



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

MÁSTER DE PSICOPEDAGOGÍA

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**LA INSATISFACCIÓN CORPORAL Y LA ALTERACIÓN
DE LA IMAGEN CORPORAL EN POBLACIÓN
UNIVERSITARIA**

Alumna: Sheila Cobos Antón

Tutora: María Jesús Irurtia Muñiz

Curso académico 2014/2015

ÍNDICE

JUSTIFICACIÓN	5
PARTE I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	7
1. La imagen corporal	7
1.1 Concepto de imagen corporal	7
1.2 Componentes de la imagen corporal	10
1.3 Formación de la imagen corporal	11
1.4 La alteración de la imagen corporal	13
2. Trastorno de la imagen corporal	15
2.1 Trastorno Dismórfico Corporal	15
3. Trastornos de la Conducta Alimentaria	20
3.1 Antecedentes	21
3.2 Criterios diagnósticos	22
3.2.1 Anorexia Nerviosa	22
3.2.2 Bulimia Nerviosa	26
3.2.3 Trastornos de la conducta alimentaria no especificados	29
3.3 Etiología de los TCA	30
3.4 Evaluación	32
3.5 Tratamiento	34
3.5.1 Tratamiento Clínico	35
3.5.2 Intervención Psicoeducativa	35
3.6 Prevención de los TCA	36
PARTE II: ASPECTOS METODOLÓGICOS	39
1. Objetivos	39
2. Hipótesis	39
3. Participantes	40
4. Instrumentos	41
5. Procedimiento	42
6. Resultados	43
CONCLUSIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

1. Anexo 1. Encuesta de Insatisfacción Corporal y Forma Corporal

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Características demográficas de la muestra	40
TABLA 2. Número y porcentaje de alumnos en función del grado de preocupación e insatisfacción corporal	46

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Porcentajes de la imagen corporal percibida y deseada en hombres	44
FIGURA 2. Porcentajes de la imagen corporal percibida y deseada en mujeres	44
FIGURA 3. Comparación de los resultados BSQ en función del sexo	47

RESUMEN

Numerosos estudios señalan que una de las causas que conducen al desarrollo de los TCA es la distorsión y alteración de la imagen corporal. En el presente trabajo se analiza el nivel de insatisfacción corporal de un grupo de alumnos de la Universidad de Valladolid con el fin de comprobar si es necesario o no comenzar a desarrollar medidas preventivas en las universidades. Para ello se aplicaron la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner (1999) y el Body Shape Questionnaire. Los resultados demuestran que 66,66 % de los sujetos están insatisfechos con su imagen corporal y que casi la mitad de ellos tienden a distorsionar su imagen, lo que significa que sí es necesario implantar medidas preventivas.

Palabras clave: Imagen corporal, insatisfacción corporal, Trastornos de la Conducta Alimentaria, población universitaria, prevención.

ABSTRACT

Numerous studies show that one of the leading causes of developing eating disorders is the distortion and alteration of body image. Presently work analyses the level of body dissatisfaction in a group of students from the University of Valladolid with the aim of verifying the need to start developing preventive measures at universities. To do so, Gardner body image validation scale (1999) and the Body Shape Questionnaire have been used. The results shows that 66,66% of the test subjects are dissatisfied with their body image and almost half of all tends to misrepresent their image, meaning that it is necessary to implement preventive measures.

Key words: Body image, body dissatisfaction, eating disorders, university population, prevention.

JUSTIFICACIÓN

A lo largo del tiempo, se ha producido un notable aumento de la preocupación por el peso, la apariencia y la imagen corporal debido a que en nuestra cultura se da una gran importancia al aspecto físico. Se espera que la mujer sea alta, guapa, delgada y permanezca joven durante mucho tiempo, y que los hombres sean fuertes y musculosos, sobre todo en brazos, pecho y abdomen. Este ideal de belleza establecido y aceptado por la sociedad, unido a la idea de que la belleza y la delgadez son dos características que conllevan al éxito social y profesional de los individuos está muy presente en nuestra sociedad, lo cual está provocando que cada vez más gente, sobre todo los más jóvenes, sueñen con tener un cuerpo delgado y se sientan insatisfechos con su propio cuerpo o tenga una percepción distorsionada sobre su imagen corporal, que a su vez puede desencadenar en el desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).

Numerosos estudios coinciden en afirmar que los TCA se presentan en edades cada vez más tempranas y que los más afectados son los adolescentes por ser los que más insatisfechos están con su figura y los que mayor preocupación muestran por el peso. Sin embargo, la población universitaria también es un grupo bastante vulnerable, ya que al igual que los adolescentes, la mayoría de estos jóvenes conceden una gran importancia a su cuerpo y apariencia física. Además, de acuerdo con González, García y Martínez (2013), “la población universitaria es un grupo especialmente sensible desde el punto de vista nutricional, ya que el acceso a la universidad implica cambios importantes en el estilo de vida que pueden influir en su alimentación” (p. 46). Algunos alumnos tienen que abandonar el hogar familiar para salir a estudiar fuera, lo que significa que aumenta su independencia, y en ocasiones, también la posibilidad de que adquieran unos hábitos alimentarios poco favorables.

Los expertos en el tema consideran que la presencia de alteraciones en la percepción de la forma y el peso corporal es un factor de riesgo que puede provocar la aparición de un TCA, de ahí que uno de los objetivos de este estudio sea analizar la percepción que tienen los alumnos de la muestra sobre su imagen corporal, así como conocer las actitudes que muestran hacia su propio cuerpo con el fin de comprobar si es necesario o no comenzar a desarrollar medidas preventivas en las universidades, ya que hasta ahora los programas de

prevención que se han llevado a cabo se han implantado principalmente en los colegios e institutos.

El trabajo que se presenta a continuación se encuentra estructurado en dos bloques. Por un lado, un marco conceptual, que se considera imprescindible para comprender el porqué del estudio y las conclusiones a las que se llegan. A lo largo de este apartado se espera que el lector adquiera una visión global sobre la relación que existe entre la alteración de la imagen corporal y los problemas alimentarios. Y por otro lado, se presenta el marco experimental donde se desarrolla el proceso de recogida de datos, los instrumentos utilizados y los resultados que se han extraído a partir del análisis de los mismos.

Esta variedad de tareas que he tenido que llevar a cabo me han permitido adquirir competencias como el diagnóstico y evaluación de las necesidades de un determinado colectivo y el análisis y la propuesta de actuaciones concretas. Estas competencias mencionadas junto con aquellas que aún estoy en proceso de absorber, estoy segura que me serán de gran ayuda para comenzar mi vida laboral y convertirme en una buena profesional del campo de la Psicopedagogía.

PARTE I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. LA IMAGEN CORPORAL.

Actualmente, nos encontramos en una sociedad en la que la delgadez y la imagen corporal juegan un papel muy importante. Un ejemplo de ello lo encontramos en las ofertas de empleo, donde uno de los requisitos para poder acceder a muchos puestos de trabajo suele ser el tener una buena apariencia física. A la mayoría de las mujeres les gustaría ser más altas, guapas y delgadas, mientras que a la mayoría de los hombres tener un cuerpo más voluminoso, que es justo el mensaje que transmiten los medios de comunicación y el modelo ideal de belleza que se ha establecido socialmente. Conseguir este modelo corporal no es tarea fácil, lo que ha provocado que en los últimos años aumente la insatisfacción corporal y la preocupación por el peso entre los miembros de la sociedad, especialmente entre las mujeres, y que en ocasiones esta preocupación se acabe convirtiendo en una obsesión.

1.1 CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL.

El término de imagen corporal no es fácil de definir porque es un concepto muy amplio, que abarca varias dimensiones, ya que no solo engloba percepciones, pensamientos y sentimientos, sino también actitudes y comportamientos respecto al propio cuerpo y su apariencia.

Rodríguez (2013) afirma que la imagen corporal forma parte de nuestra identidad y está relacionada con el desarrollo de nuestra autoconsciencia, es decir, la idea que tenemos sobre nuestro propio cuerpo se construye a partir de lo que descubrimos cuando nos miramos en el espejo o cuando nos tocamos, así como de lo que los demás ven o dicen de nosotros. Este análisis de nosotros mismos, junto con la valoración de los demás condiciona en gran medida nuestra autoestima corporal y nuestro nivel de satisfacción e insatisfacción corporal. Por tanto, de acuerdo con Cash (1990 cit. por Argüello y Romero, 2012) la imagen corporal está determinada socialmente, en el sentido de que la imagen que tiene una persona sobre su propio cuerpo se ve influenciada por los ideales de belleza que en ese momento predominan en la sociedad, la importancia que ésta conceda al aspecto físico y por la idea que los demás tengan de ella, ya sea positiva o negativa.

Afortunadamente, la imagen corporal es variable y puede cambiar a lo largo del tiempo. Una chica adolescente no concede la misma importancia a su aspecto físico que una persona de sesenta años. Sus necesidades y su situación social son diferentes. Slade (1994 cit. por Meneses y Moncada 2008), comparte esta idea al afirmar que la imagen corporal “está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo” (p.14).

Varios estudios científicos coinciden en señalar que la imagen corporal es una representación mental construida a partir de la experiencia personal y el momento histórico-social en el que se vive (Rodríguez, 2013). Los ideales de belleza establecidos en y por la sociedad no son siempre los mismos, dependen de factores de índole sociocultural y económica. Hace años, cuando en la mayor parte del territorio nacional predominaba la escasez alimentaria, se valoraban los cuerpos fuertes y gruesos porque era sinónimo de estar sano, poseer un alto nivel económico y la posibilidad de poder vivir durante más tiempo. Sin embargo, actualmente se valora la delgadez en la mujer y la esbeltez y abundancia de musculatura en el hombre. Estos ideales de belleza afectan y condicionan el modo en que las personas consideran y conciben su imagen corporal, ya que en función de ello la valorarán de un modo u otro.

El concepto de imagen corporal es muy utilizado en las disciplinas de la rama de la medicina, principalmente en Psicología y Psiquiatría para explicar algunos aspectos de la personalidad como la autoestima o el autoconcepto, o para explicar el desarrollo de algunos trastornos como el de la conducta alimentaria o el trastorno dismórfico corporal (Baile, 2003). Sin embargo, es un concepto difícil de definir. A día de hoy no existe una definición concluyente sobre imagen corporal, incluso se emplean diferentes términos para hacer referencia a este concepto como esquema corporal, satisfacción corporal o apariencia corporal. Este último es uno de los más utilizados, sin embargo, es importante aclarar que, imagen corporal y apariencia corporal no son sinónimos, ya que una persona puede desarrollar una imagen corporal negativa y tener un aspecto físico agradable, y al contrario: una persona puede tener una imagen corporal positiva de sí misma y tener un aspecto físico que poco se acerca al estereotipo de belleza aceptado por la sociedad.

Entre las definiciones que existen de imagen corporal la más clásica es la que aporta Schilder (1989 cit. por Acosta 2000) que la define como “la representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente” (p. 11). En esta misma línea, otros

autores coinciden en afirmar que la imagen corporal es el esquema mental que cada individuo tiene de su propio cuerpo, desde la estatura, la figura o el peso hasta su musculatura, flacidez u otras características físicas que se pueden medir y cuantificar. En otras palabras, la imagen corporal es el modo en que nosotros mismos percibimos y sentimos nuestro cuerpo. Así lo define Rosen (1995), quien citado por Raich (2013), afirma que la imagen corporal es “la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. O sea, que se contemplan: aspectos perceptivos, aspectos subjetivos (como satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad) y aspectos conductuales” (p.24).

De manera similar Raich, Torras y Figuera (1996 cit. por Meneses y Moncada 2008) consideran que la imagen corporal es “un constructo que implica lo que uno piensa, siente y cómo se percibe y actúa en relación a su propio cuerpo” (p14).

Otra definición es la que propone Baile (2000 cit. por Torres, Cepero y Torres 2010), que interpreta la imagen corporal como “un constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción de cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo y así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas” (p.22).

Raich (2013), aporta de una de las definiciones más completas. Este autor entiende la imagen corporal como:

“un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos del cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y los límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y sentimientos que experimentamos” (p.25).

Teniendo en cuenta las aportaciones anteriores, se concluye que el concepto de imagen corporal hace referencia a la representación mental del cuerpo que cada persona construye en su mente, a partir de las influencias del entorno y las propias experiencias perceptivas, cognitivas y actitudinales sobre el cuerpo y la apariencia.

1.2 COMPONENTES DE LA IMAGEN CORPORAL

Thompson (1990 cit. por Raich, 2013) afirma que la imagen corporal está constituida por tres componentes: perceptual, cognitivo y conductual.

- El componente perceptual hace referencia a la precisión con la cual una persona percibe el tamaño y la forma de su cuerpo. La alteración de este componente da lugar a la sobreestimación o a la subestimación. La sobreestimación es la percepción del cuerpo en unas dimensiones superiores a las que se tiene, y la subestimación es la percepción del cuerpo en unas dimensiones inferiores a las reales (Acosta, 2000).
- El componente cognitivo-afectivo se refiere al conjunto de creencias, pensamientos y sentimientos que las personas manifiestan en relación al cuerpo y la apariencia física. Aquellas personas que se sienten insatisfechas con su cuerpo tienden a manifestar sentimientos y pensamientos negativos, como avergonzarse de su cuerpo, sentirse gordas e inútiles, pensar que por esta gordas nadie les va a querer, etc. En cambio aquellas que se sientan satisfechas van a experimentar sentimientos y pensamientos positivos. Se sentirán a gusto consigo mismas, se valorarán y se sentirán valoradas por los demás, no mostrarán una excesiva preocupación por el peso ni tampoco vivirán obsesionadas con su cuerpo y la apariencia física. En otras palabras, este componente está relacionado principalmente con el grado de satisfacción e insatisfacción corporal de las personas y con el conjunto de emociones y sentimientos unidos a esta evaluación del cuerpo (Rodríguez, 2013).
- El componente conductual hace referencia a las conductas que lleva a cabo una persona a partir de lo que piensa y siente en relación a su propio cuerpo, como por ejemplo vestir ropa ancha para no marcar la silueta, vestir de negro para estilizar la figura, evitar situaciones en las que se tenga que mostrar el cuerpo como ir a la playa o a la piscina, pesarse constantemente para comprobar si ha ganado peso o no, compararse continuamente con los demás, realizar mucho ejercicio físico para intentar perder peso, etc. (Raich, 2013).

