

UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA
FACULTAD DE MEDICINA
Departamento de Terapéutica Médico-Quirúrgica



TESIS DOCTORAL

**Evolución de la imagen corporal,
disfunción alimentaria y personalidad
en las fases tempranas de la
adolescencia**

Autor:

D. José Manuel Cebriá García

Directores:

**Dra. M^a Isabel Ramos Fuentes, Dra. Laura Rodríguez
Santos, Dr. Francisco J. Vaz leal**

Badajoz, 2011

ÍNDICE

TABLAS.....	5
GRÁFICAS.....	6
1. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA DEL INTERÉS DEL PROYECTO	7
1.2. ANTECEDENTES Y DESARROLLO ACTUAL DEL TEMA	13
1.3. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	18
1.4. TRASTORNOS DE IMAGEN CORPORAL.....	20
1.4.1. Evolución del concepto de imagen corporal.....	20
1.4.2. La imagen corporal y los trastornos del comportamiento alimentario	22
1.4.3. Definiciones actuales de imagen corporal.....	23
1.5. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA.....	27
1.5.1. Evolución de los criterios diagnósticos DSM.....	27
1.5.2. Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria según DSM y CIE.....	27
1.5.3. Anorexia nerviosa.....	28
1.5.4. Bulimia nerviosa.....	32
1.6. OTROS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO	35
1.7. ETIOLOGÍA: MODELOS TEÓRICOS EXPLICATIVOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	37
1.7.1. Modelos cognitivos-conductuales.....	37
1.7.2. Modelos psicodinámicos.....	40
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	42
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	42
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
2.3. HIPÓTESIS	43

3. METODOLOGÍA	44
3.1. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	44
3.1.1. Ámbito de estudio	44
3.1.2. Sujetos de estudio	44
3.1.3. Criterios de inclusión	44
3.1.4. Criterios de exclusión	45
3.2. PROCEDIMIENTO GENERAL DEL ESTUDIO.....	46
3.2.1. Trabajo de campo. Organización de tareas, tiempos	46
y medios	46
3.2.2. Diseño del estudio	46
3.3. VARIABLES DE ESTUDIO E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	47
3.3.1. Cuestionario 1: Datos generales	49
3.3.2. Cuestionario 2: Satisfacción con las distintas áreas	49
corporales	49
3.3.3. Cuestionario 3: Autovaloración de la Forma	49
Corporal	49
3.3.4. Cuestionario 4: Ansiedad ante la Imagen Corporal	50
3.3.5. Cuestionario 5: Evitación de la Imagen Corporal	50
3.3.6. Cuestionario 6: Psicopatología alimentaria	51
3.3.7. Cuestionario 7: Cuestionario de personalidad de	56
Eysenck	56
3.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	60
4. RESULTADOS	63
4.1. ESTUDIO DESCRIPTIVO	63
4.1.1. Cambios puberales en niños y niñas	63
4.1.2. Evolución de las variables de estudio por año y por	65
sexo	65
4.1.3. Comparación por años de la imagen corporal en niños y	66
niñas	66
4.1.4. Diferencias por sexo de la imagen corporal en los	69
años estudiados	69
4.2. DESCRIPCIÓN GRÁFICA DE LOS CAMBIOS DE LA IMAGEN.....	70

CORPORAL.....	70
4.2.1. Evolución del índice de masa corporal (IMC)	70
4.2.2. Evolución de la satisfacción con las áreas	71
Corporales	71
4.2.3. Evolución de la forma corporal	73
4.2.4. Evolución del estrés social	74
4.2.5. Evolución de la evitación del cuerpo	75
4.3. ANÁLISIS DEL RIESGO DE SUFRIR UN TRASTORNO DE LA	76
IMAGEN CORPORAL.....	76
4.4. ESTUDIO CORRELACIONAL	78
4.5. ESTUDIO PREDICTIVO	84
5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	89
5.1. CAMBIOS DE LA IMAGEN CORPORAL.....	89
5.2. ANÁLISIS DEL RIESGO DE SUFRIR UN TRASTORNO DE LA	92
IMAGEN CORPORAL.....	92
5.3. OBSESIÓN POR LA DELGADEZ	93
5.4. BULIMIA	95
5.5. INSATISFACCIÓN CORPORAL	97
6. CONCLUSIONES	101
7. BIBLIOGRAFÍA	103

TABLAS

TABLA 1. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	47
TABLA 2. EDAD PROMEDIO DE CAMBIOS FÍSICOS EN NIÑAS.....	63
TABLA 3. EDAD PROMEDIO DE CAMBIOS FÍSICOS EN NIÑOS.....	64
TABLA 4. EVOLUCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO POR AÑOS Y POR SEXO.....	65
TABLA 5. COMPARACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL POR AÑO Y POR SEXO (Efectos intra-sujetos).....	66
TABLA 6. COMPARACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL POR AÑO Y POR SEXO (Efectos inter-sujetos).....	67
TABLA 7. COMPARACIÓN POR AÑOS DE LA IMAGEN CORPORAL EN NIÑOS.....	68
TABLA 8. COMPARACIÓN POR AÑOS DE LA IMAGEN CORPORAL EN NIÑAS.....	68
TABLA 9. DIFERENCIAS ENTRE NIÑOS Y NIÑAS EN LA IMAGEN CORPORAL EN LOS CUATRO AÑOS.....	69
TABLA 10. EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE RIESGO EN NIÑOS.....	76
TABLA 11. EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE RIESGO EN NIÑAS.....	77
TABLA 12. RELACIÓN ENTRE IMAGEN CORPORAL Y FACTORES DE PERSONALIDAD CON OBSESIÓN POR LA DELGADEZ EN NIÑOS Y NIÑAS.....	78
TABLA 13. RELACIÓN ENTRE IMAGEN CORPORAL Y FACTORES DE PERSONALIDAD CON BULIMIA EN NIÑOS Y NIÑAS.....	80
TABLA 14. RELACIÓN ENTRE IMAGEN CORPORAL Y FACTORES DE PERSONALIDAD CON INSATISFACCIÓN CORPORAL EN NIÑOS Y NIÑAS.....	82
TABLA 15. DETERMINACIÓN DE ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL Y FACTORES DE PERSONALIDAD SOBRE OBSESIÓN POR LA DELGADEZ.....	84
TABLA 16. DETERMINACIÓN DE ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL Y FACTORES DE PERSONALIDAD SOBRE BULIMIA.....	86
TABLA 17. DETERMINACIÓN DE ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL Y FACTORES DE PERSONALIDAD SOBRE INSATISFACCIÓN CORPORAL.....	87

GRÁFICAS

GRÁFICA 1. EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL.....	70
GRÁFICA 2. EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LAS ÁREAS CORPORALES.....	71
GRÁFICA 3. EVOLUCIÓN DE LA FORMA CORPORAL.....	73
GRÁFICA 4. EVOLUCIÓN DEL ESTRÉS SOCIAL.....	74
GRÁFICA 5. EVOLUCIÓN DE LA EVITACIÓN DEL CUERPO.....	75

1. INTRODUCCIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA DEL INTERÉS DEL PROYECTO

En la primera década del siglo XXI se ha mantenido un enorme interés por el estudio de los trastornos del comportamiento alimentario. Sólo en 2005 se elaboraron en dos de los bancos de datos más consultados, Medline y Psycinfo, 669 y 334 estudios respectivamente, y en 2006, entre los dos, se llegó a 1.031 estudios (Fernández, 2006). En 2011 sólo en Medline, entre estudios de trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de imagen corporal, el número de investigaciones es de casi 25000.

Los trastornos alimentarios considerados mayores, Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, constituyen desde hace unos años un auténtico problema social. Su etiología se considera multidimensional. Se considera que son trastornos con mala evolución clínica. Se asocian a frecuente aparición de complicaciones físicas, además de la presencia de un gran abanico de psicopatología asociada (trastornos de la personalidad, depresión, abuso de sustancias...). Los aspectos sociales de estos pacientes también suelen estar deteriorados, con alteraciones en diversas áreas (familiar, interpersonal y social). Todos estos factores, a los que hay que unir unos importantes índices de mortalidad, con porcentajes que varían del 5-10% de fallecimientos como consecuencia del trastorno, justifican la necesidad de profundizar en el conocimiento de estos trastornos con el objeto de mejorar la intervención terapéutica (Chinchilla, 1994).

El cuerpo como instrumento de distinción social, en un entorno donde predominan los estereotipos con respecto al cuerpo femenino (Toro y Vilardell, 1987), está implicado en la génesis de estos trastornos, al igual que otros factores patogénicos, socio-familiares, biológicos y psicológicos, sin que se pueda afirmar hoy en día qué factor o variable es la fundamental, necesaria o suficiente, para que aparezcan estos trastornos. En la actualidad, el modelo etiopatogénico mayormente aceptado es el denominado biopsicosocial (Chinchilla, 1995). A pesar de que estos autores hacen referencia a los

estereotipos femeninos, es evidente que en pleno siglo XXI, con los valores sociales fruto del proceso de globalización dominante, también imperan valores y estereotipos culturales masculinos que son susceptibles de análisis.

Es mucho más importante cómo vemos nuestro cuerpo desde dentro que lo que se ve desde fuera. Bajo la expresión «imagen corporal» se ha estudiado un amplio rango de fenómenos. Se ha definido de distintas maneras: esquema corporal, satisfacción corporal, cuerpo percibido, «yo» corporal, límites del cuerpo, concepto corporal etc. La definición más clásica de imagen corporal se describe como la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente. Es decir, la imagen corporal incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, las actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos, y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos (Cash, 2002).

Tener una buena o mala imagen corporal influirá en nuestros pensamientos, sentimientos y conductas. Desde luego, la imagen corporal no es inmutable, inalterable, sino que puede ir variando a lo largo de la vida; tiene un fuerte anclaje en la infancia y la adolescencia, pero está mantenida por diferentes circunstancias del momento actual (Raich, 2001).

El trastorno de la vivencia corporal (corporalidad) es un factor central en la psicopatología de los trastornos del comportamiento alimentario, en los que la delgadez expresa un modo de ser y estilo de vida ansiado y no siempre logrado (López-Ibor y López-Ibor Aliño, 2000).

Todos los trastornos del comportamiento alimentario tienen como denominador común una alteración de la imagen corporal; de ahí que si queremos profundizar en la etiología de estos trastornos, tendremos que profundizar en el estudio de trastornos de imagen corporal.

El concepto de las preocupaciones patológicas acerca de la imagen corporal tiene una historia más larga que la de su inclusión en el

diagnóstico de “trastorno dismórfico corporal” en los DSM. El término “dismorfofobia” lo introdujo Morselli en 1886 (Raich, 2001).

Cuando se habla de “trastorno de la imagen corporal” en el estudio de los trastornos alimentarios se han utilizado una gran cantidad de expresiones: distorsión de la imagen corporal, sobrestimación, preocupación, insatisfacción corporal, etc. Cada uno de estos términos se refiere a otras manifestaciones de la imagen corporal en los pacientes que presentan trastornos alimentarios, pero no recogen el problema en su totalidad. El problema de la imagen corporal es un problema multidimensional, el cual está asociado con un gran malestar subjetivo y puede perturbar grandes aspectos de nuestra vida, especialmente sociales (Raich, 2001).

“La prevalencia de este trastorno de la imagen corporal se desconoce. La mayoría de los autores afirman que parece ser más común entre las mujeres que entre los hombres, aunque por otra parte hay quien dice (APA, 1994) que es aproximadamente igual entre sexos” (Raich, 2001, p. 63).

Como vemos, muchos autores consideran que la base de un trastorno del comportamiento alimentario, tiene que ver con la imagen corporal. A su vez, la imagen corporal está ligada al concepto de identidad. Para Erik Erickson (1964), la noción de identidad está relacionada con el sentido de continuidad en el tiempo. De nuevo encontramos el periodo más crítico en la formación de la identidad personal en la adolescencia, cuando la persona se encuentra frente a las nuevas exigencias y desafíos planteados por las nuevas aptitudes desarrolladas y las experiencias que tengan durante ese periodo, que precisamente comienza en la edad que hemos seleccionado.

El primer paso hacia esta identidad se encuentra en la autodefinición que, consiste normalmente en un intento por establecer la integridad de la personalidad, es decir, considerar las propias emociones, pensamientos y conductas como coherentes entre una situación y otra. Ante el proceso de encontrar el “verdadero yo”, muchos adolescentes pueden experimentar la

emergencia de “posibles yos” con diversas percepciones de quienes son en realidad, quienes son en diferentes grupos, cómo son físicamente, quienes les gustaría llegar a ser, cómo les gustaría que fuese su cuerpo y quienes se temen que llegarán a ser. La consciencia sobre los conflictos y las contradicciones entre las identidades múltiples, es uno de los varios factores que contribuye a una reducción gradual de la autoestima durante la primera parte de la adolescencia.

Al intentar buscar coherencia en el propio yo, los adolescentes se enfrentan al desafío psicosocial de “la identidad contra la confusión de roles” consistente en integrar los diferentes aspectos de la propia comprensión de uno mismo en una identidad coherente (Erickson, 1964).

La adolescencia (aproximadamente entre los 10 y 19 años) es quizás el periodo evolutivo más difícil y complicado de describir. Los cambios biológicos (puberales) son universales pero las diferencias en su expresión son enormes y dependen de múltiples factores (sociales, sexuales, nutricionales, etc.). Quizás el gran reto común de la adolescencia es la adquisición de la propia identidad. Para ello es necesaria una revisión de los aspectos cambiantes más comunes de la adolescencia: la talla, los cambios corporales, la sexualidad, las nuevas formas de pensar, etc.

Los cambios fisiológicos de la pubertad, requieren una revisión drástica de la imagen corporal de los adolescentes, es decir, un cambio de su concepción mental y de sus actitudes hacia su cuerpo. El desarrollo de una imagen corporal sana es una parte fundamental del proceso de convertirse en adulto.

Es evidente que muy pocas personas encajan en este ideal social de imagen corporal. La pubertad exige a muchos adolescentes jóvenes aceptar un cuerpo con una forma heredada de sus antepasados y que no se parece mucho a la de los modelos socialmente deseables.

Esta preocupación de los adolescentes por su imagen corporal es bastante significativa. Para la mayoría, el pensar que tienen mal aspecto puede hacerles sentir mal. En la adolescencia los sentimientos de depresión y baja autoestima están muy relacionados con una imagen corporal negativa.

La autoestima ha sido estudiada por multitud de psicólogos, en especial a partir de las teorías de Allport. Desde mediados de la década de los 90 del siglo pasado, se pone especial interés en el estudio de la autoestima durante la infancia, la etapa de la vida en la que ésta más debe formarse.

Podemos explicar la formación de la autoestima pensando en la percepción de uno mismo y en el ideal de uno mismo. La primera equivale al autoconcepto, mientras que el segundo, es decir, el ideal, se corresponde con la autoestima. Cuando la percepción y el ideal de uno mismo se equiparan, podemos hablar de autoestima positiva.

La importancia de la autoestima reside en que se considera que, para los niños y niñas, una autoestima saludable es especialmente valiosa y se convierte en un escudo protector contra muchas psicopatologías. Por el contrario, la baja autoestima es una característica que está presente en varios trastornos infantiles.

Las teorías que señalan la etapa de la adolescencia como un periodo clave en la formación de la imagen corporal, comparten con las teorías cognitivas la consideración de que los esquemas aprendidos en los primeros años de vida de los sujetos va a determinar, si no se cambian, toda la interpretación posterior que el sujeto realice de sus acontecimientos vitales. En este caso el constructo de imagen corporal, probablemente existente desde la infancia, en la adolescencia se revaloriza coincidiendo con la pubertad. En esta etapa existe una revisión del esquema corporal, coincidiendo con los cambios corporales que en la misma se producen y la aparición de los cánones de belleza socialmente predominantes.

Nuestro estudio trata de profundizar en la aparición y evolución de la imagen corporal a edades tempranas. Nuestra premisa se basa en que si no hay un buen ajuste en la adolescencia, con la correspondiente aceptación de la nueva imagen corporal tras los cambios puberales, esta evolución deja de ser normal pudiendo provocar un trastorno de imagen corporal. Este trastorno puede ser la principal causa de la posterior aparición de trastornos del comportamiento alimentario.

En caso de confirmarse dicha hipótesis el interés del proyecto estaría en la fundamentación científica de la importancia de la prevención de la aparición de trastornos de imagen corporal a edades tempranas.

1.2. ANTECEDENTES Y DESARROLLO ACTUAL DEL TEMA

El trastorno de imagen corporal está diagnosticado como “trastorno dismórfico” de acuerdo a los criterios del DSM-IV (APA, 1994) pero, también se hace necesario satisfacer como requisitos clínicos, las ideas sobrevaloradas acerca de la anormalidad o fealdad del aspecto físico que suscitan preocupación, la intensa devaluación de la apariencia física que deviene en baja autoestima global, una interferencia en el funcionamiento diario, y la evitación de situaciones que implican exponer la apariencia a otras personas (Sánchez-Carracedo, Mora, López, Marroquín, Ridaura y Raich, 2004).

Newmark-Sztainer y Hannan (2000), en un estudio epidemiológico en una muestra de 6728 adolescentes, hallaron que un 13% de ellas y el 7% de los chicos presentaron trastornos del comportamiento alimentario.

Levine y Smolak (2006), estiman que el espectro de los trastornos alimentarios afecta a entre un 10% y un 15% de chicas y mujeres de entre 9 y 19 años.

En cuanto al género, la mayoría de las investigaciones coinciden en que las niñas son más susceptible de desarrollar trastornos de imagen corporal, como lo menciona Raich (2004), quien tras analizar los resultados observados en sus diferentes estudios ha llegado a la conclusión de que la presión por la estética es muy superior en las mujeres en comparación con los hombres y que presentan mayor insatisfacción al evaluar su apariencia corporal. Esto no resulta extraño, si consideramos la prevalencia de los estereotipos sociales de lo femenino: muchas mujeres siguen siendo valoradas por su aspecto físico antes que por su intelecto, ocasionando que su cuerpo sea percibido como instrumento de seducción y objeto sexual, lo que puede influir de manera decisiva para que se produzca una distorsión de la imagen corporal, llegando a depender el nivel de autoestima en primer lugar del aspecto físico externo (López, Mancilla, Álvarez y Vázquez, 2003; Muñoz, Jiménez y Moreno, 2008).

Con respecto a la edad, en las últimas décadas han surgido una serie de trabajos que analizan cómo esta problemática ha ido descendiendo en edad hasta involucrar a niños/as y preadolescente (Bryant-Waugh, Cooper, Taylor y

Lask, 1996; Edlund, Halvarsson, y Sjoden, 1996; Jiménez, 2004; Maloney, Mcguire, Daniels y Specker, 1989; Rolland, Farnill y Griffiths, 1997). Las investigaciones han destacado que desde los 7 y 8 años ya existe preocupación por la propia imagen, así como conductas y actitudes alimentarias problemáticas. Estudios recientes (De Gracia, Marcó y Trujano, 2007) realizados en España con niños/as de 8 a 12 años, mostraron que conforme aumentaba la edad, tanto en niñas como en niños, disminuía la autoestima corporal; asimismo, que el 39,85% de las niñas y el 34,5% de los niños preferirían una figura más delgada que la que tenían en ese momento.

Las presiones sociales llegan a ejercer una verdadera violencia de género en dos sentidos: al abuso que se produce al identificarnos exclusivamente como físico, y también incluye violencia cuando se vulnera la integridad emocional de una persona por no apegarse al estereotipo tradicional esperado (Trujano, 2005; Trujano, 2007). Algunos de los factores desencadenantes de este tipo de violencia, son los valores estéticos relativos al cuerpo femenino y/o masculino, ambos se encuentran influidos por la moda de la delgadez (Jiménez, 2004; Toro, 1996).

Esta presión social llega a ser tan grande, que algunas investigaciones actuales (Gasco, Briñol y Horcajo, 2010) se han centrado en los cambios de actitudes hacia la imagen corporal. Los resultados de esta investigación sugieren que los modelos básicos sobre persuasión (propios de las investigaciones en psicología social) también pueden contribuir a la hora de diseñar y evaluar tratamientos en los trastornos del comportamiento alimentario. En concreto, conviene señalar la necesidad de evaluar no sólo las actitudes hacia la imagen corporal, sino también la fuerza de esas actitudes, aspecto que no sólo es relevante para la población general, sino también, previsiblemente, para personas diagnosticadas con algún tipo de trastorno del comportamiento alimentario.

No existe un consenso en lo que se refiere a la relación entre insatisfacción corporal y cultura: adolescentes de otras culturas, como las latinoamericanas, se muestran significativamente más influenciados por el modelo estético corporal que las españolas (Rodríguez y Cruz, 2008).

Casi todos los especialistas coinciden en que estos trastornos aparecen fundamentalmente en jóvenes adolescentes, de entre 13 y 20 años, siendo infrecuente o excepcional el comienzo por encima o por debajo de estas edades (Garfinkel y Garner, 1982).

La sintomatología de los trastornos del comportamiento alimentario (especialmente bulimia nerviosa) no se restringe exclusivamente a población clínica, no obstante pocos estudios han demostrado que los síntomas de trastornos del comportamiento alimentario se den en población no clínica de adolescentes (Sierra-Baigrie, Lemos-Giráldez, Fonseca-Pedrero, 2009).

Casi todos los especialistas coinciden también en que unos de los momentos evolutivos más significativos en la relación entre problemas con la imagen corporal y malestar psicológico sea la adolescencia. Los jóvenes experimentan malestar psicológico debido a su físico durante toda la adolescencia, al margen de si el concepto que tienen de su físico es bajo, medio o alto. No obstante, los chicos se sienten en general mejor que las chicas, y en ello puede influir el deporte pues parece ser una buena forma de minimizar ese malestar psicológico, probablemente porque mejora el autoconcepto físico (Rodríguez-Fernández, 2008).

Cash identificó que entre un 19% de mujeres jóvenes y adultas y un 6% de hombres, sufrían un malestar considerable asociado a insatisfacción corporal (Cash, 2002).

Una de las razones a las que Chinchilla (1994) atribuye la falta de explicación, comprensión, encuadre nosológico y tratamiento, de la anorexia nerviosa, responde a la escasez de conocimientos sobre factores psico-fisiológicos del desarrollo evolutivo-madurativo infanto-juvenil. Otra de las razones argumentadas por dicho autor hace referencia al menor conocimiento de la psicopatología de la adolescencia. Estas, junto a la escasez de investigaciones que en estas edades se han desarrollado, han sido los motivos que nos han hecho inclinarnos por el comienzo de la adolescencia para indagar los aspectos antes mencionados.

Bruch (1962) fue la primera autora que dirigió la atención hacia una alteración de la imagen corporal en la anorexia nerviosa. A partir de ese momento comienza un importante periodo de investigaciones sobre las alteraciones de la imagen como sintomatología característica de los trastornos del comportamiento alimentario.

