



Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Título: “Insatisfacción Corporal en pacientes con Trastornos Alimentarios. Un estudio comparativo.”

Tesista: Noceloni Tatiana.

Tutora: Prof. Santellán María Laura.

Título a obtener con la presentación de la tesis:

Licenciatura en Psicología

Facultad en la que se presenta:

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Abril 2013



FACULTAD DE PSICOLOGIA Y RELACIONES HUMANAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

DEFENSA DE TESIS

Dictamen _____

Nota _____

Jurados:

Fecha _____

Índice:

1-Resumen.....	5
2-Introducción.....	7
3-Capítulo 1: Marco teórico	
1.1 Trastornos Alimentarios.....	10
1.2 Anorexia Nerviosa.....	14
1.3 Bulimia Nerviosa.....	16
1.4 Trastorno Alimentario No Especificado.....	19
1.5 Trastorno por Atracón.....	20
1.6 Los nuevos Trastornos Alimentarios.....	22
a- Alcohorexia.....	22
b- Pregorexia.....	23
c- Diabulia.....	24
d- Orthorexia.....	25
e- Vigorexia o Dismorfia Muscular.....	25
1.7 Antecedentes de investigaciones.....	27
1.8 Imagen Corporal.....	32
a- Alteraciones en la Imagen Corporal.....	33
b- Errores cognitivos en la Imagen Corporal.....	37
c- Factores influyentes en la Insatisfacción Corporal.....	39
d- Imagen Corporal en la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.....	40
1.9 Aspectos socioculturales.....	41
1.10 Medios masivos de comunicación.....	43
1.11 La moda: presión hacia la delgadez.....	45

4- Capítulo 2: Metodología	
2.1 Diseño metodológico.....	47
2.2 Objetivo general.....	47
2.3 Objetivos específicos.....	47
2.4 Hipótesis.....	48
2.5 Plan de análisis.....	48
2.6 Instrumentos.....	48
5- Capítulo 3: Presentación y análisis de los resultados	
3.1 Caracterización de la muestra.....	51
3.2 Análisis.....	51
6-Conclusión.....	57
7- Cronograma.....	60
8-Bibliografía.....	61
9-Anexos.....	67

Resumen

La presente tesina, de tipo descriptiva-exploratoria, caracteriza y evalúa la insatisfacción en la imagen corporal en pacientes diagnosticadas de trastornos alimentarios que pertenecen a la Fundación Bienestar, y en mujeres adolescentes.

El objetivo fue comparar si existían diferencias significativas en la insatisfacción corporal en ambos grupos evaluados. La hipótesis global espera encontrar diferencias significativas, presentando los pacientes con TCA (Trastornos de la Conducta Alimentaria), una elevada insatisfacción de la imagen corporal, en comparación con los adolescentes que no poseen diagnóstico de TCA. Dicha evaluación se realizará mediante la toma del ICA (Inventario para la Evaluación de Conductas Alimentarias) y del BSQ (Body Shape Questionnaire).

La recolección de datos se realizó por medio de dos protocolos auto-administrados, compuestos por un lado, por preguntas de opciones múltiples pre-seleccionados que indagan datos personales, y por el otro lado, el ICA (adaptación del EDI-2 por Casullo y Pérez), y el Cuestionario sobre Imagen corporal: BSQ (Cooper 1987). Esto se implementó en una muestra probabilística intencional conformada por 60 sujetos.

Palabras claves: Imagen Corporal- Trastornos Alimentarios - Adolescencia – Sociedad Actual.

Summary

The present dissertation with a descriptive exploratory issue, characterizes and evaluates the dissatisfaction of the body image in women in their teens and patients diagnosed with eating disorders, who belong to the Welfare Foundation.

The target was to compare if there were significant differences in the dissatisfaction of the body image in both groups evaluated. My global hypothesis is that we expect to find significant differences, presenting patients with TCA (Nutritious Behavioral Disorders) , a high dissatisfaction of body image, compared with adolescents who do not possess diagnosis of TCA, throughout the decision of the ICA (Inventory for the Assessment of Eating Behavior) and the BSQ (Body Shape Questionnaire).

Data collection was performed by means of two compound self-administered protocols. On one hand, pre-selected personal data inquired through multiple choice questions, on the other hand, the Inventory for the assessment of Eating Behavior ICA (adaptation of EDI-2 by Casullo and Páez) and the questionnaire on Body Image BSQ (Cooper 1987). This was implemented in an intentional probabilistic sample comprised of 60 subjects.

Key Words: Body Image – Nutritious Disorders- Adolescence – Current Society

Introducción

Sabemos que para mantenernos saludables, necesitamos alimentarnos adecuadamente. Pero, el acto de comer no es solo eso, también es un acto social, el cual aprendemos desde el nacimiento y se mantiene a lo largo de nuestras vidas.

La comida suele relacionarse con múltiples circunstancias que nos generan distintas emociones. Desde tiempos remotos, la gente celebra mediante la comida, lo cual trae aparejado un valor extra, determinado por las circunstancias personales y sociales.

Antiguamente, el comer bien, así como, también, la obesidad, estaban ligados al éxito y al prestigio social. Con los cambios culturales, actualmente se sobrevalora la delgadez, que se convierte en sinónimo de éxito personal y belleza.

Facchini (2006) sostiene que en las sociedades urbanas actuales, se establece un prototipo de modelo corporal único: esbelto, joven y delgado, al que se accede con dietas restrictivas, cirugías, ejercicio físico excesivo y el consumo de ciertos productos. Es así como las dietas restrictivas, están relacionadas con la belleza corporal y la aceptabilidad social. Raich (2004) considera que la mayoría de las adolescentes, hacen todo por alcanzar esa “figura ideal”, ya que muchas veces la prioridad que gobierna sus vidas consiste en la obtención de dicha figura, lo cual conlleva la preocupación excesiva por el cuerpo. Parece ser que, únicamente mediante la delgadez, es posible alcanzar una autoestima elevada, convirtiéndose muchas veces la preocupación excesiva por la imagen corporal en una obsesión.

Colombo (2006) sustenta que los trastornos alimentarios son desórdenes en los hábitos y actitudes alimentarias, incitados por una multiplicidad de factores (familiares, biológicos, sociales, culturales), los cuales actúan como precipitantes, o bien como mantenedores de dicha patología, con complicaciones físicas y psicológicas. Las personas que padecen estos trastornos se evalúan a sí mismas habitualmente por su peso y figura y tienen una imagen distorsionada de su cuerpo (Lorraine, 2002).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2000) hay distintos tipos de trastornos alimentarios, que se clasifican en: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastorno Alimentario no Especificado.

La Anorexia Nerviosa se caracteriza por un rechazo a mantener el peso corporal normal para su edad y talla. Como consecuencia, se produce una evitación de los alimentos, comenzando por los más calóricos, hasta llegar progresivamente a casi todos los nutrientes. Estas pacientes se caracterizan por presentar pensamientos disfuncionales relacionados con el peso, la comida y la figura corporal.

La Bulimia Nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de atracones y conductas compensatorias inapropiadas (purgas, vómito autoinducido, exceso de actividad física, etc.), encaminadas a perder de la forma más rápida el aumento de peso.

Tanto las pacientes bulímicas como las anoréxicas tienen un gran deseo por verse delgadas, presentando conocimientos erróneos y alterados acerca de las dietas, el peso y la figura corporal.

El Trastorno Alimentario no Especificado (TANE) se refiere a los casos que presentan síntomas que no se corresponden con los criterios diagnósticos tradicionales completos de Anorexia Nerviosa o de Bulimia Nerviosa. Esta entidad es más frecuente que las dos primeras.

Allegue (2009), afirma que “los antecedentes familiares de depresión, perfil obsesivo, alcoholismo, trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y obesidad incrementan el riesgo de padecerlas” (p. 41).

Los trastornos alimentarios afectan en mayor medida a las adolescentes, ya que sufren una mayor vulnerabilidad a los estándares sociales de la delgadez.

Colombo (2006) señala que la Argentina está en segundo lugar en el mundo, después de Japón en cuanto a la incidencia de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. El 8% de las adolescentes argentinas padece de Bulimia Nerviosa o Anorexia Nerviosa, y el mayor riesgo de contraerlas está entre los 12 y 25 años. El 10% de los hombres argentinos consultan por trastornos de la alimentación: el 2% sufre Bulimia Nerviosa o Anorexia Nerviosa.

En este sentido consideramos importante la detección precoz de estos trastornos, debido a que es un serio problema de salud pública que afecta a un gran número de adolescentes. Es necesario investigar esta problemática a fin de contribuir al desarrollo de programas de prevención y tratamientos específicos para adolescentes, lo que

permitiría alertar sobre los factores de riesgo, signos y síntomas de estos trastornos, a fin de realizar un diagnóstico precoz y un manejo adecuado de la enfermedad.

CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO

1.1 Trastornos Alimentarios

Según Raich (1994), “la denominación Trastornos Alimentarios se refiere en general a trastornos psicológicos que comportan graves anormalidades en el comportamiento de ingesta, es decir, la base y fundamento de dichos trastornos se halla en la alteración psicológica” (p. 20).

Colombo (2006) sostiene que las personas que sufren un desorden en la alimentación se caracterizan por:

- Ser extremistas en cuanto al consumo de alimentos (no comer o comer en exceso). Puede manifestarse por una pérdida severa de peso, rápidos aumentos de peso o fluctuaciones muy importantes.
- No estar conformes con su imagen corporal. Esto a menudo va acompañado de una distorsionada percepción de esta con relación a la de los demás (personas a las que todos ven flacas pero se consideran gordas y viceversa).
- Emplear prácticas pocas saludables para mantener el peso, como son: ayunar, comer compulsivamente, usar indiscriminadamente laxantes, medicamentos para bajar de peso o diuréticos, efectuar una excesiva cantidad de ejercicios físicos.
- Poseer un miedo irracional a engordar y/o un deseo obsesivo de adelgazar (p. 22).

Raich (1994) sostiene que los TCA afectan más a las mujeres que a los hombres, siendo más frecuentes en sociedades desarrolladas donde hay abundancia de comida, en las que la cultura que predomina enfatiza la delgadez. Estos trastornos interfieren en el funcionamiento normal de la vida social de los sujetos afectados. Allegue (2009) afirma que “irrumpen en un momento crítico de la evolución de los sujetos, la adolescencia, crisis vital donde surgen típicas problemáticas: de identidad, del cuerpo, de los ideales, de la dependencia, conflictivas que son compartidas por las jóvenes que padecen TCA” (p.39).

La misma autora, también sostiene que las adolescentes deben ser pensadas dentro del contexto crítico evolutivo que están transitando, donde deberán adecuarse a un nuevo cuerpo, a nuevos valores, a nuevas expectativas y proyectos.

Toro (1999) considera que “en la adolescencia, más que en cualquier otra época de la vida, la imagen corporal es autoimagen” (p.10).

Hay un acuerdo unánime respecto a que, en la adolescencia, la persona sufre una gran variedad de cambios biológicos, por lo tanto, es la etapa del desarrollo en la cual interactúan un gran número de factores de riesgo para el surgimiento de los TCA.

McCabe y Ricciardelli (2001) han comprobado que las mujeres adolescentes presentan más insatisfacción con su figura corporal y por tal motivo, adoptan más fácilmente estrategias para perder peso, en comparación con los varones, quienes, a menudo, desean aumentar el peso y el tono muscular.

Colombo (2006) sustenta que los trastornos alimentarios son el resultado de la interacción de influencias provenientes de la sociedad, la familia y el individuo incluyendo su personalidad y factores biológicos, pero, generalmente, ninguno de estos factores por sí solo es suficiente para crear un trastorno alimentario. Cuanto más factores estén presentes, mayor es la probabilidad de que una persona desarrolle el trastorno.

Es indudable que la sociedad favorece, especialmente en las mujeres, la preocupación por la delgadez. Los medios de comunicación, imprimen constantemente mensajes asociados a la importancia del atractivo físico, valorizando excesivamente la delgadez. Es así, como con frecuencia las personas asocian la delgadez con la belleza; mientras que el sobrepeso conlleva numerosas connotaciones negativas. Como consecuencia, nuestra sociedad alienta a las mujeres a bajar de peso a cualquier costo.

Siguiendo a Panzitta (2009), hoy en día “uno es” en relación a la imagen del cuerpo que se posee, y el sacrificio y dedicación de trabajar la propia exterioridad se han convertido en un requisito de aprobación social, éxito personal y, en cierta medida, de lo moralmente valioso.

Como afirma Allegue (2009) “la cultura imperante actual propone la delgadez extrema como máximo atributo de belleza femenina, expulsando a aquellas que no entran en un *extra-small*”. (p. 41)

Se puede decir que hay características comunes a los trastornos de la alimentación: la obsesión por el peso y la figura, los pensamientos perturbadores que provocan angustia y guían parte de sus comportamientos, la autoevaluación solo por el peso y la figura, la distorsión de la imagen corporal. Esto las convierte en víctimas de la llamada “cultura de la delgadez”.

Allegue (2009) señala que:

El temor a engordar devela la satanización cultural de los gordos, verdadera lipofobia social que promueve la expectativa de una imagen estereotipada del cuerpo ideal, que inexorablemente conduce a la frustración del propio cuerpo, siendo muchas veces la antesala de los TCA. (p. 41)

Quienes padecen Anorexia o Bulimia piensan casi exclusivamente en cuánto y cómo comen o en dejar de hacerlo, y están pendientes de su imagen de manera obsesiva (...) Detrás de estos comportamientos hay una preocupación absoluta por el peso, por no engordar, por mantener una delgadez extrema o conseguir una mayor. La imagen corporal de sí mismo, está distorsionada y no corresponde a la realidad. (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2004)

Lorraine (2002) considera que los estos trastornos, a menudo, suelen ser una vía de autocastigo o bien un intento de comunicarse, cuando no se han aprendido otras formas de expresión. Estima que generalmente son el resultado de un esfuerzo por abordar, comunicar e incluso resolver otros problemas.

Los trastornos de la conducta alimentaria, frecuentemente, tienen comorbilidad con otros trastornos mentales como las depresiones, distimia, trastornos de ansiedad, consumo de drogas o determinados trastornos de personalidad.

Diversos autores apuntan que la imagen del propio cuerpo está generalmente distorsionada y desvalorizada. Al estar siempre insatisfechas por su peso suelen realizar continuamente regímenes de adelgazamiento.

El temor a engordar se manifiesta y se nutre de un sinnúmero de falsas creencias y dobles mensajes en torno a la gordura.

Facchini (2006) asevera que diversas investigaciones constatan que las preocupaciones por la imagen corporal siguen un proceso que comienza en la infancia y continúa en la adolescencia, y que los orígenes de éstas preocupaciones estarían influidos por actitudes y creencias familiares, experiencias adversas y factores socioculturales.

En cuanto a la etiopatogenia de los trastornos alimentarios, no existe una sola causa que explique estos trastornos ya que se trata de procesos multifactoriales. Los factores se clasifican en tres tipos: predisponentes, precipitantes y mantenedores. Estos factores pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones

familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y el vivir en una cultura donde existe una fuerte presión social por “mantenerse en forma” (Colombo, 2006). A continuación, esto se puede visualizar en la Figura 1 tal como lo explica Garner.

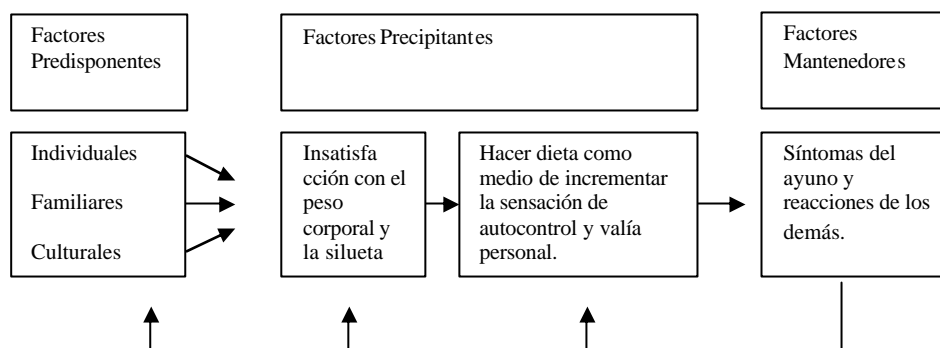


Figura 1. Los TCA como factores multideterminantes (Garner, 1993, citado en Toro, 2004)

Los *factores predisponentes* actúan desde el inicio de la vida y determinan la vulnerabilidad de una persona a padecer un trastorno alimentario. Son ellos: el sexo, la genética, la edad, los antecedentes familiares, las características de personalidad, etc.

