integran en las causas de síntomas alimentarios en etapas tempranas, lo descartan como su mantenedor durante la adolescencia tardía.

La evaluación de la imagen corporal mediante el BSQ informa una alteración en el reconocimiento de la propia silueta en los casos A y B, indicando un trastorno del esquema corporal cognitivo-perceptual extremo que genera IC (100

y 71, respectivamente), originando distorsión de la imagen corporal^{60,61} y preocupación por el peso, ambos requisitos diagnósticos del DSM-5⁴⁴ que deben ser intervenidos con un abordaje cognitivo-conductual^{62,63}, previa resolución prioritaria de la urgencia biológica en la paciente anoréctica, ya que la desnutrición mantiene un *feedback* positivo con pensamientos distorsionados acerca de los alimentos, peso y figura corporal⁵².

En cuanto a la alexitimia cuantificada por el TAS-20, la paciente A la presenta en un alto nivel (64 puntos), con mayor dificultad para expresar verbalmente emociones (31 puntos), mientras la paciente B, la evidencia en un bajo grado (52 puntos), con más dificultad para discriminar las señales emocionales (33 puntos), concordando con Speranza *et al*⁶⁴, que refieren que las bulímicas exhiben mayor conflicto para identificar sentimientos y las anorécticas restrictivas para describirlos.

Ciertas dimensiones cognitivo-conductuales parentales pueden desencadenar un TCA en la adolescencia temprana, debiendo considerarse en la prevención y el tratamiento orientado hacia la familia¹⁹. De este modo, la paciente A, hija única, inmersa en una dinámica familiar aglutinada, caracterizada por rigidez, altos estándares morales, ambiciones y exigencias, representada por un padre diplomático y exitoso, más bien ausente, y una madre profesional de un área ligada con la corporalidad que transmite sus preocupaciones implícita y explícitamente hacia una hija vulnerable, quien es comparada con sus primas ejemplares^{52,65}. En cambio, la paciente B, pertenece a un núcleo familiar más disfuncional, con un padre alcohólico, también ausente y con conductas heteroagresivas, mientras que la madre no empatiza con la afección de la hija, comportándose demandante, crítica y peyorativa, pero al mismo tiempo enviándole mensajes tácitos de un culto hacia el cuerpo y la alimentación.

Ambos casos presentan sintomatología depresiva y angustiosa, pero en la paciente A se identifican rasgos de personalidad correspondientes al cluster C, con un perfil evitador, obsesivo-compulsivo y dependiente que propenden hacia la ansiedad social⁶⁶, frente al caso B, en que se desprenden

rasgos propios del cluster B, fundamentalmente *borderline*.

Ambas pacientes demuestran una baja autoestima que Bruch⁶ ha conceptualizado como sentimiento de ineficacia personal, de mayor magnitud en la anoréctica según la subescala del EDI. En consonancia, Wojtowicz y von Ranson⁶⁷ hacen hincapié en que la IC puede vincularse a un TCA, siendo la autoestima y el índice de masa corporal los factores de riesgo más potentes para identificar las adolescentes en riesgo de aumentar la IC teniendo como desenlace la aparición del trastorno. Empero, en su análisis, las burlas acerca del peso, la internalización del ideal delgado y el P no probaron ser factores de riesgo relevantes para el surgimiento de este desorden.

Otra similitud entre los casos es la condición de sometimiento a situaciones estresantes académicas a las que han estado expuestas las pacientes; en el primero, debido a una gran autoexigencia tras el logro de metas, y en el segundo, por la trayectoria

errática a través de distintas carreras, congruente a una laxitud en su desempeño⁶⁸.

En la paciente anoréctica resalta la existencia de un sobrepeso temprano, objeto de burlas por parte de sus pares, gatillante de su cuadro alimentario, habitualmente pesquizable durante el debut de la anorexia nerviosa y que, de acuerdo a Behar^{60,69,70}, en conjunto con otros parámetros, va contribuyendo a la construcción cultural del cuerpo.

En conclusión, los casos presentados confirman la evidencia arrojada en torno a la IC y el P, en cuanto a que ambos son fenómenos medulares, tanto en el polo anoréctico como bulímico, que si bien siendo factores inespecíficos, ocupan un lugar relevante en la predisposición, desencadenamiento y mantención de los TCA. Han sido objetivados de modo sistemático cuantitativa y cualitativamente en amplias series de estudios, permitiendo un enriquecimiento en la aproximación comprensiva de su diagnóstico y manejo terapéutico.