1.3 FORMACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal es un constructo dinámico que se construye de forma evolutiva, lo que significa que la representación mental que cada individuo tiene sobre su propio cuerpo cambia a lo largo de las diferentes etapas de la vida, siendo la etapa de la adolescencia la más decisiva para su formación, por ser una época en la que los individuos sufren multitud de cambios físicos y cognitivos, y en la que los iguales ejercen una gran presión. En esta etapa, los jóvenes conceden una gran importancia a las críticas y comentarios que los demás hacen sobre el cuerpo y la apariencia, así como a los mensajes e imágenes que transmiten los medios de comunicación, variables que van a influir enormemente en la construcción de la imagen corporal.

Otros factores que también van a repercutir son la familia, la cultura y, por supuesto, las características y experiencias personales de cada uno. Esta idea es defendida por Rodríguez (2013), que sostiene que la imagen corporal se crea a partir de las experiencias vividas respecto al cuerpo y las influencias socioculturales.

Las características personales y las experiencias vividas respecto al cuerpo son imprescindibles en la formación de la imagen corporal. Según Donaire (2011 cit. por Sánchez y Rossano 2012) haber sufrido abusos sexuales en la infancia, haber fracasado en algún deporte, sufrir accidentes traumáticos o padecer enfermedades que implican una modificación en el aspecto físico (como por ejemplo perder el cabello tras recibir un tratamiento de quimioterapia) hace que las personas sean más vulnerables a las críticas, a los comentarios de los demás y a los mensajes que transmiten los medios de comunicación, así como que muestren una mayor autoconsciencia y preocupación por su aspecto físico. Del mismo modo, la baja autoestima, la inseguridad y la falta de aprobación y respeto hacia sí misma pueden hacer que una persona muestre una gran preocupación por la apariencia física, y centre todos sus esfuerzos en lograr un cuerpo perfecto para tratar de eliminar estos sentimientos.

Por otro lado, el papel que desempeña la familia y el grupo de iguales también es muy importante en la formación de la imagen corporal. Determinados comportamientos llevados a cabo por estos referentes (realización de dietas, preocupaciones y conversaciones sobre el peso, burlas en torno a la figura corporal, etc.) pueden provocar en la persona un gran malestar. La situación de ver a los padres cocinar comidas light, contar las calorías de los alimentos o acudir al gimnasio diariamente ejerce una gran presión sobre los hijos, y

fomenta que éstos realicen conductas disfuncionales relacionadas con la alimentación como la restricción de la ingesta alimentaria o recurrir al vómito y al uso de laxantes y diuréticos. Asimismo, estar rodeado de un grupo de amigos en el que se concede una gran importancia al aspecto físico y en el que constantemente se realizan comentarios negativos sobre el cuerpo hace que la persona sea más vulnerable y aumente su preocupación por la apariencia física.

Cuando una persona se siente aceptada, valorada o deseada por los demás es muy probable que desarrolle un autoconcepto y una autoestima positiva, así como una mayor confianza en sí misma y una valoración positiva sobre el cuerpo y la apariencia. Además, si a esto se le une que la diferencia entre el ideal corporal al que quiere aspirar y la imagen real no es exagerada, como tampoco la importancia que los de su alrededor conceden a la apariencia física, cuidará su cuerpo y se preocupará por su aspecto físico de una manera normal (Rodríguez, 2013). Si por el contrario, una persona se considera poco atractiva o se avergüenza de su propio cuerpo, y este sentimiento es reforzado por los demás mediante bromas, burlas o críticas el resultado es totalmente distinto. Es probable que con el tiempo aumente su inseguridad, disminuya su autoestima y sienta un mayor malestar corporal, lo cual la conducirá a crear una imagen corporal negativa o distorsionada.

En la construcción de esta posible imagen corporal negativa también se ven implicados los factores socioculturales. Vivimos en una sociedad en la que la apariencia física es muy valorada, sobre todo la del género femenino. “Todavía muchas mujeres siguen siendo valoradas por su aspecto físico antes que por su intelecto, ocasionando que su cuerpo sea percibido como instrumento de seducción y de objeto sexual” (Trujano, Nava, Gracia, Limón, Alatraste, y Merino, 2010, p. 280). Esta situación está provocado que cada vez más mujeres se sientan insatisfechas con su cuerpo y tengan una percepción distorsionada sobre su imagen corporal, al mismo tiempo que sean más susceptibles para desarrollar un Trastorno de la Imagen Corporal o un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Por tanto, el hecho de tener una buena o mala imagen corporal incide decisivamente en la vida de la persona y en su forma de sentir, de pensar, de interpretar la realidad, de actuar y de relacionarse con los demás (Raich, 2013).

1.4 ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Reiterados estudios confirman que existe una estrecha relación entre la alteración de la imagen corporal y los problemas alimentarios, y que esta relación es unidireccional, lo que significa que la alteración de la imagen corporal es la que promueve la aparición de estos problemas y no a la inversa. Sin embargo, antes de entrar a analizar esta premisa es necesario saber qué se entiende por alteración de la imagen corporal y a qué nos referimos exactamente cuándo utilizamos este término. Como muy bien señala Baile (2003), es necesario especificar qué aspectos de la imagen corporal están alterados y cuáles no, y emplear una terminología correcta, porque todavía hay autores que confunden el término de “insatisfacción corporal” con el de “alteración de la imagen corporal”, o los utilizan como sinónimos, cuando no es así. Este mismo autor afirma que el primer concepto engloba al segundo y a otros aspectos más.

Sepúlveda, Botella y León (2001) describen la alteración de la imagen corporal como “la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales” (p.7). Según esta definición, una persona con una imagen corporal distorsionada es aquella que percibe la amplitud de sus medidas de un modo exagerado. Por ejemplo, considera que sus caderas son más anchas o que sus piernas son más gruesas de lo que son en realidad.

Garner y Garfinkel (1981 cit. por Dúo, López, Pastor y Sepúlveda 2014, p. 40) afirman que

“La alteración de la imagen corporal puede expresarse en dos niveles:

- 1) Una alteración en la percepción, que se manifiesta en una incapacidad para estimar con exactitud el tamaño del cuerpo.
- 2) Una alteración cognitivo-afectiva hacia el cuerpo, que se manifiesta por la presencia de pensamientos y emociones negativas hacia la apariencia física”.

La relación que existe entre estas variables no está del todo clara. Algunos autores defienden que las personas insatisfechas con su cuerpo distorsionan su imagen corporal, mientras que otros afirman que esto no ocurre siempre. Las que tienen alterada su imagen tienden a sobreestimar el tamaño de su cuerpo o alguna de sus partes. El ejemplo más claro es de las personas que sufren anorexia nerviosa, que aun estando demasiado delgadas se consideran gordas y observan su cuerpo con vergüenza. Normalmente este juicio es muy difícil de entender por los demás.

Esta es la razón por la que, en la década de los años 60 del siglo pasado, Bruch (1962 cit. por Baile, 2003) pone de manifiesto que la alteración de la imagen corporal era uno de los síntomas principales que caracterizaban a la anorexia nerviosa, unido a un sentimiento generalizado de ineficacia personal y a la incapacidad para reconocer los estímulos propios del cuerpo. A partir de este momento, la alteración de la imagen comenzó a reconocerse como un criterio diagnóstico en los TCA.

Actualmente, el problema de la distorsión perceptual y la insatisfacción corporal se ha generalizado, afectando ya no sólo al sexo femenino sino también al masculino. Hoy por hoy es difícil encontrar a gente que nunca haya seguido una dieta, haya ido al gimnasio o haya cuidado su alimentación para conseguir perder algo de peso. Los estudios señalan que la mayoría de las personas no realizan estas conductas por motivos de salud sino por estética, ya que en mayor o menor medida todos intentamos acercarnos de algún modo al estándar de belleza que impera en nuestra sociedad. Para ayudarnos a conseguirlo, se ha creado un enorme negocio alrededor del cuerpo y sus cuidados. Cada vez es más habitual encontrar anuncios que intentan vender cremas, aparatos de ejercicios, dietas milagrosas, tratamientos de belleza y operaciones estéticas, que están provocando que aumente aún más el número de personas insatisfechas con su talla. Esta presión social es mucho mayor en mujeres que en hombres, porque la belleza femenina está más valorada que la masculina. Salazar (2008) afirma que muchas mujeres tienen la necesidad de ser físicamente más atractivas para sentirse mejor consigo mismas y que están más preocupadas por su aspecto físico y su imagen corporal que los hombres.

Como se puede observar, nos encontramos ante un problema que no es fácil de resolver. La cultura actual y los medios de comunicación favorecen que la población, especialmente las mujeres, se sientan insatisfechas con su cuerpo, lo que puede conducir al desarrollo de una imagen corporal distorsionada, y en algunos casos, al desarrollo de un trastorno de la imagen corporal o un trastorno de la conducta alimentaria. Afortunadamente, cabe decir que esta insatisfacción y preocupación se vuelve patológica en un porcentaje muy reducido.

A continuación, en los siguientes apartados se describen detenidamente estas patologías, donde el aspecto corporal va a jugar un papel muy importante y su alteración va a dar lugar a la aparición de un intenso malestar en la persona.

2. TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL

Todos alguna vez hemos estado disconformes con nuestra apariencia física, ya sea por la presencia de algún cambio físico, como la pérdida del cabello o la aparición del acné, o porque nos hemos comparado con gente a la que consideramos mucho más atractiva que nosotros. El problema surge cuando este sentimiento de insatisfacción nos causa un gran malestar y un deterioro significativo en el funcionamiento de nuestra vida diaria. Cuando esto ocurre nos encontramos ante lo que se conoce como el Trastorno de la Imagen Corporal o Trastorno Dismórfico Corporal, donde el aspecto físico se ve gravemente alterado.

Las personas con este trastorno se avergüenzan exageradamente de alguna parte de su aspecto físico, que puede ser desde algo muy concreto y visible como el tamaño de la nariz o de las orejas, hasta algo muy específico, difícil de observar para otras personas, como la presencia de un minúsculo lunar en el cuello. Estos pequeños defectos causan un intenso malestar y desagrado a la persona, que es donde radica la verdadera esencia de este trastorno (Rodríguez, 2013). Es decir, el Trastorno de la Imagen Corporal no se explica únicamente por la alteración o percepción distorsionada que se tiene de la imagen corporal, sino por el enorme malestar que ésta causa.

2.1 TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) es un trastorno de la imagen corporal que se caracteriza por una excesiva preocupación por algún defecto imaginario o difícil de observar en el aspecto físico, lo que provoca en la persona un gran malestar y un deterioro significativo a nivel físico, psíquico y social.

El término de dismorfofobia fue introducido por primera vez en 1886, por el psiquiatra italiano Morselli, que lo definió como “miedo a la propia forma”. Sin embargo, este término ya había sido insertado antes por el historiador griego Heródoto para referirse a la niña más fea de Esparta, a la que llevaban diariamente a un templo para ser liberada de su fealdad; o Tersites, el hombre más feo de Troya (Calado y Lameira, 2013; Rodríguez, 2013).

En 1903, el psicólogo Pierre Janet incluye la dismorfofobia dentro de los trastornos obsesivos y fóbicos, ya que consideraba que ésta se caracterizaba por la presencia de ideas

obsesivas y fóbicas sobre el propio cuerpo. Este autor hablaba de la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo y el miedo a ser visto como feo o ridículo (Rodríguez, 2013).

En 1987 se deja de utilizar este término y se introduce el de Trastorno Dismórfico Corporal, reconocido y registrado oficialmente en el DSM-III-R (1987) por la Asociación Americana de Psiquiatría donde aparecía como un ejemplo de trastorno somatoforme atípico en el que no se incluía ningún criterio diagnóstico. Se comienza a considerar como criterio diagnóstico en el DSM-IV y DSM-IV-TR (Calado y Lameira, 2013).

Actualmente, en el DSM-V (APA, 2014) aparece dentro de los trastornos obsesivos-compulsivos.

Cuadro 1: Criterios DSM-V para el diagnóstico del Trastorno Dismórfico Corporal

Criterios Diagnósticos para el Trastorno Dismórfico Corporal
<p>A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.</p>
<p>B. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, asearse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.</p>
<p>C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>D. La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario.</p>

Junto a estos criterios diagnósticos, el DSM-V (APA, 2014) señala la necesidad de indicar el grado de introspección sobre las creencias del trastorno dismórfico corporal:

Con introspección buena o agradable: el sujeto reconoce que las creencias del trastorno dismórfico corporal son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

Con poca introspección: el sujeto piensa que las creencias del trastorno dismórfico corporal son probablemente ciertas.

Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: el sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno dismórfico corporal son ciertas.

En principio, las preocupaciones que atormentan a estas personas pueden ser sobre cualquier parte de su aspecto físico. Las quejas que principalmente aportan las personas con este trastorno son la piel, el pelo y la nariz. Seguido de la presencia de arrugas, manchas, granos y cicatrices (Calado y Lameira, 2013; Raich, 2013), aunque cabe señalar que existen algunas diferencias en función del sexo. Mientras las mujeres muestran una gran preocupación por el peso y la juventud (desean perder peso y permanecer jóvenes durante mucho tiempo), los hombres se preocupan más por la musculatura, (desean ser más musculosos de lo que son en realidad), llegando incluso a veces a desarrollar lo que se conoce como Dismorfia Muscular, donde el centro de las preocupaciones corporales es la musculatura.

Al margen de estas diferencias de género, es necesario señalar que, según las investigaciones, todas las personas con TDC presentan síntomas a nivel perceptivo, cognitivo, emocional y conductual.