Los *factores precipitantes* son los que en un momento determinado desencadenan el trastorno, por ejemplo, la dieta, exceso de actividad física, acontecimientos vitales estresantes, entre otros. De la Serna (1998), sostiene que la propia delgadez actúa como mantenedor del cuadro, por la depresión que provoca; además, cuando la propia enfermedad sirve para centrar y desviar las tensiones familiares, actúa como factor mantenedor.

Los *factores mantenedores* son los que conservan o prolongan el curso de un trastorno una vez que se ha desencadenado. Son factores psicológicos, socioculturales, etc.

La familia puede contribuir al desarrollo de un trastorno alimentario al proveer valores, actitudes y comportamientos rígidos que son modelados dentro de la unidad familiar. En la mayoría de los casos, la familia está relacionada con la creación de la enfermedad.

Garner (1983, citado en Toro, 2004), sostiene que “la transición de valores alimentarios y estéticos aumenta cuando las madres han padecido o padecen trastornos

del comportamiento alimentario, especialmente cuando cuentan con una historia relevante de dietas adelgazantes” (p. 146).

Lorraine (2002) afirma que:

Los trastornos alimentarios a menudo se desencadenan cuando la enferma se enfrenta a un momento difícil en su vida: una transición, un trauma o una pérdida. Son más comunes en la pubertad, pero se pueden desencadenar después de la separación de los padres o de un nuevo matrimonio de los mismos, cuando hay problemas familiares, tras la muerte de alguien cercano, cuando se cambia de colegio (...). Estas situaciones provocan en la enferma la sensación de haber perdido el control de la realidad que la rodea y la única forma de retomararlo es controlando su propio cuerpo: es decir, dejando de comer y adelgazando. (p.53)

Toro (2004), asevera que las experiencias previas y las circunstancias socioculturales son factores imprescindibles para explicar la etiopatogenia de los trastornos alimentarios.

1.2 Anorexia Nerviosa

Para Fairburn y Garner (1986, citado en Raich, 1994) la Anorexia Nerviosa es un trastorno grave de la conducta alimentaria en la que la persona que la padece presenta un peso inferior al que sería de esperar por su edad, sexo y altura. El peso se pierde por ayunos o reducción extrema de la comida, pero casi el 50% de las personas que lo padecen recurre al vómito auto-inducido, el abuso de laxantes y/o diuréticos y el ejercicio extenuante para perder peso. Estas personas, habiendo conseguido una gran pérdida de peso, siguen viéndose gordas, lo que recibe el nombre de “dismorfofobia”. Es evidente que a mayor pérdida de peso, hay mayor distorsión de la imagen corporal y, por lo tanto, mayor deseo de seguir perdiendo peso.

Durante la anorexia hay falta de conciencia de la enfermedad, ya que las pacientes no reconocen su problema a pesar de la evidente delgadez pronunciada.

Su preocupación excesiva por el peso y la figura es tan intensa que llega a convertirse en el principal objetivo de vida.

Esa preocupación extrema las conduce a utilizar una gran variedad de comportamientos alimentarios inapropiados para lograr su deseo obsesivo de adelgazar. Es así que, por ejemplo, tienden a evitar acontecimientos sociales, suelen ser obsesivas en el trabajo o en el estudio, coleccionan libros y revistas relacionados con la comida,

los regímenes y el peso corporal, tienen grandes conocimientos de nutrición, también suelen utilizar el ejercicio físico como método para adelgazar.

Turón Gil (1997), afirma que la ansiedad está siempre presente en la Anorexia Nerviosa, la cual, en ocasiones, puede expresarse mediante fobias, como ser: el miedo a engordar y a ciertos alimentos, rechazo a sus caderas o a mirarse al espejo o a pesarse, etc. Siguiendo la idea de dicho autor, es preciso aclarar que a medida que la enfermedad evoluciona es muy frecuente la aparición de una fobia social, como puede ser, el miedo a comer en público, o también, el miedo a sentirse observado.

A las personas que padecen este trastorno les horrorizan los cambios y las situaciones nuevas, porque sienten que pierden el control. “Utilizan las dietas y la preocupación por el peso corporal para rehuir o bien abordar las exigencias de la adolescencia o los cambios corporales y sexuales que se inician a esa edad.” (Lorraine, 2002:54)

Poulisis (2011) considera que las principales características de la Anorexia Nerviosa son:

- Insatisfacción con el propio cuerpo.
- Restricción alimentaria: dieta.
- Bajo peso.
- Distorsión de la imagen corporal.
- Pueden existir prácticas compensatorias o no.
- En las mujeres: alteraciones del ciclo menstrual, incluso su ausencia (amenorrea), salvo en las niñas que no han tenido su menarca o primera menstruación.

Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (2000) los criterios para el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa son:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

Es necesario especificar el tipo, ya que existen dos formas de presentación:

Tipo restrictivo: Durante el episodio de Anorexia Nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: Durante el episodio de Anorexia Nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Según Lorraine (2002), algunos de los síntomas de la Anorexia Nerviosa son: deseo de estar lo más delgada posible, miedo irracional a engordar, amenorrea; y preocupación constante y excesiva por el cuerpo y la figura.

1.3 Bulimia Nerviosa

Toro (1999) asevera:

La Bulimia Nerviosa se trata de un comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de episodios críticos en los que la persona afectada ingiere cantidades de alimento significativamente superiores a los que es normal ingerir en circunstancias similares. Esta ingesta alimentaria se lleva a cabo experimentando paralelamente la sensación de pérdida de control sobre la misma. (p. 11)

Toro (2004), cita a Behar (2004), quien afirma que las pacientes bulímicas en sus relaciones familiares suelen experimentar rechazo, desamparo y culpa. Las madres aparecen menos involucradas con sus hijas en comparación con las pacientes anoréxicas.

Diversos autores (Chinchilla, 2003; Behar y Hernández, 2004; citados en Toro, 2004) consideran que como hechos predisponentes al surgimiento de la Bulimia Nerviosa, biogénicamente existe un alto riesgo para un trastorno afectivo, el medio familiar patógeno, la presencia de una estructura de personalidad con altos niveles de ansiedad, la inestabilidad afectiva, la impulsividad, la baja tolerancia a la frustración, la baja autoestima, la insatisfacción corporal, y la ausencia de hábitos alimentarios bien estructurados. Además de un medio sociocultural que enfatiza la figura esbelta y estigma la obesidad.

De acuerdo a De la Serna (1998), el inicio de la sintomatología bulímica aparece a menudo después de un período de restricción alimentaria, comúnmente asociado a la pérdida o separación de un ser querido, situaciones laborales estresantes, conflictos parentales, abusos sexuales, entre otros.

Una vez que la Bulimia Nerviosa se establece son varios los factores que la mantienen: la constante atención puesta en la silueta y peso corporal conduciendo a la restricción alimentaria, el vómito autoinducido, y el uso de laxantes o diuréticos (Toro, 2004)

De acuerdo al autor antes mencionado, el atracón es una crisis que deviene de un período de excitación en el que la persona experimenta una sensación exagerada de hambre y una necesidad urgente de comer, se produce en períodos relativamente cortos de tiempo, entre dos y tres horas. Dicha crisis puede desatarse por diversos factores, tales como: una desilusión, la soledad, vergüenza, tristeza, hambre acumulada, entre otros.

Las pacientes que padecen de Bulimia Nerviosa ingieren normalmente los alimentos que ellas se prohíben por ser altamente valor calóricos, como por ejemplo dulces. Suelen ser comidas fáciles de tragar. El final del atracón deviene con un período profundo de malestar, cansancio físico, náuseas, etc.

Después de darse un atracón la persona se siente atacada por los remordimientos, la vergüenza, la culpabilidad, y el enojo consigo misma. Tal como sostiene De la Serna (1998), “este momento es sumamente delicado, la paciente tiene un equilibrio muy frágil y el riesgo de suicidio por la vergüenza y los autorreproches es muy alto, sobre todo si la ingesta y el vómito ha sido muy masivo” (p. 118).

Toro (2004) asevera que con el objetivo de evitar la ganancia de peso y mantener su figura, estas pacientes recurren a la denominada “purga” mediante el vómito, al comienzo autoprovocado y que luego se produce espontáneamente. El vómito es vivenciado como una actitud de liberación, luego de la cual se puede comenzar a comer de nuevo. Si bien la purga ocurre con más frecuencia por medio del vómito autoinducido, también puede incluir abuso de laxantes, diuréticos, ayuno y ejercicio excesivo. La finalidad de la misma es corregir la ingesta excesiva en la comida. Es un intento por aliviar la culpa por haber comido vorazmente y reducir el

aumento de peso que suele presentarse como resultado de esos excesos. El ciclo comilona-purga se ilustra en la Figura 2.

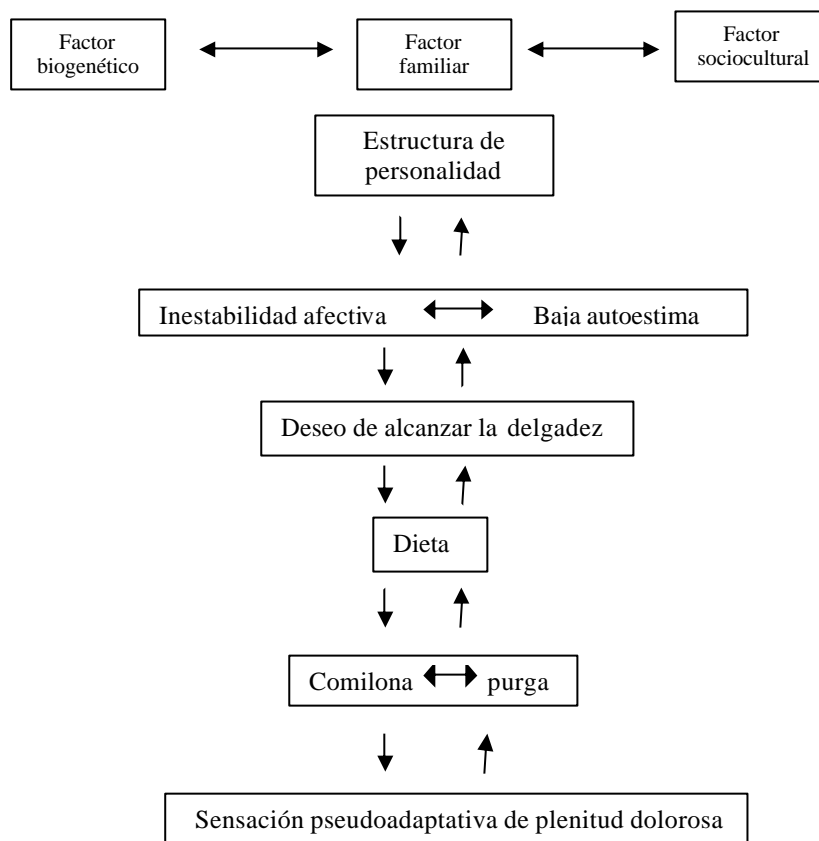


Figura 2. *Ciclo comilona-purga en la Bulimia Nerviosa* (traducido y adaptado de Fairburn, 1993; citado en Toro, 2004).

Colombo (2006) sostiene que:

La comida se vuelve la única fuente de consuelo y sirve para bloquear y anestesiar los sentimientos de ansiedad y angustia. A diferencia de las personas con anorexia nerviosa, aquellas con Bulimia Nerviosa se dan cuenta de que tienen un problema y piden ayuda con mayor frecuencia. (p. 33)

Toro (1999) considera que los episodios de ingesta alimentaria excesiva e insaciable constituyen el elemento central de la sintomatología bulímica.

Lorraine (2002) afirma que “las personas bulímicas suelen tener problemas de ansiedad, depresión y les cuesta mucho controlar los impulsos” (p.54)

Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (2000)

los criterios para el diagnóstico de la Bulimia Nerviosa son:

- A. Presencia de atracones recurrentes. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Al igual que en el caso de la Anorexia es necesario especificar el tipo, ya que existen dos formas de presentación:

Tipo purgativo: Durante el episodio de Bulimia Nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: Durante el episodio de Bulimia Nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Panzitta (2009) señala que las pacientes con Bulimia Nerviosa se encuentran comúnmente asociadas al descontrol de impulsos, los cuales pueden manifestarse en: abusos de alcohol y/o sustancias, cleptomanía, compras compulsivas, promiscuidad sexual y fugas. Suelen presentar antecedentes de maltrato familiar, abuso físico o sexual.

Del mismo modo, Toro (1999) afirma:

Las características cognitivas de los pacientes bulímicos son muy semejantes a las observadas en los anoréxicos, especialmente en lo que concierne a sus pensamientos y actitudes relacionados con el peso, el cuerpo y la alimentación. La diferencia más notable radica en que el bulímico típico suele experimentar dificultades en el control general de sus impulsos, es decir, no solamente de los relativos al área alimentaria (...) El anoréxico restrictivo prototípico, por el contrario, peca de hipercontrol. (p.12)

1.4 Trastorno Alimentario No Especificado (TANE)

La categoría Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica.

Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (2000) los criterios para el diagnóstico para el Trastorno de conducta alimentaria no especificado son:

- A. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
- B. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- C. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
- D. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
- E. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- F. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de las conductas compensatorias inapropiadas típicas de la bulimia nerviosa.

Raich (1994) sostiene que las jóvenes que presentan TANE tienen una gran necesidad de dedicar todos los esfuerzos a la pérdida de peso, lo cual las aísla, crea dificultades en sus interrelaciones personales, y causa gran malestar en general en el desarrollo de la propia vida.

1.5 Trastorno por Atracón (*Binge Eating*)

Trastorno caracterizado por atracones de comida recurrentes que se asocian a falta de control sobre la alimentación y a un malestar clínicamente significativo, y que no se acompañan de las estrategias compensatorias típicas de la bulimia nerviosa.

Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (2000) los criterios para el diagnóstico de Trastorno por Atracón son:

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad que se está ingiriendo).
- B. Los atracones se asocian con tres o más de estos síntomas:
 - Ingesta mucho más rápida de lo normal.
 - Comer hasta sentirse desagradablemente satisfecho.
 - Ingesta de grandes cantidades de alimento a pesar de no tener hambre.

- Comer a solas para esconder su voracidad.
- Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.
- C. Profundo malestar al recordar los atracones.
- D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos dos días a la semana durante seis meses.

Poulisis (2011) sostiene que el Trastorno por Atracón regularmente no incide en conductas compensatorias (vómitos, purgas, etc.) para contrarrestar las grandes ingestas de alimentos. Generalmente estos pacientes experimentan una gran sensación de ineficacia, soledad y vacío.

Del mismo modo, Méndez, Velázquez y García (2008) sustentan que:

Estos pacientes también presentan sentimientos de culpa con su conducta. Sin embargo, a diferencia de la bulimia, el atracón no se asocia con conductas compensatorias inadecuadas como los vómitos, el ayuno, el ejercicio excesivo, etc. (p. 586)

Poulisis (2011) afirma que “el trastorno por atracón puede asociarse con abuso de bebidas alcohólicas, especialmente en forma de atracones de alcohol y transformarse el Alcohorexia.” (p.120)

Zeeck et al., (2010, citado por Poulisis, 2011) afirma que las emociones más frecuentes que preceden al atracón son: sentimientos de soledad, disgusto, agotamiento, vergüenza, ira o enojo.