Resumen

Antecedentes: Existe una importante relación entre el perfeccionismo (P), la insatisfacción corporal (IC) y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). **Objetivo:** Se analiza descriptivamente la evidencia sobre la relación entre P e IC en el curso clínico de los TCA. **Método:** Se efectuó una revisión de la literatura disponible en PubMed y textos de consulta especializados. Se analizan dos casos clínicos ilustrativos. **Resultados:** El P en sus dimensiones socialmente prescrito y auto-orientado se asoció con actitudes y conductas de TCA, especialmente restrictivas, mediando y moderando la relación entre la IC y el TCA. La IC y el P son factores de riesgo intrapersonal para el desarrollo de TCA. La IC comparte alrededor del 10% de la variabilidad genética con el P y ambos favorecen la evaluación comparativa de la apariencia, principalmente con una mayor aculturación occidental, la motivación por la delgadez, la respuesta maladaptativa al estrés, la baja autoestima, la severidad del desorden, la sintomatología depresiva, los deportes que acentúan la silueta corporal esbelta, las comorbilidades (trastornos de personalidad, de ansiedad, afectivos), la alexitimia y la falta de asertividad. **Conclusiones:** De acuerdo a la evidencia, la IC y el P, aunque inespecíficas, son características nucleares de los TCA como factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes, que influyen significativamente en su tratamiento y desenlace.

Palabras clave: Perfeccionismo, silueta corporal, insatisfacción corporal, trastornos de la conducta alimentaria.

Referencias bibliográficas

1. Welch E, Miller JL, Ghaderi A, Vaillancourt T. Does perfectionism mediate or moderate the relation between body dissatisfaction and disordered eating attitudes and behaviors? *Eat Behav* 2009; 10 (3): 168-75.
2. Burns D. *Feeling good: The new mood therapy*. New York: New American Library, 1980.
3. Hollender M. Perfectionism, a neglected personality trait. *J Clin Psychiatr* 1978; 39 (5): 384.
4. 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.
5. Crisp A. Anorexia nervosa as flight from growth: Assessment and treatment based on the model. In: Garner D, Garfinkel P, editors. *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: Guilford Press, 1997. p. 248-77.
6. Bruch H. *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. London: Routledge & Kegan Paul, 1974.
7. Frost R, Heimberg R, Holt C, Mattia J. A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences* 1993; 14 (1): 119-26.
8. Gelabert E, García-Esteve L, Martín-Santos R, Gutiérrez F, Torres A, Subirà S. Psychometric properties of the Spanish version of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale in women. *Psicothema* 2011; 23 (1): 133-9.
9. Hewitt P, Flett G. *Multidimensional Perfectionism Scale (MPS): Technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems, 2004.
10. Joyce F, Watson HJ, Egan SJ, Kane RT. Mediators between perfectionism and eating disorder psychopathology in a community sample. *Eat Behav* 2012; 13 (4): 361-5.
11. Lethbridge J, Watson HJ, Egan SJ, Street H, Nathan PR. The role of perfectionism, dichotomous thinking, shape and weight overvaluation, and conditional goal setting in eating disorders. *Eat Behav* 2011; 12 (3): 200-6.
12. Watson HJ, Raykos BC, Street H, Fursld A, Nathan PR. Mediators between perfectionism and eating disorder psychopathology: Shape and weight overvaluation and conditional goal-setting. *Int J Eat Disord* 2011; 44 (2): 142-9.
13. Ferreiro F, Seoane G, Senra C. Gender-related risk and protective factors for depressive symptoms and disordered eating in adolescence: A 4-year longitudinal study. *J Youth Adolesc* 2012; 41 (5): 607-22.
14. Pike KM, Hilbert A, Wilfley DE, Fairburn CG, Dohm FA, Walsh BT, *et al.* Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: A case-control study. *Psychol Med* 2008; 38 (10): 1443-53.
15. Wade TD, Bulik CM. Shared genetic and environmental risk factors between undue influence of body shape and weight on self-evaluation and dimensions of perfectionism. *Psychol Med* 2007; 37 (5): 635-44.
16. Hoiles KJ, Egan SJ, Kane RT. The validity of the transdiagnostic cognitive behavioural model of eating disorders in predicting dietary restraint. *Eat Behav* 2012; 13 (2): 123-6.
17. Schmidt U, Treasure J. Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *Br J Clin Psychol* 2006; 45 (Pt3): 343-66.
18. Sassaroli S, Apparigliato M, Bertelli S, Boccalari L, Fiore F, Lamela C, *et al.* Perfectionism as a mediator between perceived criticism and eating disorders. *Eat Weight Disord* 2011; 16 (1): 37-44.
19. Canals J, Sancho C, Arija MV. Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009; 18 (6): 353-9.
20. Jacobs MJ, Roesch S, Wonderlich SA, Crosby R, Thornton L, Wilfley DE, *et al.* Anorexia nervosa trios: Behavioral profiles of individuals with anorexia nervosa and their parents. *Psychol Med* 2009; 39 (3): 451-61.
21. van den Berg P, Thompson JK, Obremski-Brandon K, Covert M. The Tripartite Influence model of body image and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *J Psychosom Res* 2002; 53 (5): 1007-20.
22. Ruggiero GM, Levi D, Ciuna A, Sassaroli S. Stress situation reveals an association between perfectionism and drive for thinness. *Int J Eat Disord* 2003; 34 (2): 220-6.
23. Ruggiero GM, Bertelli S, Boccalari L, Centorame F, Ditucci A, La Mela C, *et al.* The influence of stress on the relationship between cognitive variables and measures of eating disorders (in healthy female university students): A quasi-experimental