Varios autores han puesto de manifiesto la relación entre alteraciones de la imagen corporal y alteraciones alimentarias (Altabe y Thompson, 1992; Richards, Thompson y Covert, 1990). También a través de diseños longitudinales, se ha obtenido evidencia en la misma dirección (Brooks-Gunn y Attie, 1989). Estos autores constataron que solo las medidas en insatisfacción corporal predijeron disfunción alimentaria.

Sin embargo, y aunque el interés del estudio de las alteraciones de la imagen corporal reside en su vinculación con los trastornos de la conducta alimentaria. A final de los años 80 del siglo pasado, como resultado de las investigaciones se observó que un alto porcentaje de mujeres tenía una imagen corporal negativa, sin que hubiera síntomas de trastornos de la conducta alimentaria, (Hsu, 1991; Fisher, 1986). Es más, hay autores que se muestran cautos al hablar de alteraciones de la imagen corporal como sintomatología propia de los trastornos alimentarios, dado que en muestras no clínicas, estas alteraciones presentan un nivel similar al de las muestras clínicas (Cash, 2002; Fisher, 1986; Hsu, 1991; Rosen, 1990; Slade, 1985; Thompson, 1990). Incluso algunos trabajos parecen confirmar que también en mujeres sin trastornos de la conducta alimentaria la distorsión de la imagen corporal correlaciona con la insatisfacción corporal y con preocupación por adelgazar (Cash y Brown, 1987; Rosen, Fondacaro y Gross, 1985).

En general se ha ampliado sustancialmente el campo de estudio de los trastornos alimentarios. Nos encontramos actualmente en una situación que se podría caracterizar de la siguiente manera: por una parte, el aumento de prevalencia de la obesidad, especialmente entre los más jóvenes, (Henderson y Brownell, 2004) facilitada por la incorporación de malos hábitos alimentarios, escaso ejercicio físico, y las consecuencias, no sólo físicas, sino sociales y psicológicas de la obesidad y el sobrepeso. A esto hay que añadirle lo que es aún más

preocupantes, la exagerada preocupación por el peso en personas con un índice de masa corporal normal. Por otra parte, la popular dieta restrictiva recomendada en muchos medios de comunicación como saludable (sin explicar las consecuencias que conlleva). Nos encontramos en una sociedad en la que se promueve la insatisfacción corporal con el fin de promover el consumo de "remedios de belleza" y la persecución de un ideal imposible (Raich, 2008).

Muchos autores asocian la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) con problemas emocionales (Waller y col., 2010). Chatoor (1999) considera que las personas con anorexia nerviosa (AN) y con bulimia nerviosa (BN) tienen problemas tanto para enfrentarse a sus propias emociones como para expresarlas verbalmente. Según esta autora, el estado emocional de estas personas influye en la ingesta de alimentos. La persona con anorexia normalmente es incapaz de comer cuando se siente emocionalmente triste, ansiosa e irritada, mientras que la persona con bulimia suele realizar atracones de comida ante este mismo tipo de situaciones.

Encontramos estudios que tratan de relacionar los trastornos de la conducta alimentaria con los trastornos depresivos (Borda, Torres y Del Río, 2008), con los aspectos cognitivos y sociales (Feixas, Montebruno y col., 2010; Hardy y Thiels, 2009; Zaitsoff, Fehon y Grilo, 2009) o los problemas en las relaciones familiares (Cunha, Relvas y Soares, 2009), pero apenas se han realizado estudios empíricos en los que se hayan analizado variables emocionales en los trastornos de la conducta alimentaria. Todavía son menos los estudios que han tratado de analizar el papel que desempeñan las variables emocionales en su aparición (Pascual, Etxebarria, Cruz y Echeburúa, 2011).

Como vemos, podemos encontrar mucha información que trata de estudiar la relación entre alteraciones de la imagen corporal y disfunciones alimentarias. Sin embargo, hay pocas investigaciones que traten de relacionar imagen corporal y factores de personalidad en la adolescencia, con disfunciones alimentarias.

1.3. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos alimentarios son trastornos psicológicos que cursan con graves alteraciones de la conducta alimentaria. Aproximadamente entre un 2% y un 4% de mujeres jóvenes sufren síndromes completos de trastornos del comportamiento alimentario (TCA): anorexia y bulimia nerviosa. Según criterios DSM-IV-TR (APA, 2000).

Son alteraciones marcadas por la cronicidad y las recaídas y unidas a un elevado riesgo de suicidio. Sus consecuencias físicas pueden ser muy severas, hasta tal punto que pueden causar la muerte. Así mismo, presentan una elevada correlación con otro tipo de trastornos psicopatológicos, como depresión, la ansiedad, abuso de sustancias y la obesidad (Jonson, Cohen, Kasen y Brook, 2000; Lewinsohn, Streigel-Moore y Seeley, 2002; Toro, 2004).

En España, teniendo en cuenta las formas clínicas y no clínicas, la tasa de morbilidad es de un 3,43% en adolescente de 12 a 20 años. La estimación para mujeres es de 5,34%, en concreto: 2,72% trastornos del comportamiento alimentario no especificado (TCANE), 2,29% bulimia nerviosa (BN) y 0,33% anorexia nerviosa (AN). La estimación en el caso de varones es de 0,64%: 0,48% trastorno del comportamiento alimentario no especificado (TCANE), 0,16% bulimia nerviosa (BN), y 0,00% anorexia nerviosa (AN). Se asociaron algunos factores a la aparición de dichos trastornos como la edad, el sexo, ser hijo único, familia monoparental y muerte del padre o la madre (Peláez, Labrador y Raich, 2007).

Los TCANE son síndromes parciales de anorexia y bulimia nerviosas. También lo es el trastorno por atracón (APA, 2000), que ha sido propuesto para ser aceptado como trastorno alimentario en el DSM-V, y que actualmente genera una enorme atención, especialmente por su relación con el sobrepeso y la obesidad.

Se ha llegado a entender que un tercio de las personas obesas sufren un “trastorno por atracón” (Saldaña, 2001).

La prevalencia de obesidad en España es del 13,9% y la de sobrepeso y obesidad del 26,3% (sólo sobrepeso, 12,4%). La obesidad es mayor en varones (15,6%) que en mujeres (12%), y también lo es el sobrepeso. Por edades, los jóvenes de 6 a 13 años tienen valores más elevados de obesidad. La obesidad es mayor entre aquellas personas que no desayunan o que desayunan mal. Se ponen de manifiesto tendencias hacia un incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil y juvenil en las últimas décadas, más marcado en varones y en edades prepuberales (Serra Majem y col., 2003).

Newmark-Sztainer y Hannan (2000), en un estudio epidemiológico en una muestra de 6.728 adolescentes, hallaron que el 24% de la población tenía sobrepeso. Por lo menos la mitad de las chicas había hecho dieta y un 13 % de ellas y el 7% de los chicos presentaron TCA.

Levine y Smolak (2006) estiman que el espectro de los trastornos alimentarios afecta a entre un 10% y un 15% de chicas y mujeres entre los 9 y los 19 años.

Durante 15 años se ha estudiado las preocupaciones por la imagen corporal que presentan diversos grupos de población adolescentes, y en todos ellos se ha observado que el nivel de preocupación e insatisfacción corporal es superior en las mujeres y va unido a mayores esfuerzos para adelgazar (Raich, Sánchez Carracedo, Torras, 2001; Raich, Torras Clarasó y Mora, 1997; Raich y Torras, 2002). En estas condiciones de insatisfacción se acude a remedios de estética, por ejemplo, la dieta para reducir el peso, como ha quedado plasmado en el estudio realizado por López Guimerà, Portell, Fauquet, Sánchez Carracedo y Raich (2007).

1.4. TRASTORNOS DE IMAGEN CORPORAL

El tener que ajustarse a ciertos ideales de belleza estandarizados socialmente, lleva a niños y niñas, y en particular a estas últimas, a un estado de evaluación corporal continuo, en edades cada vez más tempranas, según estudios cercana a los 11 años, lo que les lleva a desarrollar comportamientos que atentan contra su salud física y psicológica (Ballester y Guirado, 2003).

Bruch (1962), puso de manifiesto por primera vez la importancia de una alteración de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria, a partir de ese momento se vio la necesidad, en el mundo científico, de saber qué es la imagen corporal y cuáles podrían ser las técnicas de evaluación para conocerla mejor.

1.4.1. Evolución del concepto de imagen corporal

Las primeras referencias a alteraciones de la imagen corporal se hallan en los trabajos médicos sobre neurología de principios del siglo XX.

Bonnier en 1905 utiliza el término de “aschemata” para explicar la sensación de desaparición del cuerpo por daño cerebral. Pick en 1922, para referirse a problemas con la orientación corporal utiliza el término de “autotopagnosia”. Pick también indicaba que cada persona desarrolla una “imagen espacial” del cuerpo; esta imagen es una representación interna del cuerpo a partir de la información sensorial que el sujeto tiene. Head, en los años 20 del siglo pasado, entendió que cada individuo construye un modelo o imagen de sí mismo que constituye la base con la cual se comparan los movimientos del cuerpo, y empezó a utilizar el término “esquema corporal” (Fisher, 1990).

La definición más clásica de “imagen corporal” se la debemos a Schilder que la describe como la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente. Schilder, en los años 40 del siglo XX, propone la primera definición que se realiza sin recurrir a aspectos neurológicos. En su definición de “imagen corporal”, se solapan

aportaciones de la fisiología, el psicoanálisis y la sociología, considerando que la imagen de nuestro cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos (Williamson, Davis, Duchman, McKenzie y Watkins, 1990).

Las teorías psicoanalíticas dominantes en la primera mitad del siglo XX ponen especial énfasis en las manifestaciones inconscientes para explicar la formación de nuestra imagen corporal.

Para Fisher la gente variaba con respecto al conocimiento de sus límites corporales. Este autor encontró una concepción más dinámica de la imagen corporal. La definía en relación a sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo (Fisher, 1986).

Es necesario distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él. Una representación corporal puede ser más o menos acorde con la realidad, pero puede estar llena de sentimientos positivos o negativos que influyen en el autoconcepto (Bemis y Hollín, 1990)

No es necesario mencionar que, cada vez más, los jóvenes le dan mucha importancia a la imagen corporal. Además, se da con frecuencia una discriminación entre ellos (sobre todo en la edad escolar), debido a cuestiones relacionadas con la apariencia física, y especialmente por estar obsesos.

Aparte de intentar destacar por la manera de vestir y llevar marcas famosas (pues estamos en una sociedad muy materialista) lo más importante en la actualidad es el físico, la importancia que le damos a la apariencia física. Todo ello predomina sobre todo en la adolescencia, donde el deseo de pertenecer al grupo, y de ser valorado dentro de él, hace que se centren en tener una apariencia física agradable. Todo ello sin duda puede contribuir a que cada vez sea más temprana la edad de comienzo de los problemas con la imagen corporal y trastornos del comportamiento alimentario.

Podríamos destacar el caso del videojuego “Miss Bimbo” en países anglosajones; las niñas se tienen que identificar con una “muñeca barbie”, y tienen que comprarle ropa, conseguir que adelgace con operaciones de cirugía, etc. Tendríamos que valorar los límites éticos del consumo que puede contribuir a crear estereotipos patológicos desde la más tierna infancia.

1.4.2. La imagen corporal y los trastornos del comportamiento alimentario

Según Bruch (1962), la anorexia nerviosa tiene tres características: un sentimiento de ineficacia personal, la falta de reconocimiento de la información interna proveniente del cuerpo, y en tercer lugar, una alteración de la imagen corporal. La alteración de la imagen corporal se ha considerado desde entonces como un criterio para el diagnóstico de trastornos del comportamiento alimentaria y así figura las sucesivas ediciones del manual de diagnóstico DSM-IV-TR (APA, 2000).

El miedo a engordar es un elemento central de la psicopatología de los trastornos del comportamiento alimentario. La alteración de la imagen corporal que se detecta fundamentalmente, es la tendencia a ver el cuerpo con más tamaño del real, lo que algunos autores denominaron: sobreestimación (Rusell, 1970; Slade y Rusell, 1973)

En las sociedades neocapitalistas, la importancia de lo material ha hecho que se olviden los valores espirituales de la persona. El consumismo se ha convertido en el ídolo que estas sociedades veneran, propagados por los medios de comunicación y con intereses ocultos.

Se ha creado un modelo de imagen corporal estandarizado lo que constituye la base de posibles trastornos del comportamiento alimentario.

Cuando se produce en la persona una alteración psicológica de su imagen corporal que, al no encontrarse dentro de los cánones sociales, llega a tratar de cambiarla, pueden producir trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia y la bulimia nerviosa.

1.4.3. Definiciones actuales de imagen corporal

Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn (1998), recogen una serie de definiciones de imagen corporal y términos cercanos, como “satisfacción corporal”, “exactitud de la percepción del tamaño”, “satisfacción con la apariencia”, etc. El uso de una expresión u otra depende más de la orientación del investigador, o del aspecto concreto a investigar de la imagen corporal.

Probablemente todavía no exista una definición rotunda de imagen corporal y para poder avanzar en la precisión terminológica, deberemos conocer que estamos ante un constructo complejo.

Pruzinsky y Cash (1990) proponen que existen varias imágenes corporales interrelacionadas:

- Una imagen perceptual: se referiría a la percepción que tenemos de nuestro cuerpo.
- Una imagen cognitiva: que incluye pensamientos y creencias sobre nuestro cuerpo.
- Una imagen emocional: que incluye nuestros sentimientos y actitudes sobre el grado de satisfacción con nuestro cuerpo.

Thompson (1990), va a ampliar el término de “imagen corporal” de tal manera que, además de los componentes perceptivos, cognitivos y emocionales ya mencionados anteriormente, va a incluir un componente conductual que se fundamenta en qué conductas tienen su origen en la forma del cuerpo y en el grado de satisfacción con él. Conductas tales como evitar situaciones donde se vea el cuerpo desnudo (evitar acudir a gimnasios, o a piscinas públicas), o comprar ropas que disimulen ciertas partes del cuerpo o nos hagan más delgado.

Para otros autores como Slade (1994), la imagen corporal es una representación amplia en la mente de la figura corporal, en la que se tiene en cuenta la forma y tamaño del cuerpo, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos, que varían con el tiempo.

La imagen corporal no es aquello que ven los demás de nosotros, pero tampoco solamente la fotografía interna que tenemos de nosotros mismos, ni únicamente lo que pensamos de nuestro aspecto, ni lo que sentimos de nuestro cuerpo, no es sólo cómo nos comportamos con nuestro propio cuerpo. En esta línea, la profesora Raich propone una definición integradora de imagen corporal, al entender que es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos del cuerpo como un todo, así como de cada una de sus partes, incluidos el movimiento y los límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de los pensamientos y sentimientos que experimentamos (Raich, 2000).

En definitiva la imagen corporal es un constructo que refleja cómo se percibe, lo que se piensa, se siente y actúa en relación a su propio cuerpo (Raich, Torras y Figueras, 1996).

En una revisión de más de un centenar de artículos sobre imagen corporal se concluyó que aún no se ha llegado a una definición concluyente de imagen corporal, y que queda pendiente la tarea de medir las alteraciones de la imagen corporal de una forma objetiva, lo cual es un desafío importante (Skrzypek, Wehmeier y Remschmidt, 2001).

Para Cash (1990), lo que uno ve, piensa, siente y cómo actúa debido a su imagen corporal, es más importante que lo que dicen los demás, incluso que la opinión ajena basada en datos comprobables.

Por ello, si usamos el término «trastorno de la imagen corporal» queda claro:

- Que se trata de un constructo complejo que involucra muchos aspectos.
- A pesar de que se ha avanzado mucho en la búsqueda de un consenso sobre de qué estamos hablando, para la comunidad científica internacional aun no existe una objetividad terminológica.

- Que describe un grado de malestar psicológico más importante que el expresado por otros términos.
- Que buena parte de las cogniciones diarias del sujeto se invierte en este problema.
- Que conductualmente lleva a organizar su estilo de vida entorno a su preocupación corporal. Todo ello implica conductas de evitación, disimular supuestos defectos corporales, etc.

La gente que no tiene este problema evalúa las partes de su cuerpo bajo otros parámetros que los del atractivo, como puede ser la utilidad, el tamaño o la importancia. Por tanto, para desarrollar una intervención psicológica es necesario valorar y entender las connotaciones que la persona da a su apariencia (Rosen, 1995).

Garner y Garfinkel (1981), en una revisión sobre sistemas de evaluación de la imagen corporal en anorexia nerviosa, proponen que la alteración puede expresarse a dos niveles:

a) Una alteración perceptual, que afecta a la capacidad de los pacientes para estimar con exactitud el tamaño corporal.

b) Una alteración cognitivo-afectiva hacia el cuerpo. Esta alteración se manifiesta en la presencia de emociones o cogniciones negativas por culpa de la apariencia física.

Vaz, Peñas, Ramos (1999) apuestan por una clarificación terminológica, y hablan de distinguir y no confundir entre “alteración de la imagen corporal” e “insatisfacción corporal”, pues el primer concepto engloba al segundo además de otros muchos más aspectos.

Como conclusión, y tras las diversas aportaciones en este campo, Baile (2002) destaca las siguientes consideraciones:

a) No existe un término unívoco para referirse a la alteración-trastorno-desviación de la imagen corporal, de la misma manera que no existe un término para el propio constructo de imagen corporal.

b) Por esta razón el mismo término es utilizado por diferentes autores, pero lo conceptualizan de forma diversa, y emplean técnicas muy diferentes de medida.

c) Algunos autores proponen que el término global podría ser “alteración o trastorno de la imagen corporal” y que éste englobe a los demás, como distorsión perceptual o insatisfacción corporal (Raich, Mora, Soler, Avila, Clos y Zapater, 1994).

d) Hasta que no se llegue a un consenso terminológico, a una unanimidad terminológica, cuando se hable de alteración o trastorno de la imagen corporal se debería indicar a qué parte del problema se refiere, si a una alteración a nivel perceptual, cognitiva, emocional, o conductual.

e) Sería necesarias más investigaciones que determinen si detrás de los distintos términos, y de las diferentes formas de evaluación, existe un único rasgo psicológico.

1.5. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA (DSM-IV-TR., 2000)

1.5.1. Evolución de los criterios diagnósticos DSM

La característica principal de este grupo de trastornos es la presencia de graves alteraciones de la conducta alimentaria.

Las categorías incluidas en el DSM-IV-TR, incluye la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y una categoría de trastorno no especificado de la conducta alimentaria. Entre las propuestas del grupo de trabajo que elabora el DSM-V, parece que quiere incluir el trastorno por atracón como diagnóstico independiente.

La obesidad no está recogida por el DSM-IV-TR en este grupo, si bien la CIE-10 sí la incluye al hablar de “hiperfagia asociada a otros trastornos psicológicos”, que da lugar a obesidad.

1.5.2. Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria según DSM y CIE

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. En la DSM-IV-TR se incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

Una característica esencial de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales que posteriormente trataremos. El DSM-IV-TR incluye también la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado para

codificar los trastornos que no cumplen los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria específico.

Aunque la obesidad simple está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como una enfermedad médica, en el DSM-IV-TR no aparece, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales.

Los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria que se diagnostican con más frecuencia en la infancia y la niñez (p. ej., pica, trastorno por rumiación, y trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez) se incluyen en la sección «Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez».

1.5.3. Anorexia nerviosa (DSM-IV-TR., 2000)

1.5.3.1. Características diagnósticas

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectadas por este trastorno, aunque hayan pasado la menarquía, sufren amenorrea (el término anorexia es equívoco, porque es rara la pérdida de apetito.)

La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla (Criterio A). Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso (p. ej., mientras que el sujeto crece en altura).

El Criterio A, proporciona una guía para determinar cuándo el individuo alcanza el valor umbral para ser considerado de peso inferior. Esto significa que el peso de la persona es inferior al 85 % del peso considerado normal para su edad y su talla (de acuerdo con alguna de las diversas versiones de las tablas de la “Metropolitan Life Insurance” o

de las tablas de crecimiento usadas en pediatría). Existe otra guía adicional algo más estricta (usada en los Criterios de Investigación de la CIE-10), en la que se especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a 17,5 kg/m² (el IMC se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la altura al cuadrado).

A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos.

Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas (p. ej., vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo.

Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas (Criterio B). Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.

Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal (Criterio C). Algunas personas se encuentran «obesas», mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) le parecen demasiado gordas. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son, el pesarse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas «obesas». El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves.

En niñas que ya hayan tenido la primera regla, la amenorrea es indicadora de una disfunción fisiológica (Criterio D). La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede.

En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquía.

1.5.3.2. Subtipos

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa:

Tipo restrictivo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.

Tipo compulsivo/purgativo. Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima.

1.5.3.3. Relación DSM y CIE para el diagnóstico de anorexia nerviosa

Los Criterios de Investigación de la CIE-10 y los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, para la anorexia nerviosa difieren en diversos aspectos. La CIE-10, requiere específicamente que la pérdida de peso resulte autoinducida mediante la evitación de «comidas grasas» y, en el varón, comporte una pérdida del interés y de la potencia sexual (correspondiendo a lo que en las mujeres sería la amenorrea). Finalmente, a diferencia del DSM-IV-TR donde el diagnóstico de anorexia nerviosa tiene preferencia sobre el de bulimia nerviosa, la CIE-10 excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se han dado atracones de forma regular.

ANOREXIA NERVIOSA PARA CIE-10

A) Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal menor de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.

B) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo a través de: (1) evitación del consumo de alimentos que engordan; (2) vómitos autoprovocados; (3) purgas intestinales autoprovocadas; (4) ejercicio excesivo; (5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

C) Distorsión de la imagen corporal caracterizada por la persistencia con el carácter de idea sobrevalorada intrusa de pavor a la gordura o a la flacidez de las formas corporales de modo que el paciente se impone a sí mismo permanecer por debajo del límite máximo de peso corporal.

D) Trastorno endocrino generalizado manifestándose en la mujer con amenorrea y en el varón con una pérdida del interés y de la potencia sexual.

E) Si el inicio es anterior a la pubertad se retrasan las manifestaciones de la pubertad (crecimiento de mamas y amenorrea

primaria en las mujeres, genitales infantiles en los hombres). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.

Si están presentes todos los síntomas: anorexia nerviosa.

Si falta uno o más síntomas pero muestra un cuadro clínico característico: anorexia nerviosa atípica.

1.5.4. Bulimia nerviosa (DSM-IV-TR., 2000)

1.5.4.1. Características diagnósticas

La característica esencial de la “bulimia nerviosa” consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Concretamente, el DSM-IV-TR, establece las siguientes características diagnósticas:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

(1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

(2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son 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.

1.5.4.2. Subtipos

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.

1.5.4.3. Relación DSM y CIE para el diagnóstico de bulimia nerviosa

El DSM-IV-TR y CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, excepto en lo que hace referencia a la relación entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. A diferencia del DSM-IV-TR, que excluye el diagnóstico de bulimia nerviosa si esta conducta tiene lugar exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa, la CIE-10, por su parte, excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se han dado atracones de forma regular.

BULIMIA NERVIOSA PARA CIE-10

Deben estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación de modo que constituyen pautas diagnósticas estrictas. Dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones, tal y como se indica:

A) Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.

B) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos en intervalos de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

C) La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz, puede manifestarse de una forma florida o, por el contrario, adoptar una forma menor u larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Si falta uno o más síntomas pero muestra un cuadro clínico característico: bulimia nerviosa atípica.

1.6. OTROS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO (DSM-IV-TR. ,2000)

Bajo la categoría de trastorno del comportamiento alimentario se agrupan una serie de alteraciones que varían en la sintomatología y en la gravedad de las mismas. Los tipos de trastornos más comunes que afectan tanto a niños y adolescentes como a adultos son la obesidad, sobreingesta compulsiva, anorexia y bulimia. La obesidad, no es considerada un trastorno del comportamiento alimentario en las más recientes clasificaciones científicas del DSM, dado que, generalmente no está asociada a un síndrome psicológico o conductual inconfundible. Esto no es así en la CIE-10, que considera la “hiperfagia asociada a otros trastornos psicológicos”, como uno de los subtipos de trastorno del comportamiento alimentario. Lo que sí podemos decir, con independencia de las clasificaciones, es que las investigaciones y prácticas clínicas habituales, han tendido a incluirlas en la categoría de “trastorno del comportamiento alimentario”.

La realidad humana es difícilmente encuadrable en los modelos diagnósticos y, actualmente, se están desarrollando nuevos conceptos que no encajan en el concepto de trastornos del comportamiento alimentario clásico. En las nuevas categorías propuestas para el DSM-V, aparecen otras entidades distintas a las explicadas. Por ejemplo el “trastorno por sobreingesta compulsiva”. En todas las clasificaciones podemos observar que las conductas de las ingestas alteradas son: dieta extrema o ayuno, episodios de sobreingesta o una combinación de ambas.

Básicamente en todas las descripciones aparecen: preocupación por el peso y por la figura, percepción alterada del peso, configuración y dimensión corporales.

En todos los trastornos en los que lo que predomina la ingesta alterada aparecen sentimiento de falta de control sobre la ingesta.

Las consecuencias de los trastornos alimentarios son: pérdida de peso, aumento de peso y amenorrea (pérdida de la menstruación).

Más allá de la descripción de los comportamientos contradictorios de estos trastornos, debemos hacer hincapié en la alteración que representa en el desarrollo personal de los jóvenes. La necesidad de dedicar todos los esfuerzos a la pérdida de peso aísla, crea dificultades y entorpece la adquisición de otros aprendizajes necesarios.

1.7. ETIOLOGÍA: MODELOS TEÓRICOS EXPLICATIVOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

1.7.1. Modelos cognitivos-conductuales

A lo largo de la evolución de los trastornos del comportamiento alimentario, han ido surgiendo modelos generales para la explicación de los mismos.

Entre las líneas teóricas tradicionales, se encuentran dos hipótesis: la hipótesis de la externalidad de Schachter, Goldman y Gordon (1968) y la hipótesis de la activación emocional. La primera de ellas, relaciona el patrón de ingesta excesiva con los indicios externos de comida, añadiendo un déficit en la percepción de los indicios internos. La segunda, de corte psicoanalítico, da relevancia a los factores emocionales como desencadenantes de la ingesta. Estas hipótesis, sin embargo, han quedado superadas por la teoría de la restricción, de Herman y Polivy (1980). Según estos autores, la restricción se define como la intención del sujeto de restringir voluntariamente su ingesta con el objetivo de conseguir un peso ideal. Estos sujetos, continuamente comprometidos con el control del peso, responderían a la presencia de lo que denominan “desinhibidores del comer restrictivo” (Estados emocionales negativos) “contra-regulando”, es decir, comiendo de manera descontrolada.

La perspectiva explicativa más realista de los trastornos del comportamiento alimentario es de tipo multidimensional que parte de un enfoque biopsicosocial y, se centra fundamentalmente en la anorexia nerviosa. Garfinkel y Garner (1982), plantean un modelo según el cual, la anorexia nerviosa es el resultado de la interacción de una serie de factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes.

A) Entre los factores predisponentes (de tipo individual, familiar y sociocultural) se encontrarían, según este modelo conductual, factores genéticos, sexo femenino, edad entre 13 y 20 años, trastorno afectivo, obesidad, introversión/inestabilidad, nivel social medio-alto, familiares con trastorno afectivo, familiares con

adicciones, familiares con trastornos de la ingesta, obesidad materna y valores estéticos dominantes.

B) Entre los factores precipitantes se pueden encontrar: cambios corporales adolescentes, pérdidas y separaciones de personas queridas, rupturas conyugales de los padres, contactos sexuales, incremento rápido de peso, críticas sobre el cuerpo, incremento en la actividad física, enfermedad adelgazante, traumatismo desfigurador, así como acontecimientos vitales estresantes. Son factores que tienen como denominador común, el fracaso del individuo en la adaptación a las demandas exigidas por el medio en un momento dado.

C) Entre los factores perpetuantes o de mantenimiento estarían: las consecuencias de la inanición, el asentamiento social, la interacción familiar, las cogniciones “anoréxicas”, la actividad física excesiva y las prescripciones médicas.

La anorexia y la bulimia nerviosa son trastornos complejos y no los provoca una sola causa, ni hay una sola causa que los explique. La opinión más aceptada es que se han de dar una conjunción de factores para que se puedan presentar.

Vamos a ver otros factores predisponentes, precipitantes y mantenedores complementarios a los propuestos por Garfinkler y Garner (1982), que fueron propuestos por Chinchilla en 1990. Estos son:

A) Factores predisponentes: Hacen referencia a las características individuales, las situaciones familiares y sociales. Estos son:

- Gemelas monocigóticas.
- Mayores complicaciones perinatales.
- Estrés temprano.
- Elevado peso al nacer.
- Raza caucásica.
- Obesidad temprana.

- Mujeres frente a hombres.
- Preocupación por la apariencia.
- Dependencia parental.
- Identidad personal incompleta.
- Dificultad para ser independiente.
- Déficit en pensamientos abstractos y conceptos.
- Ciertas profesiones: modelos, gimnastas, bailarinas...
- Periodos de negativismo y subordinación.

B) Factores precipitantes: Hacen referencia a aquellas circunstancias estresantes que provocan el miedo a engordar y como consecuencia el sujeto empieza a realizar una dieta estricta. Entre ellos, este autor destaca:

- Estrés.
- Conflictos familiares.
- Necesidades neuróticas de prohibir la maduración.
- El colegio y el matrimonio.
- Huérfanas/os de padre.

C) Factores mantenedores: Una vez el trastorno se ha instaurado, existen una serie de agentes que intervienen positivamente manteniéndolo:

- Alteraciones hipotalámicas: disminución de la regulación de la temperatura corporal.
- Ambiciones.
- Responsabilidades.
- Dificultad para expresar emociones.
- Influencias externas con respecto a la comida.
- Reducción de carbohidratos y grasas.

- Hiperactividad.
- Cambios de humor.
- Preocupación por la comida.
- No existe conciencia de enfermedad o la niegan, creen que sólo están a dieta y que pueden controlarla.

1.7.2. Modelos psicodinámicos

Kröger en 1993, aseguraba que los hábitos alimentarios son un reflejo de las necesidades afectivas y de la situación mental de la persona. La necesidad y la situación con respecto a la ingestión de alimentos están íntimamente ligadas desde la más tierna infancia. La ingestión de alimentos es una experiencia que no sólo tiene una base nutricional. Cuando un ser humano ingiere alimentos, de alguna manera establece una relación con su entorno: “el amor pasa por el estómago”. Cuando el niño es amamantado, percibe el primer consuelo al malestar físico propio del hambre, así como al apego con su madre. Para Kröger, no existe en la primera etapa de la vida una función vital que sea tan importante como la ingestión de alimentos.

R. Aguado (2005), afirma: “que “La satisfacción del hambre produce una intensa sensación de seguridad y bienestar”. El contacto de la piel, con el cuerpo cálido y suave de la madre que le alimenta, le transmite al lactante la sensación de ser querido. Además, succionar y beber del pecho de la madre le produce una sensación agradable en los labios y la lengua. De esta forma, el sentimiento de ser alimentado, protegido y querido, queda fundido en un sentimiento único y aparece como insuperable en las primeras experiencias del lactante. El sentimiento de ser querido y cuidado, ligado a la ingesta, queda grabado, y jamás se pierde en la vida futura. Queda establecida la relación, “alimento con amor”, de tal forma, que si posteriormente tenemos un déficit de amor (hambre de amor), esta carencia puede compensarse comiendo exageradamente para “rellenar el vacío de cariño”, negando la comida o

vomitándola y así expresar con esta negación que no admite el afecto que recibe". (Aguado, 2005, p. 281).

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar la evolución de la imagen corporal en las fases tempranas de la adolescencia y su relación, con rasgos de personalidad y alteraciones de la conducta alimentaria.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar los cambios de la imagen corporal en escolares con edades comprendidas entre los 10 y los 13 años.
2. Analizar los cambios de la imagen corporal y su relación con los cambios puberales propios de estas edades.
3. Analizar las diferencias por sexo de los cambios de la imagen corporal en estos niños.
4. Analizar si existe relación entre la imagen corporal y rasgos de personalidad, con disfunciones alimentarias.
5. Analizar si la imagen corporal influye, junto a determinados rasgos de personalidad, sobre disfunciones alimentarias.

2.3. HIPÓTESIS

1. La percepción de la imagen corporal irá cambiando de los 10 a los 13 años.
2. Los cambios puberales podrían influir en la percepción de la imagen corporal.
3. Podrían existir diferencias en la evolución de la percepción de la imagen corporal entre niños y niñas.
4. La percepción de la imagen corporal y ciertos rasgos de personalidad podrían estar relacionados con la aparición de disfunciones alimentarias.
5. La percepción de la imagen corporal y ciertos rasgos de personalidad podrían influir en la aparición de disfunciones alimentarias.

3. METODOLOGÍA

3.1. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

3.1.1. Ámbito de estudio

La población objeto de estudio está formada por niños y niñas de la población general escolarizada de 10 años de edad de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

3.1.2. Sujetos de estudio

La muestra estuvo compuesta por los alumnos de tres clases de 5º de educación primaria, de un colegio concertado de Cáceres capital, a los que hemos hecho un seguimiento durante 4 años (hasta segundo curso de Educación Secundaria Obligatoria).

La muestra final estuvo constituida por 100 niños, de los cuales, 51 eran niños (51%) y 49 niñas (49%).

La media de edad de los niños al comienzo de la investigación era de 10,11 años y la de las niñas de 10,08. Nos situamos por tanto prácticamente en los 10 años en ambos sexos.

El 100% de las familias a las que pertenecían los alumnos eran de raza blanca, con un estatus socioeconómico de clase media-alta.

3.1.3. Criterios de inclusión

- Sujetos de 10 años de edad en el comienzo de la investigación.
- Nivel educativo normal de lectoescritura en el comienzo de la investigación correspondiente a 5º de educación primaria.
- Aceptación libre de los padres y los niños para participar en el estudio.

3.1.4. Criterios de exclusión

- Pacientes con necesidades educativas especiales o algún tipo de trastorno psiquiátrico.

No fue necesario excluir a ninguno de los sujetos de nuestra muestra por esta razón.

3.2. PROCEDIMIENTO GENERAL DEL ESTUDIO

3.2.1. Trabajo de campo. Organización de tareas, tiempos y medios

El primer paso consistió en seleccionar la muestra de sujetos, pedir los permisos necesarios a colegio y padres de alumnos, y decidir cómo se iba a realizar la aplicación de los cuestionarios. Para ello, contactamos con el departamento de orientación del colegio.

Los alumnos respondieron a los cuestionarios en las distintas horas de tutoría que tenían asignadas semanalmente. Dado el volumen de preguntas, fueron necesaria tres horas de clases distribuidas en distintos días para que los alumnos respondieran a todos los cuestionarios.

El mes de aplicación fue noviembre de 2005, 2006, 2007 y 2008. Se pidió autorización a los padres para aplicar los cuestionarios. A los alumnos se les dijo que se trataba de un estudio. A cada alumno se le entregó un código numérico para que identificara sus cuestionarios.

La corrección de los cuestionarios se llevó a cabo en los meses de diciembre, enero y febrero de cada uno de los cuatro cursos evaluados.

El comienzo de nuestro estudio fue noviembre de 2005, realizando un estudio longitudinal de dicha muestra durante cuatro años. Los últimos cuestionarios se aplicaron en noviembre de 2008.

3.2.2. Diseño del estudio

Se trata de un estudio longitudinal, descriptivo, comparativo, probabilístico e inferencial transversal.

3.3. VARIABLES DE ESTUDIO E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Teniendo en cuenta que nuestro objetivo es medir cambios de la imagen corporal y cómo esta, junto con determinados rasgos de personalidad se relaciona con la aparición de disfunciones alimentarias, hemos seleccionado algunos de los cuestionarios más utilizados a la hora de medir distintos aspectos de la imagen corporal, alteraciones del comportamiento alimentario y rasgos de personalidad en la adolescencia.

En la siguiente tabla exponemos las variables utilizadas, una pequeña descripción de las mismas, y los instrumentos de evaluación utilizados.

TABLA 1. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

VARIABLE	BREVE DESCRIPCIÓN	CUESTIONARIO
IMC_ÍNDICE DE MASA CORPORAL	Índice de masa corporal. (Peso dividido por altura al cuadrado).	Evaluación directa.
BPSS_SATISFACCIÓN ÁREAS CORPORALES	Conocer el grado de satisfacción con las distintas partes del cuerpo (cara, pelo, altura, musculatura, etc.) que presenta el sujeto.	SATISFACCIÓN DE ÁREAS CORPORALES. (BPSS). (Cash, 1990).
BSQ_FORMA CORPORAL	Conocer la autovaloración que el sujeto realiza de su forma corporal. Es un cuestionario que estuvo diseñado para valorar la insatisfacción corporal en personas que sufrían de trastornos alimentarios, tipo anorexia y bulimia nerviosa. Ha mostrado su capacidad para evaluar el malestar por la figura en personas que no sufren de estos trastornos.	CUESTIONARIO DE LA FORMA CORPORAL. (BSQ). (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987).
DST ESTRÉS SOCIAL	Conocer el grado en que la imagen corporal provoca ansiedad en el sujeto. Este cuestionario fue elaborado para medir situaciones de estrés relacionadas con la imagen corporal.	ESTRÉS EN SITUACIONES SOCIALES. (DST). (Cash, 1990).

TABLA 1. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN (CONT.)

VARIABLE	BREVE DESCRIPCIÓN	CUESTIONARIO
BIAQ_EVITACIÓN CUERPO	Mide la frecuencia con que practica ciertas conductas de evitación activa y pasiva de situaciones relacionadas con la imagen corporal, como llevar ropa amplia o mirarse al espejo. Consta de cuatro subescalas: vestimenta, actividades sociales, restricción alimentaria y pesarse y acicalarse.	CUESTIONARIO DE EVITACIÓN DEBIDA A LA IMAGEN CORPORAL. (BIAQ). (Rosen, Salzberg, Srebnik y went, 1990).
EDI_OBSESION POR LA DELGADEZ	Los elementos de esta escala se refieren a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar.	EATING DISORDER INVENTORY (EDI-2). (Garner, Olmstead y Polivy, 1983).
EDI_BULIMIA	Tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables y llevar a cabo conductas compensatorias como vómitos provocados.	EATING DISORDER INVENTORY (EDI2). (Garner, Olmstead y Polivy, 1983).
EDI_INSATISFACCIÓN CORPORAL	Mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con la de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria (estómago, caderas, muslos, nalgas, etc.).	EATING DISORDER INVENTORY(EDI2). (Garner, Olmstead y Polivy, 1983).
EPQ_ NEUROTICISMO	Se define el sujeto típico con puntuaciones altas como ansioso, preocupado, con cambios de humor y frecuentemente deprimido; probablemente duerme mal y de queja de diferentes desórdenes psicósomáticos.	CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK. (EPQ-J). (Eysenck y Sybil, 1975).
EPQ_ PSICOTICISMO	Para la mayoría de los teóricos de la personalidad, entre los que podemos citar al Dr. C. George Boeree (2005), esta variable no mide rasgos de personalidad psicótica, sino más bien aspectos relacionados con una personalidad agresiva, impulsiva, con tendencia a la búsqueda de sensaciones y desorganizada.	CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK. (EPQ-J). (Eysenck y Sybil, 1975).
EPQ_ INTROVERSIÓN	Es un individuo tranquilo, retraído, introspectivo, más amigo de los libros que de las personas; es reservado y se muestra distante, excepto con los amigos íntimos; suele ser previsor, desconfía de los impulsos del momento.	CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK. (EPQ-J). (Eysenck y Sybil, 1975).
EPQ_ EXTRAVERSIÓN	Es sociable, tiene muchos amigos, no le gusta leer o estudiar en solitario; anhela la excitación, se arriesga, frecuentemente se mete en todo, actúa por razones del momento y generalmente es un individuo impulsivo.	CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK. (EPQ-J). (Eysenck y Sybil, 1975).
EPQ_CONDUCTA ASOCIAL	Propensión a la conducta antisocial (CA en la versión española), que puede llegar en el extremo superior a una actuación propiamente criminal. (Eysenck y Eysenck, 1998).	CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK. (EPQ-J). (Eysenck y Sybil, 1975).

A continuación realizamos una descripción detallada de los distintos cuestionarios.

3.3.1. Cuestionario 1: Datos generales

Finalidad: Registro de datos descriptivos (edad, número de hermanos, profesión padres, etc.) que nos permitan homogeneizar y tener información complementaria de la muestra.

3.3.2. Cuestionario 2: Satisfacción con las distintas áreas corporales

Instrumento: Escala de Satisfacción de Áreas Corporales (BPSS).

Autor: Cash, (1990).

Finalidad: Conocer el grado de satisfacción con las distintas partes del cuerpo (cara, pelo, altura, musculatura, etc.) que presenta el sujeto.

Escala lickert de 1 a 5. En este cuestionario, puntuaciones elevadas indican satisfacción con la imagen corporal. La puntuación total tiene un rango de 12 a 60.

3.3.3. Cuestionario 3: Autovaloración de la Forma Corporal

Instrumento: Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ).

Autores: Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987).

Finalidad: Conocer la autovaloración que el sujeto realiza de su forma corporal. Es un cuestionario que estuvo diseñado para valorar la insatisfacción corporal en personas que sufrían de trastornos alimentarios, tipo anorexia y bulimia nerviosa. Ha mostrado su capacidad para evaluar el malestar por la figura en personas que no sufren de estos trastornos.

Consta de 34 items que evalúan aspectos actitudinales de la imagen corporal: insatisfacción/preocupación por el peso y la línea. Es un cuestionario

que presenta unas excelentes cualidades psicométricas. Está adaptado a la población española (Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater, 1996) y sirve para discriminar entre personas sin problemas, personas preocupadas por su imagen corporal y personas con trastornos alimentarios. En un principio fue diseñado para el cuerpo femenino, pero también se ha usado en muestras masculinas. El BSQ parece ser un buen instrumento para medir insatisfacción corporal, pero no deja de ser una escala elaborada para población no latina.

Se evalúa mediante una escala Lickert de 1 a 6. Rango de 34 a 204.

3.3.4. Cuestionario 4: Ansiedad ante la Imagen Corporal

Instrumento: Distressing Situations Test; Estrés en Situaciones Sociales, (DST).

Autor: Cash (1990).

Finalidad: Conocer el grado en que la imagen corporal provoca ansiedad en el sujeto. Este cuestionario fue elaborado para medir situaciones de estrés relacionadas con la imagen corporal. En esta línea, se plantean 25 situaciones y el sujeto tiene que valorar en qué medida dichas situaciones le provoca malestar y ansiedad. Para medir el grado de ansiedad se emplea una escala Lickert de 0 a 4. La puntuación total tiene un rango de 0 a 100.

3.3.5. Cuestionario 5: Evitación de la Imagen Corporal

Instrumento: Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ).

Finalidad: Conocer el grado en que la imagen corporal afecta a la vida cotidiana de los sujetos.

Autores: Rosen, Salzberg, Srebnik y Went (1990).

El sujeto debe valorar 19 ítems (en escala de frecuencia de 5 puntos (0-5)) con relación a la frecuencia con que practica ciertas conductas de evitación activa y pasiva de situaciones relacionadas con la imagen corporal, como llevar ropa amplia o mirarse al espejo. Consta de cuatro subescalas: vestimenta, actividades sociales, restricción alimentaria y pesarse y acicalarse.

Es por ahora la única medida del aspecto comportamental del trastorno de la imagen corporal que se conoce (Williamson, David, Duchman, Mckenzie, y Watkins, 1990).

La puntuación total tiene un rango de 0 a 95.

3.3.6. Cuestionario 6: Psicopatología alimentaria

Instrumento: Eating Disorder Inventory (EDI-2).

El EDI-2 (Eating Disorder Inventory, Garner, Olmstead y Polivy, 1983) contiene una subescala (Insatisfacción Corporal) que es un índice genérico de insatisfacción corporal general con diferentes zonas del cuerpo. Puede utilizarse aisladamente sin menoscabo de su actividad discriminativa ni evaluativa tal y como se demuestra en Baile, Raich y Garrido (2003).

Podemos decir que el EDI-2 se ha construido sobre la premisa, compartida por un creciente número de clínicos e investigadores, de que los trastornos de la alimentación son multidimensionales y tienen causas múltiples.

El EDI-2 es un valioso instrumento de investigación porque suministra información descriptiva y permite la comparación entre muestras de diversos orígenes o distinta composición.

Fuera del ámbito clínico, el EDI-2 representa una forma rápida y económica de detectar sujetos que presentan trastornos de la conducta alimentaria o que tienen riesgos de desarrollar en el futuro este tipo de conducta.

El EDI-2 también es recomendado de una forma más general en poblaciones de jóvenes y adolescentes con fines preventivos o para la realización de estudios epidemiológicos, como es el caso.

En el EDI-2 no es aconsejable (según indica el manual) obtener una puntuación total sumando las puntuaciones parciales de las diferentes escalas. Según el manual las escalas del EDI-2 se han diseñado para medir rasgos independientes y la obtención de una puntuación total plantea serios problemas de interpretación. De cada una de las escalas del EDI-2 se obtiene una puntuación en percentiles.

3.3.6.1. Descripción de las escalas del EDI-2

3.3.6.1.1. Obsesión por la delgadez

Este constructo fue elaborado por Bruch (1973, 1982), quien describió la obsesión por la delgadez o la búsqueda incesante de la delgadez como la característica esencial de los trastornos de la conducta alimentaria. Russell (1970) ha descrito su antítesis, el “temor mórbido a la obesidad” como el núcleo psicopatológico, tanto de la anorexia nerviosa como de la bulimia nerviosa. La manifestación clínica de un intenso impulso de estar más delgado o un fuerte temor a la gordura es un síntoma esencial para el diagnóstico de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Los elementos de esta escala se refieren a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar.