Poulisis (2011) hace mención de rasgos característicos del Trastorno por Atracón:

- Ingesta de grandes cantidades de comida, más de lo que podría consumir una persona normal- en episodios aislados, y en cortos períodos de tiempo.
- Sensación de pérdida de control sobre la conducta alimentaria.
- Sentimientos negativos hacia sí mismos que desencadenan el comportamiento y también como consecuencia de este.
- La compulsión a comer sobreviene aún cuando no se siente hambre.
- Los atracones se asocian especialmente a momentos de hambre, excesivas restricción, ansiedad, estrés, depresión o aburrimiento.
- Sienten una inmensa sensación de ineficacia, soledad y vacío.
- Frecuentemente se encuentra asociado a otras patologías psiquiátricas como los trastornos de ansiedad y trastornos afectivos (depresión mayor, distimia y trastornos del espectro bipolar). (p. 116-117)

Pérez Gaspar (2009) sostiene que estas personas experimentan una importante ganancia ponderal que puede llegar a producir sobrepeso u obesidad. Este trastorno afecta a aquellos que fracasan repetidamente en sus intentos de adelgazar.

1.6 Los nuevos Trastornos Alimentarios

Actualmente la clasificación de Trastornos Alimentarios se encuentra en proceso de revisión, por lo cual el DSM-V, incluirá nuevas categorías.

Los nuevos Trastornos Alimentarios son: la Alcohorexia, la Vigorexia, la Diabulia, la Pregorexia y la Orthorexia, todos ellos son variantes de la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa. Si bien se encuentran muy difundidos por los medios de comunicación, aún no están incluidos en los manuales de diagnóstico de enfermedades mentales.

A) Alcohorexia

Poulisis (2011) sostiene que:

La Alcohorexia hace referencia a las pacientes que dejan de comer para poder beber alcohol y de esta manera no ganar peso. Compensan la ingesta calórica generada por el alcohol, no comiendo, o comiendo y vomitando. Siempre con el mismo fin: mantenerse delgadas. (p.21)

Por lo tanto, la Alcohorexia es una asociación de dos tipos de trastornos, por un lado el trastorno alimentario, y por el otro, la ingesta excesiva de alcohol. No solo se restringen de comer, además suman las prácticas de vómitos, abuso de laxantes y/o diuréticos, anfetaminas y en casos más extremos, hasta cocaína, debido a la suspensión de apetito que genera.

No se trata de alcoholismo. El alcohórico no tiene una compulsión física o cuadros de abstinencia. Pero por su carga genética, por la influencia de su ambiente o por su historia de vida puede desarrollar un cuadro de dependencia del alcohol. (Poulisis, 2011)

La población con mayor incidencia es en mujeres universitarias jóvenes que toman alcohol en demasía y creen compensar lo que consideran una alta ingesta de calorías con la reducción o supresión de comidas. En la sintomatología de estas pacientes, la ingesta de alcohol es una conducta compensatoria para poder soportar la pesada carga emocional – situaciones de soledad, vacío, bronca, etc. (Poulisis, 2011).

Las adolescentes esperan que el alcohol les otorgue cambios positivos, ya que consideran que las desinhibe, las divierte y les permite expresarse más. Tratan de

compensar mediante el efecto de embriaguez la falta de gratificaciones propia de su rutina restrictiva.

Según Poulisis (2011) los rasgos psicológicos presentes en pacientes con Trastorno Alimentario y Abuso de Alcohol son:

- Preocupación excesiva por el peso y la figura.
- Baja autoestima.
- Terror de comer y engordar.
- Tendencia al perfeccionismo.
- Confusión y culpa.
- Impulsividad.
- Distorsión de la imagen corporal.
- Dificultad para resolver conflictos y para manejar el estrés.
- Ansiedad, depresión, irritabilidad y soledad.
- Inmadurez emocional. (p.35)

La autora, antes citada, considera que los factores predisponentes de dicho trastorno son:

- Historia de abuso físico y/o emocional.
- Historia de abuso sexual.
- Padres alcohólicos.
- Haber sido ridiculizado por la apariencia o tamaño físico.
- Problemas para relacionarse con los padres, pareja, compañeros de estudio o trabajo, etc.

B) Pregorexia

Poulisis (2011) lo desarrolla como un nuevo trastorno alimentario que afecta a las mujeres embarazadas que presentan conductas alteradas para mantener el peso corporal.

Las conductas en las que estas pacientes pueden incurrir van desde la restricción alimentaria hasta la realización de ejercicio físico excesivo, y dependiendo de la modalidad del trastorno, pueden combinarlo con purgas y atracones.

La mayoría de las mujeres que presentan estas dificultades suelen presentar mejorías durante la gestación debido a que la madre asume su rol y antepone las necesidades del bebé a las propias. En este grupo, Poulisis incluye a aquellas pacientes

que padecen trastornos alimentarios pero en un grado moderado, ya sea por atracón o bulimia, o conductas restrictivas leves.

Por otro lado, Hofber y Ward (2003, en Poulisis, 2011) hacen referencia a que hay otro grupo de pacientes que presenta condiciones más severas de la enfermedad, generalmente aquellas que padecen anorexia nerviosa, las cuales van acentuando la obsesión por su imagen corporal y rechazan las conductas patológicas poniendo en alto riesgo su vida y la del bebé.

Lorraine (2002) afirma que los cambios hormonales, físicos y emocionales que se producen en el transcurso del embarazo y también en el período del posparto, pueden empeorar la enfermedad y afectar no solo a la madre sino también al bebé.

En el plano psicológico, si la mujer no tiene una buena imagen de sí misma, los cambios que se producen durante el embarazo la desestabilizarán aún más. Tal es así, que distintas investigaciones demuestran que el riesgo de depresión posparto es mayor en una mujer anoréxica o bulímica, con el consiguiente impacto sobre el recién nacido.

Poulisis (2011) alega que :

La mujer que atraviesa el puerperio comienza a reencontrarse con una imagen corporal que no la satisface. Es entonces cuando se pueden desencadenar nuevamente las obsesiones. Retoman las dietas, el ejercicio compulsivo, se inician nuevamente los tratamientos de estética y regresan los viejos hábitos. El bebé se transforma en víctima del trastorno alimentario, el cual suele ser sometido a insuficiencias en su alimentación, ya que la madre produce poca leche y no se encuentra en situaciones psicológicas para dar sostén y contención emocional al hijo. (p.82)

C) Diabulia

Se denomina Diabulia a la asociación entre dos patologías: por un lado a la diabetes tipo 1 (insulino-dependiente) y por el otro un trastorno alimentario.

Poulisis (2011) sostiene que “la mayoría de las pacientes, especialmente adolescentes, no toman conciencia de la seriedad de su enfermedad y no prestan atención a los controles de glucosa, poniéndose en situaciones de alto riesgo, como el coma diabético, que puede llevarlas a la muerte.” (p.97)

D) Orthorexia

Bratman (citado en Poulisis, 2011) fue el primero en hablar de Orthorexia ya en los años 90. Lo definía como un trastorno similar a la anorexia o la bulimia, pero que a diferencia de ambas, en las que los afectados tienen un registro de que están de algún modo dañando su cuerpo, en el caso de los orthoréxicos hay una creencia firme de que se está haciendo lo mejor para la salud.

La Orthorexia es la obsesión por la comida sana o biológicamente pura y la eliminación de los alimentos considerados “dañinos”. Esta conducta de evitación fóbica conlleva secuelas físicas, como déficit vitamínicos, anemia, etc. (Pérez Gaspar, 2009)

Poulisis (2011) considera que en estas pacientes “su autoestima está asociada a lo que ingieren, y en este sentido se sienten en un nivel de superioridad respecto de aquellos que no siguen esos ritos alimentarios” (p.106).

Gómes Dupertuis, Gabrielli, Piccoli, et al., (2009, p80) citan a Zamora (2005) quien afirma que:

En los pacientes orthoréxicos se describen mecanismos obsesivos-compulsivos con rasgos de personalidad similares a los de la anorexia nerviosa restrictiva (rigidez, perfeccionismo, necesidad de control de su vida transferida a la alimentación), mecanismos fóbicos (ansiedad intensa ante ciertos alimentos y evitación de los mismos) y mecanismos hipocondríacos.

E) Vigorexia o Dismorfia Muscular

Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (2000) los criterios para el diagnóstico Trastorno Dismórfico Corporal son:

- A. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).

Poulisis (2011) afirma que:

La dismorfia muscular comparte con la anorexia nerviosa la distorsión de la imagen corporal, solo que en sentido inverso. Mientras los que padecen anorexia tienen un ideal de delgadez, los obsesionados por aumentar su masa muscular y definir sus músculos buscan salir de un cuerpo que ve siempre como débil y delgado para llegar a uno fuerte y voluminoso. (p.130)

La autora, antes citada, asevera que los jóvenes que padecen Vigorexia suelen mirarse varias veces al día al espejo para comprobar sus progresos, como también suelen pesarse y medirse reiteradamente.

Colombo (2006) sostiene que dicha “enfermedad deriva en un cuadro obsesivo compulsivo, que hace que el vigoréxico se sienta fracasado, ya que nunca alcanza el objetivo deseado, abandone sus actividades y se encierre en un gimnasio todo el tiempo posible” (p.48)

Tal como afirma Facchini (2006, citado por Poulosis, 2011) “en los pacientes con dismorfia muscular (Vigorexia) predominan el bajo autoconcepto, los problemas con la identidad de género, la depresión y el abuso de sustancias” (p.132)

Quienes padecen de Vigorexia intentan apartarse de toda apariencia o conducta femenina, incluyendo a las mismas mujeres que la padecen. Es oportuno aclarar, que este trastorno es más habitual en varones, aunque las mujeres también lo padecen, obviamente en menor medida (Poulisis, 2011).

Como en todos los trastornos alimentarios, “la mayoría de estas prácticas peligrosas comienzan en la adolescencia, momento en que los jóvenes necesitan afirmar su autoestima y enfrentar los desafíos de la edad adulta.” (Poulisis, 2011:143)

En relación con lo dicho por la autora antes mencionada, se considera que los deportistas son más críticos con sus cuerpos y sus pesos que los que ejercitan en forma recreativa o lo que directamente no realizan actividad física, siendo sujetos altamente vulnerables para el desarrollo de estos trastornos.

Como afirma Leone (2005, citado en Poulosis, 2011) “la combinatoria de buena performance deportiva, imagen y peso corporal puede desembocar en un trastorno de la imagen corporal como la dismorfia muscular” (p.141).

Gomes Dupertuis, et al., (2009) consideran que :

En la Argentina, como en otros países del mundo, se han extendido enormemente ciertos hábitos alimentarios y ciertas prácticas o rutinas de ejercicios, a tal punto que llegamos a pasar por alto sus características y a considerar normal lo que puede llegar a ser una obsesión y una patología. Con la enorme contribución de los ideales sociales, la televisión, la publicidad, revistas y libros que incentivan ciertos estilos de vida, lo que es sano se lleva a tal extremo que deja de serlo. Esto es lo que ocurre en el caso de la Orthorexia y la Vigorexia. (p. 77)

1.7 Antecedentes de investigaciones

Barrionuevo, Zurlo de Mirotti, Viliarolo, De Juri, Lesa (1997) realizaron un estudio sobre los desórdenes en la conducta alimentaria en adolescentes, basándose en la detección de factores de riesgo. Se llevó a cabo una encuesta al azar a alumnos de ambos sexos de la Universidad Tecnológica Nacional (Regional Córdoba), con el objetivo de obtener una estimación del porcentaje de adolescentes que presentan factores de riesgo para desórdenes en la conducta alimentaria (DCA), (Preguntar MA. LAURA) o uno de ellos (acorde al DSM IV). Se los dividió en tres grupos: de 17 a 20, de 21 a 24 y de más de 24 años. Dicho estudio tenía dos finalidades: una era comparar la vulnerabilidad entre las diferencias etarias, y la otra finalidad era reforzar la validez y confiabilidad del instrumento. Se confeccionó una encuesta formal, anónima, realizada en forma personal por quienes llevaron a cabo esta tarea. El grupo etario de entre 17 y 20 años mostró mayor riesgo. El 33% de las mujeres estaban disconformes con su cuerpo (13% varones), considerándose un poco gorda el 47% (20% de los varones). El 64% manifestó temor a engordar (11% de los varones). Controlaban su peso diariamente el 15% de las mujeres y el 2,5% de los varones. Fue llamativo el porcentaje de encuestados que alteran su alimentación ante situaciones de estrés: 28% no come, el 33% come más, y el 6% come descontroladamente. Las conclusiones a las que se arribaron dan cuenta de que el grupo etario de entre 17 y 20 años es el de mayor riesgo, con una mayor incidencia en el sexo femenino.

Baile Ayensa, Guillén Grima & Garrido (2001), estudiaron la insatisfacción corporal en adolescentes. Como población de estudio eligieron a los alumnos y alumnas del Instituto de Educación Secundaria de Tudela (Navarra), cuyas edades estaban comprendidas entre los 12 y 20 años de edad. Para la evaluación de la insatisfacción corporal se utilizó el *Body Shape Questionnaire (BSQ)*. Los resultados obtenidos fueron que casi el 80% de las adolescentes desean estar más delgadas; por tal motivo concluyen

que el período sensible para que se asiente la insatisfacción corporal es el que va de los 12 a los 16 años.

Ballester, Blanco, et al. (2002) llevaron a cabo un estudio sobre las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en adolescentes. El objetivo fue determinar la prevalencia de posibles TCA en una muestra de adolescentes de ambos sexos de la ciudad de Girona, y la relación de las actitudes alimentarias con la actitud hacia el propio cuerpo en las mujeres adolescentes. La muestra estuvo conformada por 1.025 adolescentes, entre 14 y 19 años. Los cuestionarios utilizados fueron el EAT-40 y el BSQ. Los resultados arrojaron que un 16.3% de las mujeres adolescentes presentaban riesgo potencial de TCA, frente a un 0.4% en los hombres. Un 9% de las mujeres presentaba preocupación extrema por su figura, frente a un 13.1% que mostraba preocupación leve.

Cortez Mejía, Díaz, Mejía Sierra & Mesa Monsalve (2003) realizaron un estudio en Colombia acerca la prevalencia de los Trastornos de la Alimentación y sus principales factores de riesgo en estudiantes universitarias de primero y segundo año. El objetivo fue calcular la prevalencia de los Trastornos de la Alimentación y estimar su asociación con la presión familiar, influencia de los medios de comunicación, estrés académico, depresión y ansiedad. Consistió en un estudio descriptivo cuya muestra estuvo compuesta por 196 estudiantes universitarias de primer y segundo año en cuatro programas de pregrado del Instituto de Ciencias de la Salud. Se aplicó un cuestionario con preguntas dirigidas a evaluar cada trastorno y factor de riesgo mencionado. Los resultados arrojaron que la prevalencia de Anorexia fue de 3.1%, 2.1% para Bulimia y 1.6 % para Trastorno de la Alimentación Compulsiva. Se destaca la gran influencia de los medios de comunicación, tanto en la población sana como en más del 50% de las anoréxicas. La Bulimia tuvo asociación con estrés académico en el 75% de los casos.

Rivarola (2003) analizó la imagen corporal en adolescentes mujeres y su valor predictivo en trastornos alimentarios. Se analizó una muestra de 120 mujeres argentinas sin diagnóstico médico de trastornos alimentarios. Para dicho estudio se aplicaron los cuestionarios EDI-2 y BSQ. La muestra quedó conformada por dos grupos: 12 a 14 años y 18 a 20 años. Los resultados arrojaron que ambos grupos adolescentes, comparten sentimientos de incapacidad general e inseguridad, los cuales están relacionados con una pobre autoestima, miedo a la madurez y percepción errónea o confusa en el

reconocimiento de estados emocionales. Se concluyó que esos factores psicológicos están estrechamente relacionados con la insatisfacción con el propio esquema corporal.

