

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE EDUCACIÓN

*Master Universitario de Estudios Avanzados en Educación
primaria*



**INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL Y MALESTAR -
EMOCIONAL: UN ESTUDIO DE MEDIACIÓN MÚLTIPLE**

Paola María Gómez Mudarra

Trabajo dirigido por el Prof. Dr. Domingo García-Villamizar

Convocatoria Febrero 2013

AGRADECIMIENTOS

Al profesor Domingo García-Villamizar sin cuya ayuda habría sido imposible realizar este trabajo de fin de máster. Le agradezco todo el tiempo, paciencia y dedicación. Me ha transmitido el amor al trabajo bien hecho, perseverancia y tenacidad.

A su vez he contado con apoyos personales e institucionales:

Quisiera aquí reconocer mi agradecimiento a la universidad de Jaén por facilitarme todos los medios tanto personales como materiales a la hora de llevar a cabo mi estudio. Así como a los profesores de dicha institución, ya que sin su colaboración hubiese sido mucho más costosa la recogida de datos.

Por otro lado, agradecer a los alumnos de la Universidad de Jaén su amable colaboración de forma voluntaria con este proyecto.

Son muchas las personas que me han transmitido su experiencia en el desarrollo de la investigación. Me gustaría destacar las aportaciones teóricas y/o metodológicas de Susana Yeste Serrano, M. Dolores Armenteros Lucena, Sergio Muñoz Garrote, Noelia Armenteros Lucena. Pero sobre todo gracias al apoyo, ayuda incondicional e infinita paciencia recibida por parte de mi madre: Mercedes Mudarra Crespo, pedagoga de la asociación Montilla bono para niños discapacitados, ya que ha sido un pilar moral en todo este largo camino.

También quiero agradecer a la coordinadora del máster, Caridad Hernández, su generosidad, ayuda inestimable y capacidad de trabajo.

Por último y no menos importante quisiera agradecer a toda mi familia y en especial a mis padres por el ánimo, y el tesón que pusieron en mi formación ya que sin ellos, difícilmente habría podido llegar a realizar este proyecto.

RESUMEN

El presente trabajo pretende realizar un aporte en el proceso de enseñanza/aprendizaje del alumnado que presenta o pueda presentar cierto grado de malestar debido a la insatisfacción con su propia imagen corporal. Para tal objetivo, se describe un análisis de mediación múltiple en el que podremos conocer las variables que influyen o no en ese posible malestar y de qué manera lo hacen.

En este estudio de mediación ha participado una muestra de 90 alumnos y alumnas de la universidad de Jaén, de los cuales fueron recogidos los datos mediante seis tipos de cuestionarios que evaluaban diferentes facetas, todas ellas relacionadas con la imagen corporal: El grado de malestar emocional, forma corporal, calidad de vida, perfeccionismo, actitudes corporales y bienestar psicológico.

El objetivo general fue detectar en población juvenil las variables que median entre la sintomatología de la imagen corporal y el malestar emocional, con el fin de contribuir a la mejora de los programas de prevención. Por ello los resultados nos aportarán una información muy valiosa para posteriores estudios, diagnósticos y propuestas sobre el tema, así como conocer la frecuencia con la que se presentan problemas de ésta índole en población escolar, recomendando mejoras que puedan incrementar la eficacia en intervenciones futuras. Por lo que, una vez analizados los resultados, se puede concluir que la imagen corporal influye en el malestar emocional del sujeto, a la vez que lo hacen las actitudes adoptadas hacia nuestro propio cuerpo, variable mediadora entre la insatisfacción corporal y el malestar.

Palabras clave: *Trastornos de la conducta alimentaria, Insatisfacción corporal, imagen corporal, malestar emocional.*

ABSTRACT

The aim of this research was make a contribution in the teaching/learning process of students who might has some degree of discomfort due to dissatisfaction with their own body image. For this propose, we describe a multiple mediation analysis in which we know the variables influences in this potential discomfort and how they do it.

In this study of mediation has participated a sample of 90 students from the University of Jaén, who were collected using six types of questionnaires assessing different facets, all related to body image: The degree of distress, body shape, quality of life, perfectionism, body attitudes and psychological wellbeing.