A nivel perceptivo, estas personas suelen exagerar o distorsionar la forma y el tamaño de su cuerpo, pero “no se trata de una alteración visual, ya que sí son capaces de percibir con exactitud los cuerpos y siluetas de las personas que los rodean, únicamente distorsionan o exageran su propio cuerpo” (Argüello y Romero, 2012, p.484). Un ejemplo claro y muy común hoy en día es el de las chicas jóvenes que teniendo un peso normal o incluso bajo se ven gordas y están obsesionadas por adelgazar.

A nivel cognitivo, existe una preocupación exagerada por la opinión de los demás respecto a la apariencia física, llegando incluso a evitar situaciones sociales en las que se creen que serán rechazadas y criticadas por su apariencia (Argüello y Romero, 2012). Estas personas

se sienten muy incómodas consigo mismas y viven angustiadas por su aspecto físico, por ello continuamente rondan creencias irracionales en su cabeza y pensamientos negativos sobre el cuerpo. No pueden evitar el hecho de compararse con otras personas y necesitan constantemente que sus amigos, familiares o especialistas les hagan comentarios positivos sobre su cuerpo aunque en muchas ocasiones, esto no sirve de nada. Es más, aunque se les diga y se les repita que son personas atractivas y que no tienen nada de qué avergonzarse, no aceptan estas expresiones. Creen que se lo dicen para consolarlas, para que no sufran o simplemente porque no saben qué decir (Raich, 2013).

A nivel emocional, las personas con este trastorno sufren un enorme malestar causado por la observación del propio cuerpo y los pensamientos negativos sobre éste. La alteración perceptiva y cognitiva que tienen sobre su cuerpo les provoca sentimientos de insatisfacción, tristeza, vergüenza, culpa, frustración, ansiedad, etc. que pueden desencadenarse con sólo mirarse a un espejo o pensar en el defecto (Argüello y Romero, 2012). Ahora bien, entre estos sentimientos, es necesario diferenciar aquellos que podrían aparecer en cualquier persona que sienta cierta insatisfacción corporal, y en cierto modo, podrían considerarse normales como la preocupación o la tristeza, de aquellos que están muy cerca de rozar lo patológico como son la ansiedad, la depresión, la ira o la culpa, causados por la propia persona al creer rotundamente en sus ideas irracionales sobre el cuerpo.

La duración del sentimiento puede variar mucho de una persona a otra. Hay personas en las que puede durar horas y minutos, y otras en las que puede llegar a durar hasta días. Lo mismo ocurre con el impacto que causan estos sentimientos. Las situaciones en las que predominan constantemente los sentimientos de tristeza, desesperación, agitación, frustración, ira o culpa pueden provocar que algunas personas caigan en una enorme depresión. En cambio, aquellas en las que predomine la vergüenza pueden causar la aparición de dificultades de competencia social. Una persona avergonzada de su cuerpo tiende a alejarse del mundo social por miedo al qué dirán los demás. Estas personas suelen despreciar enormemente su apariencia. Creen que su defecto les hace débiles y que nunca nadie se fijará en ellas. Están convencidas de que los demás sólo se fijan en su defecto y que sus comentarios tienen un doble transformo, lo que hace que su interpretación de los hechos siempre esté ligada a la crítica. En otras ocasiones, el sentimiento de malestar y preocupación es tan grave que acaba convirtiéndose en un ataque de ansiedad. En estas

situaciones, el sentimiento de pánico se apodera de la persona llegando a causarle la presencia de sudores, temblores, taquicardias, dificultades para respirar, etc. (Raich, 2013).

A nivel conductual, estas personas tienden a organizar su vida en torno a su preocupación corporal (Raich, 2013). Normalmente, desarrollan conductas de evitación para poder disimular sus defectos como por ejemplo maquillarse demasiado, sentarse cruzando piernas y brazos o ponerse ropa con la que poder ocultar las zonas que más les preocupa, que según los estudios, en las mujeres suelen ser muslos, nalgas, caderas y abdomen; y en los hombres pecho y abdomen (Salazar, 2008).

Además de estas conductas de evitación, algunas personas también realizan conductas compulsivas o rituales como por ejemplo pesarse nada más terminar de comer, hacer demasiado ejercicio físico o pasar horas y horas delante de un espejo mirando su defecto o tratando de arreglar su aspecto para sentirse mejor.

Suelen utilizar multitud de cosméticos y someterse a múltiples operaciones quirúrgicas, así como compararse constantemente con los demás y evitar situaciones en las que se vean rodeadas de otras personas por temor a que se fijen en su defecto o ser atacadas por su apariencia. En estas situaciones aumenta aún más su preocupación por el aspecto físico y se sienten más débiles de lo normal, por ello cuando deciden acudir a una situación social, tienden a mantener la mirada baja y a pasar desapercibidas, contestando brevemente a las personas con las que se deciden a hablar o dirigiendo la conversación hacia el tema que tanto les interesa: el aspecto físico. Otras veces, cuando las personas de su alrededor son de más confianza, tienden a preguntarles muy a menudo sobre su aspecto físico. Hacen preguntas como: «¿Qué tal me ves?», «¿Seguro que no se me notan los granos?» con la esperanza de que les digan lo que ellas quieren escuchar y quedarse más tranquilas, aunque a veces esta estrategia no les funciona, y no consiguen reducir su malestar (Raich, 2013).

Por otro lado, además de su vida social, también puede verse afectada su vida sexual. Las personas con TDC viven avergonzadas de su cuerpo y tienen miedo a enseñar su cuerpo desnudo a otras personas, aunque ésta sea su propia pareja. Las atormenta la idea de tener que mostrar aquellas partes que consideran más desagradables. Estas situaciones les causan un gran malestar, lo que hace que difícilmente pueden disfrutar de sus relaciones sexuales.

3. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En los últimos tiempos la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria se ha incrementado notablemente, afectando a toda la población, independientemente de la edad, el sexo y la situación socioeconómica o cultural, aunque teniendo una mayor incidencia entre las adolescentes y jóvenes del género femenino.

Una de las razones de que se haya producido este aumento es la influencia de los medios de comunicación y la presión social por la delgadez. Hoy en día nos encontramos inmersos en lo que se conoce como cultura de la delgadez, donde los cuerpos delgados se encuentran sobrevalorados y se rechaza la obsesidad y el sobrepeso. Esta situación ha provocado que multitud de jóvenes y adolescentes lleven a cabo dietas alimentarias y se acaben obsesionando con la comida y el peso, que en muchos casos suele desencadenar en el desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).

Los TCA son trastornos psicológicos que se caracterizan por una alteración persistente en el comportamiento de la ingesta de los alimentos, que afectan a la salud física y al funcionamiento psicosocial del individuo (APA, 2014). Por tanto, su aparición supone un grave problema, porque no sólo repercuten enormemente sobre la persona afectada sino también sobre su entorno social y familiar.

Según el DSM V (APA, 2014) existe una prevalencia del 0,4% para la Anorexia Nerviosa; del 1- 1,5 % para la Bulimia Nerviosa y un porcentaje aún mayor para los TCA no especificados. Sin embargo, es difícil hacer una aproximación en cifras sobre su incidencia y prevalencia hoy en día en nuestro país, debido a que existen muchos casos que aún son desconocidos. La mayoría de las personas que sufren estos trastornos se niegan a aceptar que están enfermas y que necesitan ayuda, de modo que tienden a rechazar cualquier tipo de tratamiento. A veces esto también puede ocurrir en la familia. Los padres se niegan a aceptar que sus hijos están enfermos y recurren a especialistas demasiado tarde, lo que empeora aún más la situación, ya que está demostrado que un diagnóstico y detección precoz mejora el pronóstico de la enfermedad y previene su cronificación (Dúo, López, Pastor y Sepúlveda, 2014).

Los TCA son de origen multifactorial, lo que significa que su aparición se debe a la intervención de diferentes factores, entre los que cabe destacar factores personales, familiares y socioculturales, que más adelante serán explicados con mayor detenimiento.

3.1 ANTECEDENTES

Los TCA no son un problema nuevo, sino que han estado presentes a lo largo de la historia. Ya en el siglo II d.C., dos médicos griegos, Sorano y Galeno, describieron por primera vez la amenorrea y la anorexia en la mujer. Años más tarde, en la época de los romanos, las casas contaban con un espacio en el que era costumbre vomitar después de un gran banquete para aliviar la pesadez del estómago y poder continuar comiendo (López y Sallés, 2005). Aunque esta práctica no estaba ligada al control de la alimentación ni al deseo de conseguir un cuerpo delgado, sí se trataba de una conducta anómala relacionada con la ingesta de alimentos. Algo similar ocurría en la Edad Media, donde un alto porcentaje de personas se sometían al ayuno durante ciertos períodos de tiempo por motivos religiosos.

No obstante, hasta el siglo XVI no se publican los primeros escritos en términos clínicos. En esta época aparecen datos sobre personas que presentaban conductas restrictivas de alimentación sin tener ningún motivo, sólo el deseo de acercarse a los valores e ideales que predominaban en su cultura en este momento. Estas conductas eran llevadas a cabo principalmente por mujeres, lo que significa que desde sus inicios este problema se ha manifestado con mayor incidencia en el sexo femenino.

López y Sallés (2005) afirman que en 1689 un médico inglés llamado Richard Morton publicó un libro donde describió la anorexia nerviosa con gran exactitud. “Pero no fue hasta el siglo XIX, cuando William Gull en Inglaterra y Lassége en Francia delimitaron el cuadro clínico” (p.54). En 1874, Gull introduce por primera vez el término de anorexia nerviosa y expone unos casos clínicos en los que destacó el carácter psicológico de este trastorno.

En cuanto a la bulimia nerviosa, hay que esperar hasta finales del siglo XX para escuchar este concepto, que fue utilizado por primera vez por Russell en 1979, y reconocido por el DSM- III como categoría diagnóstica, aunque dentro de los trastornos de inicio de la infancia y adolescencia.

Durante este siglo se celebraron multitud de reuniones y conferencias para estudiar el estallido de estos trastornos y sus consecuencias, sin embargo, no fue hasta 1994 cuando en la cuarta edición del DSM se eliminan de la categoría de inicio en la infancia y se recogen los criterios diagnósticos, que veinte años más tarde y con las actualizaciones pertinentes, son los utilizados por los profesionales para diagnosticar los TCA.

3.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Actualmente, bajo la categoría de “Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos” recogida en el DSM-V (2014), se incluye la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado. La obesidad no aparece recogida en este grupo porque no se considera un trastorno mental.

A continuación, se define la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el TCA no especificado por ser las manifestaciones clínicas más comunes entre los jóvenes.

3.2.1 Anorexia Nerviosa

El término anorexia significa literalmente “falta de apetito”, sin embargo la enfermedad que se conoce con este nombre no se refiere concretamente a esto, sino a la restricción de la ingesta de alimentos por voluntad propia para conseguir no ganar peso.

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por una pérdida significativa de peso debido al fuerte deseo de adelgazar. Las personas que sufren este trastorno manifiestan un temor intenso a engordar, por ello continuamente están controlando su peso y su alimentación. La mayoría comienzan haciendo dieta, eliminando los alimentos con alto contenido calórico por aquellos que consideran idóneos para no engordar, como frutas o verduras, y así comienza la pérdida de peso, lo que les provoca un gran bienestar y el deseo irrefrenable de seguir adelgazando. La dieta cada vez se vuelve más estricta, hasta llegar incluso a negarse a comer.

Las personas que sufren este problema tienen muy distorsionada su imagen corporal y no son conscientes del progreso de su delgadez. Poseen un cuerpo extremadamente delgado y aun así lo perciben en unas dimensiones desmesuradas, lo que hace que tengan la necesidad de seguir perdiendo peso, incluso estando ya por debajo del peso normal. Esto las obliga a mantener la restricción alimentaria y/o a llevar a cabo comportamientos inadecuados y perjudiciales para su salud como son la autoprovocación del vómito, el uso inadecuado de laxantes, el ejercicio físico excesivo, el uso de anfetaminas y el consumo de diuréticos y anorexígenos (Toro, 2003).

Según el CIE-10 (2009), si la anorexia se produce antes del inicio de la pubertad, puede ocurrir que se detenga el crecimiento, lo que significa que en las chicas puede que no se desarrollen los pechos y en los chicos perduren los genitales infantiles. No obstante, si se produce una recuperación, la pubertad puede llegar a complementarse, pero la menarquia será tardía. Pasado este período, es frecuente la aparición de amenorrea en las mujeres, y la pérdida de interés y potencia sexual en los hombres. A esta sintomatología hay que añadir la ansiedad, la depresión y la aparición de síntomas obsesivos compulsivos. Es habitual que estas personas se sientan tristes, depresivas, irritables y con ganas de morir, así como que muestren una preocupación obsesiva por la alimentación. Llega un momento en que sus pensamientos y actitudes en relación al cuerpo, el peso y la alimentación se vuelven absurdos e irracionales. Aparecen rituales alimentarios y diversas estrategias para tratar de no comer. Comienzan a comer más lento, juegan a trocear, esconder y tirar la comida, y habitualmente, la mayoría se dedica a calcular las calorías de los alimentos. Cuando comen o se ven obligadas a ello no pueden evitar sentirse culpables, sin embargo, están convencidas de que no les ocurre nada y que no tienen ningún problema con la comida (López y Sallés, 2005).

Normalmente, la relación con su familia y sus amigos se ve deteriorada. No soportan que la gente de su alrededor les obligue a comer y les estén constantemente diciendo lo delgadas o delgados que están, por ello tienden a alejarse. Además, a medida que incrementan la restricción de su ingesta cada vez se les hace más complicado esconder su enfermedad. Se niegan a aceptar que tienen un problema y que necesitan la ayuda de un especialista. Estas personas suelen tener una autoestima muy baja, que hace que nunca se vean bien y cada vez estén más enfadadas y agitadas. Su deseo por alcanzar la perfección y la máxima delgadez hace que se vuelvan muy exigentes consigo mismas y no sean conscientes del peligro que supone tener un peso corporal tan bajo.