Etcoff, Orbach, Scott, et al. (2005) llevaron a cabo un estudio cuantitativo que se realizó entre 3.300 mujeres jóvenes y adultas, con edades de 15 a 64 años, en 10 países. El objetivo fue explorar la socialización de la belleza, lo nocivo de los estereotipos actuales de belleza y el deseo por el cambio, el cual está dirigido a cambiar la dinámica de los estereotipos de belleza para las generaciones futuras de las mujeres jóvenes. Los datos han arrojado que los ideales de belleza actuales pueden crear ansiedad por la apariencia para las mujeres a nivel global, siendo las mujeres jóvenes (15 a 17 años) las más susceptibles. A escala global, casi todas las mujeres dicen que en algún punto de sus vidas se llegan a preocupar por su apariencia física general, su peso y la forma del cuerpo, y es en la adolescencia donde comienza la preocupación por la apariencia y las acciones para cambiarla. Nueve de cada diez mujeres desean cambiar algún aspecto de su apariencia, siendo la mayor insatisfacción el peso y la forma del cuerpo. El estudio también examinó la correlación entre la satisfacción por la apariencia y autoestima a escala mundial, y se encontró que existe una relación importante entre la satisfacción de la mujer con su apariencia general, el peso y la forma del cuerpo, y su sentido de autoestima. Además, el estudio exploró la proyección de la baja y alta autoestima en sentimientos de compromiso en comparación con sentimientos de desconexión; a escala mundial, cuando la mujer se siente bien por sí misma, esto se proyecta en sentirse segura y querida, lo que probablemente propicia una conducta de compromiso. En contraste, cuando la mujer se siente mal consigo misma, con frecuencia se expresa en sentimientos de inseguridad y cansancio, los cuales probablemente propician desconexión y evasión de actividades.

Rodríguez y Mina (2005) investigaron acerca de la prevalencia de factores de riesgo asociados a TCA en mujeres adolescentes de una institución educativa en Cali, Colombia. Se diseñó y se validó un cuestionario estructurado para la recolección de la información. Se diferenciaron conductas a nivel individual, familiar y social. Los resultados indicaron que la edad promedio de los estudiantes fue de 13 años, el 7.1 % refirieron vomitar como medida para reducir peso. En las conductas identificadas en sus familiares, el 86,9% reportó uso de laxantes para adelgazar, mientras en amigos y pares el 15.7% y el 12.6% percibieron inducción al vómito y empleo de pastillas para adelgazar, respectivamente. La prevalencia de riesgo para los TCA fue 3.5% siendo

estadísticamente significativa en las mayores de 15 años y en adolescentes de grados superiores a noveno.

Correa, Castaño Castrillón, Zulunga, et al. (2007) estudiaron los factores de riesgo de trastornos de la alimentación en la Universidad de Manizales. Se tomó una muestra de 165 estudiantes, quienes respondieron un cuestionario integrado compuesto por variables demográficas, las escalas de Zung para ansiedad o depresión, el Eating Disorder Inventory (EDI) y el Apgar familiar, además se tomaron las medidas de peso talla, índice de masa corporal y pliegue en el antebrazo. Los resultados obtenidos fueron: un 12.7% de la población presentó factor de riesgo positivo para TCA, 17.3% de la población femenina, y el 3.8% de la población masculina. Las personas con mayor factor de riesgo fueron las mujeres, en la facultad de Comunicación Social y periodismo (24.1%). El mayor índice de masa corporal y de porcentaje de grasa está asociado con un aumento en la variable impulso por la delgadez.

Mora (2007) realizó un estudio en Costa Rica. La muestra abarcaba los dos últimos años editados de la Revista Perfil. Se observó que en las 23 revistas analizadas, hay un total de 871 anuncios, donde casi la mitad (400) corresponde a productos y tratamientos físicos que llevan el mensaje de “lucir más bellas”. Al analizar los productos publicitarios se obtuvo que el 36% corresponde a artículos para modificar el cuerpo y obtener una figura más acorde al patrón delgado que dicta la moda actualmente. La gran mayoría de los modelos que aparecían en los anuncios de las publicidades, lucía sus cuerpos semidesnudos, y en su mayoría eran “delgadas” o “flacas” (77,5%).

Murawski, Elizathe, & Rutzstein (2009) realizaron un estudio donde compararon el grado de satisfacción con la imagen corporal, así como los hábitos, conductas y actitudes hacia la alimentación de mujeres y varones de escuelas secundarias. La muestra estaba compuesta por 454 adolescentes, mujeres y varones, estudiantes de cuatro escuelas secundarias de la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires, con edades entre 13 y 18 años. Los participantes respondieron un Cuestionario sociodemográfico, el Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) y el Figure Scale (FS). Los resultados obtenidos fueron: las mujeres presentan puntajes significativamente mayores en Búsqueda de delgadez, Bulimia, Insatisfacción con la imagen corporal, Ineficacia y Conciencia interoceptiva, que sus pares varones. Una proporción significativamente mayor de mujeres presenta conductas compensatorias inadecuadas con el fin de

mantener o bajar de peso y se encuentran insatisfechas con su imagen corporal. Los resultados de dicho estudio indican que las mujeres se diferencian de los varones en cuanto a sus actitudes alimentarias y su grado de satisfacción con su propia imagen corporal.

Bermúdez, Paredes, Álvarez, et al. (2009) realizaron un estudio dirigido a evaluar el rol de la insatisfacción corporal, la influencia de grupos de pares sobre el influjo de la publicidad, de modelos sociales, conductas de restricción de dieta y la interiorización del modelo de delgadez. La muestra estaba comprendida por 130 universitarias de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (México), las cuales contestaron el Test de Actitudes Alimentarias (EAT), el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ) y el Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC). El análisis de los resultados reveló, por un lado, que la insatisfacción corporal probablemente tiene efectos importantes sobre la dieta en estudiantes universitarias; por otro lado, que la influencia de factores sociales, como los grupos de pares, parecen contribuir con el desarrollo de una mayor sensibilidad a la influencia de modelos sociales, asociados al modelo de delgadez a través de un proceso de modelamiento.

García, Raich, Planell, et al. (2009) estudiaron la relevancia de factores de riesgo en pacientes con TCA en función de la categoría diagnóstica; y evaluaron la psicopatología alimentaria, la insatisfacción corporal y el funcionamiento psicológico en cada grupo diagnóstico. La muestra estaba compuesta por 73 pacientes mujeres del centro privado de Barcelona, especializado en el tratamiento de los TCA. Para la investigación administraron los siguientes cuestionarios: el Bulimic investigatory Test Edimburgh (BITE), el Body Shape Questionnaire (BSQ), y el Eating Disorder Inventory (EDI-2). Dicho estudio reveló que la insatisfacción corporal se halla presente en todos los grupos evaluados, que el antecedente de obesidad es un factor de riesgo de consistencia común en todos los grupos diagnósticos evaluados, incluidos los Trastornos Alimentarios no Especificados y que en todos grupos se ubicó el inicio de la enfermedad en la etapa de la adolescencia.

Jiménez Cruz & Silva Gutiérrez (2010) realizaron un estudio donde midieron el riesgo para trastorno alimentario, ansiedad, depresión y otras emociones asociadas a la exposición de imágenes publicitarias. Participaron un total de 376 mujeres, 140 fueron expuestas a imágenes de mujeres delgadas, 127 a imágenes de mujeres con sobrepeso y

109 a imágenes de mujeres ejercitándose o comiendo de manera saludable. Todas las participantes fueron evaluadas con el EAT-40, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, la lista de adjetivos de Axelrod y un Cuestionario de Emociones. Los resultados revelaron que tanto los niveles de depresión como los de ansiedad se elevaron en las participantes con riesgo de TCA después de observar las imágenes, pero que disminuyeron en el resto de las jóvenes. En general, las participantes que se expusieron a imágenes de mujeres delgadas reportaron emociones más negativas hacia sus cuerpos que aquellas que fueron expuestas a imágenes de mujeres con sobrepeso.

Behar, Vergas & Cabrera (2010) estudiaron la presencia de insatisfacción corporal y las características psicopatológicas y conductuales entre grupos de mujeres con y sin trastornos alimentarios. Un grupo estaba compuesto por 52 pacientes de sexo femenino, del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso, cuya media etaria fue de 20 años. El otro grupo estaba integrado por 51 estudiantes de sexo femenino, de la Universidad de Valparaíso, cuya media fue de 21 años. A ambos grupos se les administró: el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI) y el Cuestionario de Insatisfacción de la Imagen Corporal (BSQ). Los resultados obtenidos fueron: las pacientes alcanzaron puntajes significativamente más elevados que las estudiantes en el BSQ, EAT-40, EDI y sub-escalas, excepto perfeccionismo. La insatisfacción corporal arrojó puntajes más elevados en las pacientes con TCA.

1.8 Imagen Corporal

De acuerdo a Rosen (1997), la imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo.

Raich (2001) define la imagen corporal como:

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

Thompson (1990, citado en Raich, 2001), concibe que el constructor de imagen corporal está constituido por tres componentes:

- 1) *Componente perceptual*: hace referencia a la manera en cómo nos vemos en nuestra mente, la fotografía interna que generamos de nuestro cuerpo.

- 2) *Componente subjetivo (cognitivo-afectivo)*: incluye tanto los pensamientos (positivos y negativos), como las expectativas que generamos y los sentimientos (tristeza, rabia, alegría, etc.)
- 3) *Componente conductual*: es la manera en que actuamos de acuerdo a los pensamientos y sentimientos que generamos en relación a nuestro cuerpo.

Raich (2001) sostiene que:

(...) La imagen corporal no es fija e inmóvil, sino que puede ser diferente a lo largo de los años de la vida, tiene un fuerte anclaje en la infancia y la adolescencia, pero está mantenida por diversas circunstancias y maneras de interpretarlas del momento actual. (p. 26)

A) Alteraciones en la Imagen Corporal

Salaberria, Rodríguez y Cruz (2007) encontraron que en general cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecuan a la realidad, ocupan la mente, con intensidad y frecuencia, y generan malestar interfiriendo negativamente en la vida cotidiana hablamos de trastornos de la imagen corporal.

Sepúlveda, Botella y León (2001) entienden a la alteración de la imagen corporal como:

La presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales. Aunque siempre es esperable un cierto margen de error en las apreciaciones sobre el propio cuerpo, la presencia de sesgos sistemáticos en los pacientes con desórdenes de la alimentación ha llevado a generalizar el concepto de alteración de la imagen corporal. (p.5)

Garner y Garfinkel (1981; citado por Espina, Ortega, Ochoa de Alda, Yenes & Amagoia, 2001) señalan que en las alteraciones de la imagen corporal incluyen dos aspectos relacionados: la distorsión perceptiva de la talla que conlleva una sobrestimación de partes del cuerpo y la alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura.

La imagen corporal va construyéndose evolutivamente, así, desde la infancia, comenzamos a conformar nuestra imagen corporal. Tal como se puede observar en la figura 2, existen varios factores que influyen en la aparición del trastorno de la imagen corporal, algunos históricos y otros actuales.

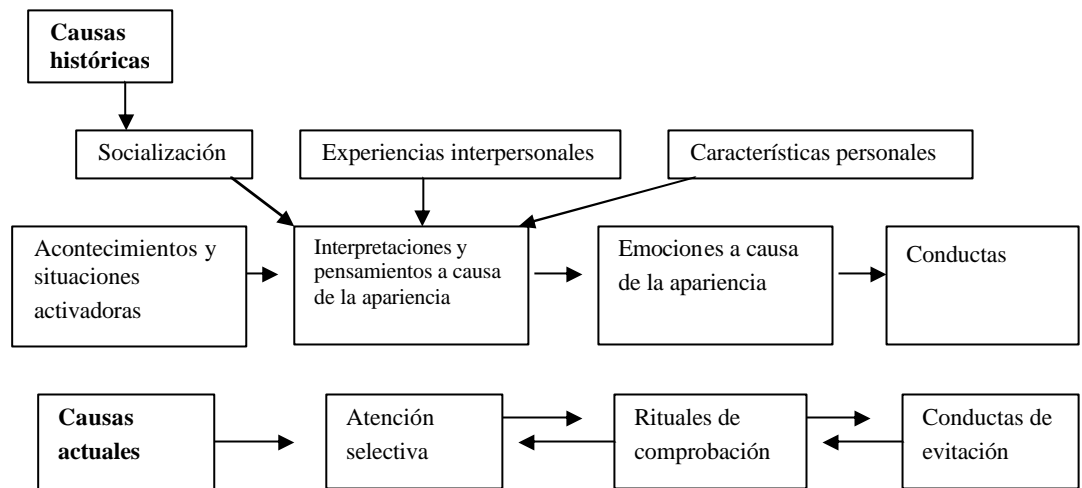


Figura 3: *Desarrollo y mantenimiento de una imagen corporal negativa.* (Raich, 2001)

Nuestro sentido básico de identidad está arraigado en un cuerpo, nuestro cuerpo. Parece que alrededor de la edad de dos años, muchos niños ya pueden reconocerse a sí mismos en un espejo. Cada vez más, la corporeidad da retroinformación de cómo somos y también cada vez más queda patente cómo nos ven los demás (Raich, 2001).

Raich (2001) considera que uno de los factores más influyentes para el desarrollo de una imagen corporal negativa es la presión cultural hacia la esbeltez y la estigmatización de la obesidad.

Los modelos culturales estéticos son más inflexibles en el caso de las mujeres que en los hombres, pues, en las primeras, la valoración del atractivo físico es el indicador más importante en su auto-concepto. Ellas tienden a experimentar las modas y la estética predominante en la cultura que valora la delgadez como atractivo físico. Notablemente estas valoraciones afectan la salud de la mujer (García, 2004).

En cuanto a las experiencias interpersonales, Raich (2001) asevera que “tanto la familia como los amigos influyen como modelos. Cuando una persona observa que su familia o sus amigos se preocupan por su físico, aprende que es importante preocuparse por su físico” (p.71).

En las mujeres, los cambios físicos de la pubertad pueden provocar preocupación inicial acerca de la apariencia física. Dichos cambios producen feedback o comentarios de las otras personas, influenciando en la imagen corporal y en la

autoestima, así es que, “la etapa de la adolescencia se convierte en un momento estresante, donde la necesidad de agradar (orientación interpersonal) y de seguir los cánones de la moda del momento puede explicar la aparición de trastornos alimentarios en las jóvenes”. (Raich, 2001:78)

Toro (2004) afirma que “en el contexto de los TCA, la insatisfacción corporal es consecuencia de la discrepancia existente entre cuerpo percibido y cuerpo ideal” (p.181). Es decir, generalmente, el malestar estético constituye probablemente el principal factor que precede a las decisiones de adelgazar y que puede propiciar el inicio de la mayor parte de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

La sobre-estimación del tamaño corporal no se limita exclusivamente a los trastornos alimenticios. Gran parte de las mujeres no están conformes con su imagen corporal, lo cual puede ser producto de la gran presión cultural que las sociedades ejercen respecto al tema del adelgazamiento (Perpiñá, 1995). Siguiendo la misma línea, Santellán (2009) sustenta que en las adolescentes la insatisfacción con el propio cuerpo surge de la denominada “comparación social”. La autoevaluación corporal como apropiado o inapropiado, se mide teniendo en cuenta los modelos estéticos culturales que se presentan como un modelo ideal de belleza corporal.

De manera similar, Toro (2004) sostiene que:

Con Anorexia Nerviosa o sin ella, el malestar producido por la percepción de la imagen corporal y por su evaluación estética subjetiva constituye probablemente el principal factor que precede a las decisiones de adelgazar, decisiones que a su vez suelen determinar el inicio de la mayor parte de los TCA. A tal malestar llamamos *insatisfacción corporal*. (p.181)

Por un lado, en el 2004, Raich alegó que una imagen corporal negativa puede causar ansiedad interpersonal. Es decir, si uno no es capaz de aceptarse tal cual es, comprenderá que los demás tampoco podrán hacerlo. Como resultado la persona se sentirá más incómoda en sus relaciones interpersonales, sucediendo a veces entre personas del mismo sexo o del sexo opuesto. Por otro, Ballester, Blanco, et al (2002) afirman que las alteraciones de la imagen corporal pueden ser causa de problemas emocionales importantes en la adolescencia y que podrían actuar como un factor de riesgo predisponente, precipitante o mantenedor del TCA.

Generalmente, una pobre imagen corporal va asociada a una baja autoestima. “Los estudios confirman que por lo menos un tercio de la propia autoestima se refiere a

lo positiva o negativa que resulta la autoimagen. Si a uno no le gusta su cuerpo es difícil que le guste la persona que vive en él” (Raich, 2004: 10). La misma autora también hace referencia a que la insatisfacción de la imagen corporal también se encuentra relacionada con la identidad de género, a los sentimientos de femineidad y masculinidad.