3.3.6.1.2. Bulimia

La escala de bulimia evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables y llevar a cabo conductas compensatorias como vómitos provocados. La presencia de este tipo de conductas es una característica definitiva de la bulimia nerviosa y permite diferenciar entre los dos tipos de anorexia: bulímico y restrictivo.

3.3.6.1.3. Insatisfacción corporal

Esta escala mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con la de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria (estómago, caderas, muslos, nalgas, etc.). La insatisfacción con el propio cuerpo puede considerarse endémica en las mujeres jóvenes de los países occidentales pero cuando supera grados extremos puede considerarse como una de las características centrales de trastornos como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La insatisfacción corporal se considera como uno de los aspectos de la “perturbación de la imagen corporal” característica de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. La primera adaptación española del

cuestionario fue realizada en población patológica (Garner y Garfinkel, 1981; Garner, Garfinkel y Bonato, 1987; Thompson, 1990).

3.3.6.1.4. Ineficacia

La escala de Ineficacia evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida. Bruch (1962, 1973), describió en un principio el “sentimiento abrumador de ineficacia” como la perturbación subyacente a los trastornos de la conducta alimentaria. Este constructo está presente en la mayor parte de las explicaciones clínicas de los trastornos de la conducta alimentaria (Garner y Bemis, 1985; Wagner, Halmi y Maguire, 1987). Conceptualmente la escala está estrechamente relacionada con una pobre autoestima o una autoevaluación negativa pero va más allá de estos constructos al incluir sentimientos de vacío y soledad.

3.3.6.1.5. Perfeccionismo

Esta escala mide el grado en el que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores. Bruch (1978), ha indicado que la lucha por alcanzar niveles de rendimiento perfeccionista es característica de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y Slade (1982), ha añadido que el perfeccionismo es una condición crítica que facilita el escenario para el desarrollo de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

3.3.6.1.6. Desconfianza interpersonal

Esta escala evalúa el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos. Diversos autores consideran que la necesidad de mantener a los demás a una cierta distancia es un rasgo psicológico importante en relación con la aparición y persistencia de algunos casos de trastornos de la conducta alimentaria (Goodsitt, 1977; Johnson y Connors, 1987; Selvini-Palazzoli, 1974; Story, 1976; Strober, 1981).

3.3.6.1.7. Conciencia introceptiva

Esta escala evalúa el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona también con la dificultad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad. La confusión y desconfianza en relación con el funcionamiento del cuerpo y de los sentimientos se ha descrito con frecuencia como un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de algunos casos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa (Garner y Bemis, 1985).

3.3.6.1.8. Miedo a la madurez

Esta escala evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia. Crisp (1965, 1980), arguyó que la psicopatología principal de los pacientes de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, es el temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de la adultez. Según esta opinión, el ayuno se convierte en un mecanismo para evitar la madurez psicobiológica porque desemboca en una vuelta a la apariencia y estado hormonal prepuberales (Crisp, 1980).

3.3.6.1.9. Ascetismo

Esta escala mide la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales. Los primeros escritos que trataron de la anorexia nerviosa, se ocuparon con frecuencia del ascetismo (Bell, 1985; Casper, 1983; Ramplimg, 1985), y se basaron en las concepciones que consideran que hacer dieta es una purificación, la delgadez es una virtud y el ayuno un acto de penitencia.

3.3.6.1.10. Impulsividad

La escala de Impulsividad evalúa la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales. La incapacidad de regular

adecuadamente los propios impulsos se ha visto como un síntoma de pronóstico preocupante en los trastornos de la conducta alimentaria (Casper, 1990; Casper, Eckert, Halmi, Goldberg y Davis, 1980).

Los elementos de esta escala coinciden con las características “borderline” de grupos de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria particularmente resistentes al tratamiento (Cooper y col., 1988; Garner, Olmsted, David, Rockert, Goldbloom y Eagle, 1990).

3.3.6.1.11. Inseguridad social

Esta escala mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad. Se ha observado con frecuencia que algunos pacientes con trastornos de la conducta alimentaria experimentan falta de seguridad y de felicidad en sus relaciones sociales, y ello puede tener consecuencias para el tratamiento (Bruch, 1973; Herzog, Keller, Lavori y Ott, 1987; Norman y Herzog, 1984; Strober, 1980, 1981).

3.3.6.2. Corrección

El EDI-2 consta de 64 elementos que puntúan en ocho escalas principales y de 27 elementos que evalúan otras tres escalas adicionales. Los sujetos contestan en una escala de 0 a 5, según que el comportamiento que describe el elemento le ocurra “nunca”, “pocas veces”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre” o “siempre”. La respuesta dada a cada elemento puede puntuar de 0 a 3 y se da un 3 a las respuestas extremas en la dirección sintomática (“siempre” o “nunca” según que el elemento esté redactado en sentido positivo o negativo en relación con lo que evalúa la variable). Se atribuye 2 puntos a las respuestas inmediatamente adyacentes y 1 punto a las siguientes. Las tres opciones más alejadas o asintomáticas, reciben 0 puntos.

Cada elemento participa en una sola de las escalas de la prueba y, la puntuación directa de cada escala, se obtiene sumando los puntos atribuidos a los elementos de la misma. Cada una de las escalas directas posteriormente es transformada en percentiles. Para ello, hemos utilizado la tabla que se ajusta a

nuestra población; esto es, mujeres u hombres adolescentes sin trastornos de conducta alimentaria.

3.3.7. Cuestionario 7: Cuestionario de personalidad de Eysenck

Instrumento: Cuestionario de Personalidad de Eysenck Junior (EPQ-J).

Autor: Eysenck y Sybil (1975).

Se trata de un cuestionario de personalidad que supone un desarrollo de varios cuestionarios de personalidad anteriores. La adaptación española fue llevada a cabo por la “Sección de Estudios de TEA Ediciones” en 1998. Se redactó en un lenguaje sencillo para que los sujetos menores escolarizados pudieran contestar a las cuestiones sin necesidad de tener que explicárselas. Se puede aplicar a escolares en edades comprendidas entre los 8 y los 15 años.

Eysenck (1975), estudió la personalidad en aquellos rasgos o factores que son genéticos, heredables. Esto implicaba aislar aquellos factores que no cambian, que son estables y que forman parte de la estructura de la personalidad; pero al estar estos en contacto con el entorno, según este autor, se pueden atenuar o acentuar, según el caso. Esta es la base por la que hemos utilizados este cuestionario.

3.3.7.1. Descripción de las escalas del EPQ-J

3.3.7.1.1. Neuroticismo

Se define el sujeto típico con puntuaciones altas en Neuroticismo como ansioso, preocupado, con cambios de humor y frecuentemente deprimido; probablemente duerme mal y de queja de diferentes desórdenes psicosomáticos; es exageradamente emotivo, presenta reacciones muy fuertes a todo tipo de estímulos y le cuesta volver a la normalidad después de cada experiencia que provoca una elevación emocional. Sus fuertes reacciones

emocionales le impiden lograr una adaptación adecuada, y le hacen reaccionar de una manera irracional y, en ocasiones, rígida.

3.3.7.1.2. Extraversión-Introversión

3.3.7.1.2.1. Extraversión

El extravertido típico es sociable, le gustan las fiestas, tiene muchos amigos, necesita tener alguien con quien hablar y no le gusta leer o estudiar en solitario; anhela la excitación, se arriesga, frecuentemente se mete en todo, actúa por razones del momento y generalmente es un individuo impulsivo; le gustan las bromas, siempre tiene una respuesta a punto, y generalmente le encanta el cambio; es despreocupado y optimista. Tiende a ser agresivo y de fácil enfado.

3.3.7.1.2.2. Introversión

El introvertido típico es un individuo tranquilo, retraído, introspectivo, más amigo de los libros que de las personas; es reservado y se muestra distante, excepto con los amigos íntimos; suele ser previsor, desconfía de los impulsos del momento; no le gusta la diversión y disfruta de un modo de vida ordenado; controla cuidadosamente sus sentimientos, raras veces se comporta de una manera agresiva, y no se enfada con facilidad; se puede confiar en él, es algo pesimista y tiene en gran estima las normas éticas.

3.3.7.1.3. Psicoticismo

A pesar de que se considera que puede ser prematuro intentar una descripción verbal del sujeto que puntúa alto en esta escala, puede resultar útil intentar comunicar las cualidades peculiares de este tipo de personalidad. Así, pues, un sujeto con puntuación alta se puede describir como solitario, despreocupado de las personas, crea problemas a los demás y no compagina con otros fácilmente, puede ser cruel, inhumano e insensible, y tener falta de sentimientos y empatía, se muestra hostil, incluso con los más íntimos, y agresivo, incluso con las personas amadas. Tiene una cierta inclinación por

cosas raras y extravagantes; desprecia el peligro; le gusta burlarse de los demás y ponerles de mal humor.

Para la mayoría de los teóricos de la personalidad, entre los que podemos citar al Dr. C. George Boeree (2005), esta variable no mide rasgos de personalidad psicótica, sino más bien aspectos relacionados con una personalidad agresiva, impulsiva, con tendencia a la búsqueda de sensaciones y desorganizada.

3.3.7.1.4. Sinceridad

La escala original L (“lie” que apareció por primera vez en los instrumentos de Eysenck, en el cuestionario EPI), intenta medir la tendencia al disimulo de algunos sujetos para presentar un “buen aspecto”; este rasgo es particularmente acusado cuando el cuestionario se aplica a situaciones en las que el sujeto piensa que hay “aspectos” más adecuados. Se han llevado a cabo varios estudios experimentales y análisis factoriales para investigar con algún detalle la naturaleza de esta escala (Eysenck & Eysenck, 1970; Michaelis & Eysenck, 1971; Eysenck, Nias & Eysenck, 1971) y aparece claramente que la escala, posee un alto grado de unidad factorial; sin embargo, existen algunas dificultades a la hora de interpretar las puntuaciones, puesto que no significan, por el momento, otra cosa que disimulación. En la versión española se utiliza (por razones prácticas) el polo opuesto (S, la no simulación), es decir, la sinceridad (Eysenck y Eysenck, 1998).

3.3.7.1.5. Conducta asocial

En el caso del EPQ-J, pareció conveniente construir una escala C (propensión a la criminalidad), para su aplicación a los niños, tan interesante o más que para los adultos. Esta tarea ha sido intentada en origen por Allsopp y Feldman (1976), pero debe quedar muy claro que el criterio, en esta ocasión, no es la criminalidad propiamente hablando sino, más bien, la propensión a la conducta antisocial (CA en la versión española), que puede llegar en el extremo superior a una actuación propiamente criminal (Eysenck y Eysenck, 1998).

De cada una de las escalas del EPQ-J, se obtiene una puntuación en percentiles.

3.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

1. **Estudio descriptivo:** en el que hemos hecho un análisis comparativo a lo largo de 4 años de las variables evaluadas relacionadas con problemas con la imagen corporal (Índice de masa corporal, Satisfacción áreas corporales, Forma corporal, Estrés social y Evitación cuerpo) para ver la evolución a lo largo de los años.

A nivel estadístico, hemos llevado a cabo una comparación de medias y de varianzas de cada una de las variables anteriores, evaluadas a lo largo de los cuatro años, haciendo a su vez una comparativa por sexos. Para ello se utilizó el Test de Kolmogorov-Smirnoff, para analizar la normalidad de la distribución. Las variables que no superaron el test de normalidad, fueron transformadas mediante Logaritmo Neperiano. Posteriormente se utilizó el test de Anova con medidas repetidas.

También hemos visto la distribución de porcentajes en las distintas variables que miden trastornos de imagen corporal, hemos analizado qué porcentaje supera el punto de corte o porcentaje de riesgo. Estos cuestionarios no tienen un punto de corte establecido. La mayoría de los autores y la mayoría de los cuestionarios utiliza el percentil 70 como límite, por ello, el porcentaje de riesgo lo hemos establecido a partir del percentil 70. Hemos visto cómo evoluciona este porcentaje a lo largo de los 4 años evaluados.

2. **Estudio correlacional:** se ha estudiado, de forma bivariada, el grado de correlación entre las variables utilizadas para medir problemas con la imagen corporal (IMC, Satisfacción áreas corporales, Forma corporal, Estrés social y Evitación cuerpo), las variables utilizadas para medir rasgos de personalidad (Neuroticismo, Psicoticismo, Extraversión, Introversión y Conducta asocial) con las variables utilizadas para medir alteraciones de la conducta alimentaria (Obsesión por la delgadez,

Bulimia e Insatisfacción corporal), con la finalidad de observar la relación entre ellas.

Como uno de nuestro objetivo es analizar si los cambios puberales pueden tener que ver con la aparición de problemas con la imagen corporal y con posibles alteraciones de la conducta alimentaria, las correlaciones se han realizado tanto a los 11 años (antes de la pubertad) como a los 13 años (después de la pubertad).

- 3. Estudio de regresiones:** realizamos un análisis de regresión con todas las variables, dependientes e independientes, que hemos utilizado en nuestro estudio. Para ello establecemos tres variables dependientes que miden disfunciones alimentarias (Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal). Tratamos de ver en qué medida estas variables son explicadas por otras variables independientes que están relacionadas con la presencia de problemas con la imagen corporal (IMC, Satisfacción áreas corporales, Forma corporal, Estrés social, y Evitación cuerpo) y con factores de personalidad (Neuroticismo, Psicoticismo, Introversión-Extraversión, y Conducta asocial).

El estudio de regresión se han realizado tanto a los 11 años (antes de la pubertad) como a los 13 años (Después de la pubertad). También hemos analizado si la presencia de problemas con la imagen corporal junto con factores de personalidad a los 11 años (antes de la pubertad) puede predecir la aparición de disfunciones alimentarias (Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal) a los 13 años.

A la hora de realizar el estudio de regresión hemos tenido en cuenta el sexo de la muestra.

Se concretó el porcentaje de varianza de cada una de las variables dependientes que es explicado por las variables independientes. De este modo podíamos saber cuáles eran las posibles variables predictoras de la variable que nos interesaba. Para ello,

utilizamos el método de regresión múltiple lineal por pasos sucesivos “Stepwise Regression”.

En total son trece variables, de las cuales tres fueron utilizadas como variables dependientes, y diez como variables independientes.

El tratamiento estadístico de los datos se llevó a cabo con el sistema SPSS. Hemos utilizado el SPSS 13.0 Statistical Packaged (SPSS inc., Chicago, USA), para Windows.

4. RESULTADOS

4.1. ESTUDIO DESCRIPTIVO

4.1.1 Cambios puberales en niños y niñas

Hemos tenido en cuenta en este estudio como factor importante el comienzo de la pubertad tanto en los niños como en las niñas. Se hicieron una serie de preguntas dirigidas a saber a qué edades comenzaron los cambios puberales en niños y en niñas. Estos son los resultados de las medias y desviaciones típicas de todos los niños y niñas respectivamente:

TABLA 2. EDAD PROMEDIO DE CAMBIOS FÍSICOS EN NIÑAS

NIÑAS	
CAMBIO FÍSICO	EDAD PROMEDIO
Desarrollo mamario	\bar{x} 10,90 σ 0,96
Aparición del vello púbico	\bar{x} 10,60 σ 0,60
Incremento de peso	\bar{x} 11,90 σ 0,62
Máxima estatura	\bar{x} 10,70 σ 0,70
Crecimiento máximo de músculos y órganos (caderas)	\bar{x} 11,20 σ 0,84
Primer periodo menstrual (Menarquía)	\bar{x} 11,70 σ 0,62

TABLA 3. EDAD PROMEDIO DE CAMBIOS FÍSICOS EN NIÑOS

NIÑOS	
CAMBIO FÍSICO	EDAD PROMEDIO
Aparición del vello púbico	\bar{x} 11,20 σ 0,75
Incremento de peso	\bar{x} 11,40 σ 0,73
Máxima estatura	\bar{x} 11,20 σ 0,80
Crecimiento máximo de músculos y órganos	\bar{x} 11,70 σ 0,59
Cambio de voz	\bar{x} 12,20 σ 0,58
Primera eyaculación	\bar{x} 12,00 σ 0,69

Como podemos ver, los cambios puberales tanto en niños como en niñas tienen lugar entre los 11 y los 12 años.

4.1.2. Evolución de las variables de estudio por año y por sexo

Las siguientes tablas muestran la evolución de las medias y desviaciones típicas de las variables a lo largo de los cuatro años tanto en niños como en niñas.

TABLA 4. EVOLUCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO POR AÑO Y POR SEXO (Media y Desviación típica)

AÑO	VARIABLE	NIÑOS				NIÑAS			
		1	2	3	4	1	2	3	4
	ÍNDICE DE MASA CORPORAL	\bar{x} 17,58 σ 1,87	18,68 2,52	18,81 2,53	20,12 2,35	17,21 1,55	17,94 2,21	17,82 1,62	18,99 2,02
	SATISFACCIÓN ÁREAS CORPORALES	\bar{x} 45,50 σ 6,36	45,31 9,43	51,88 15,44	51,02 11,24	42,47 7,76	44,19 7,36	44,12 7,47	42,93 8,37
	FORMA CORPORAL	\bar{x} 47,23 σ 15,89	43,07 16,91	44,90 20,09	42,26 12,53	60,11 25,43	47,23 21,06	50,02 16,97	56,63 27,28
	ESTRÉS SOCIAL	\bar{x} 13,23 σ 11,65	10,78 11,15	15,37 12,33	13,95 13,85	17,16 12,69	12,31 11,65	17,71 12,31	20,30 15,34
	EVITACIÓN CUERPO	\bar{x} 32,90 σ 6,52	38,33 5,66	15,64 7,31	15,46 7,51	34,98 7,1	38,03 7,11	19,08 6,81	21,18 8,79
	OBSESIÓN DELGADEZ	\bar{x} 58,92 σ 18,34	68,95 46,27	53,98 19,30	52,57 21,16	41,47 21,60	35,95 17,97	36,04 18,48	36,63 21,43
	BULIMIA	\bar{x} 51,05 σ 16,45	45,54 13,41	48,54 15,62	48,30 14,42	57,10 16,09	47,93 6,34	47,98 4,26	53,70 13,82
	INSATISFACCIÓN CORPORAL	\bar{x} 25,72 σ 16,64	26,84 18,74	30,80 19,40	32,86 21,59	41,92 20,56	41,16 24,23	43,88 24,12	44,67 22,56
	NEUROTICISMO	\bar{x} 36,00 σ 28,62	31,88 28,01	31,43 27,98	30,34 25,76	39,81 28,46	23,62 26,96	35,65 28,06	38,64 30,54
	PSICOTICISMO	\bar{x} 53,31 σ 28,72	52,76 31,71	64,33 30,20	65,22 30,19	43,75 30,62	39,90 31,10	45,27 31,95	43,16 29,98
	EXTRAVERSIÓN-INTROVERSIÓN	\bar{x} 57,65 σ 27,43	53,80 28,78	43,33 25,56	46,57 33,22	45,72 26,19	52,64 26,14	33,18 25,40	41,04 30,82
	CONDUCTA ASOCIAL	\bar{x} 17,50 σ 3,56	18,50 3,41	19,17 4,26	19,65 9,77	17,50 7,10	17,10 3,36	15,41 4,76	16,68 4,96

4.1.3. Comparación por años de la imagen corporal en niños y niñas

A continuación mostramos los resultados de la comparación entre niños y niñas en los distintos años evaluados (evolución). Para ello, hemos utilizado la prueba de Anova con medidas repetidas. Vamos a trabajar con un nivel de significación de 0,05.

TABLA 5. COMPARACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL POR AÑO Y POR SEXO (ANOVA. Efectos intra-sujetos)

FUENTE	VARIABLES		SUMA DE CUADRADOS TIPO III	GL	MEDIA CUADRÁTICA	F	SIG
Evolución	ÍNDICE DE MASA CORPORAL	Greenhouse-Geisser	201,60	2,38	84,55	12,74	,00*
	SATISFACCIÓN ÁREAS CORPORALES	Greenhouse-Geisser	1103,48	2,61	422,04	4,21	,01*
	FORMA CORPORAL	Greenhouse-Geisser	4223,41	2,97	1421,89	3,65	,01*
	ESTRÉS SOCIAL	Greenhouse-Geisser	1746,31	2,94	593,50	4,55	,00*
	EVITACIÓN CUERPO	Greenhouse-Geisser	34711,53	2,88	12017,42	242,77	,00*
Evolución por sexo	ÍNDICE DE MASA CORPORAL	Greenhouse-Geisser	24,24	2,38	10,16	1,53	,22
	SATISFACCIÓN ÁREAS CORPORALES	Greenhouse-Geisser	902,85	2,61	345,31	3,45	,06
	FORMA CORPORAL	Greenhouse-Geisser	1959,58	2,97	659,73	1,69	,17
	ESTRÉS SOCIAL	Greenhouse-Geisser	449,50	2,94	152,77	1,17	,32
	EVITACIÓN CUERPO	Greenhouse-Geisser	462,22	2,88	160,02	3,23	,06

* $p \leq 0,5$

En el análisis intra-sujetos que observamos en la tabla 5, vemos que el nivel crítico (sig.) es menor que 0,05 en las 5 variables estudiadas, por tanto, podemos rechazar la hipótesis de igualdad de medias. Ante esto, podemos concluir que existen diferencias significativas en los distintos años evaluados en todas las variables relacionadas con la imagen corporal.

No se observan diferencias significativas en la evolución por sexo en ninguna de las variables estudiadas.

TABLA 6. COMPARACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL POR AÑO Y POR SEXO (ANOVA. Efectos inter-sujetos)

FUENTE	VARIABLES	SUMA DE CUADRADOS TIPO III	GL	MEDIA CUADRÁTICA	F	SIG.
sexo	ÍNDICE DE MASA CORPORAL	91,64	1	91,64	21,62	,00*
	SATISFACCIÓN ÁREAS CORPORALES	2426,96	1	2426,96	28,84	,00*
	FORMA CORPORAL	8568,03	1	8568,03	25,70	,00*
	ESTRÉS SOCIAL	1386,77	1	1386,77	8,58	,00*
	EVITACIÓN CUERPO	671,25	1	671,25	9,14	,00*

* $p \leq 0,5$

Observando los resultados de la tabla 6, puesto que el nivel crítico (sig.) es menor que 0,05 en las variables estudiadas, podemos rechazar la hipótesis de igualdad de medias. Por tanto podemos decir que existen diferencias entre niños y niñas, a lo largo de los 4 años, en las variables que miden la evolución de la imagen corporal.

Para analizar con detalle la diferencia entre años de la imagen corporal en niños y niñas, así como las diferencias por sexo de la imagen corporal en los años estudiados, a continuación llevaremos a cabo comparaciones post hoc. Para ello, utilizaremos el contraste T de Bonferroni que a continuación describimos en las tablas 7,8 y 9.