The overall goal was to detect in youth population the variables that mediate between the symptoms of body image and emotional distress, in order to contribute to improving prevention programs. For this reason the results we provide valuable information for further studies, analyzes and proposal on the subject, and to determine the frequency which such problems occur in school population, recommending improvements that can increase the efficiency of future interventions. So, after analyzing the results, we can conclude that body image affects the emotional distress of the subject, while they do the attitudes towards our own body, mediator between body dissatisfaction and discomfort.

Key words: Disorders of eating behavior, body dissatisfaction, *body image*, *emotional distress*.

ÍNDICE

1. INTRODUCCION.....	- 8 -
2. MARCO TEÓRICO.....	- 11 -
2.1. LA IMAGEN CORPORAL.....	- 11 -
2.1.1 Concepto de imagen corporal.....	- 11 -
2.1.2. Psicología de la imagen corporal.....	- 16 -
2.1.3. Las alteraciones Psicopatológicas de la imagen corporal.....	- 19 -
2.1.4. Características clínicas del trastorno de la imagen corporal.....	- 23 -
2.1.5. Diagnóstico diferencial.....	- 30 -
2.1.6. Evaluación de la imagen corporal.....	- 31 -
2.1.7. Modelos explicativos.....	- 35 -
2.1.8. Trastornos alimentarios e imagen corporal.....	- 41 -
2.2. EL MALESTAR EMOCIONAL.....	- 45 -
2.2.1. Concepto de malestar o sufrimiento emocional.....	- 45 -
2.2.2. Tipos de malestar psico-emocional más frecuentes.....	- 46 -
3. MARCO EXPERIMENTAL.....	- 51 -
3.1. MÉTODO.....	- 51 -
3.1.1. Objetivos e Hipótesis:.....	- 51 -
3.1.2. Participantes en el estudio:.....	- 51 -
3.1.3. Diseño de la investigación.....	- 53 -
3.1.4. Instrumentos de evaluación.....	- 53 -
3.1.4.1. Body Shape Questionnaire (BSQ, Cooper et al. 1987) Cuestionario sobre la forma corporal.....	- 55 -
3.1.4.2. Situational Inventory of Body-Image Dysphoria- short form (SIBID-S; Cash et al., 2000; 2002). Inventario Situacional de la disforia con la imagen corporal – versión corta.....	- 56 -
3.1.4.3. Body Attitude Test (BAT; Probst et al. 1995). Test de Actitudes Corporales.....	- 57 -
3.1.4.4. Psychological well-being scales (PWBS) (RYFF, 1989; Van Dierendonck, 2004) Escalas de bienestar psicológico.....	- 57 -
3.1.4.5. Multidimensional Perfectionism Scale (MPS; Hewitt y Flett, 1991). Escala Multidimensional de Perfeccionismo.....	- 58 -

3.1.4.6. The Body Image Quality of Inventory (BIQLI; Cash y Fleming, 2002) Inventario sobre Imagen Corporal y Calidad de Vida.	- 58 -
3.1.5. Factores Mediadores:	- 59 -
3.1.6. Procedimiento	- 61 -
3.1.7. Resultados	- 62 -
3.1.7.1. Correlatos del malestar emocional	- 62 -
3.1.7.2. Variables mediadoras en la relación entre el malestar emocional y la insatisfacción con la imagen corporal.	- 64 -
3.1.8. Discusión	- 68 -
3.1.9. Conclusiones	- 70 -
3.1.10. Limitaciones de la investigación y direcciones futuras	- 70 -
BIBLIOGRAFÍA.....	- 72 -
4. ANEXOS.....	- 78 -
Anexo 1. CUADERNILLO DE CUESTIONARIOS.....	- 78 -
1.1. Cuestionario sobre imagen corporal (BSQ)	- 78 -
1.2. Cuestionario sobre malestar (SIBI-S)	- 78 -
1.3. Cuestionario sobre actitudes hacia el propio cuerpo (BAT).	- 79 -
1.4. Cuestionario sobre bienestar psicológico (RYFF)	- 80 -
1.5. Cuestionario sobre perfeccionismo (MPS).....	- 80 -
1.6. Cuestionario sobre calidad de vida (BIQLI)	- 81 -

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA.....	- 52 -
TABLA 2 CORRELACIÓN DE PEARSON BIVARIADA, MEDIA Y DESVIACIÓN TÍPICA DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES Y MODERADAS	- 63 -
TABLA 3 RESUMEN DEL ANÁLISIS MULTIPLE DEL MODELO MEDIADOR	- 66 -