Raich (2001) cita a Rosen (1990) quien afirma que hay tres mecanismos de mantenimiento de una imagen corporal negativa:

1. Atención selectiva: cuando ponemos elevado interés en aquellas partes del cuerpo que menos nos agradan, de modo tal que mantenemos constantemente esta preocupación.
2. Conductas de evitación: como puede ser no llevar determinada ropa o asistir a ciertas reuniones por miedo a que me juzguen por mi aspecto físico.
3. Rituales de comprobación: preguntar repetidamente por la presencia o ausencia de un defecto, o mirarse a menudo al espejo, siendo la inseguridad y el desconcierto cada vez más grande.

Si bien en las mujeres la insatisfacción corporal es muy frecuente, no es suficiente para definir el Trastorno de la Imagen Corporal.

Raich (2004) afirma:

Los individuos con este trastorno devalúan su apariencia intensamente, imaginan que la otra gente se fija y se interesa por su defecto, ponen mucho énfasis en el defecto de su apariencia (...) Creen que su defecto es una prueba fehaciente de la imposibilidad de ser queridos o apreciados y una muestra de debilidad, pereza o de algún defecto de carácter (...) Conductualmente, organizan su estilo de vida alrededor de su preocupación corporal. Pueden consumir gran cantidad de horas al día comprobando su defecto ante el espejo o ante cualquier superficie reflejante. (p.5)

En 2005, Philips estableció que el Trastorno de la Imagen Corporal (TIC) es una condición multidimensional que está asociada a un gran malestar subjetivo y puede ser perturbador especialmente para la relación social.

Espina, et al. (2001) citan a Rosen (1992), quien sostiene que el trastorno de la imagen corporal juega un papel importante en el mantenimiento y pronóstico de los

trastornos alimentarios y la ausencia de cambios constituye, en ese nivel, un riesgo de recaída.

B) Errores cognitivos en la Imagen Corporal

Los *Trastornos Alimentarios* comprenden alteraciones en la imagen corporal a nivel perceptual, cognitivo y conductual.

Se observa en la figura 3, cómo la interpretación y los sentimientos generan determinados comportamientos

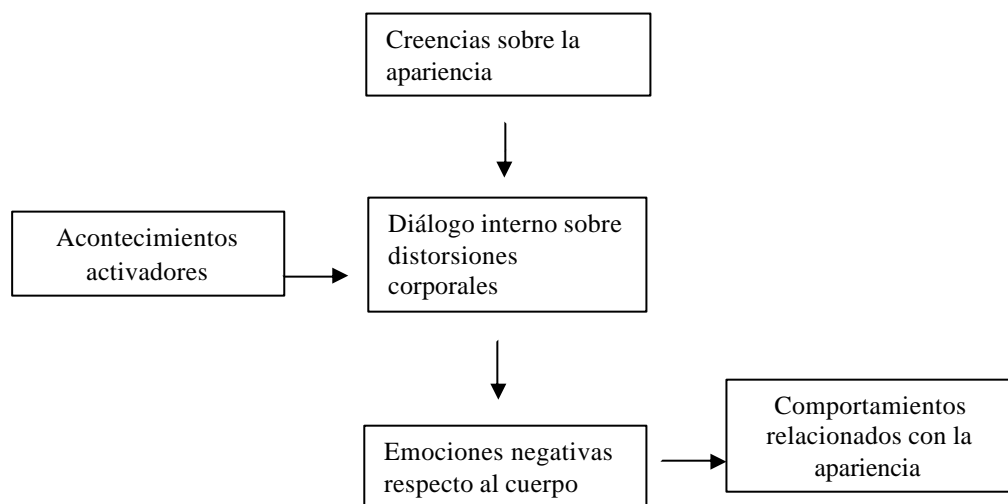


Figura 4. *El papel de los errores cognitivos en la imagen corporal* (Raich, 2001)

Entre los problemas que acompañan a una mala imagen corporal, Raich (2001) refiere los siguientes:

- Baja autoestima
- Problemas con la identidad de género
- Ansiedad interpersonal
- Problemas en las relaciones sexuales
- Depresión

Cash (citado en Raich, 2001) confeccionó la “Docena Sucia” de pensamientos distorsionadores o errores cognitivos respecto de la apariencia corporal. Estos son:

- *La bella o la bestia*: son pensamientos exagerados, donde no se aceptan aspectos parciales positivos, y como ser “perfecto” es muy difícil, deciden considerarse de manera despectiva, o bien, imponerse regímenes drásticos para intentar aproximarse al ideal.
- El ideal irreal: se refiere al uso del ideal social como un estándar de apariencia aceptable.
- La comparación injusta: consiste en compararse con otra persona que tenga las características que le gustaría tener. Suelen despertarse sentimientos de envidia.
- La lupa: se observan detalladamente sólo las partes que se consideran más negativas de la propia apariencia.
- La mente ciega: disminuye cualquier aspecto que pueda llegar a considerarse mínimamente atractivo.
- La fealdad radiante: cuando la insatisfacción de un aspecto de la apariencia se generaliza, encontrando diversos defectos.
- El juego de la culpa: atribuye decepciones, rechazos u otros acontecimientos negativos a un aspecto de la apariencia con el que está insatisfecho.
- La mala interpretación de la mente: interpreta la conducta de los demás en función de algún fallo en el aspecto corporal.
- Predicción de desgracias: que sucederán por culpa de la apariencia.
- La belleza limitadora: limitación del comportamiento por las preocupaciones sobre la apariencia.
- Sentimiento de fealdad: conversión de un sentimiento personal en una verdad universal.
- Mal humor: que, proveniente de otras causas no relacionadas con la apariencia física, se desborda sobre la imagen corporal, criticándola.

Raich (2001) alega que estas distorsiones cognitivas son muy frecuentes y que en ocasiones se adoptan como obsesiones y pasan a tener una preocupación exagerada que interfiere en actividades de la vida diaria.

C) Factores influyentes en la Insatisfacción Corporal

Según Toro (2004), los factores más influyentes en la insatisfacción de la imagen corporal en mujeres, actúan ya en épocas tempranas de la vida, son básicamente tres: familia, amigas y medios de comunicación.

1) *Familia*: agente transmisor de suma importancia a través de comentarios, críticas y bromas referidas al cuerpo, y mediante los modelos adultos, especialmente el suministrado por madres excesivamente preocupadas por su estética corporal.

Raich (2001) considera que la individualización de la presión social por la esbeltez viene dada en muchas ocasiones por la misma familia, que comenta la importancia de la apariencia delgada y refuerza los comportamientos de dieta y rechaza el sobrepeso o la obesidad.

Hill y Franklin (1998, citado en Toro, 2004) conciben que madres e hijas tienden a coincidir entre sí en el seguimiento de regímenes alimentarios restrictivos

2) *Amigas*: durante la pubertad, el grupo de amigas se transforma en el principal ámbito de influencia, por tal motivo, pueden constituirse en un importante factor de riesgo para promover o potenciar insatisfacción corporal y otras características afines en las integrantes del grupo.

Sand y Wardle (2003, citado en Toro, 2004) señalan que la familia y el grupo de coetáneos ejercen una influencia significativamente superior a la de los medios de comunicación. Los grupos tienden a homogeneizar a sus miembros en conductas, actitudes y valores.

3) *Medios de comunicación*: “la transmisión de la delgadez corporal como objeto de culto colectivo a perseguir individualmente se está realizando cada día a través de todos los medios de comunicación y difusión” (p. 197).

Por un lado, Santellán (2010) sostiene que la insatisfacción corporal al interactuar con factores socioculturales como la influencia de los pares, puede favorecer no sólo conductas alimentarias anómalas, sino también contribuir en la vulnerabilidad a las influencias de los modelos sociales relacionados al ideal de delgadez. Por el otro, Toro (2004) menciona que hay otros factores influyentes como precursores de una mayor insatisfacción corporal. Estos son: el predominio de estados afectivos negativos,

tener sobrepeso previo y el establecimiento de vinculaciones socio-afectivas inseguras desde la infancia.

En base a esto, se podría coincidir con la postura de Raich (2001) quien considera que “ser criticado repetidamente o recibir burlas por la apariencia durante la infancia o la adolescencia tiene un efecto importante en el desarrollo de la imagen corporal” (p.71).

D) Imagen Corporal en la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa

Como ya se mencionó anteriormente, la insatisfacción corporal es una característica elemental de los TCA, y por lo tanto, está considerada como un factor de riesgo para contraer conductas inapropiadas acerca de la figura y el peso corporal.

La insatisfacción corporal se encuentra estrechamente relacionada con el miedo al peso y al deseo de delgadez, es un ingrediente especial de los TCA y, sin duda, de la AN y es el desencadenante común de la decisión de perder peso o/y de seguir perdiéndolo (Toro, 2004).

El mismo autor asienta que la insatisfacción corporal y las alteraciones de la imagen corporal, acompañadas de mayor o menor sobreestimación de las dimensiones corporales son ingredientes relevantes y patógenos de la Anorexia Nerviosa y de la Bulimia Nerviosa.

Raich (2001) reflexiona que algunas mujeres han desarrollado una intensa preocupación e insatisfacción con su cuerpo por algún acontecimiento traumático, como haber sido violadas o abusadas cuando eran pequeñas, etc.

Pantano y Santoanastaso (1989); Sturmey y Slade (1986); citados por Raich (2004, p.10) afirman que las preocupaciones por el peso y la forma, que se dan exclusivamente durante el curso de anorexia o bulimias nerviosas, no se diagnostican separadamente como trastorno dismórfico, pero, estudios de casos de pacientes que han oscilado y pasado de uno a otro diagnóstico, indican que son trastornos relacionados.

Rosen, Reiter y Orosan (1995) citados por Raich (2004) sostienen que las conductas purgativas en las bulímicas son equiparables a los remedios de belleza utilizados por las personas con trastorno dismórfico. De todos modos, cabe aclarar, que

las jóvenes diagnosticadas de TCA tienen más preocupaciones corporales que las estrictamente referidas al peso o a la figura.

1.9 Aspectos socioculturales

Actualmente vivimos inmersos en una cultura que sobrevalora la delgadez, por lo que los trastornos alimentarios pueden considerarse una enfermedad socialmente promovida. Diversas mujeres se encuentran centradas en el aspecto físico, esa preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo pueden ir desde una preocupación normal hasta una patológica. (Bernard, 1985, en Toro, 2004)

Turón Gil (1997) considera que “la moda o la lucha feroz para evitar el sobrepeso, lleva a millones de personas a restringir su alimentación e iniciar dietas que en poco tiempo pretenden conseguir objetivos difícilmente alcanzables para el organismo” (p.11).

Se mencionó anteriormente que los factores socioculturales son de primordial importancia en la génesis y mantenimiento de los trastornos del comportamiento alimentario. Afirma Toro (1999) que sin ellos es imposible entender la fenomenología de estos trastornos, su naturaleza, sus manifestaciones, los cambios a lo largo de la historia, etc. No hay duda de que hay otros factores imprescindibles como, por ejemplo, los biológicos y psicológicos, pero se podría coincidir con Toro en que no son tan trascendentes como los socioculturales.

Como afirma Ladish (2001) vivimos en una sociedad en la que la presencia física, es decir el cuerpo esbelto y la juventud son valores sumamente importantes, que las personas aspiran a alcanzar. Se puede decir que la imagen corporal y el peso socialmente ideal conllevan a que las mujeres se comparen permanentemente con otras. En nuestra sociedad existe verdaderamente una “fobia a la obesidad”, se considera que los gordos son menos atractivos, menos exitosos, débiles, perezosos (Polivy y Hernan, 1983; 2002, en Behar & Figueroa, 2004). Es así como la gordura se asocia al malestar y/o infelicidad, mientras que la delgadez a la felicidad y al bienestar.

Las teorías socioculturales establecen que el ideal estético corporal propuesto por la sociedad y masificado por los medios de comunicación es internalizado por las mujeres de la cultura occidental debido a la elevada dependencia existente entre

autoestima y atractivo físico (Raich, 2001). En relación con lo anteriormente expuesto, se puede decir que nos hallamos inmersos en lo que Behar & Figueroa (2004) llaman “cultura de la belleza”, en la que no son primordiales los valores de las personas, ya que solo se los considerará valiosos en la medida en que proyecten una buena imagen corporal. Básicamente lo que sostiene la autora es que en la sociedad actual no importa cómo ni quiénes somos sino que cobra mayor significado nuestra apariencia física. Del mismo modo, Santellán (2010) sostiene que la delgadez, la juventud, el tono perfecto de piel, la medida apropiada de busto, las caderas angostas y la buena figura, entre otros requerimientos corporales, se presentan como un valor altamente aceptado en una cultura que prioriza la imagen corporal, sin tomar en cuenta las singularidades de cada cuerpo.

Fallon (1990), citado por Toro (1999, p.55), alegó lo siguiente:

(...) podemos ver que la cultura establece la norma (un cuerpo delgado); la biología individual suministra razones para la inadecuación o la limitación (p. ej., un cuerpo grueso); la cultura proporciona el procedimiento aceptable para modificarla (comer menos), y el estatus como miembro del grupo cultural (esto es, ser mujer y poseer una autoestima dependiente de los atributos físicos) influye en el vigor con que el individuo persigue los procedimientos de modificación.

Se puede afirmar que el adelgazar ha llegado a ser un auténtico artículo de consumo en nuestra sociedad. Tanto es así que ha dado lugar a importantes industrias fabricantes de productos para adelgazar que, por supuesto, necesitan cada vez más de un mayor número de partidarios de la delgadez.

Poulisis (2011) considera que cuanto mayor sean nuestros ideales y expectativas más lejos estará la posibilidad de alcanzar nuestros objetivos, por lo tanto habrá más frustración, más insatisfacción y menos valoración positiva. Vivir constantemente despreciándose, a la par que se enaltece a los demás, solo hace que se sienta la propia ineficacia, a pesar de los logros objetivos, porque rápidamente surgirá la descalificación.

Es pertinente aclarar que las mujeres son quienes expresan mayor insatisfacción corporal, debido a que presentan mayor interés por su apariencia y peso, y por tal motivo, son quienes con más frecuencia se involucran en esfuerzos para controlarlo. Además, la estigmatización de individuos obesos es más prevalente y rigurosa para las mujeres que para los hombres, implicando presiones socioculturales que hacen del peso corporal una “normativa de descontento” para la mayoría de las mujeres (Behar & Figueroa, 2004).

Pérez Gaspar (2009) ratifica que desde hace varias décadas, la mujer además de conservar el rol femenino tradicional (maternidad, cuidado de los hijos, etc.), se ha incorporado al mundo laboral interiorizando algunos aspectos del rol masculino (competitividad, persecución del éxito, etc.). La confluencia de ambos roles ha favorecido a un mayor nivel de autoexigencia, un estilo de vida más estresante y en consecuencia, una mayor inestabilidad emocional. Todo ello puede colaborar para que, tras situaciones vitales estresantes, se busque el autocontrol a través del control del peso y la figura.

Diversos autores afirman que el hecho de que las mujeres jóvenes tengan preocupaciones tempranas acerca del atractivo corporal sería una evidencia del poder que ejerce la socialización en la modelación del rol sexual, y la internalización de presiones socioculturales sería el mediador de los efectos adversos del ideal de delgadez (Behar & Figueroa, 2004; Vidal, 2006)

1.10 Medios masivos de comunicación

Poulisis (2011) asegura que la promoción y la multiplicación de los medios de comunicación constituyen un fenómeno que es el principal responsable de la difusión de los trastornos alimentarios a través de todo el tejido social. Del mismo modo Pérez Gaspar (2009) afirma que los medios de comunicación potencian el modelo estético cultural actual, favoreciendo la creación de la opinión general que consiste en creer que para ser considerada “bella y atractiva” se debe someter el cuerpo, sin importar sus costos, a los procedimientos necesarios para lograr el objetivo estético anhelado.