TABLA 7. COMPARACIÓN POR AÑOS DE LA IMAGEN CORPORAL EN NIÑOS

		CONTRASTE T DE BONFERRONI (Comparación por parejas de la evolución en niños)					
AÑOS		10-11 AÑOS	10-12 AÑOS	10-13 AÑOS	11-12 AÑOS	11-13 AÑOS	12-13 AÑOS
VARIABLE							
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	Diferencia Medias (T). Sig.	-1,10* 0,04	-1,16* 0,02	-2,68* 0,00	-0,06 1	-1,57* 0,05	-1,51* 0,02
SATISFACCIÓN ÁREAS CORPORALES	Diferencia Medias (T). Sig.	0,31 1	-6,38* 0,01	-5,52* 0,01	-6,69* 0,01	-5,83* 0,01	0,86 1
FORMA CORPORAL	Diferencia Medias (T). Sig.	4,16 1	3,43 1	4,97 1	-0,73 1	0,81 1	1,54 1
ESTRÉS SOCIAL	Diferencia Medias (T). Sig.	2,45 1	-2,13 1	0,02 1	-4,59 0,25	-2,43 1	2,16 1
EVITACIÓN CUERPO	Diferencia Medias (T). Sig.	-5,43* 0,03	17,27* 0,00	17,45* 0,00	22,70* 0,00	22,88* 0,00	0,17 1

*p ≤ 0,5

TABLA 8. COMPARACIÓN POR AÑOS DE LA IMAGEN CORPORAL EN NIÑAS

		CONTRASTE T DE BONFERRONI (Comparación por parejas de la evolución en niñas)					
AÑOS		10-11 AÑOS	10-12 AÑOS	10-13 AÑOS	11-12 AÑOS	11-13 AÑOS	12-13 AÑOS
VARIABLE							
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	Diferencia Medias (T). Sig.	-0,73 0,50	-0,54 0,98	-1,33* 0,02	0,19 1	-0,60 1	-0,78 0,8
SATISFACCIÓN ÁREAS CORPORALES	Diferencia Medias (T). Sig.	-1,71 1	-1,81 1	-0,45 1	-0,01 1	1,23 1	1,35 1
FORMA CORPORAL	Diferencia Medias (T). Sig.	12,88* 0,00	10,68* 0,05	3,47 1	-2,19 1	-9,40 0,11	-7,21 0,43
ESTRÉS SOCIAL	Diferencia Medias (T). Sig.	4,85 0,13	-0,57 1	-3,13 1	-5,42 0,11	-7,98* 0,05	-2,56 1
EVITACIÓN CUERPO	Diferencia Medias (T). Sig.	-3,04 0,30	16,47* 0,00	13,82* 0,00	19,51* 0,00	16,86* 0,00	-2,65 0,23

*p ≤ 0,5

4.1.4. Diferencias por sexo de la imagen corporal en los años estudiados

TABLA 9. DIFERENCIAS ENTRE NIÑOS Y NIÑAS EN LA IMAGEN CORPORAL EN LOS CUATRO AÑOS

		CONTRASTE T DE BONFERRONI (Comparación por parejas de las diferencias por sexo en los 4 años)			
AÑOS		10 AÑOS	11 AÑOS	12 AÑOS	13 AÑOS
VARIABLE					
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	Diferencia Medias(T). Sig.	0,37 0,24	0,75 0,10	0,99* 0,02	1,72* 0,01
SATISFACCIÓN ÁREAS CORPORALES	Diferencia Medias(T). Sig.	3,01* 0,02	1,00 0,53	7,59* 0,00	8,09* 0,00
FORMA CORPORAL	Diferencia Medias(T). Sig.	-12,87* 0,00	-4,16 0,24	-5,63 0,16	-14,37* 0,00
ESTRÉS SOCIAL	Diferencia Medias(T). Sig.	-3,93 0,08	-1,53 0,46	-2,36 0,35	-7,10* 0,01
EVITACIÓN CUERPO	Diferencia Medias(T). Sig.	-2,08 0,12	0,31 0,85	-2,88* 0,04	-5,71* 0,00

*p ≤ 0,5

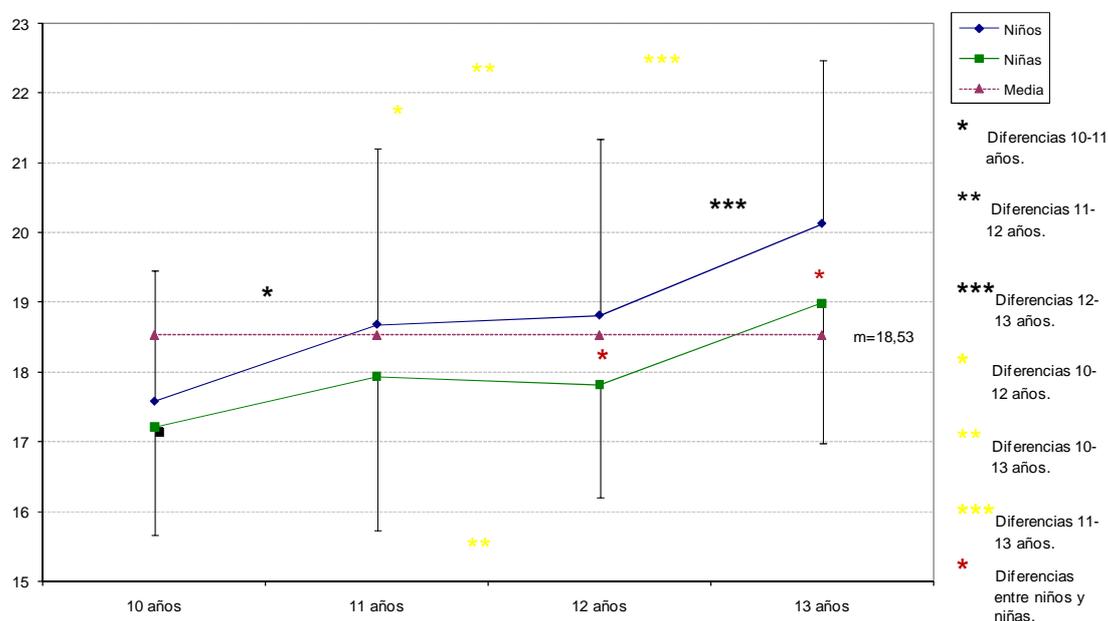
Para analizar la evolución de cada una de las variables, nos iremos fijando tanto en las tablas 7, 8 y 9, como en las gráficas que en el siguiente apartado presentamos.

4.2. DESCRIPCIÓN GRÁFICA DE LOS CAMBIOS DE LA IMAGEN CORPORAL

En las siguientes gráficas vamos a analizar la evolución de la imagen corporal. Nos ayudará también el irnos fijando en las tablas 7, 8 y 9.

4.2.1. Evolución del índice de masa corporal (IMC)

GRÁFICA 1. EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL



En el caso de los niños, hay un aumento significativo del IMC de los 10 a los 11 años ($T=-1,10$; $p=0,04$), no hay diferencias significativas de los 11 a los 12 años, y de los 12 a los 13 años vuelven a presentar diferencias significativas ($T=-1,51$; $p=0,02$).

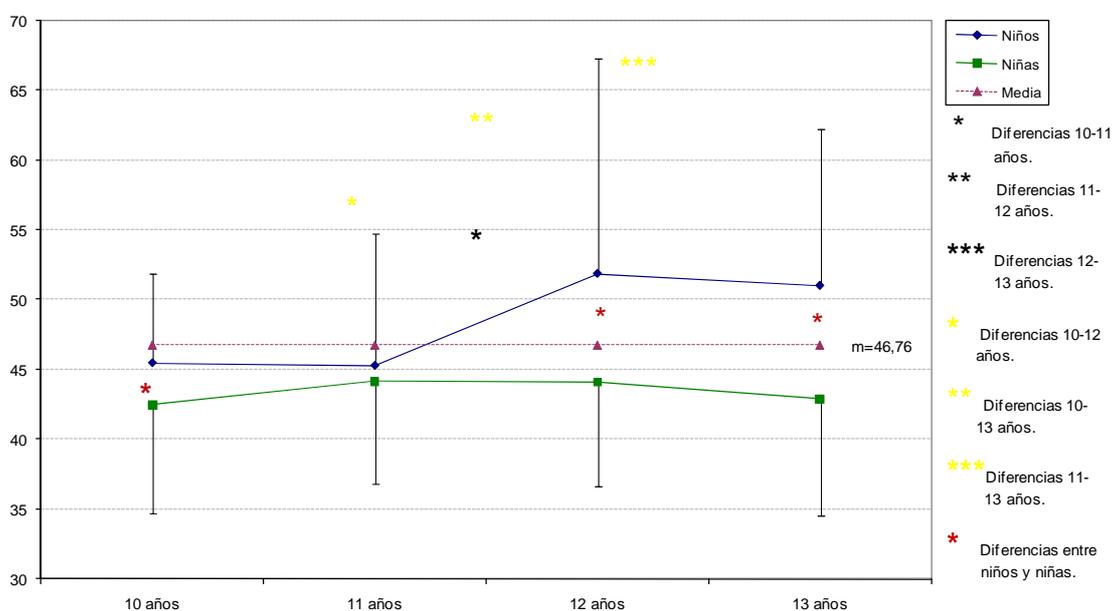
En las niñas, no encontramos diferencias significativas en el IMC año a año, pero sí observamos diferencias significativas de los 10 a los 13 años ($T=-1,33$; $p=0,02$) lo que nos indica que el aumento del IMC es lento pero progresivo.

Observamos en la tabla 9 y la gráfica 1, que a los 10 y a los 11 años no hay diferencias significativas en el IMC entre los niños y las niñas. A los 12 años comienza a haber diferencias significativas en el IMC ($T=0,99$; $p=0,02$) siendo superior el de los niños. A los 13 años, el IMC de los niños también es superior al de las niñas ($T=1,72$; $p=0,01$).

4.2.2. Evolución de la satisfacción con las áreas corporales

Corporales

GRÁFICA 2. EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LAS ÁREAS CORPORALES



En los niños, no existen diferencias significativas en las puntuaciones en satisfacción por las distintas áreas corporales de los 10 a los 11 años.

Los niños experimentan un aumento significativo de la satisfacción por distintas áreas corporales a partir de los 11 años siendo significativa la diferencia entre los 11 y los 12 años ($T=-6,69$; $p=0,01$) y entre los 11 y los 13 años ($T=-5,83$; $p=0,01$). De los 12 a los 13 años no hay diferencias significativas.

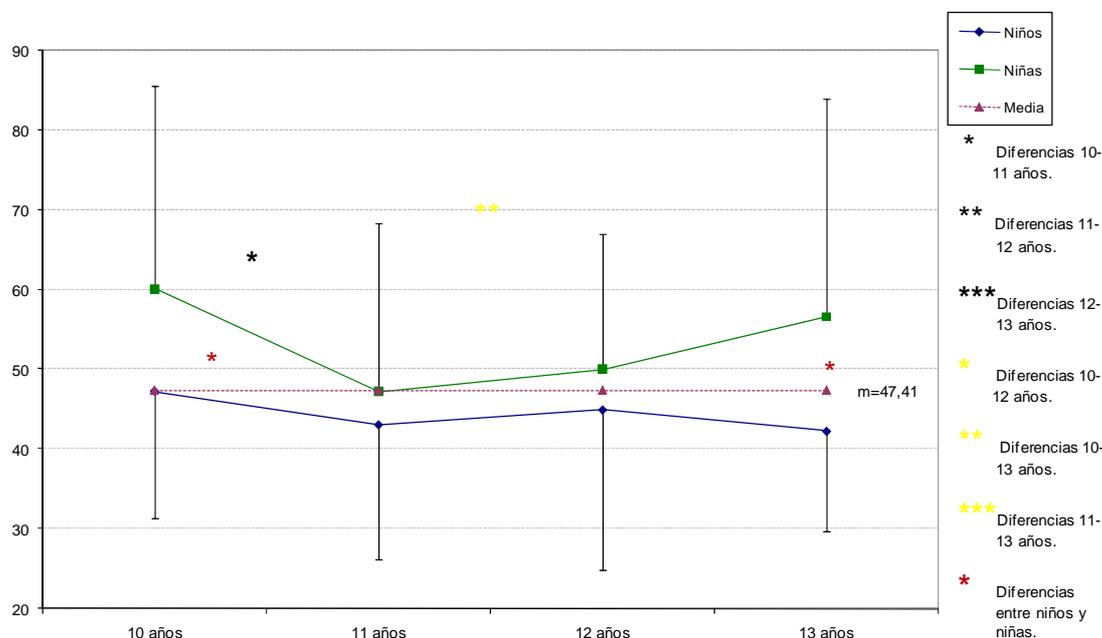
Las niñas, mantienen una puntuación constante en los 4 años evaluados en satisfacción por las distintas áreas corporales, sin diferencias significativas en estos 4 años, y situándose en los 4 años por debajo de la media.

Observamos en la tabla 9 y la gráfica 2, que a los 10 años existen diferencias significativas entre los niños y las niñas en la satisfacción con las áreas corporales ($T=3,01$; $p=0,02$) estando los niños más satisfechos. No existen diferencias significativas entre los niños y las niñas a los 11 años.

Observamos cómo a partir de los 11 años (2º año evaluado) empieza a haber diferencias en las gráficas; concretamente, a partir de los 11 años, observamos un aumento de la satisfacción por las distintas áreas corporal en los niños que supera la media, y que no se produce en las niñas. A los 12 años ($T=7,59$; $p=0,00$) y a los 13 años ($T=8,09$; $p=0,00$) existen diferencias significativas entre niños y niñas en la satisfacción que presentan por distintas áreas corporales a favor de los niños.

4.2.3. Evolución de la forma corporal

GRÁFICA 3. EVOLUCIÓN DE LA FORMA CORPORAL



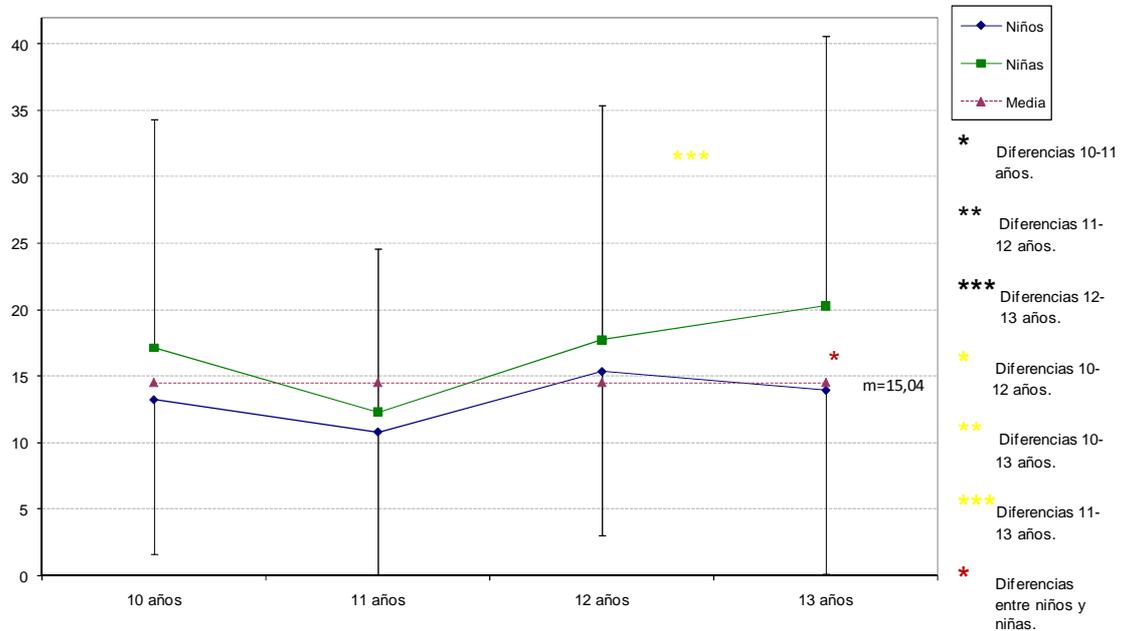
En los niños, no se observan diferencias significativas a lo largo de los 4 años evaluados, y la insatisfacción por la forma corporal se encuentra por debajo de la media.

En las niñas, observamos mayor oscilación. En ellas se produce una disminución significativa de la insatisfacción por la forma de los 10 a los 11 años ($T=12,88$; $p=0,00$). De los 11 a los 12 años, y de los 12 a los 13 años aunque no existen diferencias significativas, se observa la tendencia hacia un ligero aumento.

Observamos diferencias significativas entre los niños y las niñas a los 10 años ($T=12,87$; $p=0,00$) y a los 13 años ($T=-14,37$; $p=0,00$), en los que existe mayor insatisfacción por la forma corporal en las niñas que en los niños. A pesar de que las diferencias sólo son significativas a los 10 y a los 13 años, observamos como la tendencia se mantiene a los 11 y a los 12 años en los que las niñas siguen estando por encima de los niños.

4.2.4. Evolución del estrés social

GRÁFICA 4. EVOLUCIÓN DEL ESTRÉS SOCIAL



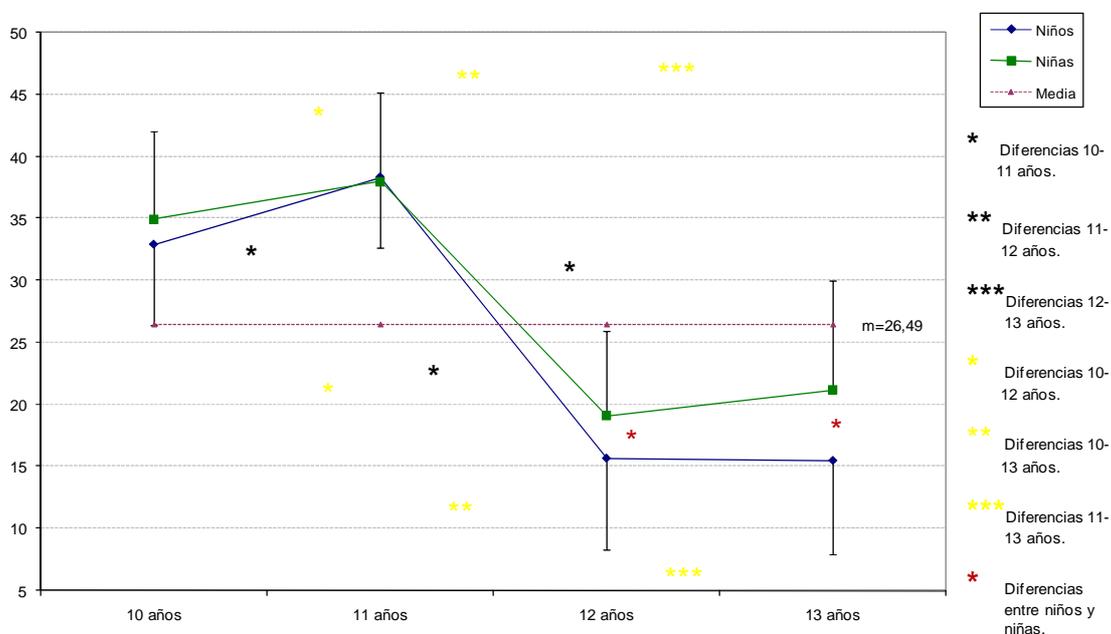
En los niños, no existen diferencias significativas en los cuatro años evaluados, y sus niveles de estrés se encuentran por debajo de la media.

En las niñas, no se observan diferencias significativas en la ansiedad y el estrés provocado por la exposición de su cuerpo a situaciones sociales de los 10 a los 11 años. Aunque no observamos diferencias significativas de los 11 a los 12 años ni de los 12 a los 13, sí las encontramos de los 11 a los 13 años ($T=-7,98$; $p=0,05$), lo que nos indica que el estrés que las niñas experimentan al exponer su cuerpo va creciendo lentamente pero progresivamente.

No se observan diferencias significativas por sexo, en la ansiedad y el estrés provocado por el cuerpo, hasta los 13 años ($T=-7,10$; $p=0,01$). A los 13 años se observa que las niñas tienen más ansiedad y estrés provocado por las situaciones sociales en las que tiene que exponer su cuerpo (piscinas, vestuarios, etc.).

4.2.5. Evolución de la evitación del cuerpo

GRÁFICA 5. EVOLUCIÓN DE LA EVITACIÓN DEL CUERPO



En los niños, se produce un aumento de la evitación del cuerpo de los 10 a los 11 años ($T=-5,43$; $p=0,03$). Posteriormente hay un descenso brusco de evitación en situaciones sociales relacionadas con el cuerpo de los 11 a los 12 años ($T=22,70$; $p=0,00$) y de los 11 a los 13 años ($T=22,88$; $p=0,00$).

En las niñas, también observamos un descenso brusco de evitación de situaciones sociales relacionadas con el cuerpo de los 11 a los 12 años ($T=19,51$; $p=0,00$) y de los 11 a los 13 años ($T=16,86$; $p=0,00$). De los 12 a los 13 años no hay diferencias significativas.

Existen diferencias significativas entre los niños y las niñas a los 12 años ($T=-2,88$; $p=0,04$) y a los 13 años ($T=-5,71$; $p=0,00$). En ambos casos son las niñas las que más evitan situaciones relacionadas con la imagen corporal.

4.3. ANÁLISIS DEL RIESGO DE SUFRIR UN TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL

En esta tabla se observa la evolución que experimentan, en los cuatro años evaluados, los porcentajes de niños que superan el punto de corte, y por tanto superan el porcentaje de riesgo para padecer un posible trastorno de imagen corporal. Como hemos señalado previamente, el límite se estableció en el percentil 70.

TABLA 10. EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE RIESGO EN NIÑOS

VARIABLE	10 AÑOS	11 AÑOS	12 AÑOS	13 AÑOS	MEDIA
SATISFACCIÓN ÁREAS	0%	8%	1%	2%	2,7%
FORMA CORPORAL	0%	0%	5%	5%	3,5%
ESTRÉS SOCIAL	0%	0%	1%	1%	0,5%
EVITACIÓN CUERPO	0%	0%	0%	1%	0,2%

En los niños (tabla 10), vemos que el porcentaje que supera el punto de corte y que refleja problemas con la imagen corporal, se sitúa entre el 2,7% y el 3,5% a lo largo de los 4 años. El estrés sufrido por el cuerpo, y las conductas de evitación relacionadas con exponer su cuerpo, se sitúan en los niños entre el 0,5% y el 0,2% respectivamente.

En la tabla 11, vemos la evolución que experimentan las niñas.

TABLA 11. EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE RIESGO EN NIÑAS

VARIABLE	10 AÑOS	11 AÑOS	12 AÑOS	13 AÑOS	MEDIA
SATISFACCIÓN ÁREAS	8%	8%	6%	6%	7%
FORMA CORPORAL	6,8%	2%	3%	4%	3,9%
ESTRÉS SOCIAL	0%	0%	1%	1%	0,5%
EVITACIÓN CUERPO	0%	0%	0%	1%	0,2%

Vemos que el porcentaje de niñas que supera el porcentaje de riesgo y que reflejan problemas con la imagen corporal, se sitúa entre el 3,9% y el 7% de media en los 4 años. El estrés sufrido por el cuerpo, y las conductas de evitación relacionadas con exponer su cuerpo, se sitúa entre el 0,5% y el 0,2% respectivamente.