En el siguiente cuadro se muestran los criterios diagnósticos que actualmente se utilizan para diagnosticar la enfermedad.

Cuadro 3: Criterios DSM-V para el diagnóstico de Anorexia Nerviosa

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Especificar si:

Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debido sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

Leve: $IMC \geq 17 \text{ Kg/m}^2$

Moderado: $IMC 16-16,99 \text{ Kg/m}^2$

Grave: $IMC 15-15,99 \text{ Kg/m}^2$

Extremo: $IMC < 15 \text{ Kg/m}^2$

La anorexia nerviosa suele iniciarse en chicas entre 12 y 24 años, que habitualmente no presentan patologías previas ni problemas de obsesidad, aunque sí es frecuente que muestren desagrado por alguna parte de su cuerpo y rechacen “la comida que engorda” como los hidratos de carbono y las grasas (Sánchez-Planell y Prats, 2006). Para continuar con esta conducta restrictiva sin levantar sospechas en su entorno, suelen fingir molestias en el estómago o que no tienen apetito. En esta fase del trastorno, la sensación de hambre suele estar controlada, aunque algunas personas tienen que recurrir a ciertas estrategias para poder controlarlo como por ejemplo beber mucha agua.

A medida que avanza la enfermedad, van apareciendo más síntomas: aumentan las conductas restrictivas y las compensatorias (provocación del vómito, uso de laxantes, diuréticos o enemas, ayuno, ejercicio físico excesivo), la sensación de culpabilidad e irritabilidad, el interés por la cocina y la alimentación de los demás y, sobre todo, el deseo de continuar adelgazando. Llegados a este punto, el control por la alimentación y el peso se convierten en su mayor preocupación. Viven obsesionadas con la comida y no pueden parar de pensar en esto durante todo el día.

El curso y el desenlace de la enfermedad pueden variar mucho de unas personas a otras. Es frecuente que con el paso de los años, las personas con anorexia nerviosa tipo restrictivo empiecen a recurrir a atracones y purgas, lo que implica un cambio en el diagnóstico por el de anorexia nerviosa tipo con atracones/purgas o por el de bulimia nerviosa. También puede ocurrir que algunas personas se recuperen totalmente después de un único episodio, otras que empiecen a ganar peso pero al poco tiempo vuelvan a recaer, otras que sufran un deterioro crónico a lo largo del tiempo y, en los casos más graves, se llegue incluso hablar de muerte. (Sánchez-Planell y Prats, 2006). Sin embargo, según estos autores, “el curso evolutivo a corto plazo de los casos sometidos a tratamiento en régimen de internamiento suele ser favorable en más de un 80% de los pacientes” (p.303).

Se han señalado como síntomas de buen pronóstico: el reconocimiento de la enfermedad, la precocidad en la edad de inicio (es mejor si se inicia en la adolescencia que en la edad adulta), una buena relación con la familia y una rápida fijación del tratamiento. Y como síntomas de mal pronóstico: una larga duración de la enfermedad, la comorbilidad con otros trastornos, reiterados ingresos hospitalarios, conseguir alcanzar el peso mínimo, y una relación deteriorada con la familia (López y Sallés, 2005; De los Ríos y Hernangómez, 2012).

3.2.2 Bulimia Nerviosa

La bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por la presencia de repetidos episodios en los que se produce una enorme ingesta de comida, acompañados de métodos compensatorios inadecuados para evitar ganar peso. El más común es la autoprovocación del vómito.

Las personas que sufren esta enfermedad muestran una gran preocupación por su cuerpo, de modo que deciden ponerse a dieta para conseguir perder peso, prohibiéndose determinados alimentos, reduciendo la cantidad de ellos o eliminando algunas comidas principales. Esta situación les provoca una gran sensación de hambre. No pueden parar de pensar en la comida y cada vez crecen más sus deseos de querer comer, lo que termina desencadenando el desarrollo de episodios de atracones, durante los cuales ingieren grandes cantidades de comida en períodos muy cortos de tiempo. Normalmente, en estos episodios comen muy rápido, con una gran ansiedad, mezclando alimentos que normalmente evitan porque consideran que engordan (chocolate, helados, pan...). Tras la ingesta se sienten culpables y muy angustiadas ante la posibilidad de poder engordar, de modo que intentan compensarlo a través de conductas inadecuadas como el vómito, el uso de laxantes o diuréticos, el ayuno, el ejercicio físico en exceso, etc. y así continuamente, entrando en una espiral sin salida cada vez más grave (Dúo, López, Pastor y Sepúlveda, 2014).

Las personas que sufren este problema, al igual que las anoréxicas, tienen distorsionada su imagen corporal. A pesar de tener un peso normal se ven y se sienten gordas, por ello viven obsesionadas con el peso, obsesión que poco a poco se va haciendo con el control de su vida sin que se den cuenta. Suelen creer que lo tienen todo bajo control y que pueden dejar de provocarse el vómito cuando quieran pero no es así.

Los atracones y las conductas compensatorias suelen realizarse a escondidas por vergüenza y por miedo a ser descubiertas por las personas de su alrededor. Temen lo que puede pasar si reconocen que vomitan o que no pueden controlarse con la comida. Piensan que sus padres no les dejarán salir de casa y que les vigilarán constantemente, por ello es muy habitual que mientan. Suelen inventarse que han quedado con alguien para comer con el objetivo de no comer, fingir que les duele el estómago o que no tienen hambre.

A continuación, se muestran los criterios diagnósticos que recoge el DSM-V para diagnosticar la enfermedad.

Cuadro 5: Criterios DSM-V para el diagnóstico de Bulimia Nerviosa

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 - 1. Ingestión, en un período determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
 - 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p.ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

A nivel de salud los estudios señalan que las personas con bulimia nerviosa a veces sufren fuertes dolores de estómago debido a la gran cantidad de comida que ingieren durante los atracones. Si los vómitos son muy frecuentes, puede que aparezcan úlceras en la boca y heridas en la garganta, así como que las glándulas salivales se vean inflamadas y el esmalte dental erosionado, dando lugar a caries. También es habitual la presencia de callos en la mano, conocido como “signo de Russell”, producido por el continuo roce con los dientes en la provocación del vómito, edemas en brazos y piernas y la aparición de problemas de estreñimiento, causados por el abuso de laxantes y la alimentación inadecuada. A largo plazo, también es frecuente que las mujeres sufran irregularidades menstruales o amenorrea y que surjan algunas complicaciones físicas como infecciones de orina, arritmias cardíacas o crisis epilépticas (Sánchez-Planell y Prats, 2006; De los Ríos y Hernangómez, 2012; Dúo, López, Pastor y Sepúlveda, 2014).

Por otro lado, su vida social y familiar también suele verse alterada. Es habitual que las personas con bulimia nerviosa eviten enfrentarse a situaciones sociales como acudir a comidas familiares, cumpleaños, bodas, etc. Tampoco es extraño que se marchen de una fiesta porque no se encuentran a gusto con la ropa que eligieron o que se nieguen a ir a la piscina y mostrar su cuerpo, de modo que al igual que ocurre en la anorexia nerviosa, estas personas tienden a alejarse socialmente. Asimismo, sus relaciones de pareja también suelen verse afectadas. Su excesiva preocupación por el cuerpo las impide consentir que las otras personas vean sus cuerpos desnudos, lo que influye enormemente en la calidad de sus relaciones sexuales.

Normalmente, estas personas suelen manifestar sentimientos depresivos y cambios de humor muy repentinos, causados por los grandes sacrificios que hacen por no comer. Los enfados y discusiones con la familia son habituales. Suelen mostrarse agresivas con el miembro de la familia que ejerce de cuidador cuando notan que éste las vigila o intenta impedir que se atraquen de comida. A veces ocurre lo contrario, culpan a la familia de sus atracones por haberlas dejado solas en casa o por comprar y no haber escondido los alimentos que engordan (Dúo, López, Pastor y Sepúlveda, 2014). Esto explica el hecho de que muchas veces los padres se sientan culpables de la enfermedad y se reprochen el no haberse dado cuenta antes de lo que ocurría.

En el ámbito académico y laboral también pueden observarse ciertas alteraciones. Su inestabilidad emocional afecta a su nivel de motivación y de concentración, así como a la atención y la memoria, lo que implica una disminución en su rendimiento. Es probable que

parezca que están ausentes en el trabajo, que suspendan asignaturas o incluso que repitan de curso. O a veces que ocurra justo lo contrario. Se proponen alcanzar la perfección en todos los campos de su vida para compensar su inseguridad.

Por último mencionar que, al igual que ocurre en la anorexia nerviosa, las personas con bulimia no son conscientes de su enfermedad, por lo que van a rechazar cualquier tipo de ayuda o tratamiento. Cuando lo reconocen, la enfermedad suele estar muy avanzada porque nos encontramos ante un problema que pasa fácilmente por desapercibido. Hay personas que esconden la enfermedad durante años sin levantar sospecha.

3.2.3 TCA no especificado

El trastorno de la conducta alimentaria no especificado es un trastorno que se caracteriza por la presencia de síntomas similares a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa pero sin llegar a configurar un cuadro clínico completo (APA, 2014). Es decir, hablamos de un TCA no especificado cuando una persona come pequeñas cantidades de comida, tiene distorsionada su imagen corporal y realiza ejercicio físico en exceso por miedo a engordar, pero su peso se encuentra dentro de los límites que se consideran normales. Otro ejemplo podría ser el de una persona que presenta atracones y conductas compensatorias inadecuadas pero de manera irregular, es decir, la frecuencia de estas conductas aparecen menos de una vez a la semana durante tres meses. Otro caso puede ser el de una persona que vive obsesionada con su cuerpo y el peso y lleva a cabo conductas anómalas como sentarse a comer pero no llegar a tragar la comida, pesarse constantemente para comprobar que no ha cogido peso, llevar un control estricto sobre las calorías que consume, provocarse el vómito tras ingerir ridículas cantidades de comida, etc.

Según los estudios, este trastorno es el más frecuente en la actualidad y, al igual que ocurre en los casos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, su presencia provoca un gran malestar sobre el individuo, repercutiendo enormemente en su vida social, laboral u otras áreas importantes de su funcionamiento.

3.3 ETIOLOGÍA DE LOS TCA

Actualmente se desconoce la causa exacta que provoca la aparición de estos trastornos. Según los estudios, el origen es de carácter multifactorial, lo que significa que su aparición se debe a la intervención e interacción de diferentes factores:

Factores personales

Muchos autores están de acuerdo en que pertenecer al sexo femenino, tener entre 12 y 24 años y poseer ciertos rasgos de personalidad como el perfeccionismo o la impulsividad son algunos de los factores que provocan el desarrollo de los TCA. La anorexia y la bulimia nerviosas suelen empezar a manifestarse en la etapa de la adolescencia debido a que el cuerpo comienza a sufrir algunos cambios y a jugar un papel muy importante entre el grupo de iguales, sobre todo entre las chicas. Éstas no pueden evitar fijarse en los modelos estéticos que dominan en la sociedad y tenerlos como referentes. Además, el hecho de haber sufrido algún fracaso personal o amoroso, recibir burlas o críticas en el colegio sobre el cuerpo o estar convencidas de que si adelgazan serán más atractivas y más queridas por los demás son situaciones que pueden provocar el deseo de querer adelgazar. El perfeccionismo es un rasgo muy común entre las personas que sufren anorexia nerviosa. Para ellas la perfección está en alcanzar la máxima delgadez y la aprobación y aceptación social. Se proponen ser las mejores en todos los ámbitos. Para conseguirlo se vuelven muy exigentes consigo mismas, de modo que el nivel de autoexigencia también es un factor a tener en cuenta, así como la autoestima que juega un papel muy importante en la aparición de estas enfermedades. Normalmente las personas con TCA tienen la autoestima bastante baja. Suelen ser personas que tienen distorsionada su imagen corporal, consideran que su aspecto no es atractivo y que los demás son mejores que ellas. Esta situación les provoca una gran frustración y malestar, haciéndolas cada vez más vulnerables y propensas a desarrollar alguna de estas enfermedades (López y Sallés, 2005; Sánchez-Planell y Prats, 2006).

Factores familiares

El modelo familiar y la actitud de la familia hacia la comida también son aspectos relevantes. La separación de los padres, la muerte de un familiar cercano, un ambiente familiar desestructurado, antecedentes familiares con trastornos de la conducta alimentaria, críticas familiares sobre el cuerpo, obesidad de los padres y la sobreprotección de los hijos

son algunos factores que repercuten en el desarrollo de estos trastornos. La sobreprotección por parte de los padres causa en los hijos graves problemas de autonomía personal. Hace que sus hijos no sean capaces de tomar sus propias decisiones, apenas tengan iniciativa y muestren problemas de interacción social, así como tengan dificultades para enfrentarse a los problemas la vida diaria. Al otro extremo, nos podemos encontrar con padres demasiado permisivos, que conceden demasiada libertad a sus hijos y apenas se preocupan de su educación. Esta situación puede originar que los hijos traten de llamar la atención y se propongan dejar de comer.

En cierto modo la familia determina la forma en que los hijos se relacionan con la comida. Éstos tienden a imitar todas aquellas conductas que observan en casa, de manera que si perciben que sus padres dan una gran importancia a la imagen corporal y viven preocupados por no engordar, ellos también lo harán. Este clima familiar suele crear en los hijos grandes dificultades para aceptar su propio cuerpo, ya que se ven rodeados de comentarios críticos sobre su aspecto y muy presionados por conseguir o mantener un cuerpo delgado. (López y Sallés, 2005).

Esta situación puede aparecer justo al contrario. Cuando uno de los progenitores sufre o ha sufrido obesidad o sobrepeso puede que trate de alejar a su hijo de algunos alimentos, y desde muy pequeño le pongan a dieta para evitar que sufra las consecuencias de la enfermedad, causando que éste comience a tener una mala relación con la comida. O también puede ocurrir que los hijos tengan miedo a acabar con las medidas de sus padres y decidan someterse a regímenes estrictos, que en algunos casos, llegan incluso a ser bastante peligrosos.