De acuerdo con Figueroa (2004, citado en Toro, 2004):

En las sociedades actuales, los medios de comunicación de masas juegan un rol indiscutido en la transmisión de información, aunque los mensajes también reflejan ideas, valores, normas, y pautas de comportamiento. De esta manera, los medios masivos de comunicación proporcionan a la sociedad un espacio de diversión, esparcimiento, educación e información, y paralelamente ofrecen imágenes corporales que fomentan conductas que pueden desencadenar trastornos alimentarios en poblaciones vulnerables. (p.80)

De manera similar, Santellán (2010) manifiesta que los medios masivos de comunicación muestran de manera explícita cuál es la forma esperable para esta cultura postmoderna, en que las mujeres deberían asumir su identidad sexual: una sexualidad

restringida a un cuerpo bello y joven. El mensaje que se transmite sistemáticamente es claro y redundante en cuanto a la manera de concebir la restricción de la condición femenina al cuerpo bello.

Poulisis (2011), considera que una de las dificultades en la recuperación de estos trastornos es la circulación permanente y amplificadora de mensajes que refuerzan la enfermedad. Vivimos en una sociedad que privilegia la delgadez y la búsqueda del “cuerpo perfecto”.

Los jóvenes y niños que pasan horas sentados frente al monitor de la computadora, navegando por diferentes blogs y relacionándose a través de redes sociales como Facebook y Twitter, caen, fácilmente, en el sedentarismo, lo que los hace proclives a la obesidad. (Poulisis, 2011)

Poulisis (2011) afirma que:

En la Argentina, el 16% de los 11.825.140 usuarios de Facebook tienen menos de dieciocho años, según el sitio de estadísticas online de Facebooker. Un modo de compensar esa falta de desgaste de energía es no comer o comer y purgarse, o someterse a sesiones extenuantes de gimnasio. (p.68)

Quienes padecen anorexia o bulimia encuentran y refuerzan su identidad con la enfermedad en diferentes comunidades virtuales, que hacen de los trastornos alimentarios un punto de encuentro. Allí organizan competencias para ver quién logra descender más de peso, como también, sugieren consejos para realizar ayunos y purgas los cuales suelen incluir credos y juramentos de inspiración hacia la delgadez. Se denominan Pro Ana, cuando promueven la anorexia, y Pro Mia, cuando motivan la bulimia.

Ladish (2002) afirma que la publicidad nos muestra modelos idealizados prácticamente inalcanzables, por lo tanto no se deberían tomar como patrón a imitar. Los medios de comunicación nos venden el modelo estético ideal a alcanzar.

Jiménez Cruz y Gutiérrez (2010) encuentran una estrecha relación entre la exposición a los medios masivos de comunicación, las emociones generadas en las mujeres que los miran y la presencia de riesgo para contraer trastorno de la conducta alimentaria.

Scott (2010) citado por Poulisis (2011, p.68), comenta que en un estudio realizado por la Asociación Americana de Salud Pública de Estados Unidos, se

concluyó que los adolescentes que pasan más de tres horas en redes sociales virtuales, que envían más de 120 mensajes de texto por celular en el día, presentan un riesgo más elevado de padecer adicciones, trastornos de alimentación y depresión, y también problemas de comportamiento y ausentismo escolar. Así, los que están más conectados presentan un 69% más de probabilidades de beber alcohol en exceso, fumar, tener sexo de forma riesgosa e involucrarse en comportamientos de alto riesgo.

Stice y Shaw (1994; citado por Cruz y Guitiérrez, 2010) encontraron que la exposición a imágenes de mujeres delgadas tomadas de revistas se relacionó con un incremento en los niveles de depresión, estrés, culpa, vergüenza, inseguridad, insatisfacción corporal y sintomatología de bulimia en mujeres estudiantes, en comparación con los resultados conseguidos tras la exposición a imágenes de mujeres con normo peso, especialmente en aquellas participantes con un alto grado de internalización de la delgadez.

1.11 La Moda: Presión hacia la delgadez

El mundo de la moda, desde la alta costura hasta los pequeños talleres de modistas han desempeñado desde sus inicios históricos un papel relevante en la preocupación femenina por revelar/ocultar el cuerpo. La difusión de las tendencias de la moda se transmite por medio de las modelos. Estas jóvenes que protagonizan las exhibiciones de la última moda, si bien se han convertido en “modelos de vestir”, Toro (1999) ratifica que más bien se convirtieron en “modelos corporales”. Las modelos difunden las pautas estéticas, la sociedad las siguen, y si creen no coincidir con ellas, pueden implementar pautas inapropiadas en sus comportamientos alimentarios. Como sostiene el autor, el culto de la delgadez extrema está cotidianamente arraigado que a veces genera decisiones entre dramáticas y ridículas. Creo pertinente aclarar que esa juventud de las modelos las sitúa más cerca de las adolescentes, las más indefensas ante esos impactos y las más susceptibles a contraer los trastornos del comportamiento alimentario.

Diversos autores sostienen que cada vez descende más la edad en que suelen iniciarse éstos trastornos, de modo que con frecuencia se detectan en edades prepuberales. Toro (1999) sustenta que en la niñez, alrededor de los siete años, ya se ha internalizado los patrones sobre estética corporal, incluyendo el rechazo a la obesidad.

Si bien los niños no suelen tener un contacto directo con los productos adelgazantes, éste se encuentra rodeado de adultos y adolescentes preocupados por estas cuestiones, que de algún modo le transmiten esas preocupaciones por estética corporal.

En Argentina se sancionó una “Ley de Talles” (Ley 12.665) que obliga a los fabricantes de ropa a ofrecer de cada prenda talles para todos los tamaños corporales, los cuales deben ir desde el 36 al 50. Pero, cabe aclarar, que las inspecciones demostraron que la norma aún no se cumple.

“Hay que concluir de una vez por todas que la interiorización de la preocupación por las formas del vestir conlleva ineludiblemente en nuestra sociedad la preocupación por la silueta y el peso.” (Toro, 1999, p. 248)

Chernin (1983, citado por Toro, 1999) sostiene que “la omnipresente tiranía de la delgadez estaría limitando el desarrollo de la mujer desde todos los puntos de vista, social, personal y físicamente. La mujer parece tener la obligación de avergonzarse de su cuerpo, y en consecuencia, proceder a modificarlo.” (p. 290)

De igual modo, Orbach (1988, citado en Toro, 1999) afirma que la mujer ha aceptado la presión social que le exige poseer un cuerpo esbelto. La restricción alimentaria, consecuencia de la aceptabilidad e interiorización proveniente de una normativa social, conduciría a una “desesperación” de la mujer por obtener ese cuerpo tan anhelado.

“La preocupación por el peso y la imagen corporal está tan extendida, especialmente entre las mujeres, y ha alcanzado proporciones tales, que en la actualidad es un fenómeno que puede considerarse como una parte normal de la experiencia femenina” (Silberstein et al., 1987, citado en Toro, 1999).

En general puede decirse que, la posibilidad de que una adolescente enferme al comenzar con comportamientos alimentarios restrictivos, dependerá, entre otros factores, de lo expuesta que esté a las exigencias estéticas del medio, y de cuánto se alejen éstas del desarrollo corporal normal de una adolescente (Santellán, 2009).

Capítulo 2: Metodología

2.1 Diseño Metodológico

- Finalidad: Básica.
- Tiempo: Transversal (sincrónica)
- Tipo de fuente: Primaria y secundaria.
- Tipo de diseño: Descriptivo, de diferencias entre grupos y correlacional.
- Orientación Teórica Metodológica: Cuantitativa.
- Control: No Experimental.
- Muestra: No probabilística, intencional de dos grupos de sujetos. El primer grupo está conformado por 30 jóvenes entre 12 y 21 años de edad que presentan diagnóstico de Trastorno Alimentario, de la Fundación Bienestar.

El segundo grupo está compuesto por 30 adolescentes entre 12 y 21 años de edad, quienes no presentan diagnóstico de Trastorno Alimentario.

Criterios de Inclusión de la muestra: Sexo femenino, edad comprendida entre 12 y 21 años, voluntad de participar.

Criterios de Exclusión de la muestra: No tener voluntad de participar, que sean menores de 12 años o mayores de 21 años o de sexo masculino.

2.2 Objetivo general:

- Analizar la insatisfacción en la imagen corporal en mujeres adolescentes con y sin diagnóstico de Trastornos Alimentarios.

2.3 Objetivos específicos:

- Describir los niveles de insatisfacción en la imagen corporal y de las conductas alimentarias en adolescentes con y sin diagnóstico de Trastornos Alimentarios.

- Verificar la existencia de asociaciones en la insatisfacción de la imagen corporal y las dimensiones de los trastornos alimentarios según la edad, peso, altura e índice de masa corporal en las adolescentes.
- Indagar si existen diferencias significativas en las conductas alimentarias según ambos grupos.
- Verificar la existencia de asociaciones en la insatisfacción de la imagen corporal total y las dimensiones de las conductas alimentarias.

Hipótesis:

Las pacientes diagnosticadas con TCA presentan mayores niveles de insatisfacción de la imagen corporal, en comparación con las adolescentes que no poseen dicho diagnóstico.

Variable Independiente: Trastornos Alimentarios.

Variable Dependiente: Insatisfacción de la Imagen Corporal.

2.5 Plan de análisis

Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial por medio de la utilización del programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*

2.6 Instrumentos:

Para la presente investigación se utilizaron los siguientes instrumentos con el fin de lograr los objetivos del estudio:

• **Inventario para la Evaluación de Conductas Alimentarias (ICA, Casullo & Pérez, 2003)**

El *Inventario para la Evaluación de Conductas Alimentarias* es una adaptación del Inventario de Desórdenes en la Alimentación (EDI) desarrollado en la Universidad de Toronto por el profesor David Garner (1991).

Este cuestionario evalúa rasgos o dimensiones psicológicas que deben ser tenidos en cuenta en la comprensión y el tratamiento adecuado de los Trastornos de la Alimentación.

El ICA es un instrumento autoadministrable que consta de 91 ítems. La persona evaluada deberá responder con una cruz en el casillero que le parezca adecuado, las opciones son: siempre (o casi siempre), generalmente, algunas veces y nunca (o casi nunca).

Casullo y Pérez, (2003) sostienen que el ICA propone evaluar la presencia de síntomas asociados con los trastornos mencionados, categorizados en las siguientes once dimensiones psicológicas:

- 1) **Deseos de adelgazar**: necesidad del sujeto de estar mucho más delgado o su temor a “ser gordo”. Los ítems que integran esta subescala se vinculan con preocupaciones por la dieta, el peso, el temor a aumentar de peso.
- 2) **Bulimia**: tendencia a pensar o involucrarse en comportamientos que implican comer de manera excesiva.
- 3) **Insatisfacción corporal**: sentimientos de disconformidad con determinadas partes del cuerpo propio (su forma y/o tamaño), presencia de una perturbación en la “imagen corporal”.
- 4) **Ineficacia**: presencia de sentimientos de inseguridad, desamparo, falta de control sobre la propia vida. Se vincula con “baja autoestima” o “pobre autoconcepto”, incluyendo además referencias a sentimientos de “vacío” y “soledad”.
- 5) **Perfeccionismo**: presencia de pensamientos o creencias acerca de que los demás esperan del sujeto sólo conductas exitosas.

- 6) **Desconfianza**: existencia de sentimientos sobre la necesidad de mantenerse alejado/a de las demás personas.
- 7) **Alexitimia**: presencia de sentimientos confusos en relación con el reconocimiento de afectos, la imposibilidad de diferenciar sentimientos de sensaciones corporales.
- 8) **Miedo a crecer**: hace referencia al deseo de poder detener el crecimiento personal, el miedo a crecer y convertirse en adulto.
- 9) **Ascetismo**: tendencia a comportarse de manera “virtuosa” a través de ciertos ideales como la autodisciplina, el autorechazo y el autocontrol.
- 10) **Impulsividad**: presencia de tendencias impulsivas, hiperactividad, hostilidad, componentes destructivos en las relaciones interpersonales. Esta dimensión está relacionada con características de personalidad borderline y psicopática.
- 11) **Inseguridad social**: creencias de la persona respecto a sus relaciones sociales las que pueden ser percibidas como tensas, inseguras, desagradables, y, en general, de baja calidad. (p. 1-2)

• **Instrumento: Body Shape Questionnaire (BSQ, Copper et al., 1987)**

La finalidad del mismo es medir el grado de insatisfacción sobre el peso y la imagen corporal. El Body Shape Questionnaire (BSQ) es un cuestionario auto-administrable, formado por 34 ítems que evalúan la insatisfacción en la imagen corporal. A partir de la puntuación total obtenida es posible establecer tres categorías: 1) leve preocupación: menos de 81, 2) pensamiento ocasional: de 81-109, 3) moderada preocupación: 110-140, y 4) preocupación extrema: más de 140.

Capítulo 3: Presentación y análisis de los resultados

3.1 Caracterización de la muestra

Se trabajó con una muestra compuesta por 60 mujeres adolescentes. El 50 % ($n=30$) de las jóvenes poseían el diagnóstico de trastornos alimentarios (Anorexia, Bulimia, y TANES) mientras que el 50 % ($n=30$) restante no lo presentaban.

Con respecto a la edad, la media era de 15.55 años ($DE=1.78$), el mínimo 12 años y el máximo 21 años. En relación a la altura y peso autodefinidas la media de altura era de 1.62 metros (mínimo 1.45; máximo 1.78) y de peso la media era de 54.88 kilos (mínimo 35; máximo 70). Por consiguiente la media del índice de masa corporal obtenido fue de 20.58 (mínimo 16.15; máximo 24.80).

3.2 Análisis

Con el fin de evaluar los niveles de insatisfacción en la imagen corporal y las conductas alimentarias de las adolescentes evaluadas, se calcularon las puntuaciones medias del BSQ total y de las dimensiones que evalúan las conductas de la alimentación (Ver tabla 1).

Tabla 1.
Puntuaciones medias en la insatisfacción de la imagen corporal y las conductas alimentarias de las adolescentes con y sin diagnóstico de trastornos en la alimentación.

	M	DE
BSQ total	110.88	44.62
Deseo de adelgazar	1.94	0.88
Insatisfacción corporal	2.14	0.89
Ineficacia	1.17	0.72
Perfeccionismo	1.75	0.63
Desconfianza	1.39	0.75
Alexitimia	1.16	0.75
Miedo a crecer	1.70	0.46
Ascetismo	1.26	0.92
Impulsividad	0.87	0.54
Bulimia	1.13	0.71
Inseguridad social	1.52	0.83

Como puede observarse en la Tabla 1, las dimensiones que mayor puntuación media obtuvieron en los participantes son la *insatisfacción corporal* y los *deseos de adelgazar*, lo que significa que estas adolescentes no están conformes con su esquema corporal y al mismo tiempo tienen necesidad de estar más delgado

Luego se procedió a realizar una prueba de normalidad para saber si se podría asumir o no la distribución normal de la variable dependiente.

Se asume la no normalidad de la distribución de la variable dependiente BSQ total, y de todas las dimensiones del ICA. Para eso se empleó la Prueba KS (Kolmogorov-Smirnov) (ver Tabla 2). Por lo tanto se utilizará pruebas no paramétricas para el análisis de los posteriores resultados.