4.4. ESTUDIO CORRELACIONAL

4.4.1. Estudio de la relación entre imagen corporal y factores de personalidad con disfunciones alimentarias en niños y niñas

4.4.1.1. Relación entre imagen corporal y factores de personalidad con obsesión por la delgadez

TABLA 12. RELACIÓN ENTRE IMAGEN CORPORAL Y FACTORES DE PERSONALIDAD CON OBSESIÓN POR LA DELGADEZ EN NIÑOS Y NIÑAS

OBSESIÓN POR LA DELGADEZ	CORRELACIÓN	NIÑOS 11 AÑOS	NIÑOS 13 AÑOS	NIÑAS 11 AÑOS	NIÑAS 13 AÑOS
		IMC	Pearson	-,04	,02
	Sig.	,75	,87	,39	,64
SATISFACCIÓN ÁREAS	Pearson	,16	,04	,18	-,21
	Sig.	,25	,76	,20	,13
FORMA CORPORAL	Pearson	-,10	,29*	,13	,63*
	Sig.	,44	,04	,35	,00
ESTRÉS SOCIAL	Pearson	-,02	,11	,18	,56*
	Sig.	,88	,41	,20	,00
EVITACIÓN CUERPO	Pearson	-,01	,14	,04	,51*
	Sig.	,95	,31	,78	,00
NEUROTICISMO	Pearson	,10	-,04	-,05	,34*
	Sig.	,48	,76	,70	,02
PSICOTICISMO	Pearson	,19	,08	,40*	-,03
	Sig.	,17	,54	,00	,81
EXTRAVERSIÓN	Pearson	,03	-,39*	-,20	-,06
	Sig.	,83	,00	,14	,68
CONDUCTA ASOCIAL	Pearson	-,05	,18	,24	,17
	Sig.	,70	,19	,09	,22

* $p \leq 0,5$

NIÑOS

A los 11 años, no encontramos relación entre las variables que evalúan imagen corporal y personalidad que hemos utilizado, y la presencia de obsesión por la delgadez.

A los 13 años, a medida que los niños presentan mayores problemas con la figura corporal (forma corporal), mayor es la obsesión por la delgadez y viceversa. También encontramos correlación positiva entre las puntuaciones en introversión y obsesión por la delgadez. Cuanto más introvertidos son (-extraversión), mayor es la obsesión por la delgadez.

NIÑAS

A los 11 años, encontramos correlación positiva entre la presencia de psicoticismo y la presencia de obsesión por la delgadez.

A los 13 años, observamos que la obsesión por la delgadez correlaciona de forma positiva con las variables: forma corporal, estrés social, evitación cuerpo y neuroticismo.

4.4.1.2. Relación entre imagen corporal y factores de personalidad con bulimia

TABLA 13. RELACIÓN ENTRE IMAGEN CORPORAL Y FACTORES DE PERSONALIDAD CON BULIMIA EN NIÑOS Y NIÑAS

BULIMIA	CORRELACIÓN	NIÑOS 11 AÑOS	NIÑOS 13 AÑOS	NIÑAS 11 AÑOS	NIÑAS 13 AÑOS
IMC	Pearson	,11	,26	-,29*	,03
	Sig.	,44	,05	,04	,81
SATISFACCIÓN ÁREAS	Pearson	-,12	-,21	,00	,09
	Sig.	,36	,12	1,00	,51
FORMA CORPORAL	Pearson	,30*	,09	,00	,30*
	Sig.	,03	,49	1,00	,04
ESTRÉS SOCIAL	Pearson	-,22	-,05	,00	,30*
	Sig.	,12	,68	1,00	,03
EVITACIÓN CUERPO	Pearson	-,20	,04	-,20	,14
	Sig.	,14	,76	,15	,32
NEUROTICISMO	Pearson	-,21	,32*	,00	,21
	Sig.	,13	,02	1,00	,14
PSICOTICISMO	Pearson	,02	-,03	,00	,52*
	Sig.	,86	,82	1,00	,00
EXTRAVERSIÓN	Pearson	,01	-,23	,00	-,07
	Sig.	,92	,09	1,00	,62
CONDUCTA ASOCIAL	Pearson	,04	-,04	,01	,35*
	Sig.	,76	,76	,95	,01

* $p \leq 0,5$

NIÑOS

A los 11 años, encontramos correlación positiva entre forma corporal y bulimia. A mayores problemas con la figura corporal, mayores puntuaciones tienen en bulimia.

A los 13 años, encontramos correlación positiva entre neuroticismo y bulimia. A mayores puntuaciones en neuroticismo, mayores puntuaciones tienen en bulimia.

NIÑAS

A los 11 años, encontramos correlación negativa entre IMC y bulimia. A menores puntuaciones en IMC, mayores puntuaciones en bulimia.

A los 13 años, vemos que las puntuaciones en bulimia de las niñas correlaciona de forma positiva con las variables: forma corporal, estrés social, psicoticismo y conducta asocial.

4.4.1.3. Relación entre imagen corporal y factores de personalidad con insatisfacción corporal

TABLA 14. RELACIÓN ENTRE IMAGEN CORPORAL Y FACTORES DE PERSONALIDAD CON INSATISFACCIÓN CORPORAL EN NIÑOS Y NIÑAS

INSATISFACCIÓN CORPORAL	CORRELACIÓN	NIÑOS		NIÑAS	
		11 AÑOS	13 AÑOS	11 AÑOS	13 AÑOS
IMC	Pearson	,28*	-,07	,32*	,10
	Sig.	,04	,59	,02	,46
SATISFACCIÓN ÁREAS	Pearson	,25	-,17	-,10	-,13
	Sig.	,07	,22	,46	,35
FORMA CORPORAL	Pearson	-,04	,32*	-,07	,43*
	Sig.	,77	,02	,61	,00
ESTRÉS SOCIAL	Pearson	-,10	,16	,11	,44*
	Sig.	,46	,23	,42	,00
EVITACIÓN CUERPO	Pearson	-,01	,03	-,11	,47*
	Sig.	,92	,78	,44	,00
NEUROTICISMO	Pearson	,13	,14	,08	,27
	Sig.	,34	,30	,56	,05
PSICOTICISMO	Pearson	-,01	,08	,04	,21
	Sig.	,90	,56	,75	,14
EXTRAVERSIÓN	Pearson	,13	-,10	-,04	-,29*
	Sig.	,35	,47	,74	,05
CONDUCTA ASOCIAL	Pearson	,26	-,13	,12	,08
	Sig.	,11	,36	,39	,58

* $p \leq 0,5$

NIÑOS

A los 11 años, el IMC correlaciona de forma positiva con insatisfacción corporal.

A los 13 años, los problemas con la imagen corporal (forma corporal) correlacionan de forma positiva con insatisfacción corporal.

NIÑAS

A los 11 años, el IMC correlaciona de forma positiva con insatisfacción corporal.

A los 13 años, vemos que las puntuaciones en insatisfacción corporal de las niñas correlaciona de forma positiva con: forma corporal, estrés social, evitación cuerpo e introversión.

4.5. ESTUDIO PREDICTIVO

4.5.1. Estudio de determinación de alteraciones de la imagen corporal y factores de personalidad sobre disfunciones alimentarias

A continuación presentamos el estudio de regresión realizado, en el que nos interesaba conocer que variables de la imagen corporal y de la personalidad podía predecirnos disfunciones alimentarias tanto a los 11 como a los 13 años. También nos interesaba conocer si existían variables relacionadas con la imagen corporal y la personalidad a los 11 años que nos predijesen disfunciones alimentarias.

4.5.1.1. Determinación de alteraciones de la imagen corporal y factores de personalidad sobre obsesión por la delgadez

TABLA 15. DETERMINACIÓN DE ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL Y FACTORES DE PERSONALIDAD SOBRE OBSESIÓN POR LA DELGADEZ

GRUPO	VARIABLES PREDICTORAS	COEFICIENTE	95% CI	COEFICIENTES ESTANDARIZADOS	SIG.
NIÑOS 11 AÑOS	NINGUNA				
NIÑOS 13 AÑOS	FORMA CORPORAL	0,88	0,44 a 1,32	0,51	0,00*
	INTROVERSIÓN	-0,40	-0,57 a 0,19	-0,62	0,00*
NIÑOS 11-13 AÑOS	INTROVERSIÓN	-0,26	-0,43 a -0,09	-0,39	0,00*
NIÑAS 11 AÑOS	PSICOTICISMO	0,28	0,09 a 0,47	0,40	0,00*
NIÑAS 13 AÑOS	FORMA CORPORAL	0,50	0,32 a 0,68	0,63	0,00*
NIÑAS 11-13 AÑOS	NEUROTICISMO	0,24	0,05 a 0,43	0,34	0,02*

* $p \leq 0,5$

NIÑOS

Con nuestro modelo, a los 11 años no podemos explicar la varianza de la variable obsesión por la delgadez.

A los 13 años podemos explicar la varianza de la variable obsesión por la delgadez por las variables forma corporal e introversión.

Podemos explicar la varianza de la obsesión por la delgadez de los niños de 13 años por las puntuaciones que tuvieron en introversión a los 11 años.

NIÑAS

Según nuestro modelo, a los 11 años podemos explicar la varianza de la variable dependiente obsesión por la delgadez por la variable psicoticismo.

A los 13 años la varianza en obsesión por la delgadez se explica por la variable forma corporal.

Podemos explicar la varianza de la obsesión por la delgadez de las niñas de 13 años por las puntuaciones que tuvieron en neuroticismo a los 11 años.

4.5.1.2. Determinación de alteraciones de la imagen corporal y factores de personalidad sobre bulimia

TABLA 16. DETERMINACIÓN DE ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL Y FACTORES DE PERSONALIDAD SOBRE BULIMIA

GRUPO	VARIABLES PREDICTORAS	COEFICIENTE	95% CI	COEFICIENTES ESTANDARIZADOS	SIG.
NIÑOS 11 AÑOS	FORMA CORPORAL	0,24	0,02 a 0,46	0,30	0,03*
NIÑOS 13 AÑOS	NEUROTICISMO	0,30	0,12 a 0,48	0,53	0,00*
NIÑOS 11-13 AÑOS	NEUROTICISMO	0,18	0,03 a 0,34	0,32	0,02*
NIÑAS 11 AÑOS	ÍNDICE DE MASA CORPORAL	-0,27	-0,52 a -0,01	-0,29	0,04*
NIÑAS 13 AÑOS	PSICOTICISMO	0,25	0,14 a 0,36	0,54	0,00*
	ESTRÉS SOCIAL	0,30	0,09 a 0,51	0,33	0,01*
NIÑAS 11-13 AÑOS	PSICOTICISMO	0,24	0,12 a 0,36	0,52	0,00*

* $p \leq 0,5$

NIÑOS

Con nuestro modelo, a los 11 años podemos explicar la varianza de la variable bulimia por la variable forma corporal.

A los 13 años podemos explicar la varianza de la variable bulimia por la variable neuroticismo.

Podemos explicar la varianza de la variable bulimia de los niños de 13 años por las puntuaciones que tuvieron en neuroticismo a los 11 años.

NIÑAS

Según nuestro modelo, a los 11 años podemos explicar la varianza de la variable bulimia por la variable en negativo IMC.

A los 13 años la varianza de la variable bulimia se explica por las variables psicoticismo y estrés social.

Podemos explicar la varianza de la variable bulimia de las niñas de 13 años por las puntuaciones que tuvieron en psicoticismo a los 11 años.

4.5.1.3. Determinación de alteraciones de la imagen corporal y factores de personalidad sobre insatisfacción corporal

TABLA 17. DETERMINACIÓN DE ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL Y FACTORES DE PERSONALIDAD SOBRE INSATISFACCIÓN CORPORAL

GRUPO	VARIABLES PREDICTORAS	COEFICIENTE	95% CI	COEFICIENTES ESTANDARIZADOS	SIG.
NIÑOS 11 AÑOS	ÍNDICE DE MASA CORPORAL	2,80	0,13 a 5,48	0,29	0,04*
NIÑOS 13 AÑOS	FORMA CORPORAL	0,58	0,08 a 1,08	0,32	0,02*
NIÑOS 11-13 AÑOS	ÍNDICE DE MASA CORPORAL	2,80	0,13 a 5,48	0,29	0,04*
NIÑAS 11 AÑOS	ÍNDICE DE MASA CORPORAL	0,85	0,11 a 1,60	0,32	0,03*
NIÑAS 13 AÑOS	EVITACIÓN CUERPO	1,15	0,51 a 1,79	0,46	0,00*
NIÑAS 11-13 AÑOS	ÍNDICE DE MASA CORPORAL	0,85	0,11 a 1,60	0,32	0,03*

* $p \leq 0,5$

NIÑOS

Con nuestro modelo, a los 11 años podemos explicar la varianza de la variable insatisfacción corporal por la variable IMC.

A los 13 años podemos explicar la varianza de la variable insatisfacción corporal por la variable forma corporal.

Podemos explicar la varianza de la variable insatisfacción corporal de los niños de 13 años en función del IMC que tenían a los 11 años.

NIÑAS

Según nuestro modelo, a los 11 años podemos explicar la varianza de la variable insatisfacción corporal por la variable IMC.

A los 13 años la varianza de la variable insatisfacción corporal se explica por la variable evitación cuerpo.

Podemos explicar la varianza de la variable insatisfacción corporal de las niñas de 13 años en función del IMC que tenían a los 11 años.

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. CAMBIOS DE LA IMAGEN CORPORAL

Centrándonos en la evolución de la imagen corporal de los niños, los cambios que vemos en las variables evaluadas nos hacen presuponer una mayor satisfacción en la imagen corporal conforme pasa el tiempo.

En relación a lo anterior, aunque hemos visto como durante los cuatro años evaluados no presentan problemas con la forma corporal y no se observan diferencias significativas en los niveles de estrés relacionados con la exhibición de su cuerpo, y estas puntuaciones se mantienen bajas, vemos como la satisfacción por las distintas áreas corporales crece significativamente a partir de los 11 años. A los 11 años también desciende bruscamente la evitación de conductas que de manera activa (como por ejemplo hacer dieta) o pasiva (por ejemplo vestirse para disimular el físico) nos manifiestan problemas con la imagen corporal, lo que indica que la relación que mantiene con su cuerpo a partir de los 11 años comienza a mejorar.

Todas las evaluaciones que hemos tenido en cuenta apuntan en la misma dirección: a partir de los 10 años, conforme aumenta la edad de los niños, mejora su imagen corporal. Destacamos la edad de 11 años como punto de inflexión ya que como hemos visto, muchos aspectos de la imagen corporal comienzan a mejorar a partir de esa edad.

Los cambios que observamos en el caso de las niñas difieren sustancialmente de los antes expuestos. La satisfacción de las niñas por las distintas partes de su cuerpo es bastante baja de los 10 a los 13 años. En estas edades, la valoración que realizan de la forma corporal también empeora, y se observan un aumento significativo en la ansiedad y el estrés provocado por la exposición de su cuerpo a situaciones sociales. A pesar de estos datos negativos, a los 11 años desciende de manera significativa las conductas de evitación activa y pasiva de situaciones relacionadas con la imagen corporal. Esto nos indica que, a pesar de que las niñas están insatisfechas con su cuerpo, no llevan a cabo conductas de evitación.

Prácticamente todos los datos anteriores apuntan a que las niñas a partir de los 10 años, conforme aumentan de edad, disminuye su satisfacción con la imagen corporal sin llegar a evitar situaciones relacionadas con el cuerpo.

Centrándonos ahora en la comparación entre niños y niñas a lo largo de los 4 años, observamos que a partir de los 11 años empieza a haber diferencias significativas entre los niños y las niñas en bastantes variables. Concretamente, a partir de los 11 años se observa una tendencia, y a los 12 años los niños están más satisfechos que las niñas con las distintas partes de su cuerpo. A los 10 y a los 13 años vemos más insatisfacción con la forma corporal en las niñas que en los niños –la tendencia se mantiene a los 11 y a los 12 años-. En relación a las conductas de evitación activa y pasiva de situaciones relacionadas con la imagen corporal, a los 12 y a los 13 años las niñas llevan a cabo más conductas de evitación. A los 13 años las niñas presentan más estrés en situaciones sociales relacionadas con el cuerpo.

Debemos tener en cuenta que la media de edad de comienzo de los cambios puberales de nuestra muestra se sitúa entre los 11 y los 12 años. Si tenemos en cuenta que a esta edad es también cuando empiezan las diferencias entre niños y niñas, y que a partir de ese momento los niños empiezan a estar satisfechos con su imagen corporal, y las niñas empiezan a estar insatisfechas, podríamos pensar que los cambios puberales ejercen un importante y diferenciador factor de satisfacción corporal. En este sentido, podemos apuntar en la línea de la sexóloga americana Shene Hite (citado en Raich, 2001), según la cual, muchas niñas desarrollan, a medida que crecen una doble identidad, porque la sociedad no reconoce ni aprueba sus cambios sexuales. La mayoría de las niñas, cuando empiezan a menstruar, reciben bien implícita o bien explícitamente, mensajes negativos: hay que ocultarlo, no hay que hablar de ello, etc. Las niñas aprenden muy pronto a relacionar su identidad sexual con la vergüenza en vez de con el orgullo.

Los cánones sociales para el sexo masculino son diferentes, su despertar puberal es vivido con orgullo, a éstos les está permitido exhibir sus cambios físicos (aumento de altura, músculos, etc.) con orgullo y sin pudor.

Respecto a la presencia en las niñas de una mayor insatisfacción con el propio cuerpo, también nuestro estudio ha corroborado investigaciones anteriores (Bane y McAuley, 1998; Cash y Henry, 1995; Gómez-Peresmitré y Acosta, 2002; Lameiras y col., 2003.).

Nuestros resultados en las niñas coinciden con los observado en la muestra española (De Gracia, 2007), en donde conforme aumenta la edad de los participantes, disminuye la satisfacción corporal. No coinciden con los trabajos de Rodríguez-Fernández (2008) en los que las más jóvenes se encuentran más insatisfechas con su imagen. Estos resultados no son equivalentes en el caso de los niños, ya que en el estudio de (De Gracia, 2007) el aumento de edad también implicaba una disminución de la satisfacción corporal, y en nuestro estudio, el aumento de edad y sobre todo, la superación de la pubertad, conlleva una mejora de la autoestima corporal al menos hasta los 13 años. Y por tanto aquí sí coincidimos con las conclusiones de Rodríguez-Fernández (2008). Coincidiendo con los trabajos de Hoyt, Kogan y Lori (2001) también encontramos una mayor satisfacción con la imagen corporal en los niños que en las niñas.

Nuestros resultados tienen consistencia con Sands y Wardle (2003), cuyos participantes también estuvieron entre los 9 y los 12 años, y concluyeron que la interiorización de las formas corporales ideales se observa ya en estas edades, y además, guarda mucha relación con la insatisfacción con el propio cuerpo.

Nuestros resultados también van en la línea de Ballester y Guirado (2004), que investigaron la existencia de diferencias en las actitudes alimentarias de niños y niñas de 11 y 14 años, encontrando en la comparación por género que ellas tienden a evitar alimentos que piensan que les engordan, descuidan sus desayunos, y controlan más su peso, talla y apariencia en general; también confesaron sentirse muy angustiada con su figura, al extremo de entristecerse y llorar por ello.

Las diferencias de género que encontramos también van en la misma línea que Cusumano y Thompson (2001) con niños/as de 11 años. En las que coincidiendo con nuestros resultados, dichas diferencias son más significativas

conforme se avanza hacia la adolescencia, en nuestro caso, a partir de los 11 años.

Ya hemos visto que las niñas presentan más problemas con la imagen corporal que los niños en la etapa que va de los 10 a los 13 años. Consideramos que una edad clave a tener en cuenta en las investigaciones en trastornos de imagen corporal es en la que se producen los cambios puberales. A partir de este momento hay un antes y un después tanto en la valoración y percepción que los niños y niñas realizan de su imagen corporal, como en la actitudes y conductas que llevan a cabo.

5.2. ANÁLISIS DEL RIESGO DE SUFRIR UN TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL

En los niños, vemos que el porcentaje que supera el punto de corte y que refleja problemas con la imagen corporal, se sitúan entre el 2,7% y el 3,5% (aproximadamente 2 niños) a lo largo de los 4 años. Observamos que antes de la pubertad, que como hemos visto ocurre entre los 11 y 12 años, el porcentaje de niños que supera el punto de corte es prácticamente nulo. Después de la pubertad, vemos que el porcentaje de niños que supera el punto de corte sigue siendo bajo pero se mantienen más estable y constante. Este dato es bastante relevante ya que nos indica que, aunque antes de esta edad ya existían problemas con la imagen corporal, a partir de los 11 años, coincidiendo con los cambios puberales, se producen menos cambios, lo que nos indica que los esquemas corporales adquieren continuidad temporal.

Como hemos visto, el número de niñas que supera el porcentaje de riesgo y que reflejan problemas con la imagen corporal, se sitúan entre el 3,9% y el 7% (entre 2 y 4 niñas) de media en los 4 años. También observamos que hay un antes y un después al desarrollo puberal que como hemos visto, en las niñas, ocurre entre los 11 y los 12 años. A partir de los 11 años, en variables como “Forma corporal” se observa una disminución del número de niñas que supera el porcentaje de riesgo (pasamos del 6,8% al 2%). A partir de ese momento observamos un porcentaje más estable de niñas que supera el porcentaje de riesgo y, por tanto, una mayor regularidad. Estos datos nos

podrían indicar que, aunque antes de esta edad ya existían problemas con la imagen corporal, a partir de los 11 años, coincidiendo con los cambios puberales, el porcentaje de niñas que tienen problemas con la imagen corporal es más estable, lo que indirectamente nos podría indicar que se produce una revisión y asentamiento de los esquemas corporales, adquiriendo estos continuidad temporal.

Vemos que el porcentaje de niñas que tiene puntuaciones superiores al percentil 70 se sitúa entre el 3,9% y el 7% frente al porcentaje de los niños que se sitúa entre el 2,7% y el 3,5%. Este dato nos indica una vez más que las niñas no sólo están globalmente más insatisfechas con la imagen corporal que los niños, sino que también son más las que superan el porcentaje de riesgo para presentar un posible trastorno de imagen corporal.

5.3. OBSESIÓN POR LA DELGADEZ

En los niños, a los 13 años tener problemas con la forma corporal y ser introvertido son las variables que mejor predicen obsesión por la delgadez.

Vemos que existe relación entre ser introvertido a los 11 años y desarrollar obsesión por la delgadez a los 13 años. Cuanto más introvertidos son los niños a los 11 años, mayor es la obsesión por la delgadez a los 13 años.

Estos datos nos sugieren que los niños introvertidos con problemas con su imagen corporal tienen más posibilidades de obsesionarse con la delgadez.

En el caso de las niñas, a los 11 años encontramos relación entre la presencia de psicoticismo –que ya hemos comentado que para la mayoría de los teóricos de personalidad indica la presencia de una conducta impulsiva y desorganizada- y la presencia de obsesión por la delgadez. En las niñas de 11 años, la presencia de psicoticismo parece que predice obsesión por la delgadez.