Factores socioculturales

Carrillo (2003) señala que son muchos los factores socioculturales que pueden influir en la aparición de estas enfermedades como son: la moda, las exigencias sociales y profesionales, las relaciones con los iguales, y por supuesto, los mensajes que transmiten los medios de comunicación, que de manera directa o indirecta invitan a la población a cuidarse para perder peso o a desear estar más delgados.

Los medios de comunicación continuamente están lanzando imágenes de cuerpos sumamente delgados y jóvenes, y el mensaje de que para lograr el éxito hay que parecerse a las modelos y actrices que aparecen en las revistas, lo que ha provocado que un alto

porcentaje de mujeres, sobre todo las más jóvenes, al compararse con ellas se hayan sentido insatisfechas con su propio cuerpo y hayan comenzado a mostrar una mayor preocupación por su aspecto físico (López y Sallés, 2005). Estos autores se atreven a decir que los medios de comunicación son los responsables de haber incitado a las mujeres a creer que la belleza y la delgadez les facilitará la vida y les proporcionará más oportunidades, al transmitir constantemente el mensaje de que la sociedad considera que las mujeres delgadas son vistas como más femeninas, atractivas, elegantes e interesantes que quienes no lo son, y que las mujeres que no se preocupan por su imagen son consideradas menos competentes y luchadoras. Carrillo (2003) añade además que el sobrepeso y la obesidad se asocian a síntomas de dejadez y despreocupación, así como a problemas de autocontrol y falta de ambición.

Estos dos factores combinados, el papel de los medios de comunicación y la enorme presión social que existe en torno al adelgazamiento, son los que más influyen en la aparición de los TCA, ya que incitan a las mujeres a hacer cualquier cosa para conseguir adelgazar y acercarse al actual modelo de belleza que impera en nuestra sociedad: dietas restringidas, cirugía estética, exceso de ejercicio físico, uso de cosméticos etc.

3.4 EVALUACIÓN

El abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria es bastante complejo porque existen muchos factores que están implicados en su aparición, lo que significa que tanto el diagnóstico como el tratamiento han de someterse a una rigurosa evaluación por parte de los especialistas. En este proceso de evaluación es necesario que intervengan todos aquellos profesionales que estén en contacto con las personas afectadas y con sus familias (psicólogos, psiquiatras, personal de enfermería, terapeuta, etc.), y que éstos trabajen de forma conjunta y coordinada para poder lograr mejores resultados.

A la hora de evaluar hay que tener en cuenta que estas personas van a tratar de ocultar información o proporcionar datos falsos. Por ello es necesario contar con varias fuentes de información y utilizar diferentes instrumentos para poder obtener la mayor información posible.

De los Ríos y Hernangómez (2012) señalan que la evaluación de estos trastornos ha de prestar especial atención a los siguientes aspectos:

a) Peso corporal

Conocer el peso es un dato fundamental porque además de que es uno de los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa, también nos permite conocer si la persona tiene alterada o no su imagen corporal. El peso se evalúa mediante índice ponderales, de los cuales el más importante es el Índice de Masa Corporal, que se calcula a través de la siguiente fórmula: $IMC = \text{Peso en kg} / (\text{altura en m})^2$.

Una puntuación entre 20 y 25 significa un IMC normal; superior a 25 sería sobrepeso; entre 20 y 18 ligero infrapeso; y por debajo de 17 severo infrapeso. Según el CIE-10, tener un IMC inferior a 17,5 es un síntoma de anorexia nerviosa.

Además del IMC, Saldaña (1994 cit. por De los Ríos y Hernangómez, 2012) recomienda obtener otros datos acerca del peso como por ejemplo los cambios de peso que se han producido, el tiempo que ha pasado entre dichos cambios, los factores que han incidido, las expectativas que tiene la persona sobre el peso que desea conseguir, etc.

b) Patrones de alimentación

En cuanto a los patrones de alimentación, es necesario conocer el contenido y la cantidad de comida que ingiere la persona habitualmente, es decir, el tipo de dieta que sigue, el número de comidas que realiza, su forma de cocinar los alimentos, etc. También es necesario conocer las actitudes que muestra hacia la comida, el grado de ansiedad que le producen los alimentos altos en calorías y si existe la presencia o no de episodios de atracones. En caso de que si aparezcan es fundamental anotar su frecuencia y los sentimientos que producen.

c) Factores cognitivos

Como se ha señalado en apartados anteriores, es muy habitual que estas personas tengan creencias irracionales y distorsiones cognitivas en relación al peso y la imagen corporal, pero además suelen ser personas con un alto nivel de autoexigencia y un bajo nivel de autoestima. Es fundamental conocer ambos factores porque, de acuerdo con Sánchez-Planell y Prats (2006), su combinación (baja autoestima y perfeccionismo) no sólo promueve el desarrollo del trastorno, sino que también facilita el aislamiento social.

d) Psicopatología asociada

A menudo las personas con trastornos de la conducta alimentaria tienen otras patologías asociadas como trastornos de ansiedad, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, etc. que son importantes de conocer de cara al tratamiento y a la intervención psicoeducativa que se pretenda poner en marcha.

En cuanto a los instrumentos, cabe decir que existe una gran variedad de ellos que permiten evaluar con gran exactitud algunos de estos aspectos. Los más utilizados son: el **EAT** (Eating Attitudes Test de Garner y Garfinkel, 1979) que consiste en un cuestionario compuesto por 40 ítems que evalúa síntomas y conductas significativas de la anorexia nerviosa. El **EDI** (Eating Disorders Inventory de Garner, Olmsted y Polivy, 1983) evalúa distintas áreas cognitivas y conductuales de la anorexia y bulimia nerviosas, agrupadas en ocho subescalas: impulso a la delgadez, sintomatología bulímica, insatisfacción corporal, inefectividad y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la maduración. De este último instrumento se han publicado nuevas ediciones en las que se añaden algunas otras subescalas y en las que se indica el nivel de riesgo en la que se encuentra la persona (De los Ríos y Hernangómez, 2012).

3.5 TRATAMIENTO

Tras la evaluación hay que decidir el tipo de tratamiento que se va a desarrollar, teniendo en cuenta las características particulares de cada caso como: el nivel de gravedad, las conductas de compensación y su frecuencia, los rasgos de personalidad, el grado de motivación hacia el cambio, si la persona es consciente o no de la enfermedad, la existencia de otras patologías asociadas, etc. debido a que no existe un único tratamiento que se pueda aplicar a todos los enfermos de TCA sino que cada tratamiento debe adaptarse con flexibilidad a cada situación.

En general, los tratamientos que existen para estas enfermedades se dirigen principalmente a reestablecer un peso normal; eliminar las conductas inadecuadas; modificar los pensamientos, actitudes y sentimientos en relación al peso y la comida; enseñar hábitos de alimentación saludable; apoyar y asesorar a la familia y prevenir posibles recaídas (Raich, 2011; De los Ríos y Hernangómez, 2012). Para lograr estos objetivos existen dos tipos de tratamientos: el tratamiento clínico y la intervención psicoeducativa.

3.5.1 TRATAMIENTO CLÍNICO

Existen tres modalidades de tratamiento clínico: tratamiento ambulatorio, hospital de día e ingreso hospitalario.

El tratamiento ambulatorio se dirige a aquellas personas que presentan una buena predisposición hacia el cambio y el nivel de gravedad no es muy intenso (presenta un IMC superior a 17, la persona es consciente de la enfermedad, existe apoyo familiar, etc.). Por el contrario, cuando apenas existe motivación hacia el cambio y la gravedad de la enfermedad aumenta, la mejor opción es el hospital de día, donde los pacientes deberán acudir para realizar algunas comidas y recibir tratamiento psicológico. En los casos más graves es necesario el ingreso hospitalario. Esto ocurre cuando existen graves problemas de desnutrición y deshidratación, complicaciones físicas severas, las conductas purgativas son constantes, etc. (De los Ríos y Hernangómez, 2012).

En todas estas modalidades el tratamiento cognitivo-conductual tiene un gran importancia debido a la eficacia de sus resultados. Calvo (2001) señala que este tratamiento se basa en lograr cambios en las conductas, creencias y emociones distorsionadas que tienen los enfermos en relación con el peso y el tamaño corporal. Se trata de que conseguir que la delgadez deje de ser tan valorada y que la comida no sea el eje sobre el que gire su vida. Del mismo modo, el uso de fármacos también tiene un gran peso en el tratamiento de estas patologías, aunque es importante señalar que en muy pocas ocasiones se utiliza como la única forma de tratamiento sino más bien para controlar la enfermedad y combatir sus consecuencias.

3.5.2 INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

Durante las últimas décadas, se viene reconociendo la importancia de incluir la intervención psicoeducativa dentro del tratamiento de estas enfermedades, e incluso algunos autores se atreven a decir que este tipo de intervención debería ser el primer procedimiento que se debería aplicar para lograr la recuperación, pues es fundamental que el paciente conozca en profundidad las características de la enfermedad y tenga ideas básicas sobre nutrición y hábitos alimentarios saludables, para así lograr con mayor facilidad la introspección y la toma de conciencia de la enfermedad (Barjau y Guerro, 2003; Calado, 2010).

Calado (2010) afirma que la psicoeducación tiene como objetivo ayudar a las personas que sufren alguno de estos trastornos a comprender y manejar mejor la enfermedad mediante

intervenciones educativas, basadas principalmente en establecer estilos de vida saludables, aprender a manejar las emociones y las relaciones interpersonales y lograr mantener los estilos de vida saludables. A través de estas intervenciones se pretende que las pacientes dejen de sentirse culpables y comiencen a sentirse responsables, adoptando un papel activo en su proceso de cambio y recuperación, así como que empiecen a pensar y actuar de un modo más realista y adecuado.

Los expertos señalan que este tipo de intervención resulta de gran utilidad en los casos de bulimia nerviosa ya que es muy eficaz para reducir la presencia de atracones y vómitos

3.6 PREVENCIÓN DE LOS TCA.

Como se ha señalado anteriormente, en los últimos tiempos, la aparición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se ha incrementado notablemente, afectando a toda la población, especialmente a las mujeres de los países industrializados con edades comprendidas entre los 12 y 26 años. Este aumento ha provocado que dichas patologías se hayan convertido en un grave problema para la salud pública, y en consecuencia, que sea necesario incrementar las medidas de prevención.

Tradicionalmente se han establecido tres niveles de prevención: prevención primaria, secundaria y terciaria.

La prevención primaria tiene como objetivo reducir o eliminar los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de un TCA. La prevención secundaria hace referencia a la identificación temprana de la enfermedad y la instauración de un tratamiento eficaz. Su principal objetivo es reducir la prevalencia de los TCA. Y por último, la prevención terciaria consiste en establecer medidas eficaces para prevenir la cronicidad y posibles complicaciones secundarias (Ruiz, 2001; López y Sallés, 2005).

En este apartado vamos a hacer especial hincapié en la prevención primaria, por ser aquella a la que nos referimos en el siguiente bloque (aspectos metodológicos) cuando hablamos de la necesidad de implantar medidas preventivas en las facultades de la Universidad de Valladolid.

La prevención primaria es aquella que se realiza antes de que se haya desarrollado la enfermedad. Se dirige principalmente a modificar actitudes y comportamientos negativos en relación a la imagen corporal, el peso y los hábitos de alimentación, así como a desarrollar la capacidad crítica frente a los mensajes que recibimos de los medios de comunicación y del entorno social sobre la delgadez (Ruiz, 2003). Para lograr dichos objetivos, los programas de prevención primaria se centran principalmente en facilitar información adecuada sobre los TCA (características, tipos, etiología...), hábitos de alimentación saludables y tratar el significado de la imagen corporal. Se persigue que los destinatarios de estos programas aprendan a aceptar su propio cuerpo, reconozcan sus capacidades y dejen de sobrevalorar el aspecto físico, a la vez que aprendan a manejar sus emociones, sean capaces de identificar los elementos manipulativos de los mensajes publicitarios y consigan mantener un nivel adecuado de autoestima.

Para que este tipo de programas funcionen y resulten eficaces es necesario que tengan continuidad y se mantengan en el tiempo, ya que está demostrado que las campañas aisladas y descontextualizadas no dan resultado, e incluso pueden favorecer la aparición de nuevos casos. No hay que olvidar que muchas de las personas a las que se está informando con la intención de prevenir están bastante preocupadas por perder peso, y podría ocurrir, y de hecho ocurre, que dicha información sea utilizada en nuestra contra, y conduzca a algunas de ellas a realizar algunas de las conductas descritas. Por ello, los expertos aconsejan no hablar de los TCA como enfermedades de moda, ya que podría resultar atractivo para ciertas personas (Ruiz, 2001; López y Sallés, 2005).

Otro error que hay que tratar de evitar es utilizar un mismo programa de prevención para toda la población, sin considerar su edad o su nivel de riesgo, ya que está comprobado que este tipo de programas no resultan lo bastante eficaces para las personas de alto riesgo, sino que en esos casos es necesario desarrollar intervenciones más específicas e intensivas como por ejemplo programas psicoeducativos.

Numerosos autores coinciden en afirmar que los programas de prevención primaria deberían desarrollarse principalmente en el ámbito escolar, por ser allí donde se encuentra el principal grupo de riesgo. Sin embargo, existen otros muchos lugares a los que también acude población en riesgo y en los que apenas se desarrollan este tipo de programas como son los gimnasios o las academias de bailes, o terrenos donde sí se concede importancia a los TCA pero la forma de exponerla no es la más adecuada. Hablamos de los medios de comunicación, donde a veces escuchamos alguna noticia sobre el impacto y gravedad de los

TCA y a continuación vemos anuncios que nos intentan vender el modelo estético que predomina en la sociedad a través de cremas, aparatos de ejercicios, dietas milagrosas, tratamientos de belleza y/u operaciones quirúrgicas.