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 MENCIÓN DE TASAS PARA "IMAGEN CORPORAL" Y "LA SATISFACCIÓN CORPORAL" EN LAS BASES DE DATOS PSICOLÓGICAS Y MÉDICAS DE LOS ÚLTIMOS 50.....	- 13 -
FIGURA 2 MODELO DE IMAGEN CORPORAL.	- 16 -
FIGURA 3 UN MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE DESARROLLO DE LA IMAGEN CORPORAL Y EXPERIENCIAS	- 19 -
FIGURA 4 TRASTORNO DISMÓRFICO, DSM IV-TR	- 21 -
FIGURA 5: MODELO DE DESARROLLO DE LA PERTURBACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.	- 25 -
FIGURA 6 RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DE ESTUDIO	- 54 -
FIGURA 7 FACTORES MEDIADORES ENTRE IMAGEN CORPORAL Y BIENESTAR. UN COMPENDIO DE VARIABLES	- 60 -
FIGURA 8 RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	- 68 -

1. INTRODUCCION

Entendemos por salud el conjunto del bienestar físico, mental y social del individuo. (Salazar y Sempere, 2012)

Los malestares emocionales como el estrés, depresión, angustia, ansiedad, frustración, dolor, ira, odio, soledad, tristeza, fatiga... pueden considerarse como un veneno para el organismo. Primeramente se presentan molestias como dolores de cabeza, musculares, cansancio, mal humor, gastritis... hasta que poco a poco se va agravando en hipertensión, enfermedades psicosomáticas y psíquicas, vicios, adicciones... Todo esto desencadena consecuencias muy negativas tales como problemas familiares, económicos, laborales, sociales... (Moscoso et al., 2012). Lamentablemente es muy alto el desconocimiento actual y la poca información y atención eficiente sobre el malestar emocional. Es fundamental una atención temprana, antes de que el daño sea mayor, irreversible o irreparable.

Numerosos estudios de prevalencia poblacional de síntomas de malestar emocional y trastornos afectivos, han puesto de manifiesto que las mujeres satisfacen los criterios diagnósticos de trastornos depresivos y ansiosos en una proporción claramente mayor que a los hombres (Caro, 2001).

Los estudios sobre la IC han ido creciendo poco a poco durante las últimas cinco décadas. La gran cantidad de investigaciones en estos últimos 50 años es sorprendente, al igual que lo es la amplia exploración que se ha realizado sobre la imagen corporal en gran diversidad de contextos. Estos progresos son asombrosos. (Cash & Pruzinsky, 2004). La imagen corporal es un concepto de máxima importancia a la hora de definir aspectos muy relevantes de la personalidad tales como el autoconcepto o autoestima, ya que con él, podemos llegar a explicar trastornos de tipo dismórfico y de la conducta alimentaria, así como la forma de integración de los adolescentes en sociedad (Rice, 2000; Koff et al., 1990).

La imagen corporal puede verse afectada por las experiencias vividas, el estrés, el trabajo, por el paso de los años... y la aceptación de los cambios permite una mejor adaptación. La distorsión de la imagen corporal o una exagerada preocupación por el aspecto físico puede producir trastornos psiquiátricos por ejemplo en el ámbito alimenticio, el abuso de práctica de ejercicios físico... y son

elementos altamente significativos en la etiopatogenia o el diagnóstico. (Raich, 2004).

Con respecto a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), existen trabajos muy interesantes los cuales han señalado como elemento fundamental de la psicopatología de los TCA “el miedo a engordar”. Además de esto explican la distorsión de la imagen corporal como la tendencia a percibir nuestro cuerpo con un volumen superior al que se posee en realidad. Esto fue llamado “sobrestimación”. (Russel, 1970; Slade y Russell, 1973)

Podemos afirmar que existe correlación entre la Imagen corporal (IC) y los TCA (Altabe y Thompsom, 1993), utilizando modelos longitudinales se corrobora lo anteriormente dicho (Maganto y Cruz, 2008). Todos estos autores comprobaron que únicamente las medidas en ISC (insatisfacción corporal) pronosticaron distorsión alimentaria.