En las niñas de 13 años vemos que tener problemas con la forma corporal es el factor que mejor determina la aparición de obsesión por la delgadez. Parece que a esta edad, tener problemas con la forma corporal es el factor central que puede desencadenar estrés en situaciones sociales en las que

tienen que mostrar su cuerpo, evitación de situaciones sociales para no mostrar su cuerpo y neuroticismo.

Vemos que existe relación entre la presencia de neuroticismo a los 11 años y obsesión por la delgadez a los 13 años. Las niñas que a los 11 años comienzan a mostrar un perfil de personalidad neurótica, y que a los 13 años tienen problemas con su forma y figura corporal, tienen más posibilidades de obsesionarse con la delgadez. En la línea de estas conclusiones apuntan Garfinkel y Garner (1982) que consideraban como factores predisponentes de un posible trastorno de la conducta alimentaria la presencia de trastornos afectivos e inestabilidad emocional.

Chinchilla (1995), considera que es frecuente encontrar en la historia clínica de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria algunos factores desencadenantes como: separación o pérdidas familiares, fracaso de las experiencias emocionales y/o sexuales u otras experiencias que son vividas como fracaso personal. Probablemente tendríamos que añadir una personalidad neurótica de base como factor predisponente de un posible trastorno de la conducta alimentaria.

Como hemos visto, la presencia de obsesión por la delgadez tiene como denominador común una alteración de la imagen corporal.

La corporalidad es un factor fundamental en la psicopatología de los trastornos del comportamiento alimentario, en los que la delgadez expresa un modo de ser y estilo de vida ansioso. (López-Ibor y López-Ibor Aliño, 2000).

Globalmente podemos decir que encontramos una clara relación, tanto en los niños como en las niñas postpuberales, entre la presencia de problemas con la imagen corporal y estar obsesionados por la delgadez. Sin embargo, antes de la pubertad no encontramos esta relación. A pesar de esto, encontramos que algunos rasgos de personalidad como es la introversión en los niños y el neuroticismo en las niñas predisponen a desarrollar obsesión por la delgadez después de la pubertad.

5.4. BULIMIA

En los niños, a los 11 años encontramos relación entre problemas con la imagen corporal y bulimia. Parece que los problemas con la figura y la forma corporal a esta edad pueden generar algún tipo de sintomatología bulímica.

En los niños, a los 13 años encontramos relación entre neuroticismo y bulimia. Cuanto más neuróticos son, mayores posibilidades tienen de desarrollar conductas o cogniciones bulímicas. También vemos que la presencia de rasgos de personalidad neurótica en los niños de 11 años, predispone y predice sintomatología bulímica en los niños de 13 años. Estos datos nos sugieren que la presencia de una personalidad neurótica de base - antes y después de la pubertad- predispone para presentar episodios de atracón-purga.

Otras investigaciones avalan nuestras conclusiones anteriores y han mostrado que los sujetos con sobreingestas compulsivas presentan una gran variedad de problemas psicológicos, aunque menos graves que los pacientes bulímicos, y un mal pronóstico cuando intentan perder peso (Hudson, Pope y col., 1988; Marcus, Wing y Hopkins, 1988).

En la línea anterior, Prather y Williamson (1988) encontraron síntomas de ansiedad entre los pacientes con sobreingesta compulsiva.

En las niñas, a los 11 años cuanto menor es el índice de masa corporal, mayores son las puntuaciones en bulimia. Se podría interpretar que el hecho de presentar un bajo índice de masa corporal, hace que las niñas se den más atracones de comida para crecer más. No obstante, la puntuación que se obtiene en bulimia en el EDI, no discrimina entre conductas de atracón y conductas de purga, por tanto sería aventurado sacar conclusiones de estos datos.

A los 13 años, vemos que la presencia de rasgos de personalidad impulsiva y desorganizada (psicoticismo), junto con la presencia de estrés en situaciones sociales en las que tienen que mostrar su cuerpo, son las variables que mejor explica la presencia de conductas bulímicas. La presencia de un perfil de personalidad impulsivas y desorganizada (psicoticismo) y el estrés ante la imagen corporal también se convierten en factores centrales que hacen que las

niñas a esta edad también tengan problemas con su figura y forma corporal, y desarrollen conductas asociales.

Vemos que existe relación entre la presencia de rasgos de personalidad impulsiva y desorganizada (psicoticismo) y conducta asociales a los 11 años y la presencia de conductas bulímicas a los 13 años.

También hemos visto que en las niñas de 13 años, el desorden en el control de impulsos se convierte en un importante factor que determina y predice la aparición de conductas bulímicas. En todos los trastornos en los que predomina la ingesta alterada aparecen sentimiento de falta de control sobre la ingesta.

En esta línea encontramos numerosas investigaciones que consideran que en comparación con los individuos con anorexia nerviosa de tipo restrictivo, los del tipo compulsivo/purgativo tienen más probabilidades de presentar problemas de control de impulsos, de abusar del alcohol o de otras drogas, de manifestar más labilidad emocional y de ser activos sexualmente. (Chinchilla, 1995).

En el DSM IV-TR (2000), encontramos que los rasgos distintivos más frecuentes en la bulimia nerviosa son un aumento de la impulsividad y una conducta más desorganizada.

Como resumen podemos decir que, en el caso de los niños encontramos que la presencia de problemas con la imagen corporal junto con una personalidad neurótica de base, son los factores que mejor explican la aparición de conductas bulímicas. En el caso de las niñas encontramos relación entre la presencia de problemas con la imagen corporal y la presencia de conductas bulímicas. También encontramos que el rasgo de personalidad desorganizada (psicoticismo) es el factor de personalidad que mejor explica la presencia de conductas bulímicas.

5.5. INSATISFACCIÓN CORPORAL

En los niños de 11 años el índice de masa corporal es el factor que mejor predice insatisfacción corporal. Cuanto mayor es el índice de masa corporal, mayor es la insatisfacción corporal.

A los 13 años cuanto más problemas tienen los niños con su figura y forma corporal, mayor es la insatisfacción corporal que estos tienen. Podemos explicar la varianza de la insatisfacción corporal por la presencia de problemas con la figura y forma corporal.

Vemos que existe relación entre el índice de masa corporal que tienen los niños a los 11 años y la insatisfacción corporal a los 13 años. A mayor índice de masa corporal a los 11 años, mayor insatisfacción corporal tendrán los niños a los 13 años.

En las niñas de 11 años también encontramos que el índice de masa corporal es el factor que mejor predice insatisfacción corporal. Cuanto mayor es el índice de masa corporal, mayor es la insatisfacción corporal.

En las niñas de 13 años vemos que la evitación de situaciones sociales en las que tienen que mostrar su cuerpo es el factor que mejor predice insatisfacción corporal. Parece que la evitación de situaciones sociales en las que tienen que exponer el cuerpo es el factor central de insatisfacción corporal. También encontramos relación entre insatisfacción corporal y: tener problemas con la figura corporal, tener estrés y ansiedad en situaciones sociales en las que tienen que exponer el cuerpo, y ser introvertidas.

Vemos que existe relación entre el índice de masa corporal que tienen las niñas a los 11 años y la insatisfacción corporal a los 13 años. Cuanto mayor es el índice de masa corporal a los 11 años mayor es la insatisfacción corporal a los 13 años.

Aunque un mayor índice de masa corporal no es sinónimo de obesidad, sabemos que una de las características comunes de los sujetos obesos es la insatisfacción que muestran por la forma y el tamaño de su cuerpo. También encontramos investigaciones recientes (Raich, 2008), que demuestran una alta preocupación por la imagen corporal en personas con un índice de masa corporal normal.

Está bastante bien documentado que, con mucha frecuencia, el antecedente primario de los trastornos de la conducta alimentaria es la obesidad. Para Garfinker y Garner (1982) y para Chinchilla (1990), la obesidad temprana es un factor predisponente para la aparición de anorexia nerviosa. Según nuestros resultados, parece que a mayor índice de masa corporal existe mayor insatisfacción corporal al margen de que el sujeto esté o no obeso.

La obesidad y el sobrepeso se han convertido en el quinto factor de riesgo para la salud, al aumentar la vulnerabilidad a padecer otros trastornos tan graves como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares, pero también se asocia con el padecimiento de problemas psicológicos y psicosociales. La insatisfacción corporal que genera puede dar lugar a problemas como baja autoestima, depresión o rechazo social, que contribuyen a mermar de manera considerable la calidad de vida de estos niños (OMS, 2010).

Vemos que nuestras conclusiones apuntan en la línea de los estudios desarrollados por Pedro Teixeira y col. (2011). Para estos autores, los problemas con la imagen corporal son muy comunes entre las personas con sobrepeso y obesidad.

En nuestro estudio, tanto en los niños como en las niñas podemos sacar las mismas conclusiones. Vemos que en ambos casos los problemas con la figura y forma corporal, se relacionan con insatisfacción corporal después de la pubertad. En el caso de las niñas –en las que hemos ido viendo a lo largo del estudio que tienen más problemas con su imagen corporal- la insatisfacción corporal también se relaciona con la presencia de estrés y la evitación de situaciones sociales en las que tienen que mostrar su cuerpo. Estos datos ponen de manifiesto una vez más que los problemas con la imagen corporal y la insatisfacción corporal, afectan más a las niñas e influyen en aspectos emocionales y conductuales.

También vemos que tanto en los niños como en las niñas, antes de la pubertad, se da relación entre índice de masa corporal e insatisfacción corporal. Además en ambos casos vemos que a mayor índice de masa corporal antes de la pubertad, mayor insatisfacción corporal después de la pubertad. Es como si la presencia de un mayor índice de masa corporal antes de la pubertad

generase una insatisfacción corporal en los niños estable y duradera en el tiempo, al menos de los 11 a los 13 años que son los años que hemos valorado. Desde el punto de vista de la psicología cognitiva de Beck (1995), es como si el niño y la niña con un mayor índice de masa corporal, que por tanto no siguen los cánones sociales del culto a la delgadez, generasen un esquema cognitivo de insatisfacción con su cuerpo que les predispone a valorarse a sí mismo de manera negativa. Estos esquemas que se aprenden desde la más tierna infancia son difíciles de cambiar y de desviar, de ahí que observemos esa continuidad temporal.

Este trabajo no está exento de limitaciones, sabemos que el modelo propuesto es un modelo estadístico y que la extrapolación de los datos y porcentajes al resto de la población no está exenta de críticas.

Sabemos que otras variables que no hemos tenido en cuenta en nuestro estudio pueden afectar a la valoración de la imagen corporal como obesidad infantil, falta de adaptación al colegio, modelos familiares de obesidad o delgadez, problemas psicológicos de los padres, etc.

Hemos comprobado que nuestro modelo es bastante coherente globalmente, y se mantiene bastante bien la lógica de los objetivos propuestos.

Sin embargo, consideramos necesario seguir investigando para tratar de esclarecer que otras variables podrían estar relacionadas con los cambios de la percepción de la imagen corporal en la adolescencia. Consideramos muy importante profundizar en el conocimiento de la evolución de la imagen corporal en población adolescente y no clínicas, para tener más herramientas a la hora de prevenir posibles disfunciones alimentarias.

6. CONCLUSIONES

1. En los niños, a partir de los 10 años y hasta los 13 años, conforme aumenta la edad, mejora su imagen corporal. En las niñas, a partir de los 10 años y hasta los 13 años, conforme aumenta la edad, disminuye su satisfacción con la imagen corporal, aunque sin llegar a evitar situaciones relacionadas con el cuerpo.
2. Durante los cambios puberales se observa que la percepción de la imagen corporal mejora en los niños y empeora en las niñas.
3. Es a partir de los 11 años donde empieza a haber diferencias significativas entre niños y niñas. A partir de esta edad, la satisfacción con la imagen corporal empieza a crecer en los niños y se mantiene baja y constante en las niñas. Por tanto, una edad que se deberá tener en cuenta en futuras investigaciones en alteraciones de la imagen corporal es la de la pubertad.
4. Conforme aumenta la edad, independientemente del sexo, la insatisfacción con la imagen corporal y algunos rasgos de personalidad, explican mejor los problemas de obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal.
5. A los 11 años en los niños, ninguna variable predice obsesión por la delgadez, los problemas con la imagen corporal predecirían mayores puntuaciones en bulimia, y un mayor índice de masa corporal predeciría insatisfacción corporal. En las niñas, el psicoticismo predice obsesión por la delgadez, un menor índice de masa corporal predice bulimia y un mayor índice de masa corporal predice insatisfacción corporal.

A los 13 años en los niños, los problemas con la imagen corporal y la introversión predicen obsesión por la delgadez, el neuroticismo predeciría mayores puntuaciones en bulimia, y los problemas con la imagen corporal predecirían insatisfacción corporal. En las niñas, los

problemas con la imagen corporal predicen obsesión por la delgadez, el psicoticismo y la presencia de estrés al exponer el cuerpo predicen bulimia, y la evitación de situaciones en las que tienen que exponer el cuerpo predice insatisfacción corporal.

Si observamos las variables evaluadas a los 11 años que predicen disfunciones alimentarias a los 13, vemos que en los niños, la introversión predeciría obsesión por la delgadez, el neuroticismo predeciría mayores puntuaciones en bulimia, y un mayor índice de masa corporal predeciría insatisfacción corporal. En las niñas, el neuroticismo predeciría obsesión por la delgadez, el psicoticismo predeciría bulimia y un mayor índice de masa corporal predeciría insatisfacción corporal.

7. BIBLIOGRAFÍA

Allport, G. W. (1986). *Psicología de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.

Altabe, M. & Thompson, J.K. (1996). Body image: A cognitive self-schema construct. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 171-193.

American Psychosomatic Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*, 4ªed. Washington D.C.: APA. DSM. Versión española.

Anderson, D. A. & Maloney, K. C. (2001). The efficacy of cognitive-behavioral therapy on the core symptoms of bulimia nervosa. *Clinical Psychology Review*, 21 (7), 971–988.

Baile, J. I. (2002). *Diseño, construcción y validación de una escala de insatisfacción corporal para adolescentes*. Pamplona: Universidad Pública de Navarra.

Baile, J., Raich, R., y Garrido, E. (2003). Evaluación de la insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de administración de una escala. *Anales de psicología*, 10 (2), 187-192.

Ballester, R. y Guirado, M. (2004). Diferencias sexuales en la conducta alimentaria en niños entre 11 y 14 años. *Psicología Conductual*, 1 (12), 5-24.

Bane, S. y McAuley, E. (1998). Body image and exercise. En J. L. Duda (Ed.), *Advances in Sport and Exercise Psychology Measurement* (pp. 311-322). Morgantown, WV.

Beck, A.T. y Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.

Bell, R. (1985). *Holy Anorexia*. Chicago: U of Chicago.

Bemis, K. V. y Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 191-214.

- Borda, M., Torres, I. y Del Río, C. (2008). Dysthymia in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 65-75.
- Boeree. G. y Gautier. R. (2005). Teorías de la personalidad. Santo domingo: UNIBE.
- Boutelle, K., Neumark-Sztainer, D., Story, M. y Resnick, M.D. (2002). Weight control behaviours among obese, overweight, and non-overweight adolescents. *Journal of Paediatric Psychology*, 28, 40-50.
- Brooks-Gunn, J., Attie, I., Burrow, C., Rosso, J. T., & Warren, M. P. (1989). The impact of puberty on body and eating concerns in different athletic and non-athletic contexts. *Journal of Early Adolescence*, 9, 269-290.
- Bryant-Waugh, R., Cooper, P., Taylor, C. & Lask, B. (1996). The use of eating disorder examination with children: A pilot study. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 19, 391-397.
- Bruch, H. (1961). Transformation of oral impulses in eating disorders: A conceptual approach. *Psychiatric Quarterly*, 35,458-481.
- Buckroyd, J. (1997). *Anorexia y bulimia*. Barcelona: Martinez Roca S.A.
- Calado, M., Lameiras, M. y Rodríguez, Y. (2004). Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (2), 357-370.
- Calvo, R. (2002). *Anorexia y bulimia, guía para padres educadores y terapeutas*. Barcelona: Ed. Planeta.
- Carraça, E., Silva, M., Markland, D.,Vieira, P.,Minderico, C, Sardinha, L. and Teixeira, P (2011). Body image change and improved eating self-regulation in a weight management intervention in women. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8,75.
- Cash, T.F, & Brown, T.A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behavior Modification*, 11, 4, 487-521.

- Cash, T. F. (2002). The situational inventory of body-image dysphoria: Psychometric evidence and development of a short form. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 362–366.
- Cash, T. F. & Henry, P. E. (1995). Women's body images. The results of a national survey in the U.S.A. *Sex roles*, 33, 19-28.
- Castillo, B. (2006). Sociedad de consumo y trastorno de la conducta alimentaria. *Trastorno de la conducta alimentaria*, 4, 321-335.
- Chatoor, I. (1999). Causes, symptoms, and effects of eating disorders: Child development as it relates to anorexia nervosa and bulimia nervosa. En R. Lemberg y L. Cohn (Eds.), *Eating disorders: A reference sourcebook* (pp. 17-21). Phoenix, AZ: The Oryx Press.
- Chinchilla Moreno, A. (1995). *Guía Teórico-Práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. Barcelona: Masson.
- Cohane, H. & Pope, G. Jr. (2001). Body image in boys: a review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 373-379.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. and Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of eating disorders*, 6, 485-494.
- Corove & Gleaves. (2001). Body dysmorphic disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. *Clinical psychology Review*, 6 (21), 949-970.
- Crisp, A. H. (1980). *Anorexia Nervosa - Let Me Be*. London: Academic Press.
- Cusumano, L., & Thompson, K. (2001). Media influence and body image in 8-11-years-old boys and girls: a preliminary report in the multidimensional media influence scale. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 37-44.

De Gracia, M., Marcó, M. y Trujano, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema*, 4 (19), 646-653.

Edlund, B., Halvarsson, K., & Sjoden, P. (1996). Eating behaviours and attitudes to eating, dieting, and body image in 7-years-old Swedish girls. *European Eating Disorders Review*, 4, 40-53.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

Ellis, A. Y Grieger, R. (2000). *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao: Descclée.

Ellis, A. & Harper, R. (1961). *A guide to successful marriage*. North Holliswood, CA: Wilshire Books.

Erickson, E. (1964). *Insight and Responsibility*. New York: Norton

Eysenck, H.J. & Eysenck, Sybil. (1975). *The EPQ*. Londres: University of London Press.

Facchini, M. (2006). La imagen corporal en la adolescencia ¿es un tema de varores?. *Archivo Argentino Pediátrico*, 2 (104), 177-184.

Fairburn, C. G., & Wilson, W.T. (1993). *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.

Félix, L., Nachón, G. y Hernández, P. (2003). Anorexia nerviosa: una revisión. *Psicología y Salud*, 1 (13), 121-133.

Fernandez, F. (2007). Trastornos Alimentarios, en CD-SCRIT´06. *Actualizacions de la societat catalana de Recerca i Teràpia del Comportament*.

Fisher, S. (1986). *Development and structure of the body image*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Garner, D. M. & Benis, K. M. (1982). A cognitive behavioral approach to anorexia nervosa, *Cognitive Therapy and Research*, 6, 1-27.

Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1981). "Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications". *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 11 (2), 263-284.

Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory of anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.

Gasco, M., Briñol, P. y Horcajo, J. (2010). Cambio de actitudes hacia la imagen corporal: El efecto de la elaboración sobre la fuerza de las actitudes. *Psicothema*, 22, 77-82.

Gómez, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: figura ideal anoréxica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 1 (14), 153-156.

Gómez-Peresmitré, G. y Acosta, M. V. (2002). Valoración de la delgadez. Un estudio transcultural (Mexico/España). *Psicothema*, 14 (2), 221-226.

Glucksman, M. L., Rand, C. S., Stunkard, A. J. (1978). Psychodynamics of Obesity. *J. Amer. Acad. Psychoanal*, 6, 103-115.

Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. y Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 348-356.

Hayaki, J. (2009). Negative reinforcement eating expectancies, emotion dysregulation, and symptoms of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 552-556.

Herman, P., Polivy, J. (1980). Restrained eating. En: Stunkard A, (ed). *Obesity* (pp.208-250). Philadelphia: Saunders.

Horne, R. L., Ferguson, J. M., Pope, H. G., Hudson, J.I. (1988). Eating behaviours and attitudes. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49 (7), 262-266.

Hoyt, W., Kogan, D. & Lori, R. (2001). Satisfaction with body image and peer relationships for males and females in a collage environment. *Sex Roles*, (45), 3-4, 199-215.

Hsu, L.K. (1991). *Eating disorders*. New York: The Guilford Press.

Hudson, J. I., Pope H. G., Wurtman, J., Yurgelun-Todd, D., Mark, S., Rosenthal, N. E. (1988). Bulimia in obese individuals: Relationship to normal-weight bulimia. *J Nerv Ment Dis*, 176 (3), 144-52.

Jiménez, M. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia. *Psicología Conductual*, (12) 3, 357-384.

Jonson, J. G., Cohen, P., Kasen, S. y Brook, J. S. (2002). Eating disorders during adolescence and the risk physical and mental disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59, 545-552.

Keesey, R. E. (1980). The regulation of body weight: A set-point analysis. En A. J. Stunkard (Ed.), *Obesity* (pp.144-165). Filadelfia: W. B. Saunders.

Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y. y Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios en imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (1), 23-33.

Lasater, L. M. y Mehler, P. S. (2001). Medical complications of bulimia nervosa. *Eating Behaviors*, 2, 279-292.

Leon, G. R. y Roth, L. (1977). Obesity: Psychological causes and correlates. *Psychological Bulletin*, 84, 117-139

Levine, M. P., y Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Lewinsohn, P. M., Streigel-Moore, R. H. y Seeley, J. R. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women

from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1284-1292.

Lopez-Ibor, J. J. y Lopez-Ibor Aliño, J. J. (2000). *Cuerpo y corporalidad*. Salamanca: Biblioteca de Psicología y Psicoterapia.

López-Ibor Aliño, J. J, Cervera, S. (1991). La entidad nosológica de la bulimia nerviosa. *Actas Luso-españolas*, 19 (6), 304-325.

López, X., Mancilla, J. M., Álvarez, G., y Vázquez, R. (2003). Determinación de algunas características psicológicas en comedoras impulsivas: un estudio exploratorio. *Psicología y Ciencia Social*, (5), 1-2, 34-40.

Maloney, M., McGuire, J., & Daniels, S. (1988). Reliability testing of a children's version of Eating Attitude Test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 541-543.

Mitchell, J., Laine, D., Morley, J., Levine, A. (1986). *Biological Psychiatry*, 21 (14), 1399-1406.

Morselli, E. (1886). Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Nollentino de lla Accademia di Genova*, 6, 110-119.

Muñoz, M. V., Jiménez, I., y Moreno, M. C. (2008). *Reputación conductual y género en la adolescencia*. *Anales de Psicología*, 24 (2), 334-340.

Neumark-Sztainer, D. and Hannan, J. (2000). Weight-related behaviours among adolescent girls and boys. Results from a national study. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 154, 569-577.

Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, J., Perry, C. L., y Irving, L. M. (2002). Weight-related concerns and behaviours among overweight and non-overweight adolescents: Implications for preventing weight-related disorders. *Archives of Paediatric Adolescent Medicine*, 156, 171-178.

Nisbett, R. E. (1972). Hunger, obesity and the ventromedial hypothalamus. *Psychological Review*, 79 (6), 433-453.

Pascual, A., Etxebarria, I., Cruz, M. y Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(11), 229-247.

Peláez Fernández, M. A., Labrador Encinas, F. J. y Raich Escursell R. M. (2007). Prevalence of Eating Disorders among an Adolescent and young Adult Scholastic population in the región of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research*, 62 (6), 681-690.

Phillips, K. A. (1996). *The broken mirror*. New York: Oxford University Press, 5, 22-31.

Phillips, K. A. (1991). Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *Am J Psychiatry*, 148, 49-1138.

Pope, G., Gruber, J., Mangweth, B., Bureau, B., de Col, C., Jouvent, R. & Hudson, I. (2000). Body image perception among men in three countries. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1297-301.

Prather, R. C. y Williamson, D. A. (1988). Psychopathology associated with bulimia, binge-eating, and obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 177-184.

Pruzinsky, T. y Cash, T. F. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change. En T.F, Cash y T. Pruzinsky, *Body images. Development, deviance and change* (pp. 337-349). New York: The Guilford Press.

Raich, R. (2004). Una Perspectiva desde la Psicología de la Salud de la Imagen Corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.

Raich, R. M. (1999). *Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.

Raich, R. M. (2001). *Imagen corporal: conoce y valora el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.

Raich, R. M., Torras, J. y Figueras, M. (1996). Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 85, 603-626.

Raich, R. M., Mora, M., Marroquín, H., Pulido, A. y Soler, A. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de la insatisfacción corporal. *Análisis y Modificación de Conducta*, 89 (23), 405-424.

Raich, R., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y salud*, 7, 51-66.

Raich, R. M., Torras Clarasó, J. y Mora, M. (1997). Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual*, 1 (5), 55-70.

Raich, R., Torras, J. y Sánchez-Carracedo, D. (2001). Body image in a sample of adolescent students. *Book of Abstracts European Council on Eating Disorders*, 1,15.

Raich, R. M. y Torras Clarasó, J. (2002). Evaluación del Trastorno de la Imagen Corporal en población general y en pacientes de centros de medicina cosmética españoles mediante el BDDE (Body Dysmorphic Disorder Examination, Rosen y Reiter, 1995). *Psicología Conductual*. 10, 1, 93-106.

Richard, K. J., Thompson, J. K. & Coovert, M. (1990). *Development of body image and eating disturbance*. Unpublished manuscript.

Rodríguez, S. y Cruz, S. (2008). Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*, 20 (1), 131-137.

Rodríguez-Fernández, A. (2008). El autoconcepto físico y el bienestar/malestar psicológico en la adolescencia. *Revista de Psicodidáctica*, 13 (2), 155-158.

Rolland, K., Farnill, D. y Griffiths, R. A. (1997). Body figure perceptions and eating attitudes among Australian schoolchildren aged 8 to 12 years. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 273-278.

Rosen, J. C. (1990). Body-image Disturbance in Eating Disorders. In T.F. Cash y T. Pruzinsky (Ed.), *Body Image: Development, deviance, and change*. New York/London: The Guilford Press.

Rosen, J. C., Salzberg, E., Srebnik, D., & Went, S. (1990). Development of Body Image Avoidance Questionnaire. Documento no publicado.

Rusell, G. F. M. (1970). Anorexia nervosa: Its identity as in illness and its treatment. En Price, J.H. (Ed.), *Modern trends in psychological medicine* (Vol. 2, pp. 131-164). London: Butterworths.

Saldaña García, C. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Saldaña García, C. (1994). *Psicofarmacología y terapia de conducta*. Madrid: Fundación Universidad- Empresa.

Saldaña, C. (2001). Perspectiva global de los trastornos del comportamiento alimentario en C. Saldaña (coord.): *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente* (pp.45-55). Madrid: Pirámide.

Salvador, M., García-Gálvez, C. y de la Fuente, M. (2010). Creencias y estrategias para el control del peso, satisfacción con la imagen corporal y autoestima. *European Journal of Education and Psychology*, 2 (3), 257-273.

Sánchez-Carracedo, D., Mora, M., López, G., Marroquín, H., Ridaura, I. y Raich, R. (2004). Intervención cognitivo-conductual en imagen corporal. *Psicología Conductual*, 3 (12), 551-576.

Sands, E. & Wardle, J. (2003). Internalization of ideal body shapes in 9-12 years-old girls. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 193-204.

Schachter, S., Goldman, R. y Gordon, A. (1968). Effects of fear, food deprivation, and obesity on eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10, 91-97.

Seligman, M. (1975). *Indefensión*. Madrid: Debate.

Serra Majem, L., Ribas Barba, L., Aranceta Bartrina, J., Pérez Rodrigo, C., Saavedra Santana, P. y Peña Quintana, L. (2003). Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). *Medicina Clínica*, 121 (19), 725-32.

Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, E., Fonseca-Pedrero, J. (2009). Binge eating in adolescents: Its relation to behavioural problems and family-meal patterns. *Eating Behaviors*, 1 (10), 22-28.

Silva, J. R. (2002). *Versión en español de la escala de restricción alimentaria (Restraint Scale)*. Manuscrito no publicado.

Skrzypek, S., Wehmeier, P. M. Y Remschmidt, H. (2001). Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 215-221.

Slade, P. D. (1994). What is body image?. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 497-502.

Slade, P. D. & Russell, G. F. M. (1973). Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: Cross-sectional and longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 3, 188-199.

Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. Y Tantleff-dunn, S. (1998). *Exacting Beauty. Theory, Assessment, and Treatment of Body Image Disturbance*. Washington, DC.: American Psychological Association.

Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.

Thompson, J. K., Altabe, M. N., Johnson, S. & Stormer, S. (1994). Multiple measures of body image disturbance: Are we all measuring the same construct?. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 311-315.

Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la Anorexia Nerviosa*. Barcelona. Ariel.

Toro, J. (1996). *Anorexia y Bulimia: trastornos alimetarios*. Madrid: Pirámide.

Trujano, P. (2007). Nuevos posicionamientos de género: varones víctimas de la violencia de sus mujeres. *Revista Internacional de Estudios sobre Masculinidades: La Manzana*.

Vallejo, M. A. Y Ruíz, M. A. (1993). *Manual práctico de modificación de conducta*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Vandereycken, W. y Noordenbos, G. (2000). *La prevención de los trastornos alimentarios*. Barcelona: Granica.

Vaz, F. J., Peñas, E. V. Y Ramos, M. I. (1999). Body image dissatisfaction in bulimia nervosa and atypical bulimia nervosa. *German Journal of Psychiatry*, 2, 59-74.

Waller, G., Mountford, V., Lawson, R., Gray, E., Cordery, H. y Hinrichsen, H. (2010). *Beating your eating disorder: A cognitive behavioral self-help guide for adult sufferers and their carers*. Nueva York: Cambridge University Press.

Williamson, D. A., Davis, C. J., Duchmann, G. C., McKenzie, S. J. y Watkins. P. C. (1990). *Assessment of Eating Disorders: Obesity, Anorexia and Bulimia Nervosa*. Nueva York: Pergamon.

World Health Organization (2010). *Population-based preventions strategies for childhood obesity*. WHO: Ginebra.

Yaryura Tobias, J. A. (2003). *Obsesiones Corporales*. Buenos Aires: Polemos.

ANEXO I: CUESTIONARIOS

SEXO:..... PESO:..... ALTURA: EDAD: FECHA:

Curso: Grupo: N°:

Lea las siguientes afirmaciones e indique hasta que punto está de acuerdo con su contenido.

BIAQ
BODY IMAGE Avoidance Questionnaire

		nunca	raramente	alguna vez	a menudo	muy a menudo	siempre
1	Llevo ropa muy holgada						
2	Llevo ropa que no me gusta						
3	Llevo ropa de color oscuro						
4	Llevo un tipo de ropa especial: "mi ropa de gordo/a"						
5	Restrinjo la cantidad de comida que tomo						
6	Sólo como frutas, verduras u otras comidas bajas en calorías						
7	Ayuno durante un día o más						
8	No voy a citas sociales si pienso que voy a ser examinado/a						
9	No voy a reuniones sociales si la gente con la que voy va a estar hablará sobre peso						
10	No voy a reuniones sociales donde sé que habrá personas más delgadas que yo						
11	No voy a reuniones sociales si esto implica comer						
12	Me peso						
13	Estoy inactivo/a						
14	Me miro al espejo						
15	Evito relaciones íntimas						
16	Llevo ropa que disimula mi peso						
17	Evito ir a comprar ropa						
18	No llevo ropas destapadas como trajes de baño, tops, shorts						
19	Me arreglo y me maquillo						

ESCALA SATISFACCIÓN ÁREAS CORPORALES

		muy descontento	bastante descontento	ni contento ni descontento	bastante contento	muy contento
1	Cara (rasgos faciales, complexión)					
2	Cabello (color, espesor, textura)					
3	Parte del cuerpo inferior a la cintura: nalgas, caderas, muslos..					
4	Cintura y estómago					
5	Tórax					
6	Pecho					
7	Hombro y brazo					
8	Tono muscular					
9	Peso					
10	Altura					
11	Apariencia general					
12	Algún otro aspecto desagradable de tu cuerpo:					

BSQ.CUESTIONARIO DE LA FORMA CORPORAL

		nunca	raramente	alguna vez	a menudo	muy a menudo	siempre
1	Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?						
2	¿Has estado tan preocupado/a por tu figura que has pensado que deberías ponerte a dieta?						
3	¿Has pensado que tus muslos, caderas, nalgas (culo) son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?						
4	¿He tenido miedo a convertirte en gordo/a (o más gordo/a)?						
5	¿Te ha preocupado el que tu carne no sea suficientemente firme?						
6	¿Sentirte lleno después de una comida te ha hecho sentir gordo/a?						
7	¿Te has sentido tan mal con tu figura que incluso has llorado por ello?						
8	¿Has evitado correr para que tu carne no botara, saltara?						
9	¿Estar con chico/as delgado/as te hace fijarte en tu figura?						
10	¿Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?						
11	¿El sólo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a?						
12	¿Te has fijado en la figura de otros chicos/as y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?						
13	¿Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras televisión, leyendo o manteniendo una conversación)?						
14	Estar desnudo/a, por ejemplo cuando te duchas, ¿te hace sentir gordo?						
15	¿Has evitado llevar vestidos que marcasen tu figura?						
16	¿Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?						
17	Comer caramelos, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te ha hecho sentir gordo?						
18	¿Has evitado ir a actos sociales (Ej. una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?						
19	¿Te has sentido excesivamente gordo/a y lleno/a?						
20	¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?						
21	La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?						
22	¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (ej. por la mañana)?						
23	¿Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol?						
24	¿Te ha preocupado que la otra gente vea <i>michelines</i> alrededor de tu cintura?						
25	¿Has pensado que no es justo que otros chicos/as sean más delgados/as que tú?						
26	¿Has vomitado para sentirte más delgado/a?						
27	¿Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (Ej. en autobús, en el cine...)?						
28	¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja o celulitis?						
29	Verte reflejado en un espejo, ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?						
30	¿Has pellizcado partes de tu cuerpo para ver cuanta grasa hay?						

BSQ.CUESTIONARIO DE LA FORMA CORPORAL

		nunca	raramente	alguna vez	a menudo	muy a menudo	siempre
31	¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiera ver tu cuerpo? Ejemplo: piscinas, duchas, vestidores...						
32	¿Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?						
33	¿Te has fijado más en tu figura cuando estás en compañía de otra gente?						
34	¿La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?						

DST. ESTRÉS EN SITUACIONES SOCIALES

	ME PONGO NERVIOSO O NERVIOSA CUANDO:	nunca	a veces	a menudo	bastante a menudo	siempre o casi
1	En reuniones sociales donde conozco a poca gente					
2	Cuando me miro en el espejo					
3	Cuando soy el foco de atención social					
4	Cuando la gente me ve antes de arreglarme					
5	Cuando estoy con personas atractivas de mi sexo					
6	Cuando estoy con personas atractivas del sexo opuesto					
7	Cuando alguien me mira partes de mi cuerpo que no me gustan					
8	Cuando miro mi cuerpo desnudo en el espejo					
9	Cuando me pruebo ropa nueva en la tienda.					
10	Cuando hago ejercicio.					
11	Después de haber hecho una comida completa					
12	Cuando alguien puede verme desde ciertos ángulos					
13	Cuando llevo cierta ropa ajustada					
14	Cuando veo gente atractiva en TV o revistas					
15	Cuando alguien elogia mi apariencia					
16	Si voy vestido de forma distinta a otras personas en un acontecimiento social					
17	Cuando aumento de peso					
18	Cuando pienso que alguien me ha rechazado o ignorado					
19	Cuando estoy anticipando o teniendo respuestas sexuales					
20	Si mi amigo o pareja no notan que me he arreglado					
21	Cuando ya estoy de mal humor por cualquier cosa					
22	Cuando el tema de conversación es sobre la apariencia					
23	Cuando pienso en cómo se me veía antes					
24	Cuando no he hecho tanto ejercicio como acostumbro					
25	Cuando alguien hace comentarios desfavorables sobre mi apariencia					

EDI-2

		nunca	pocas veces	a veces	a menudo	casi siempre	siempre
1	Como dulces sin preocuparme						
2	Creo que mi estomago es demasiado grande						
3	Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro						
4	Suelo comer cuando estoy disgustado						
5	Suelo hartarme de comida						
6	Me gustaría ser más joven						
7	Pienso ponerme a dieta						
8	Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes						
9	Pienso que mis muslos son demasiado gruesos						
10	Me considero una persona poco eficaz						
11	Me siento muy culpable cuando como en exceso						
12	Creo que mi estomago tiene tamaño adecuado						
13	En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes						
14	La infancia es la época más feliz de mi vida						
15	Soy capaz de expresar mis sentimientos						
16	Me aterroriza la idea de engordar						
17	Confío en los demás						
18	Me siento sólo en el mundo						
19	Me siento satisfecho con mi figura						
20	Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida						
21	Suelo estar confuso sobre mis emociones						
22	Preferiría ser adulto a ser niño						
23	Me resulta fácil comunicarme con los demás						
24	Me gustaría ser otra persona						
25	Exagero o doy demasiada importancia al peso						
26	Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento						

		nunca	pocas veces	a veces	a menudo	casi siempre	siempre
27	Me siento incapaz de llevar a cabo muchas cosas						
28	A veces no puedo dejar de comer						
29	Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores						
30	Tengo amigos íntimos						
31	Me gusta la forma de mi trasero						
32	Estoy preocupado porque me gustaría ser mas delegado						
33	No sé qué es lo que ocurre en mi interior						
34	Me cuesta expresar mis emociones a los demás						
35	Las exigencias de la vida adulta son excesivas						
36	Me fastidia no ser el mejor en todo						
37	Me siento seguro de mí mismo						
38	Suelo pensar en darme un atracón de comida						
39	Me alegra haber dejado de ser un niño						
40	No sé muy bien cuándo tengo hambre o no						
41	Tengo mala opinión de mí						
42	Creo que puedo conseguir mis objetivos						
43	Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes						
44	Temo no poder controlar mis sentimientos						
45	Creo que mis caderas son demasiado anchas						
46	Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van						
47	Me siento hinchado después de una comida						
48	Creo que las personas son más felices cuando son niños						
49	Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganado peso						
50	Me considero una persona valiosa						
51	Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado						
52	Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas						
53	Pienso en vomitar para perder peso						

		nunca	pocas veces	a veces	a menudo	casi siempre	siempre
54	Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si se me acercan demasiado						
55	Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado						
56	Me siento emocionalmente vacío en mi interior						
57	Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos						
58	Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto						
59	Creo que mi trasero es demasiado grande						
60	Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo						
61	Como o bebo a escondidas						
62	Creo que mis caderas tiene el tamaño adecuado						
63	Me fijo objetivos sumamente ambiciosos						
64	Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer						
65	La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome						
66	Me avergüenzo de mis debilidades humanas						
67	La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable						
68	Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales						
69	Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo						
70	Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento						
71	Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer						
72	Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.						
73	Soy comunicativo con la mayoría de la gente						
74	Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado						
75	La abnegación me hace sentir fuerte espiritualmente						
76	La gente comprende mis verdaderos problemas						
77	Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza						
78	Comer por placer es signo de debilidad moral						
79	Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira						
80	Creo que la gente confía en mí tanto como merezco						

		nunca	pocas veces	a veces	a menudo	casi siempre	siempre
81	Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol						
82	Creo que estar tranquilo y relajado es una perdida de tiempo						
83	Los demás dicen que me irrito con facilidad						
84	Tengo la sensación de que todo me sale mal						
85	Tengo cambios de humor bruscos						
86	Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo						
87	Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás						
88	El sufrimiento te convierte en una persona mejor						
89	Sé que la gente me aprecia						
90	Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo						
91	Creo que realmente sé quién soy						

EPQ-J

		Sí	No
1	¿Te agrada que hay mucha animación a tu alrededor?		
2	¿Cambia tu estado de humor con facilidad?		
3	¿Piensas que los policías castigan para que les tengamos miedo?		
4	¿Alguna vez has querido llevarte más de lo que te correspondía en un reparto?		
5	¿Cuando la gente te habla, ¿respondes en general rápidamente?		
6	¿Te aburres con facilidad?		
7	¿Te divierten las bromas que a veces pueden molestar a otro?		
8	¿Haces siempre inmediatamente lo que te piden?		
9	¿Frecuentemente te gusta estar sólo?		
10	¿Te vienen ideas a la cabeza que no te dejan dormir por la noche?		
11	¿Siempre cumples todo lo que dicen y mandan en el colegio?		
12	¿Te gustaría que otros chicos te tuviesen miedo?		
13	¿Eres muy alegre y animoso?		
14	¿Hay muchas cosas que te molestan?		
15	¿Te equivocas algunas veces?		
16	¿Has quitado algo que perteneciera a otro (aunque sea una bola o un Cromo)?		
17	¿Tienes muchos amigos?		
18	¿Te sientes alguna vez triste sin ningún motivo para ello?		
19	¿Algunas veces te gusta hacer rabiar mucho a los animales?		
20	¿Alguna vez has hecho como que no habías oído cuando alguien te estaba llamando?		
21	¿Te gustaría explorar un viejo castillo en ruinas?		
22	¿A menudo piensas que la vida es muy triste?		
23	¿Crees que tú te metes en más riñas y discusiones que los demás?		
24	En casa, ¿siempre acabas los deberes antes de salir a jugar?		
25	¿Te gusta hacer cosas en las que tengas que actuar con rapidez?		
26	¿Te molesta mucho que los mayores te nieguen lo que pides?		
27	Cuando oyes que otro está diciendo palabrotas, ¿intentas corregirle?		
28	¿Te gustaría actuar en una comedia organizada en el colegio?		

		Sí	No
29	¿Te sientes herido fácilmente cuando los demás encuentran faltas en tu conducta o trabajo?		
30	¿Te afectaría mucho ver un perro que acaba de ser atropellado?		
31	¿Siempre has pedido disculpas cuando has dicho o hecho algo mal?		
32	¿Crees que alguno piensa que tú le has hecho una faena y quiere vengarse de ti?		
33	¿Crees que debe ser muy divertido hacer esquí acuático?		
34	¿Te sientes frecuentemente cansado sin ningún motivo para ello?		
35	En general, ¿te divierte molestar a los demás?		
36	¿Te quedas siempre callado cuando las personas mayores están halando?		
37	¿En general, ¿eres tú quien da el primer paso al hacer un nuevo amigo?		
38	¿Al acabar de hacer algo, ¿piensas, generalmente, que podrías haberlo hecho mejor?		
39	¿Crees que tú te metes en más peleas que los demás?		
40	¿Alguna vez has dicho una palabrota o has insultado a otro?		
41	¿Te gusta contar chistes o historietas divertidas a tus amigos?		
42	¿En clase, ¿te metes en más líos o problemas que los demás compañeros?		
43	En general, ¿recoges del suelo los papeles o basura que tiran los compañeros en clase?		
44	¿Tienes muchas aficiones o te interesas por muy diferentes cosas?		
45	¿Algunas cosas te hieren o ponen triste con facilidad?		
46	¿Te gusta hacer picardías o jugarretas a los demás?		
47	¿Te lavas siempre las manos antes de sentarte a comer?		
48	En una fiesta o reunión, ¿te quedas sentado mirando en vez de divertirte y jugar?		
49	¿Frecuentemente te sientes harto de todo?		
50	¿A veces es bastante divertido ver cómo una pandilla molesta o mete miedo a un chico pequeño?		
51	¿Siempre te comportas bien en clase, aunque el profesor haya salido?		
52	¿Te gusta hacer cosas que te dan un poco de miedo?		
53	¿A veces te encuentras tan intranquilo que no puedes quedarte sentado mucho rato en una silla?		
54	¿Crees que los pobres tienen iguales derechos que los ricos?		
55	¿Has comido alguna vez más dulces de los que te permitieron?		
56	¿Te gusta estar con los demás chicos y jugar con ellos?		
57	¿Son muy exigentes contigo tus padres?		

		Sí	No
58	¿Te gustaría ser paracaidista?		
59	¿Te preocupas durante mucho tiempo cuando crees que has hecho una tontería?		
60	¿Siempre comes todo lo que te ponen en el plato?		
61	¿Puedes despreocuparte de otras cosas y divertirte mucho en una reunión o fiesta animada?		
62	¿Piensas frecuentemente que la vida no merece la pena vivirla?		
63	¿Sentirías mucha pena al ver un animal cogido en un cepo o trampa?		
64	¿Has sido descarado alguna vez con tus padres?		
65	¿Normalmente tomas pronto una decisión y te pones con rapidez a hacer las cosas?		
66	¿Te distraes con frecuencia cuando estás haciendo alguna tarea?		
67	¿Te gusta zambullirte o tirarte al agua en una piscina o en el mar?		
68	Cuando estás preocupado por algo ¿Te cuesta poder dormirte por la noche?		
69	¿Has sentido alguna vez deseos de “hacer novillos” y no ir a clase?		
70	¿Creen los demás que tú eres muy alegre y animoso?		
71	¿Te sientes sólo frecuentemente?		
72	¿Eres siempre muy cuidadoso con las cosas que pertenecen a otros?		
73	¿Siempre has repartido tus juguetes, caramelos o cosas con los demás?		
74	¿Te gusta mucho salir de paseo?		
75	¿Has hecho alguna vez trampa en el juego?		
76	¿Te resulta difícil divertirte en una reunión o fiesta animada?		
77	¿Te sientes unas veces alegre y otras tristes, sin ningún motivo para ello?		
78	Cuando no hay una papelera cerca, ¿Tiras los papees al suelo?		
79	¿Te consideras una persona alegre y sin problemas?		
80	¿Necesitas con frecuencia buenos amigos que te comprendan y animen?		
81	¿Te gustaría montar en una motocicleta muy rápida?		