Todo esto demuestra que en el camino de la prevención primaria aún queda mucho por recorrer y que para hacer una buena prevención de los TCA lo ideal sería poder trabajar siguiendo la teoría ecológica de Bronfenbrenner, es decir, poder intervenir en todos los sistemas que rodean al individuo y que influyen enormemente en su desarrollo, pero lamentablemente esto es prácticamente imposible. Por ello, de acuerdo con López y Sallés (2005), los primeros pasos a tener en cuenta a la hora de establecer un programa de prevención deben ser

“actuar sobre los aspectos más específicos de los trastornos del comportamiento alimentario, como puede ser evitar dietas por motivos estéticos o tener una consideración especial con la población de mayor riesgo. A la vez que deben incidir sobre los aspectos más inespecíficos, como la construcción de roles desde la escuela/hogar, la autoestima o la educación en valores.” (p.108).

PARTE II: ASPECTOS METODOLÓGICOS

1. OBJETIVOS

Objetivo 1: Conocer el nivel de insatisfacción corporal de un grupo de alumnos de la Universidad de Valladolid.

Objetivo 2: Valorar la percepción que tiene el alumnado de la muestra sobre su imagen corporal.

Objetivo 3: Comprobar si existen discrepancias entre la imagen corporal real y deseada de los alumnos a través de la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner (1999).

Objetivo 4: Estudiar las actitudes que muestran los alumnos participantes hacia el propio cuerpo.

2. HIPÓTESIS

Hipótesis 1: El alumnado participante de la Universidad de Valladolid se preocupa demasiado por su aspecto físico.

Hipótesis 2: La valoración del nivel de insatisfacción corporal y la percepción de la imagen corporal que tiene la población universitaria nos ayuda a prevenir la aparición de posibles problemas alimentarios.

Hipótesis 3: El conocimiento de la actitud que tienen los alumnos universitarios hacia el propio cuerpo nos permite identificar posibles situaciones de riesgo.

Hipótesis 4: El desarrollo en las universidades de programas de prevención orientados a modificar la actitud hacia la imagen corporal ayudaría a reducir el porcentaje de población universitaria con problemas de alimentación.

3. PARTICIPANTES

La muestra está compuesta por 204 estudiantes, 79 hombres y 125 mujeres, con edades comprendidas entre los 21 y 26 años de edad, matriculados en los cursos de grado y postgrado que ofrece la Universidad de Valladolid durante el curso 2014-2015.

Los sujetos participantes no fueron elegidos de forma aleatoria, sino que los alumnos menores de 20 años fueron excluidos de la muestra, debido a que pertenecen a lo que se conoce como adolescencia tardía, y el objeto de estudio de esta investigación es conocer el nivel de insatisfacción corporal de los jóvenes adultos (de 21 a 26 años de edad).

A continuación, en la tabla 1 se muestran las características demográficas de los sujetos de la muestra.

Tabla 1: Características demográficas de la muestra

<i>CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA</i>					
SUJETOS			ESTUDIOS		
EDADES	SEXO		RAMAS (*)	SEXO	
	HOMBRES	MUJERES		HOMBRES	MUJERES
21	5	23	A	9	14
22	15	22	B	11	4
23	16	29	C	2	14
24	17	20	D	34	77
25	14	16	E	23	16
26	12	15			
TOTAL	79	125			
	204				

Fuente: Elaboración propia

(*) Las ramas de conocimiento en las que se encuentran matriculados los sujetos de la muestra son: A) Arte y humanidades. B) Ciencias. C) Ciencias de la salud. D) Ciencias sociales y jurídicas. E) Ingeniería y arquitectura.

De acuerdo con los datos que se exponen en la tabla anterior, se puede observar que el número de mujeres encuestadas es mayor que el de hombres, y que un 40,19% de los sujetos tiene entre 23 y 24 años, así como que la mayor parte de éstos son estudiantes de los grados y másteres de la rama del conocimiento de Ciencias sociales y jurídicas.

4. INSTRUMENTOS

Los instrumentos de evaluación que se utilizaron para analizar el nivel de insatisfacción corporal y la percepción de la imagen corporal que tienen los alumnos universitarios de Valladolid fueron los siguientes:

La *Escala de evaluación de la imagen corporal* (Gardner, 1999), que consiste en una escala en la que aparecen 13 siluetas del sexo masculino y 13 siluetas del sexo femenino, que progresivamente van incrementando de peso. Fijándose en estas siluetas, se pidió a los participantes que señalaran con un círculo el número de silueta con el que se sintieran más identificados actualmente (imagen corporal percibida) y con otro círculo el número de silueta con el que les gustaría identificarse (imagen corporal deseada) para poder evaluar el índice de insatisfacción corporal. Posteriormente, el entrevistador señalaba con una cruz la silueta que consideraba que se acercaba realmente a la imagen corporal del sujeto (imagen corporal real) para así poder evaluar el índice de distorsión corporal.

La diferencia entre la imagen corporal percibida y la imagen corporal deseada mide el índice de insatisfacción corporal, mientras que la diferencia entre la imagen corporal percibida y la imagen corporal real mide el índice de distorsión de la imagen corporal.

El *Body Shape Questionnaire* o cuestionario de la forma corporal, que es un cuestionario que permite evaluar aspectos perceptivos, actitudinales y conductuales respecto a la imagen corporal, ya que evalúa factores como la insatisfacción corporal, la preocupación por el peso, el miedo a engordar, la autodesvalorización por el propio cuerpo, el deseo de perder peso y la evitación de situaciones en las que hay que exponer el cuerpo (piscinas, duchas, vestidores...) (González, García y Martínez, 2013; Raich, 2011, 2013).

El cuestionario fue desarrollado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn en el año 1987 y adaptado a la población española por Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater en 1996. En un principio fue diseñado para evaluar la insatisfacción corporal en los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), pero después se comprobó que también

servía para evaluar a la población normal. Desde ese momento se utiliza para discriminar la población clínica de la no clínica (Raich, 2013)

El cuestionario consta de 34 ítems, en los que se utiliza un formato de respuesta de una escala tipo Likert. Cada ítem tiene seis posibles respuestas: 1) Nunca. 2) Rara vez. 3) Algunas veces. 4) A menudo. 5) Habitualmente. 6) Siempre. Cuanto mayor es la puntuación mayor es la insatisfacción corporal. La puntuación que se puede obtener va desde 34 a 204.

Según Cooper et al (1987, cit. por González, García y Martínez, 2013), en función de la puntuación total alcanzada se establecen cuatro categorías: una puntuación menor de 81 significa que el sujeto no está preocupado por su imagen corporal. Entre 81 y 110 significa que la preocupación es baja. Entre 110 y 140 la preocupación es moderada, y por último, una puntuación superior a los 140 significa que el sujeto experimenta una preocupación exagerada.

El punto de corte para la población universitaria se ha establecido en 105 puntos (Raich, 2013), lo que significa que aquellos alumnos que obtengan una puntuación superior a esta cifra serán considerados población de alto riesgo de padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria, mientras que aquellos que obtengan una puntuación inferior serán considerados población de bajo riesgo.

5. PROCEDIMIENTO

Los instrumentos de evaluación utilizados se reunieron en un único formato. En la parte superior se recogían datos generales sobre los alumnos: edad, sexo, curso y titulación universitaria en la que se encontraban matriculados en ese momento. A continuación, se presentaba la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner (1999), donde debían responder a las siguientes preguntas señalando con un círculo el número correspondiente de silueta. ¿Con cuál de estas figuras corporales te sientes más identificado/a? y ¿Con cuál de estas figuras corporales te gustaría identificarte? Y por último, se presentaba el Body Shape Questionnaire o cuestionario de la forma corporal de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987) donde se les pedía que, siguiendo el formato de una escala tipo Likert, indicaran como se habían sentido respecto a su apariencia física en las últimas cuatro semanas (Ver anexo 1).

Todos los alumnos que participaron fueron informados previamente de los objetivos del estudio y de la importancia que tenía que respondieran con sinceridad, así como de la voluntariedad de participar en el mismo y la confidencialidad.

En total se aplicaron 212 encuestas pero 8 fueron excluidas porque estaban mal rellenas o incompletas. La duración de aplicación de cada encuesta fue de entre 10 y 20 minutos, dependiendo de las características de los participantes. Había algunos que tardaban más en responder que otros debido a que leían los ítems con mayor detenimiento.

La recogida de datos se llevó a cabo en el mes de junio durante diferentes días, coincidiendo con el periodo de exámenes de la primera convocatoria. La mayoría de las encuestas fueron realizadas a la salida de los exámenes o a la salida de las bibliotecas.

Una vez recogidos todos los datos, éstos se introdujeron en el programa Microsoft Office Excel 2010 para elaborar las tablas y figuras, y poder así analizar mejor la información.

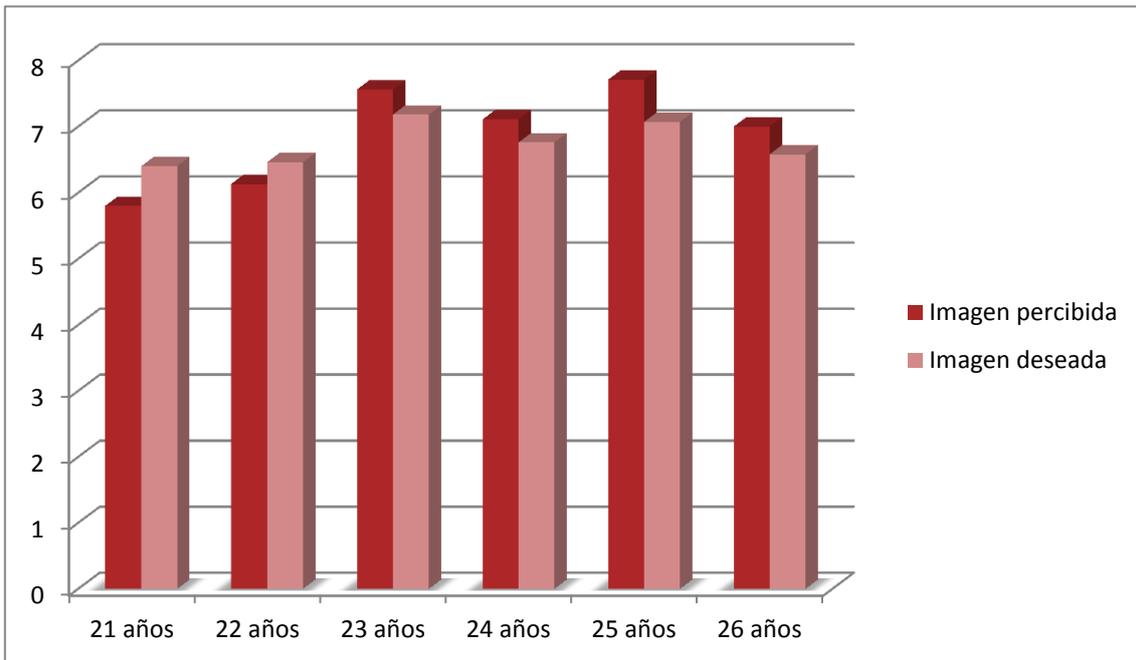
6. RESULTADOS

A través de las encuestas realizadas a los 204 participantes, 79 hombres y 125 mujeres, se pudieron obtener los siguientes resultados. Más de la mitad de los sujetos de la muestra reconocieron estar insatisfechos con su imagen corporal, pues el 66,66 % de los sujetos señalaron que les gustaría tener menos talla y pesar menos, frente a un 12,74 % que admitieron que les gustaría pesar más. Los datos desglosados en sexos son del 40,5 % en hombres y del 83,2 % en mujeres que quieren pesar menos, y del 25,31 % en hombres y 4,8 % en mujeres que quieren pesar más. Este deseo de los hombres de querer pesar más no está relacionado con que quieran ser más gordos sino con el deseo de querer aumentar su masa muscular, para tener así un cuerpo más musculoso. No hay que olvidar que mientras la sociedad valora la belleza y delgadez en la mujer, en el hombre valora la esbeltez y la abundancia de musculatura.

En la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner (1999), las siluetas más señaladas por los hombres para indicar la imagen corporal percibida fueron las siluetas 5, 7 y 8, mientras que en el caso de las mujeres fueron las siluetas 5, 6 y 7. En cambio, para

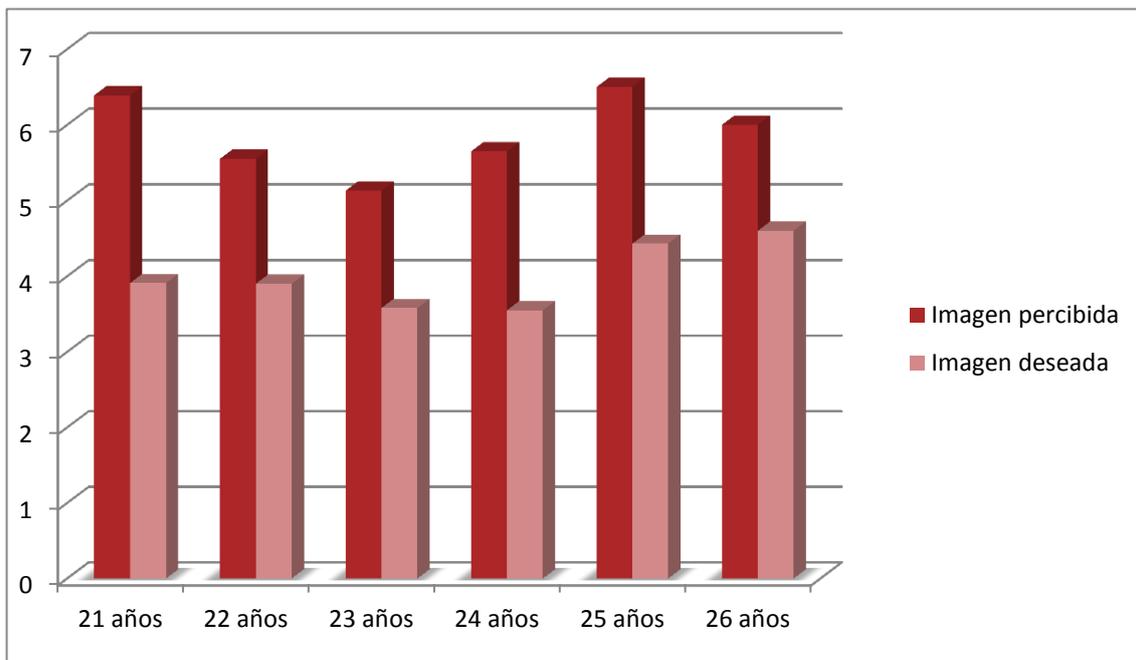
señalar la imagen corporal deseada las siluetas más elegidas por los hombres fueron la 7 y 8, mientras que para las mujeres fueron la 3 y 4 (Figuras 1 y 2).