- study. *Eat Weight Disord* 2008; 13 (3): 142-8.
24. Midlarsky E, Nitzburg G. Eating disorders in middle-aged women. *J Gen Psychol* 2008; 135 (4): 393-407.
25. Davis C, Katzman MA. Perfection as acculturation: Psychological correlates of eating problems in Chinese male and female students living in the United States. *Int J Eat Disord* 1999; 25 (1): 65-70.
26. Chen LJ, Fox KR, Haase AM, Ku PW. Correlates of body dissatisfaction among Taiwanese adolescents. *Asia Pac J Clin Nutr* 2010; 19 (2): 172-9.
27. Talbot TS. The effects of viewing pro-eating disorder websites: A systematic review. *West Indian Med J* 2010; 59 (6): 686-97.
28. Garner D. *Eating disorder inventory-2 manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources, 1991.
29. Lampard AM, Byrne SM, McLean N, Fursland A. The Eating Disorder Inventory-2 Perfectionism scale: Factor structure and associations with dietary restraint and weight and shape concern in eating disorders. *Eat Behav* 2012; 13 (1): 49-53.
30. Olson MS, Williford HN, Richards LA, Brown JA, Pugh S. Self-reports on the Eating Disorder Inventory by female aerobic instructors. *Percept Mot Skills* 1996; 82 (3 Pt 1): 1051-8.
31. Stein D, Kaye WH, Matsunaga H, Orbach I, Har-Even D, Frank G, *et al.* Eating-related concerns, mood, and personality traits in recovered bulimia nervosa subjects: A replication study. *Int J Eat Disord* 2002; 32 (2): 225-9.
32. Kong SS. The study for development of day hospital program of eating disorders. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2004; 34 (1): 25-34.
33. Pryor T, Wiederman MW, McGilley B. Laxative abuse among women with eating disorders: An indication of psychopathology? *Int J Eat Disord* 1996; 20 (1): 13-8.
34. Pigott TA, Altemus M, Rubenstein CS, Hill JL, Bihari K, L'Heureux F, *et al.* Symptoms of eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1991; 148 (11): 1552-7.
35. Pollack LO, Forbush KT. Why do eating disorders and obsessive-compulsive disorder co-occur? *Eat Behav* 2013; 14 (2): 211-5.
36. Steele AL, O'Shea A, Murdock A, Wade TD. Perfectionism and its relation to overevaluation of weight and shape and depression in an eating disorder sample. *Int J Eat Disord* 2011; 44 (5): 459-64.
37. Marsero S, Ruggiero GM, Scarone S, Bertelli S, Sassaroli S. The relationship between alexithymia and maladaptive perfectionism in eating disorders: A mediation moderation analysis methodology. *Eat Weight Disord* 2011; 16 (3): 82-7.
38. Grieve FG. A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eat Disord* 2007; 15 (1): 63-80.
39. Geller J, Cockell SJ, Hewitt PL, Goldner EM, Flett GL. Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2000; 28 (1): 8-19.
40. Downey CA, Chang EC. Perfectionism and symptoms of eating disturbances in female college students: Considering the role of negative affect and body dissatisfaction. *Eat Behav* 2007; 8 (4): 497-503.
41. Jones CJ, Harris G, Leung N, Blissett J, Meyer C. The effect of induced stress on the relationship between perfectionism and unhealthy eating attitudes. *Eat Weight Disord* 2007; 12 (2): 39-43.
42. Ackard DM, Peterson CB. Association between puberty and disordered eating, body image, and other psychological variables. *Int J Eat Disord* 2001; 29 (2): 187-94.
43. Smith AR, Joiner TE. Examining body image discrepancies and perceived weight status in adult Japanese women. *Eat Behav* 2008; 9 (4): 513-5.
44. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth Edition. Washington DC: American Psychiatric Association 2013.
45. Garner D, Olmstead M, Bohr I, Garfinkel P. The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Med* 1982; 12: 871-8.
46. Cooper P, Taylor M, Cooper Z. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int J Eat Disord* 1987; 6: 485-94.
47. Rathus SA. A 30-item schedule for assessing assertive behaviour. *Behav Ther* 1973; 4: 398-406.
48. Patton J, Stanford M, Barratt E. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995; 51 (6): 768-74.
49. Barratt ES. Impulsiveness subtraits: Arousal and information processing. In: Spence J, Itard C, editors. *Motivation, emotion and personality*. Amsterdam: Elsevier/North-Holland, 1985. p. 137-46.
50. Bagby R, Parker J, Taylor G. The twenty-item