Hace unos años los TCA eran considerados enfermedades raras, pero debido al incremento de casos en jóvenes, se ha llegado a considerar como una enfermedad crónica de las más frecuentes en los adolescentes con un 1-3% de porcentaje en AN y un 0,6-13% en BN . También es más habitual en mujeres con una proporción de 9/1. La edad de inicio suele darse a los 15 años. En España se calcula que están afectados de TCA unos quinientos mil individuos de los cuales el 90% son mujeres. Además 30 de cada 100 afectados no llegan a recuperarse y el resto tendrá secuelas físicas y psíquicas de por vida. Los casos aumentan todos los años en una proporción del 15%. (Sánchez et al., 2005).

Con la realización de este trabajo de fin de máster denominado “Insatisfacción con la imagen corporal y malestar emocional: un estudio de mediación múltiple”, se ha pretendido profundizar sobre la imagen corporal de los individuos, a la vez que conocer el grado de malestar que presentan y las variables que influyen o no en ese posible malestar.

La motivación fundamental para llevar a cabo esta investigación ha sido principalmente generar variables enfocadas a la prevención y educación en la etapa primaria. Es muy importante el hecho de formar al alumnado en edades tempranas sobre la importancia de adquirir una imagen corporal adecuada que les haga sentir bien consigo mismos a través de una alimentación sana y equilibrada. Además de

que adopten unos modelos estéticos adecuados, teniendo criterio y no dejándose llevar por los cánones de belleza que impone la moda y que como veremos a continuación pueden ser muy perjudiciales para el niño/a tanto física como psicológicamente.

Otra finalidad de nuestro estudio es detectar en población juvenil las variables que median entre la sintomatología de la imagen corporal y el malestar emocional, con el fin de contribuir a la mejora de los programas de prevención. Por ello los resultados nos aportarán una información muy valiosa para posteriores estudios, diagnósticos y propuestas sobre el tema, así como conocer la frecuencia con la que se presentan problemas de ésta índole en población escolar.

Tomando como base el estudio bibliográfico de las investigaciones realizadas hasta la fecha y la importancia que cobra un tema como este; realizamos un estudio entre la población universitaria jiennense, orientado a evaluar la percepción que tienen de su cuerpo para extraer resultados y establecer posibles conclusiones.

Este estudio consta de tres grandes bloques de contenidos bien diferenciados, coincidentes con las fases del proceso a seguir en una investigación científica, es decir, *“Parte Teórica”* en la que se fundamenta científicamente la investigación, *“Parte Metodológica”* y *“análisis de resultados”* donde se muestran y analizan los resultados obtenidos. Esta investigación se completa con la revisión bibliográfica y los anexos necesarios. A continuación se describe de forma global el contenido que se mostrará en estos bloques:

- En la primera parte, dedicada a la fundamentación teórica, se engloba toda la información científica que puede resultar útil para esta investigación hasta la actualidad, tanto los modelos y teorías que se manejan actualmente, como las últimas investigaciones similares a la que se realiza. Esta parte consta de los dos primeros puntos (imagen corporal y malestar emocional) que se incluyen dentro del marco teórico de este estudio.
- En la segunda parte, dedicada a la metodología, diseño de la investigación y análisis de resultados, se desarrolla y argumenta el presente estudio a fin de garantizar que éste cumpla los requisitos imprescindibles de toda investigación científica de validez y fiabilidad.

- En la bibliografía utilizada, se especifican los trabajos que han sido referencia para la elaboración de este trabajo de investigación, siguiendo la clasificación propuesta por la APA (American Psychologists Association).
- Finalmente, los anexos incluyen los cuestionarios utilizados específicamente para este estudio.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. LA IMAGEN CORPORAL

2.1.1 Concepto de imagen corporal

El término “imagen corporal” (IC) cuenta con una larga tradición terminológica. Este concepto, ha sido blanco de multitud de controversias acerca de su fenomenología. Estas controversias han tratado de aportar un rayo de luz sobre el tipo de experiencias que componen el término de IC (Cumming, 1988).

En los comienzos del siglo, la imagen corporal contaba con multitud de términos afines a ella tales como: esquema corporal, concepto corporal, imagen corporal, y percepción corporal, utilizados todos ellos de forma arbitraria. Por ello, la neurología fue la encargada de realizar las primeras aclaraciones sobre todos estos conceptos referentes a ello.