Figura 1: Porcentajes de la imagen corporal percibida y deseada en hombres



Fuente: Elaboración propia

Figura 2: Porcentajes de la imagen corporal percibida y deseada en mujeres



Fuente: Elaboración propia

Los resultados de la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner (1999) expresados a partir de la media, no mostraron grandes diferencias entre la imagen corporal percibida y la deseada en el caso de los hombres, pero sí en el de las mujeres. Al comparar los datos de las figuras 1 y 2 podemos observar que las mujeres están más insatisfechas con su imagen corporal que los hombres, y que el nivel de insatisfacción es mayor en las mujeres de 21, 25 y 26 años, lo que significa que no solo las adolescentes están insatisfechas con su cuerpo sino también las jóvenes.

Numerosos estudios coinciden en afirmar que la adolescencia es la etapa evolutiva en la que los chicos y chicas se sienten más insatisfechos con su figura y muestran una mayor preocupación por el peso, debido a que su cuerpo experimenta multitud de cambios y los iguales ejercen una gran presión sobre ellos. Sin embargo, la población universitaria también es un grupo bastante vulnerable, ya que al igual que los adolescentes, la mayoría de estos jóvenes otorgan una gran importancia a su cuerpo y apariencia física, así como a las críticas y comentarios que hacen sus compañeros sobre el cuerpo. Tanto los jóvenes como adolescentes conceden mucha importancia a la percepción que tienen sus amigos de ellos y su cuerpo. Salazar (2008) se atreve a decir que incluso algunos de ellos harían cualquier cosa por formar parte del grupo y no quedar excluido como recurrir a dietas restrictivas peligrosas para la salud o conductas inadecuadas para controlar el peso (ejercicio físico en exceso, autoprovocación del vómito, uso de laxantes o diuréticos, etc.).

Por otro lado, respecto al índice de distorsión de la imagen corporal cabe mencionar que existen grandes diferencias entre ambos sexos. El 18,98 % de los hombres tiende a distorsionar su imagen, mientras que las mujeres representan el 55,2%, lo que significa que las mujeres tienden a verse más gruesas de lo que están en realidad que los hombres. En el 21,6 % de los casos la imagen ideal marcada por las mujeres coincide con su imagen real, es decir, estas mujeres deseaban un cuerpo que ya tenían pero que percibían en unas dimensiones superiores a las reales.

También es necesario señalar que en general, los sujetos insatisfechos con su imagen corporal se percibían peor que los que estaban satisfechos. Tendían a seleccionar como imagen percibida aquellas siluetas con un tamaño corporal mucho mayor al que tenían realmente. Del mismo modo, los sujetos insatisfechos con su cuerpo presentaron puntuaciones más altas en el BSQ que los sujetos satisfechos.

A continuación, en la tabla 2 se muestran los resultados obtenidos del BSQ.

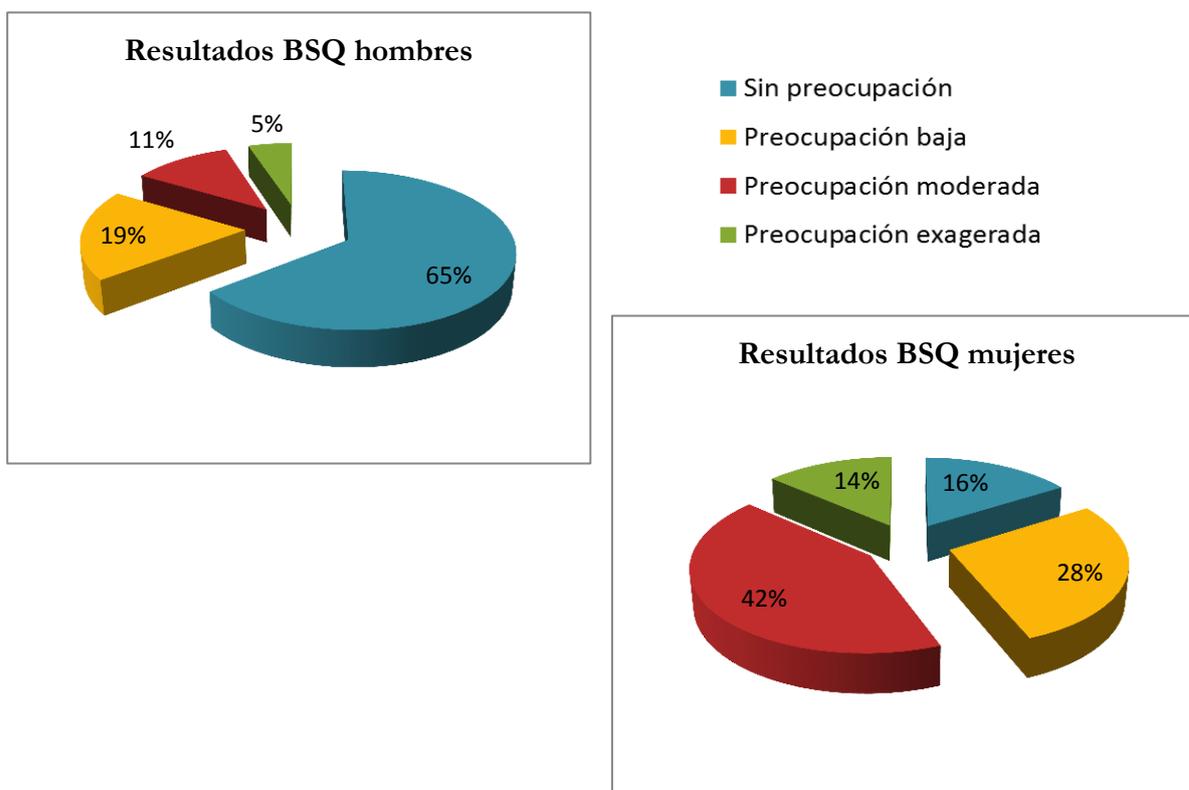
Tabla 2: Número y porcentaje de alumnos en función del grado de preocupación e insatisfacción corporal

GRUPO DE EDAD		Sin preocupación (< 81)	Preocupación Baja (81-110)	Preocupación moderada (110-140)	Preocupación exagerada (> 140)
HOMBRES	21 años	3 (60 %)	1 (20 %)	1 (20 %)	—
	22 años	10 (66,66 %)	2 (13,33 %)	1 (6,66 %)	2 (13,33 %)
	23 años	9 (56,25 %)	4 (25 %)	2 (12,5 %)	1 (6,25%)
	24 años	11 (64,70 %)	2 (11,76 %)	3 (17,64 %)	1 (5,88)
	25 años	10 (71,42 %)	3 (21,42 %)	1 (7,14%)	—
	26 años	8 (66,66 %)	3 (25 %)	1 (8,33%)	—
	TOTAL	51 (64,55 %)	15 (18,98 %)	9 (11,39 %)	4 (5,06 %)
MUJERES	21 años	3 (13,04%)	7 (30,43%)	10 (43,47%)	3 (13,04%)
	22 años	4 (18,18 %)	7 (31,81 %)	9 (40,90 %)	2 (9,09 %)
	23 años	5 (17,24 %)	8 (27,58%)	12 (41,37 %)	4 (13,79%)
	24 años	3 (15%)	5 (25%)	9 (45 %)	3 (15 %)
	25 años	2 (12,5 %)	3 (18,75 %)	8 (50 %)	3 (18,75 %)
	26 años	3 (20%)	5 (33,33%)	5 (33,33%)	2 (13,33%)
	TOTAL	20 (16%)	35 (28 %)	53 (42,4 %)	17 (13,6%)

Fuente: Elaboración propia

Al analizar los datos se ha podido comprobar que la preocupación moderada y exagerada está presente tanto en hombres como en mujeres, aunque el porcentaje es mucho mayor en el caso de las mujeres, lo que significa que éstas están más preocupadas por su aspecto físico que los hombres, lo cual coincide con los resultados de múltiples estudios realizados anteriormente, debido a que la apariencia física de la mujer está más valorada socialmente que la de los hombres.

Figura 3: Comparación de los resultados BSQ en función del sexo



En la figura 3 se puede observar que en general los hombres no se preocupan por su imagen corporal o se preocupan dentro de los parámetros de la normalidad, es decir, en momentos puntuales pueden sentirse insatisfechos con su cuerpo o desarrollar algunas conductas para tratar de controlar su peso como por ejemplo hacer ejercicio o alimentarse de manera saludable, pero sin que ello llegue a convertirse en algo obsesivo o les cause malestar. Sin embargo, en el caso de las mujeres se puede observar que cerca de la mitad reconocen estar preocupadas por su imagen, y un 14 % que su preocupación es exagerada. Este último dato es bastante alarmante ya que nos encontramos ante un grupo de sujetos con riesgo de padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

También son inquietantes algunas respuestas que se obtuvieron de ciertos ítems del BSQ. Por ejemplo al ítem número dos “¿Has estado tan preocupado por tu figura que has pensado que deberías ponerte a dieta?”. Cerca de un 60 % (59,2 %) de las mujeres respondieron que lo piensan a menudo y un 11,2 % que lo piensan siempre. En el caso de los hombres los datos cambian. Solo un 10,12 % reconoce que lo piensa a menudo y ninguno que lo piensa habitualmente o siempre.

Por otro lado, al ítem “La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?”, el 11,2 % de las mujeres respondieron algunas veces, el 46,4 % respondieron a menudo, el 12,8 % respondieron habitualmente y el 4,8 % respondieron siempre. De modo, que cerca de la mitad de las mujeres reconocen que alguna vez ha estado a dieta. Los datos en el caso de los hombres son bastante diferentes. La mayoría de ellos reconocen que nunca o rara vez han estado a dieta. Sin embargo el 45,56 % confiesa que ha pensado que debería hacer ejercicio para cuidar su figura. Estos datos coinciden con otros resultados hallados en otras investigaciones, donde se pone de manifiesto que el porcentaje de mujeres que han hecho dieta o piensan que deberían hacerlo es mucho mayor que el de los hombres, pero que el porcentaje de hombres que hacen ejercicio o piensan que deberían hacerlo supera al de las mujeres. En otras palabras, lo que estos datos señalan es que ambos sexos manifiestan preocupación por su peso y figura, la diferencia está en que mientras las mujeres prefieren realizar dietas, los hombres optan por el ejercicio físico.

Otro dato importante a remarcar es que al ítem número cuatro “¿Has tenido miedo a convertirte en gordo/a (o más gordo/a)?”, la mayoría de las mujeres respondiendo de modo afirmativo (el 35,2 % señaló que a menudo, el 25,6 % que habitualmente y el 12,8 % que siempre). En cuanto a los hombres, la mayoría respondió que algunas veces (45,56 %) y solo un 8,8 % que habitualmente. Estos datos ponen de nuevo en evidencia la diferencia que existe entre hombre y mujeres en relación a la preocupación por el peso y la apariencia física. Sin embargo cabe señalar que aunque los porcentajes son superiores en mujeres que en hombres, ambos muestran preocupación por su apariencia. El ítem ¿Te has sentido acomplejado de tu cuerpo? o ¿Te has fijado en la figura de otros chicos/as y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente? lo demuestran. El 32,9 % de los hombres señalan que alguna vez se han sentido acomplejados y el 37,97% que alguna vez se ha fijado en la figura de otros chicos y la ha comparado con la suya desfavorablemente.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio demuestran que las mujeres están más insatisfechas con su cuerpo que los hombres, así como que ellas distorsionan más su imagen corporal. Como se ha señalado anteriormente, en la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner (1999), la imagen corporal deseada en hombres se correspondía con las siluetas 7 y 8, mientras que en las mujeres se correspondía con las siluetas 3 y 4, las cuales representaban cuerpos demasiado delgados, tanto como los modelos estéticos corporales que predominan en nuestra sociedad. Este deseo de las mujeres de querer pesar menos pone en evidencia la interiorización del ideal de belleza divulgado por los medios de comunicación, basado principalmente en la delgadez.

Actualmente, la mayoría de las mujeres sueñan con ser altas, delgadas y tener un buen pecho que es justo el mensaje que transmiten los medios de comunicación y el prototipo de mujer que desean los hombres, pero dicho prototipo es difícil de alcanzar para muchas mujeres lo cual provoca que aumente aún más su insatisfacción corporal. En el caso de los hombres, se valora justo lo contrario. Se espera que los hombres sean fuertes, altos y musculosos, lo que explica que en los resultados obtenidos el 25,31 % de los hombres quisieran pesar más, frente a un 83,2 % de mujeres que querían pesar menos. Para cuidar su figura, la mayoría de las mujeres reconocieron que alguna vez habían hecho dieta o que pensaban que deberían hacerlo.