- Toronto Alexithymia Scale II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res* 1994; 38 (1): 33-40.
51. Martínez-Sánchez, F. Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud* 1996; 7 (1): 19-32.
 52. 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: Editorial Mediterráneo, 2010. p. 121-47.
 53. 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.
 54. 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. 9-117.
 55. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, Third Edition. *Am J Psychiatr* 2006; 163: 1-54.
 56. Behar R, Manzo R, Casanova D. Lack of assertiveness in patients with eating disorders. *Rev Med Chile* 2006; 134: 294-301.
 57. Behar R. Emotional expression in eating disorders: Alexithymia and assertiveness. *Rev Chil Neuro-Psiquiatría* 2011; 49: 338-46.
 58. Behar R. Ineffectiveness in eating disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders* 2011; 2: 113-24.
 59. Cooley E, Toray T, Valdez N, Tee M. Risk factors for maladaptive eating patterns in college women. *Eat Weight Disord* 2007; 12 (3): 132-9.
 60. 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.
 61. Behar R, Vargas C, Cabrera E. Insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2011; 49 (1): 8-18.
 62. Figueroa G. Fundamentos y técnica de la terapia cognitivo-conductual en los trastornos de la alimentación. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición*. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2010. p. 314-31.
 63. Raich R, Villarroel A, Espinoza P. Intervención cognitivo-conductual en la imagen corporal. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición*. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2010. p. 332-49.
 64. Speranza M, Corcos M, Loas G, Stephan P, Guilbaud O, Pérez-Díaz F, *et al*. Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders. *Psychiatry Res* 2005; 135 (2): 153-63.
 65. Carrasco E. Terapia familiar en los trastornos de la conducta alimentaria. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición*. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2010. p. 365-77.
 66. Behar R, Iglesias B, Barahona M, Casanova D. Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2007; 45 (3): 211-20.
 67. Wojtowicz AE, von Ranson KM. Weighing in on risk factors for body dissatisfaction: A one-year prospective study of middle-adolescent girls. *Body Image* 2012; 9 (1): 20-30.
 68. Behar R, Valdés C. Estrés y trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2009; 47 (3): 178-89.
 69. Behar R. La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2010; 48 (4): 314-29.
 70. 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. 19-38.

Correspondencia:

Rosa Behar A.

Departamento de Psiquiatría

Facultad de Medicina

Universidad de Valparaíso

Subida Carvallo 200, Casilla 92-V

Valparaíso.

E-mail: rositabehar@vtr.net