En psicología, psiquiatría o medicina en general, el término “imagen corporal” es muy utilizado a la vez que un concepto muy teórico incluso en el ámbito de la sociología. Este concepto podemos considerarlo de máxima importancia a la hora de definir aspectos muy relevantes de la personalidad, tales como el autoconcepto o la autoestima, ya que con ellos podemos llegar a explicar trastornos de tipo dismórfico y de la conducta alimentaria, así como la forma de integración de los adolescentes en sociedad. (Koff et al., 1990; Rice, 2000). Aun así, no poseemos un término exacto, es decir no existe consenso científico en la definición de la imagen corporal, al igual que no existe tampoco en sus manifestaciones, su evaluación... La definición más clásica de todas ellas viene de la mano de Schilder (1950) definiendo ésta como la representación mental del propio cuerpo que cada persona construye en su mente. (Williamson et al., 1990)

Desde la perspectiva neurológica la imagen corporal conforma una representación mental dramática de la consciencia corporal de cada persona. Las distorsiones de la

imagen corporal podrían ser producto de una alteración en el funcionamiento cortical: miembro fantasma, anosognia, etc.

Otra definición sobre este concepto mucho más dinámica según Fisher (1986) viene dada en función de los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Por otro lado Bemis y Hollon (1988) ponen de manifiesto la importancia de discernir entre representación interna del cuerpo y actitudes y sentimientos frente a él, puesto que se puede tener una representación corporal más o menos verídica, sin embargo es posible que ella esté colapsada de sentimientos positivos o negativos que sin duda puedan influir en el autoconcepto.

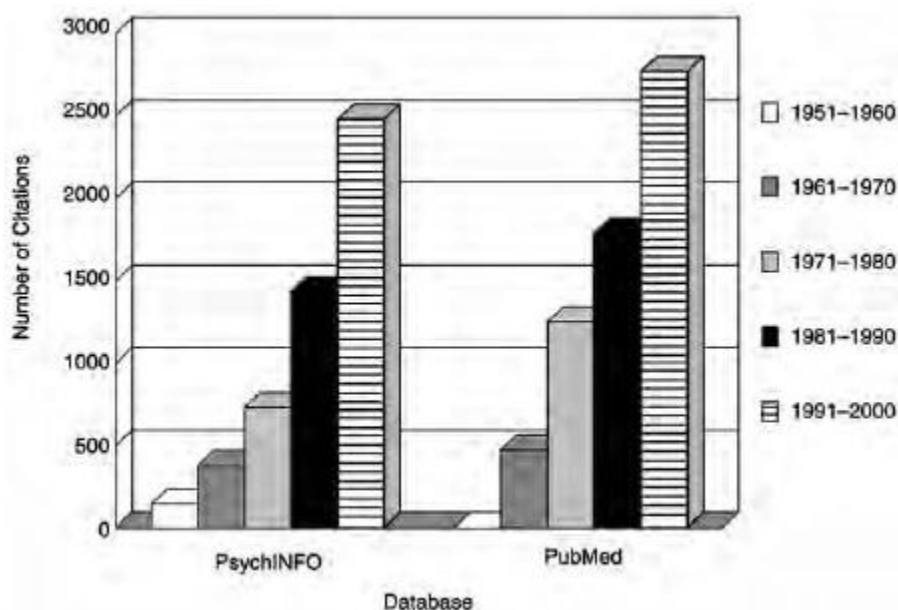
Otro tipo de enfoques psicoanalíticos la definen como el límite corporal que cada persona percibe.

Fisher (1986) apreció que las personas variaban en función a la definición que adscribían a sus límites corporales.

Siguiendo a Rosen (1995) el concepto de imagen corporal hace alusión a la forma en que cada persona percibe, imagina, siente y actúa en función de su propio cuerpo. Es decir, se hacen patentes aspectos perceptivos y subjetivos tales como: satisfacción e insatisfacción, aspectos de la conducta, inquietud, evaluación cognitiva y ansiedad.

Los estudios sobre la IC han ido creciendo poco a poco durante las últimas cinco décadas. (Figura 1). La gran cantidad de investigaciones en estos últimos 50 años es sorprendente, al igual que lo es la amplia exploración que se ha realizado sobre la imagen corporal en gran diversidad de contextos. Estos progresos son asombrosos.

FIGURA 1 MENCIÓN DE TASAS PARA "IMAGEN CORPORAL" Y "LA SATISFACCIÓN CORPORAL" EN LAS BASES DE DATOS PSICOLÓGICAS Y MÉDICAS DE LOS ÚLTIMOS 50



(Figura 1. Body image a handbook of theory, research & clinical practice 2004: 9)

Según Thompson (1990) el constructo de imagen corporal viene formado a partir de tres elementos principales:

Un elemento perceptual:

Exactitud con que se concibe la magnitud del cuerpo en general o de alguna o algunas partes específicas del mismo.