Según algunos estudios, la preocupación por el cuerpo y el seguimiento de dietas para perder peso por motivos de estética y no de salud juega un papel muy importante en el desarrollo de los TCA, lo que nos alerta de la importancia de desarrollar medidas preventivas dirigidas a estos alumnos. Gracias a este estudio se ha podido comprobar que más de la mitad de los alumnos universitarios de la muestra están insatisfechos con su cuerpo, y que un alto porcentaje de ellos (41,17%) tienden a distorsionar su imagen corporal. Teniendo en cuenta las aportaciones de numerosos estudios donde se demuestra que una de las causas que conducen al desarrollo de los TCA es la distorsión y alteración de la imagen corporal (Sepúlveda, Botella y León, 2001; Maganto y Cruz, 2002; Salazar, 2008), se considera necesario proponer el desarrollo de medidas preventivas en las facultades de la Universidad de Valladolid, sobre todo en aquellas en las que se implantan los grados y másteres de la rama del conocimiento de Ciencias sociales y jurídicas, por ser en las que

mayor número de alumnas hay matriculadas, ya que como ya se ha señalado anteriormente son las que más insatisfechas y preocupadas están por su peso y figura.

La población universitaria debe saber que las dietas restrictivas son perjudiciales para la salud, pues para que nuestro organismo funcione correctamente no solo podemos alimentarnos de frutas, verduras y hortalizas, sino también de grasas e hidratos de carbono. De hecho, un exceso de hortalizas puede causar problemas intestinales y un exceso de frutas puede provocar una sobrecarga de azúcar (López y Sallés, 2005). También deben saber que una fuerte restricción alimentaria ayuda a adelgazar rápidamente, pero esta pérdida de grasa va acompañada de una fuerte pérdida de masa muscular, lo cual debilita al organismo e incrementa el riesgo de padecer enfermedades. Del mismo modo, deben saber que el ejercicio físico en exceso unido al deseo de perder peso puede desencadenar también en un TCA. Afortunadamente, la mayoría de las personas que se someten a alguna dieta tienden a abandonarla al poco tiempo o a menudo se la salta, y la insatisfacción y preocupación por el peso y la figura se vuelven patológicas en un porcentaje muy reducido. No obstante no hay que dejar pasar desapercibido este pequeño porcentaje, sino llevar a cabo medidas preventivas para evitar que dicha preocupación vaya a más y se convierta en un verdadero problema.

La muestra de nuestro estudio no es muy amplia pero parece demostrar validez al coincidir nuestros resultados con los de otras investigaciones que tratan sobre el tema, como que las mujeres están más insatisfechas con su imagen corporal que los hombres y que dicha insatisfacción no solo está presente en la adolescencia sino también en edades superiores.

Los datos obtenidos por el BSQ ponen de manifiesto que el 5 % de los hombres y el 14 % de las mujeres se encuentran en riesgo de padecer un TCA. Sin embargo, considero que para hacer una afirmación tan grave como esta debería haberme apoyado en más cuestionarios como por ejemplo el EDI (Eating Disorders Inventory de Garner, Olmsted y Polivy, 1983) o el EAT (Eating Attitudes Test de Garner y Garfinkel, 1979), que son los instrumentos más utilizados para evaluar los síntomas y conductas de la anorexia y bulimia nerviosas. No obstante, los resultados obtenidos nos alertan de la necesidad de implantar medidas preventivas en las universidades, dirigidas especialmente a la población que muestra una preocupación exagerada y moderada por su peso y figura con el fin de evitar que el número de enfermos con TCA aumente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, V. (2000). *Factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación: Imagen corporal y conducta alimentaria. Una investigación transcultural entre España y México* (Tesis Doctoral, Universidad de Almería) Recuperado de [http:// books.google.es/](http://books.google.es/)

American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (5º ed.). Madrid: Panamericana.

Argüello, L. y Romero, I. (2012). Trastorno de la imagen corporal. *Revista Reduca* 4 (1), pp.478-518. Recuperado de <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/1005/1017>

Baile, J.L. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? *Cuadernos del Marqués de San Adrián* (2), pp. 53-72. Recuperado de http://www.uned.es/ca-tudela/revista/n002/baile_ayensa.htm

Barjau, J.M y Guerro, D. (2003). Anorexia y bulimia nerviosas: tratamientos psicológicos. En Chinchilla, A. *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones* (pp. 116-132). Barcelona: Masson.

Calado, M. (2010). *Trastornos alimentarios. Guía de psicoeducación y autoayuda*. Madrid: Pirámide.

Calado, M. y Lameira, M. (2013). *Alteraciones de la imagen corporal, la alimentación y el peso. ¿Son los medios de comunicación tan influyentes?* Valencia: Tirant Humanidades.

Calvo, R. (2001). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de la conducta alimentaria. En García-Camba, E. *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obsesidad* (pp. 191-214). Barcelona: Masson.

Carrillo, M.V (2003) *Publicidad y Anorexia. Influencia de la publicidad y otros factores en los trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Ciencias Sociales.

Cuestionario de la Forma Corporal. (n.d.). Recuperado de <http://www.uv.es/lisis/instrumentos/forma-corporal.pdf>

De los Ríos, P. y Hernangómez, L. (2012). Trastornos de la Conducta Alimentaria. En Centro Documentación de Estudios y Oposiciones, *Psicología Clínica* (2ª ed.)(pp.364-385). Madrid: CEDE.

Dúo, I., López, M., Pastor, J. y Sepúlveda, A.R. (2014). *Bulimia Nerviosa. Guía para familiares*. Madrid: Pirámide.

Gardner (1999). *Escala de evaluación de la imagen corporal*. Recuperado de http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_evaluacion_de_la_imagen_corporal_gardner.pdf

González, R., García, P. y Martínez, J. (2013). Valoración de la imagen corporal y de los comportamientos alimentarios en universitarios. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 18 (1) pp. 45-59. Recuperado de http://www.aecpc.net/arc/04_2013_n1_gonzalez_garcia.pdf

López, J. y Sallés, N. (2005). *Prevención de la anorexia y la bulimia. Educación en valores para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario*. Valencia: Nau Llibres.

Maganto, C. y Cruz, S. (2002). La insatisfacción corporal como variable explicativa de los trastornos alimenticios. *Revista de Psicología de la UCP XX* (2) pp.198-223. Recuperado de <http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/articulos/23a.pdf>

Meneses, M. y Moncada, J. (2008). Imagen corporal percibida e imagen corporal deseada en estudiantes universitarios costarricenses. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte* 3 (1), pp.13-34. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311126259002>

Organización Mundial de la Salud. (2009). *CIE-10 Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.

Raich, R.M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide

Raich, R.M. (2013). *Imagen Corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.

Rodríguez, J. (2013). *Alteraciones de la imagen corporal*. Madrid: Síntesis

Ruiz, P.M. (2001). *Guía Práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Bulimia y Anorexia*. Recuperado de http://www.unizar.es/universidadsaludable/public/documentos/001_prevenicion_trastornos.pdf

Ruiz, P.M. (2003). *Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en España*. Recuperado de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/interpsiquis_2003_9736.pdf

Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Revista Reflexiones* 87 (2), pp.67-80- Recuperado de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-AdolescenciaEImagenCorporalEnLaEpocaDeLaDelgadez-4796189%20(1).pdf

Sánchez, I. y Rossano, B. (2012). *Insatisfacción corporal en hombres y mujeres de población rural* (Tesis Doctoral, Universidad Autónoma del Estado de México) Recuperado de https://www.academia.edu/3640121/Tesis_insatisfaccion_corporal

Sánchez-Planell, L. y Prats, M. (2006). Trastornos de la Conducta Alimentaria. En J. Vallejo, *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría* (6ª ed.) (pp.295-320). Barcelona: Masson.

Sepúlveda, A.R., Botella, J. y León, J.A. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*, 13 (1), pp.7-16. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/407.pdf>

Toro, J. (2003). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel

Torres, J., Cepero, M. y Torres, B. (2010). *Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto y la composición corporal en el alumnado de primer ciclo de educación secundaria de la ciudad de Jaén*. (Tesis Doctoral, Universidad de Granada). Recuperado de <http://hera.ugr.es/tesisugr/18947761.pdf>

Trujano, P., Nava, C., Gracia, M., Limón, G., Alatraste, A.L. y Merino, T. (2010). Trastorno de la imagen corporal: Un estudio con preadolescentes y reflexiones desde la perspectiva de género. *Anales de psicología*, 26 (2), pp. 279-287. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v26/v26_2/12-26_2.pdf

ANEXOS

Anexo 1: Encuesta de Insatisfacción Corporal y Forma Corporal

ENCUESTA IC

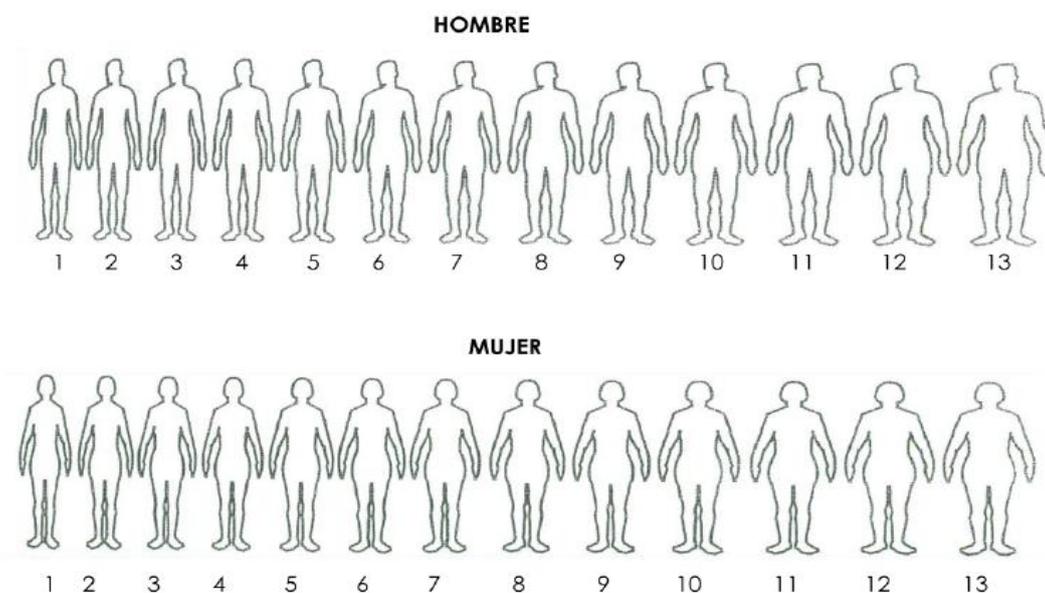
INSTRUCCIONES

A continuación, se presentan una serie de preguntas sobre la apariencia física. Es importante para nuestro estudio, que respondas a todas las preguntas y que lo hagas de manera **sincera**. Te recordamos que se trata de una prueba anónima y tus respuestas serán preservadas. Muchas gracias por tu colaboración.

Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer

Curso: _____ Titulación Universitaria: _____

1). Fíjate en estas siluetas corporales, y contesta a las siguientes preguntas:



- ◆ ¿Con cuál de estas figuras corporales te sientes más identificado/a? Señala con un círculo el número correspondiente.
- ◆ ¿Con cuál de estas figuras corporales te gustaría identificarte? Señala con un círculo el número correspondiente.

- 2). Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu apariencia física durante las CUATRO ÚLTIMAS SEMANAS. Por favor, coloca una equis (“X”) en el número que mejor lo refleje según la escala que se presenta más abajo.

Nunca 1	Rara vez 2	Algunas veces 3	A menudo 4	Habitualmente 5	Siempre 6
------------	---------------	--------------------	---------------	--------------------	--------------

Por favor, no dejes ningún ítem sin contestar; no te preocupes porque no existen respuestas correctas o incorrectas.

1. Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?	1	2	3	4	5	6
2. ¿Has estado tan preocupado/a por tu figura que has pensado que deberías ponerte a dieta?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Has tenido miedo a convertirte en gordo/a (o más gordo/a)?	1	2	3	4	5	6
5. ¿Te ha preocupado el que tu carne no sea suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6
6. ¿Sentirte lleno/a (después de la comida) te ha hecho sentir gordo/a?	1	2	3	4	5	6
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que incluso has llorado por ello?	1	2	3	4	5	6
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara?	1	2	3	4	5	6
9. ¿Estar con gente delgada te ha hecho fijar en tu figura?	1	2	3	4	5	6
10. ¿Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?	1	2	3	4	5	6
11. ¿El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a?	1	2	3	4	5	6
12. ¿Te has fijado en la figura de otros chicos/as y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?	1	2	3	4	5	6
13. ¿Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando estás viendo la televisión, leyendo o conversando)?	1	2	3	4	5	6
14. Estar desnudo/a cuando te duchas ¿te ha hecho sentir gordo/a?	1	2	3	4	5	6
15. ¿Has evitado llevar ropa que marcara tu figura?	1	2	3	4	5	6
16. ¿Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
17. Comer caramelos, pasteles u otros alimentos altos en calorías ¿te ha hecho sentir gordo/a?	1	2	3	4	5	6
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?	1	2	3	4	5	6
19. ¿Te has sentido excesivamente gordo/a y lleno/a?	1	2	3	4	5	6
20. ¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
21. La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?	1	2	3	4	5	6
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?	1	2	3	4	5	6
23. ¿Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol?	1	2	3	4	5	6
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea <i>michelines</i> alrededor de tu cintura?	1	2	3	4	5	6
25. ¿Has pensado que no es justo que otros chicos/as sean más delgados/as que tú?	1	2	3	4	5	6
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgado/a?	1	2	3	4	5	6

27. Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, en un autobús, en el cine)?	1	2	3	4	5	6
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de <i>piel de naranja</i> o <i>celulitis</i> ?	1	2	3	4	5	6
29. Verte reflejado en un espejo, ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?	1	2	3	4	5	6
30. ¿Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa hay?	1	2	3	4	5	6
31. ¿Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (por ejemplo, piscinas, duchas, vestidores...)?	1	2	3	4	5	6
32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?	1	2	3	4	5	6
33. ¿Te has fijado más en tu figura cuando estás en compañía de otra gente?	1	2	3	4	5	6
34. ¿La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?	1	2	3	4	5	6