Tabla 2. Prueba de normalidad

		Kolmogorov-Smirnov(a)		
	Diagnóstico	Estadístico	gl	Sig.
Deseo de adelgazar	si	,218	29	,001
	no	,093	27	,200(*)
Insatisfaccion corporal	si	,249	29	,000
	no	,123	27	,200(*)
Ineficacia	si	,145	29	,121
	no	,118	27	,200(*)
Perfeccionismo	si	,126	29	,200(*)
	no	,140	27	,190
Desconfianza	si	,153	29	,082
	no	,084	27	,200(*)
Alexitimia	si	,088	29	,200(*)
	no	,177	27	,030
Miedo a crecer	si	,191	29	,008
	no	,155	27	,095
Ascetismo	si	,124	29	,200(*)
	no	,210	27	,004
Impulsividad	si	,114	29	,200(*)
	no	,201	27	,007
Bulimia	si	,115	29	,200(*)
	no	,176	27	,031
Inseguridadsocial	si	,110	29	,200(*)
	no	,184	27	,020
deseoadelgazar2	si	,218	29	,001
	no	,093	27	,200(*)
bulimia2	si	,115	29	,200(*)
	no	,176	27	,031
insatisfaccion2	si	,249	29	,000
	no	,123	27	,200(*)
ineficacia 2	si	,145	29	,121
	no	,118	27	,200(*)

perfeccionismo2	si	,126	29	,200(*)
	no	,140	27	,190
desconfianza2	si	,153	29	,082
	no	,084	27	,200(*)
alexitimia2	si	,088	29	,200(*)
	no	,177	27	,030
miedocrecer2	si	,191	29	,008
	no	,155	27	,095
ascetismo2	si	,124	29	,200(*)
	no	,210	27	,004
impulsividad2	si	,114	29	,200(*)
	no	,201	27	,007
inseguridadsocial2	si	,110	29	,200(*)
	no	,184	27	,020
BSQ	si	,124	29	,200(*)
	no	,118	27	,200(*)

* Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a Corrección de la significación de Lilliefors

Luego con el fin de detectar si existían diferencias significativas en la insatisfacción en la imagen corporal y en las conductas alimentarias, en el grupo de adolescentes con diagnóstico en trastornos alimentarios y sin trastornos alimentarios, se realizó una prueba U de Mann Withney, que arrojó los siguientes resultados:

Insatisfacción de la imagen corporal

Tabla 3.

Insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes con y sin diagnóstico de trastornos alimentarios.

	Diagnóstico	Rango promedio	Z	sig	U de Mann-Whitney
BSQ	Si	44,50	-6,597	.000	470
	NO	15,00			

En relación a los niveles de insatisfacción de la imagen corporal obtenidos de las adolescentes como se exhibe en la Tabla 3, las pacientes con diagnóstico de trastornos alimentarios muestran mayores puntuaciones en la escala de Insatisfacción Corporal diferenciándose significativamente de las adolescentes sin éstos trastornos.

Conductas alimentarias

Como se observa en la Tabla 4, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones del inventario de evaluación de conductas alimentarias a favor de las adolescentes con diagnóstico de trastornos en la alimentación. En todas las dimensiones las jóvenes con diagnóstico obtuvieron mayores puntuaciones.

Tabla 4. *Trastornos de conductas alimentarias en adolescentes con y sin diagnóstico de trastornos alimentarios*

		Rango promedio	Z	sig	U de Mann- Whitney
Deseo de adelgazar	si	42,17	-5.55	.000	70
	no	17,41			
Insatisfacción corporal	si	41,78	558.500	.000	93.5
	no	18,62			
Ineficacia	si	45,28	471.500	.000	6.5
	no	15,72			
Perfeccionismo	si	38,42	677.500	.000	212.5
	no	22,58			
Desconfianza	si	43,20	534.00	.000	69.00
	no	17,80			
Alexitimia	si	44,37	439.00	.000	4.00
	no	15,14			
Miedo a crecer	si	40,70	609.00	.000	144.00
	no	20,30			
Ascetismo	si	45,30	471.00	.000	6.00
	no	15,70			
Impulsividad	si	40,92	466.00	.000	137.500
	no	20,08			
Bulimia	si	42,93	-5.90	.000	47.00
	no	16,62			
Inseguridad social	si	44,23	-6.105	.000	38.00
	no	16,77			

Asociaciones en las conductas alimentarias y la insatisfacción en la imagen corporal según edad, peso, altura e índice de masa corporal

Luego con el fin indagar si existían asociaciones en la insatisfacción en la imagen corporal y en las conductas alimentarias en las adolescentes según la edad, el peso, la altura y el índice de masa corporal, se realizó una prueba R de Spearman, que arrojó los siguientes resultados:

Tabla 5.
Asociaciones entre las conductas alimentarias y la insatisfacción en la imagen corporal y edad, altura, peso e índice de masa corporal

	edad	altura	peso	Índice masa corporal
Deseo de adelgazar	r=.050	r=.160	r=-.044	r=-.205
Insatisfacción corporal	r=.062	r=.217	r=.045	r=-.090
Ineficacia	r=-.015	r=-.016	r=-.315(*)	r=-.489(**)
Perfeccionismo	r=-.106	r=.047	r=-.162	r=-.210
Desconfianza	r=-.054	r=-.083	r=-.362(**)	r=-.545(**)
Alexitimia	r=.072	r=.026	r=-.335(**)	r=-.532(**)
Miedo a crecer	r=.106	r=-.010	r=-.168	r=-.185
Ascetismo	r=.036	r=.097	r=-.241	r=-.501(**)
Impulsividad	r=.065	r=-.037	r=-.272(*)	r=-.430(**)
Bulimia	r=.069	r=.100	r=-.172	r=-.391(**)
Inseguridad social	r=-.075	r=-.001	r=-.265(*)	r=-.430(**)
Insatisfacción imagen corporal (BSQ)	r=.112	r=.184	r=-.058	r=-.253

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Como se exhibe en la Tabla 5, las dimensiones ineficacia, alexitimia, impulsividad, bulimia, inseguridad social, ascetismo y desconfianza del inventario de conductas alimentarias y el BSQ total se asociaron de manera negativa con el índice de masa corporal de las adolescentes.

A su vez, las dimensiones Ineficacia, Desconfianza, Alexitimia, Impulsividad e Inseguridad Social se asociaron de manera negativa con el peso autodefinido por las adolescentes, por lo tanto a medida que aumenta el peso de las jóvenes, bajan los niveles de las dimensiones mencionadas de las conductas alimentarias y viceversa.

Es decir la presencia de sentimientos de inseguridad, desamparo, baja autoestima, vacío y soledad se relacionan con la baja del peso corporal de las jóvenes.

Asociaciones en las conductas alimentarias y la insatisfacción en la imagen corporal

Con el fin de verificar si existen asociaciones entre las conductas alimentarias y la insatisfacción en la imagen corporal se realizó una prueba r de Spearman que arrojó asociaciones positivas entre ambas variables en todas las dimensiones de las conductas alimentarias y la insatisfacción de la imagen corporal total (ver Tabla 6).

Es decir, a medida que aumenta la insatisfacción de la imagen corporal total aumentan los niveles de síntomas de las conductas alimentarias.

Tabla 6.
Asociaciones entre las dimensiones de las conductas alimentarias y la insatisfacción de la imagen corporal

	Insatisfacción imagen corporal (BSQ)
Deseo de adelgazar	r=.807**
Insatisfacción corporal	r=.694**
Ineficacia	r=.788**
Perfeccionismo	r=.401**
Desconfianza	r=.661**
Alexitimia	r=.745**
Miedo a crecer	r=.513**
Ascetismo	r=.778**
Impulsividad	r=.619**
Bulimia	r=.818**
Inseguridad social	r=.742**

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Conclusión

En los datos encontrados en esta investigación, relativos a la insatisfacción con la imagen corporal, es posible observar que las pacientes con diagnóstico de trastornos alimentario han obtenido puntuaciones significativamente más elevadas en la escala “Insatisfacción de la Imagen Corporal” en comparación con las adolescentes sin trastorno alimentario. Esta diferencia era lo que se esperaba encontrar al plantear la hipótesis de esta investigación, ya que se consideró que el hecho de presentar un diagnóstico de TCA traía aparejado un mayor nivel de insatisfacción corporal en comparación con las adolescentes sin ese diagnóstico. Estos resultados podrían ser considerados predecibles, ya que, como sostiene Toro (2004), dicha insatisfacción va aparejada con el deseo de adelgazar, siendo un componente primordial y específico de los TCA.

Los resultados hallados siguen la línea de la investigación realizada por Raich (2001) cuando afirma que la imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y 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 los sentimientos que experimentamos. Consideramos que la imagen corporal no es inamovible, sino que cambia a lo largo de la vida presentando, de acuerdo a las diferentes circunstancias, una mayor o menor aceptación.

En esta investigación se encontraron, a nivel global, diferencias estadísticamente significativas en la totalidad de las dimensiones del Inventario de Evaluación de Conductas Alimentarias (ICA), presentando puntuaciones medias más altas a favor de las pacientes diagnosticadas de TCA.

Dato similar fue encontrado por Behar, Vergas & Cabrera (2010), quienes concluyeron que las pacientes con diagnóstico de trastorno alimentario alcanzaban puntajes significativamente superiores en comparación con las estudiantes sin diagnóstico, arrojando puntajes más elevados las pacientes con TCA en la insatisfacción corporal.

En la muestra estudiada se observó también, que las dos dimensiones que obtuvieron puntuaciones más altas fueron “Deseo de Adelgazar” e “Insatisfacción Corporal”, lo que daría cuenta la presencia de disconformidad e insatisfacción corporal

en las adolescentes, mostrando que desearían estar más delgadas por estar disconformes con determinadas partes de su cuerpo.

Coincidimos con Toro (2004) en que la adolescencia es una etapa de significativos cambios físicos y psicológicos donde la construcción de la imagen corporal cobra relevancia.

Es interesante tener en cuenta, como destacan Cortez Mejía, et al. (2003), la influencia del modelo cultural vigente en la sociedad actual, donde los medios de comunicación imponen una gran presión por la imagen corporal tanto en la población sana como en las pacientes con TCA.

La apariencia física se ha convertido hoy en día en una carta de presentación y de aceptación muy importante ya que la mujer esbelta y bonita es aceptada más fácilmente por la sociedad. Los medios masivos de comunicación, las publicidades, la comparación entre pares, el grupo de amigas, la moda, entre otros, influyen notablemente en las conductas de las adolescentes.

Podríamos aseverar que el ideal estético corporal actual divulgado por los medios masivos de comunicación es internalizado como modelo único e ideal a adquirir por la mayoría de las adolescentes sin distinción de presencia o ausencia de patología alimentaria, debido a la elevada dependencia existente entre auto-valoración positiva, autoestima y atractivo físico. Diversos autores ratifican que particularmente durante la adolescencia aumenta la insatisfacción corporal debido a los cambios fisiológicos y psicológicos que se presentan en dicha etapa.

En relación a las asociaciones entre las conductas alimentarias y la insatisfacción en la imagen corporal según edad, peso y altura e índice de masa corporal, el análisis reveló que las dimensiones Ineficacia, Desconfianza, Alexitimia, Ascetismo, Impulsividad, Bulimia e Inseguridad Social se asocian negativamente tanto con el índice de masa corporal, como con el peso autodefinido por las adolescentes. Es decir, a medida que aumenta el peso de las jóvenes, bajan los niveles de las dimensiones mencionadas; por ejemplo, a mayor índice de masa corporal, son inferiores los niveles de Ineficacia y Bulimia.

Además se verificó que existen asociaciones positivas entre las conductas alimentarias y la insatisfacción en la imagen corporal total. Es decir, a medida que se

incrementa la insatisfacción de la imagen corporal, aumentan los niveles de síntomas de las conductas alimentarias.

La insatisfacción corporal es reconocida por múltiples autores (Raich, 2001; Allegue, 2009; Pérez Gaspar, 2009) como un índice predictivo de las patologías alimentarias, y que conjuntamente con otros factores podría incitar a una joven vulnerable, bajo ciertas condiciones facilitadoras, al desarrollo de un TCA.

Según Raich, (2001) se puede atestiguar que la insatisfacción corporal interactúa con múltiples factores predisponentes y desencadenantes, constituyendo un componente esencial en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios. Es por ello, que se puede considerar de primordial importancia el tratar esta problemática que afecta día tras día a muchas adolescentes. Para ello, se podrían implementar estrategias de prevención primaria de los desordenes alimentarios, a fin de desarrollar recursos positivos que promuevan la propia aceptación y el bienestar integral tanto a nivel físico como psicológico, como también promover estrategias preventivas que difundan información y educación acerca de cómo cambiar las actitudes y comportamientos predisponentes, involucrando a toda la sociedad, de manera tal que pueda modificarse esa búsqueda exasperada del cuerpo perfecto dominante en nuestra cultura.

Cronograma

<i>Año</i>				2012						2013		
<i>Meses</i>	Ab	May	Ju	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
Revisión bibliográfica	*											
Selección de la población		*										
Selección de instrumentos			*									
Redacción del marco teórico			*	*	*	*	*					
Redacción final								*	*			
Recolección de datos							*					
Procesamiento y análisis de datos							*	*	*	*		
Conclusiones								*	*	*		
Correcciones										*	*	*

Bibliografía

- Allegue, E. O. (2009). Clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Crisis, Urgencias y Emergencias. En Panzitta (Comp.), *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 37-54). Buenos Aires-Madrid: RV-Kristal.
- American Psychiatric Association. (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV. España: Masson.
- Armatta, A.; Babio, N.; Berghella, A.; Facchini, M.; García, L.; Guarrwera, G. & Piñero, J. (1999). *Trastornos alimentarios, guía médica de diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios.
- Baile Ayensa, J. I., Guillén Grima, F. & Garrido, E. (2001). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el *Body Shape Questionnaire (BSQ)*. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (3), 439-450.
- Ballester, F., Blanco, G., Masó Patiño, J., Gurnés Suñol, C., & Avellí Ferrer, M. (2002). Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: un estudio de prevalencia. *Universidad de Girona*, 30 (4), 207-212.
- Barrionuevo Columbres N., Zurb de Mirotti, S., Viliarolo, P., De Juri, C. & Lesa, A. (1997). Desórdenes en la conducta alimentaria en adolescentes. Detección de factores de riesgo. (Abstract). *III Congreso Mundial de Estados Depresivos*, 18,19.
- Behar, R., & Figueroa, G., (2004). *Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. Anorexia Nerviosa y Bulimia. Clínica y terapéutica*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Behar, R., Vergas, C. & Cabrera, E. (2010). Insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo. *Revista Chilena de Neurología-Psiquiatría*, 49 (1), 26-36. Extraído el 15 de Octubre de <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v49n1/art04.pdf>
- Bermúdez, B., Paredes, F., Álvarez, G., et al (2009). El rol de la insatisfacción corporal e influencia de grupo de pares sobre la influencia de la publicidad, los modelos estéticos y dieta. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*. 12, 23-45.

Carracedo, S, D., Estragués, R, J., García, C, A., Planell, S, L., & Raich, M, R. (2009). Relevancia de Factores de Riesgo, Psicopatología Alimentaria, Insatisfacción Corporal y Funcionamiento Psicológico en pacientes con TCA. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, 20 (2), 145-157.

Casullo, M., & Pérez, M. (2003). *Inventario para la Evaluación de Conductas Alimentarias*. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2004). *Guía de Trastornos Alimenticios*, 19, 7-27.

Colombo, J.L (2006) .*Comer todo o comer nada, Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros trastornos relacionados*: Buenos Aires: Lumen.

Cooper, (1987). Cuestionario de la Figura corporal (BSQ). En: Gutiérrez, T., Raich, R., Sánchez, D. & Deus, J. *Instrumentos de evaluación en trastornos del comportamiento alimentario y obesidad* (pp. 242-271). Madrid: Alianza.

Cortes Mejía, H., Díaz, A., Mejía Sierra, C. & Mesa Monsalve, J. G. (2003). Trastornos de la alimentación: Su Prevalencia y principales factores de riesgo en estudiantes universitarias de primero y segundo año. *Revista CES Medicina*. 17, 33-45. Extraído el 12 de Julio de 2011 de http://www.ces.edu.com/descargas%5CPubl_Med_Vol17_1%5CTrastornos_de_la_alimentación.pdf

Correa A. A, Castaño Castrillón, J. J, Zulunga D. A, García Ortiz A. M, González Bedoya, M. et al (2007). Factores de riesgo de trastornos de la alimentación en la Universidad de Manizales. *Revista Medunab*, 10, 187- 194.

Cruz, J, & Gutiérrez, S, C. (2010). Riesgo para trastorno alimentario, ansiedad, depresión y otras emociones asociadas a la exposición de imágenes publicitarias. *Universidad Nacional Autónoma de México*, 26 (1), 11-17.

De la Serna, I. (1998). *Comer no es un placer: Anorexia, Bulimia, Obesidad*. Madrid: Litofinter.

Espina, A., Ortega, A., Ochoa de Alda, I., Yenes, F & Amagoia, A. (2001). La Imagen Corporal en los Trastornos Alimentarios. *Clínica y Salud*, 12 (2), 217-235.

Etcoff, N., Orbach, S. & Scott, J. (2005). La verdad acerca de la belleza. Extraído el 20 de Junio de 2012 de <http://www.portalbellezareal.com.ar/overview.asp?section=news>

Facchini, M. (2006). La preocupación por el peso y la figura corporal en las niñas y adolescentes actuales: ¿de dónde proviene?. *Instituto Psicosomático de Buenos Aires*, 104, (4), 345-350.

García, N.I. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de ambos sexos con y sin diabetes mellitus tipo 1. *Tesis doctoral* en Psicología Social de la Universidad Autónoma de Barcelona. Extraído el 10 de Septiembre de 2012 de <http://www.tdx.cesca.es/TESISUAB/AVAILABLE/TDX-1215104-116515/nigrldel.pdf>

Garner, D. (1998). *Eating Disorder Inventory-2*. Madrid: Tea ediciones.

Gomar, M., Mandil, J. & Bunge, E. (2011). *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Polemos.

Gómes Dupertuis, D., Gabrielli, A., Piccoli, J., Eberle, L. & Romero, L. (2009). Orthorexia ¿Un desorden o una forma de adaptación? En Panzitta (Comp.), *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 76-90). Buenos Aires-Madrid: RV-Kristal.

Jáuregui Lobera, I., López Polo, I. M., Montaña González, M. T. & Morales Millán, M. T. (2008). Percepción de la obesidad en jóvenes universitarios y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 23 (3), 226-233.

Kirszman, D. & Salgueiro, C. (2001). La experiencia de sufrimiento en los trastornos alimentarios: hacia un modelo integrativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6 (1), 49-62.

Lopez, M., Josep, M. & Salles, T. N. (2005). *Prevención de la anorexia y bulimia: Educación en valores para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario*. Barcelona: Nau Llibres.

Lorraine, C. (2002). *Miedo a comer*. Madrid: Algaba ediciones.

Méndez, J. P., Vázquez Velázquez, V. & García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán*, 65, 579-592.

- McCabe M., & Ricciardelli L. (2001). Parent, peer, and media influences on body image and strategies to body increase and decrease body size among adolescent boys and girls. *Adolescence*; 36(142), 225-40.
- Mora, Z. (2007). Imagen corporal femenina y publicidad en revistas. *Revista Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica*, 116:71-85.
- Moreno, A, C. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y Bulimia Nerviosas, Obesidad y Atracones*. Barcelona: Masson.
- Murawski, B., Elizathe, L. & Rutzstein, G. (2009). Hábitos alimentarios e insatisfacción con la imagen corporal: Un estudio comparativo entre mujeres y varones estudiantes de escuelas secundarias. *Anual de investigaciones*, 16, 65-72.
- Panzitta, M., Valiente, E., Bravo M., Romero, P., Lojo, D., Allegue, O. et al. (2009). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Buenos Aires-Madrid: RV-Kristal.
- Pérez Gaspar, M. (2009). *Trastornos de la alimentación*. Uruguay: Concepto.
- Perpiñá, C. (1995). Trastornos alimentarios. En Belloch, B., Sandín & Ramos, F (Eds). *Manual de Psicopatología* (pp. 531-559). Madrid: McGraw Hill.
- Philips, E. (2005). Eating Disorders in College. *Pediatric Clinics of North America*, 52, 85-96. Recuperado en: <http://www.scielo.cl/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0370-4106200600020000500020&pid=S0370-41062006000200005&lng=en>
- Poulisis, J. (2011). Los nuevos trastornos alimentarios: Alcohorexia, Vigorexia, Diabulia, Pregorexia, Orthorexia. Buenos Aires: Paidós.
- Raich, R. M. (1994). *Anorexia y Bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. M. (2001). *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva de la salud de la Imagen Corporal. *Universidad Autónoma de Barcelona*, 22, 15-27.
- Rivarola, F.M. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Universidad Nacional de San Luis, Argentina*. Extraído el 16 de Agosto de <http://fundamentos.unsl.edu.ar/pdf/revista-18.pdf>

Rodríguez, J. M. & Mina, J. F. (2005). Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos del comportamiento alimentario en mujeres adolescentes de una institución educativa en Cali, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 3, 180-189.

Rosen, J.C. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno dismórfico corporal. En Caballo, V (Dir.), *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos (133-256)*. Madrid. Siglo XXI.

Sabino, C.A (1998). *Cómo hacer una tesis y elaborar todo tipo de escritos*. (3º edición). Buenos Aires: Lumen Humanitas.

Salaberria, K.; Rodríguez, S., & Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Cuadernos de Ciencias Médicas*, 8; (1), 171-183. Extraído el 23 de Septiembre de 2012 de <http://hedatuz.euskomedia.org/4564/>

Sánchez, Z., Granados, R. S., & Canterros Jordán, O. R. (2008). La Anorexia Nerviosa como Distorsión de la Imagen Corporal. Programa de Prevención desde la educación física escolar en la Provincia de Jaén. *Revista Iberoamericana de educación*, 20, 35-87.

Santellán, M. L. (2009). Adolescencia Femenina, y Prevención Primaria de los Trastornos de la Alimentación. En Panzitta (Comp.), *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 173-188). Buenos Aires-Madrid: RV-Kristal.

Santellán, M. L. (2010). Cuerpos contruidos, cuerpos imposibles. Insatisfacción corporal femenina y patrones estéticos socioculturales. Su incidencia en la etiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y del Trastorno Dismórfico Corporal, en el contexto de la Argentina y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *VI Jornada Internacional sobre trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Actualización de tratamientos en TCA*.

Sepúlveda, R, A., Botella, J. & León, A. J. (2001). La alteración de la Imagen Corporal en los Trastornos de la Alimentación: Un meta-análisis. *Universidad Autónoma de Madrid*, 13 (1), 7-16.

Stierlin, H. & Weber, G. (1990). *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?*. Barcelona: Gedisa.

Toro, J. (1999). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel

Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. España: Ariel.

Turón Gil, V, J. (1997). *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.

Urzúa M., Castro R., Lillo O. & Leal P. (2009). Evaluación de los trastornos alimentarios: propiedades psicométricas del test EDI-2 en adolescentes escolarizados(as) de 13 a 18 años. *Revista Chilena de Nutrición*, 36 (4), 1063-1073.

Vidal, J. E. (2006). *Alexitimia y vulnerabilidad a trastornos alimentarios en adolescentes gallegos de 12-16 años*. Tesis doctoral, Universidad de Burgos, España.

DOCUMENTOS ANEXOS

Soy alumna de 5° año de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana y estoy trabajando en una investigación sobre *Preocupación de la Imagen Corporal*. Para ello necesito realizar una encuesta breve, anónima.

A continuación encontrarás una serie de enunciados que hacen referencia a tus sentimientos, actitudes y comportamientos. Para cada uno de ellos indica con una X en el cuadro correspondiente de acuerdo con la frecuencia con que para vos te sucede lo que dice. No hay respuestas correctas o incorrectas. Se sincero al responder y hacerlo de acuerdo a lo que pienses o sientas.

Protocolo

Edad: **Altura:**..... **Peso:** **Sexo:** ? Masculino ? Femenino

¿Presentas diagnóstico de Trastorno Alimentario? ? Sí ? No.

<i>A continuación le pedimos que marque con una cruz (x) para cada frase la respuesta que considere que mejor lo representa. Elija entre las opciones: siempre - casi siempre - a veces - nunca</i>	Siempre	Casi Siempre	A veces	Nunca
1. Como dulces e hidratos de carbono (pastas, pan, etc.) sin hacerme problemas				
2. Pienso que mi abdomen (panza) es demasiado grande				
3. Me gustaría sentirme segura/o como cuando era chica/o				
4. Cuando estoy nerviosa/o me pongo a comer				
5. Me lleno excesivamente de comida				
6. Me gustaría ser más joven				
7. Pienso acerca de hacer dieta				
8. Me asusto cuando siento emociones muy fuertes				
9. Creo que mis muslos son demasiado grandes				
10. Siento que no sirvo para nada				
11. Me siento muy culpable cuando como demasiado				
12. Creo que mi abdomen (panza) es de tamaño normal				
13. Para mi familia lo más importante es ser primero en todo				
14. La infancia es la etapa más feliz de la vida				
15. Soy muy abierta/o con mis sentimientos				
16. Me aterroriza subir de peso				
17. Confío en los demás				
18. Me siento muy sola/o				
19. Estoy conforme con el cuerpo que tengo				
20. En general puedo manejar lo que pasa en mi vida				
21. Me resulta difícil entender mis sentimientos				
22. Me gusta más ser un/a adulto/a que un/a niño/a				

	Siempre	Casi Siempre	A veces	Nunca
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás				
24. Desearía ser otra persona				
25. Exagero la importancia del peso de mi cuerpo				
26. Puedo darme cuenta claramente de lo que siento (miedo, alegría, rabia, etc.)				
27. Siento que no hago nada bien				
28. He llegado a comer y comer sin poder parar				
29. De niña/o me esforcé por no desilusionar a mis padres y maestros				
30. Tengo buenos vínculos afectivos				
31. Me gusta la forma de mis nalgas (cola)				
32. Quiero estar más delgada/				
33. No sé que pasa dentro mío				
34. Me resulta difícil expresar mis sentimientos a los demás				
35. Es muy difícil ser adulta/o				
36. Detesto cuando no soy la/él mejor en algo				
37. Me siento segura/o de mi misma/o				
38. Pienso mucho en comer				
39. Me alegra no ser más una chica/o				
40. Me confundo cuando intento saber si estoy hambriento/a o no				
41. Tengo una baja opinión de mi misma/o				
42. Creo que puedo lograr las metas que me propongo				
43. Mis padres esp eran de mí un alto nivel de rendimiento				
44. Me preocupa no poder controlar mis sentimientos				
45. Creo que mis caderas son demasiado grandes				
46. Como moderadamente cuando estoy con otras personas y excesivamente si estoy solo/a				
47. Me siento llena/o después de una comida pequeña				
48. Creo que la niñez es la época más feliz de la vida				
49. Si aumento de peso, me preocupa seguir aumentando				
50. Siento que soy una persona valiosa				
51. Cuando me siento nerviosa/o , no sé si estoy triste, enojada/o o atemorizada/o				
52. Creo que tengo que hacer todo a la perfección o no hacer nada				
53. Pienso que si trato de vomitar podré bajar de peso				
54. Necesito tener a la gente a cierta distancia (me incomoda/o si alguien trata de acercarse demasiado a mí)				
55. Creo que el tamaño de mis muslos es normal				
56. Me siento emocionalmente vacía/o				
57. Puedo hablar sobre problemas o sentimientos personales				
58. La mejor época de la vida es cuando se llega a ser adulta/o				
59. Creo que mis nalgas (cola) son demasiado grandes				
60. Tengo sentimientos que no puedo explicar				
61. Como o bebo a escondidas				

	Siempre	Casi Siempre	A veces	Nunca
62. Creo que mis caderas son del tamaño normal				
63. Me propongo metas sumamente elevadas				
64. Cuando estoy nerviosa/o, me preocupa que voy a empezar a comer				
65. Las personas que más me agradan terminan desilusionándome				
66. Me avergüenza ser una persona débil				
67. Algunas personas piensan que soy emocionalmente inestable				
68. Me gustaría poder dominar las tentaciones de mi cuerpo				
69. Me siento cómoda/o en la mayoría de las situaciones grupales				
70. Digo cosas impulsivamente de las que después me arrepiento				
71. Me esfuerzo mucho por hacer cosas que me den placer				
72. Tengo que cuidarme de mi tendencia a consumir drogas				
73. Soy comunicativa/o con la mayoría de la gente				
74. Tengo vínculos que me hacen sentir atrapada/o				
75. Me siento fortalecida/o espiritualmente cuando me privo de ciertas cosas				
76. Los demás son capaces de entender mis problemas				
77. Me es imposible sacar de mi cabeza ciertos pensamientos extraños				
78. Comer por placer es un signo de debilidad				
79. Suelo tener ataques de rabia				
80. Creo que la gente me da el reconocimiento que merezco				
81. Tengo que cuidarme de mi tendencia a consumir alcohol				
82. Creo que pasarla bien es una pérdida de tiempo				
83. Algunas personas piensan que me enojo fácilmente				
84. Siento que todo me sale mal				
85. Cambio fácilmente de estado de ánimo				
86. Me avergüenzo de las tentaciones de mi cuerpo				
87. Me gusta más estar solo/a que en compañía de otras personas				
88. El sufrimiento nos convierte en mejores personas				
89. Sé que la gente me quiere				
90. Siento la necesidad de causarme daño a mí misma/o o a otros				
91. Creo que me conozco bien a mí misma/o				

A continuación le pedimos que marque con una cruz (x) para cada frase la respuesta que considere mejor. Elija entre las opciones: Nunca-Raramente-A veces-Frecuentemente-Muy frecuente-Siempre	Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Muy frecuente	Siempre
1. ¿Se sintió enfadada al hacer examen sobre su figura?						
2. ¿Se sintió tan preocupada por su figura que pensó que debería ponerse a dieta?						
3. ¿Pensó que sus nalgas, caderas o muslos eran demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?						
4. ¿Sintió temor a volverse gorda (o a engordar)?						
5. ¿Se sintió preocupada porque su carne no era lo suficientemente firme?						
6. ¿La sensación de plenitud (por ej. después de una comida abundante), le hizo sentirte gorda?						
7. ¿Se sintió tan mal en relación con su figura que tuvo que gritar?						
8. ¿Evitó el correr a causa de que su carne podía tambalearse?						
9. ¿El hecho de estar junto a una mujer delgada le hizo a usted tomar conciencia sobre su figura?						
10. ¿Se sintió preocupada sobre la parte de sus muslos que quedan visibles al sentarse?						
11. ¿El hecho de comer incluso una pequeña cantidad de comida le hizo a usted sentirse gorda?						
12. ¿El hecho de tener conocimiento de la figura de otra mujer le hizo sentir la suya comparada desfavorablemente?						
13. ¿El hecho de pensar sobre su figura interfirió en su capacidad para concentrarse (por ej. Mientras veía la televisión, leía o escuchaba una conversación)?						
14. Estar desnuda (por ejemplo, al tomar un baño), ¿le hizo sentirse gorda?						
15. ¿Evitó ponerse ropas que realzaban su imagen corporal?						
16. ¿Imaginó el desprenderse de determinadas zonas de su cuerpo?						
17. El hecho de comer pasteles, caramelos u otros productos de valor calórico le hizo a usted sentirse gorda?						
18. ¿No asistió a reuniones sociales (por ejemplo, fiestas) a causa de que se sintió mal con su figura?						
19. ¿Se sintió excesivamente gruesa y rechoncha?						
20. ¿Se sintió avergonzada de su cuerpo?						
21. ¿La preocupación sobre su figura le hizo estar a dieta?						
22. ¿Se sintió más feliz con su figura cuando su estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?						
23. ¿Pensó que la causa de su figura era la falta de autocontrol?						
24. ¿Se sintió preocupada porque otras personas vieran michelines en su cintura o estómago?						
25. ¿Sintió que no es justo que otras mujeres sean más delgadas que usted?						
26. ¿Vomitó con la intención de sentirse más delgada?						
27. ¿En compañía de otras personas, se sintió preocupada por el hecho de ocupar demasiado espacio (por ejemplo sentada en el sofá o en el asiento del autobús)?						
28. ¿Se sintió preocupada por el hecho que se le forme hoyuelos en la piel?						
29. ¿El verse reflejada (por ej. En un espejo o un escaparate) le hizo sentirse mal con su figura?						

30. ¿Pellizcó zonas de su cuerpo para ver cuánta grasa contienen?						
31. ¿Evitó situaciones donde otras personas podrían haber visto su cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunitarios o piscinas)?						
32. ¿Tomó laxantes para sentirse mas ligera?						
33. ¿Tomó especial conciencia de su figura en compañía de otras personas?						
34. La preocupación por tu figura, ¿le hizo sentir que debía hacer ejercicio?						