La variación de este elemento da como resultado una sobrestimación (creencia de poseer mayor volumen corporal del que se posee realmente), o subestimación (percepción de un volumen corporal inferior al real).

Desde el punto de vista de los trastornos alimentarios (TCA) la mayoría de las investigaciones se centran en los problemas de sobrestimación del volumen corporal.

Un elemento subjetivo (cognitivo-afectivo):

Cualquier aspecto de la apariencia física provoca en nosotros sentimientos de satisfacción o insatisfacción respecto a nuestro propio cuerpo, como puede ser inquietud, ansiedad, etc.

Existen indicios de insatisfacción corporal en multitud de investigaciones sobre trastornos de alimentación. La mayor parte de los instrumentos que evalúan este tipo de trastornos se centran en la insatisfacción corporal.

Un elemento conductual:

Se refiere a las conductas provocadas por la percepción del cuerpo y de algunos sentimientos asociados. Por ejemplo algunas conductas de evitación ante situaciones en las que se debe exponer el cuerpo al público, conductas de exhibición...

Siguiendo a Cash (1991) la imagen corporal conlleva perceptivamente imágenes y estimaciones del volumen y forma de diversos aspectos corporales. De forma cognitiva implica una atención principal en el cuerpo y autoafirmaciones que no tienen que ver con el proceso, creencias y experiencias corporales. Emocionalmente conlleva emociones asociadas a la apariencia física, como pueden ser: experiencias de placer o displacer, satisfacción o insatisfacción...

En estos últimos diez años, se han llegado a diferentes conclusiones provenientes de las revisiones acerca de la imagen corporal y otros términos relacionados con ella (Pruzinsky y Cash, 1990).

1. Como se ha mencionado anteriormente, existen *tres constructos principales en la imagen corporal: Pensamientos, percepciones y sentimientos y experiencias corporales.*

2. *El concepto de la IC es multifacético.* La experiencia sobre el cuerpo conlleva las actitudes frente a la apariencia física, la percepción, el volumen, límites y posición del cuerpo, competencia corporal y otro tipo de aspectos que se relacionan con la salud y enfermedad, estado físico y género de uno mismo/a. (Cash y Fisher, 1990).

3. La realidad objetiva no tiene ninguna relación con *las experiencias de la imagen corporal, ya que estas son sumamente propias y subjetivas.*

4. *Se pueden presentar diferentes experiencias corporales en diferentes escaños de consciencia.* (Krueger, 1990)

5. *Los sentimientos sobre el self, están estrechamente unidos a las experiencias sobre la imagen corporal.* Desde el momento en el que en nuestro cuerpo se activan determinados esquemas, se empieza a generar respuestas cognitivas y emocionales que predecirán como nos sentimos. (Del Rosario et al., 1984).

6. *La sociedad determina nuestra propia imagen corporal.* Al mismo tiempo que las personas nos desarrollamos cultural y evolutivamente, se produce una evolución paralela, la de la imagen corporal. Esta evolución comienza a los dos años, momento en el que se toma consciencia de uno mismo. A partir de entonces se desarrollan multitud de cambios físicos y de apariencia en cada etapa del desarrollo corporal y marco social en el que se ubican ciertos patrones corporales. La construcción de la propia imagen corporal no finaliza nunca, prolongándose hasta el final de la vida.

7. Nuestra experiencia corporal se encuentra continuamente en cambio, por lo que se afirma que *la imagen corporal no es un constructo estático.*

8. Existen personas que se encuentran tan preocupadas por su apariencia física que en cualquier situación procesan la información según su competencia o atractivo corporal. Por lo tanto, se confirma que *la imagen corporal puede llegar a influir en el procesamiento de la información.*

9. La imagen corporal nos afecta en nuestro comportamiento, ya sea de manera consciente o inconsciente, por lo que *la imagen corporal influye directamente en la conducta del individuo.*

Slade (1994) fija su objetivo en la representación mental que se genera y transforma por varios elementos psicológicos personales y sociales. Podemos observar su modelo explicativo en la figura 2.

FIGURA 2 MODELO DE IMAGEN CORPORAL.

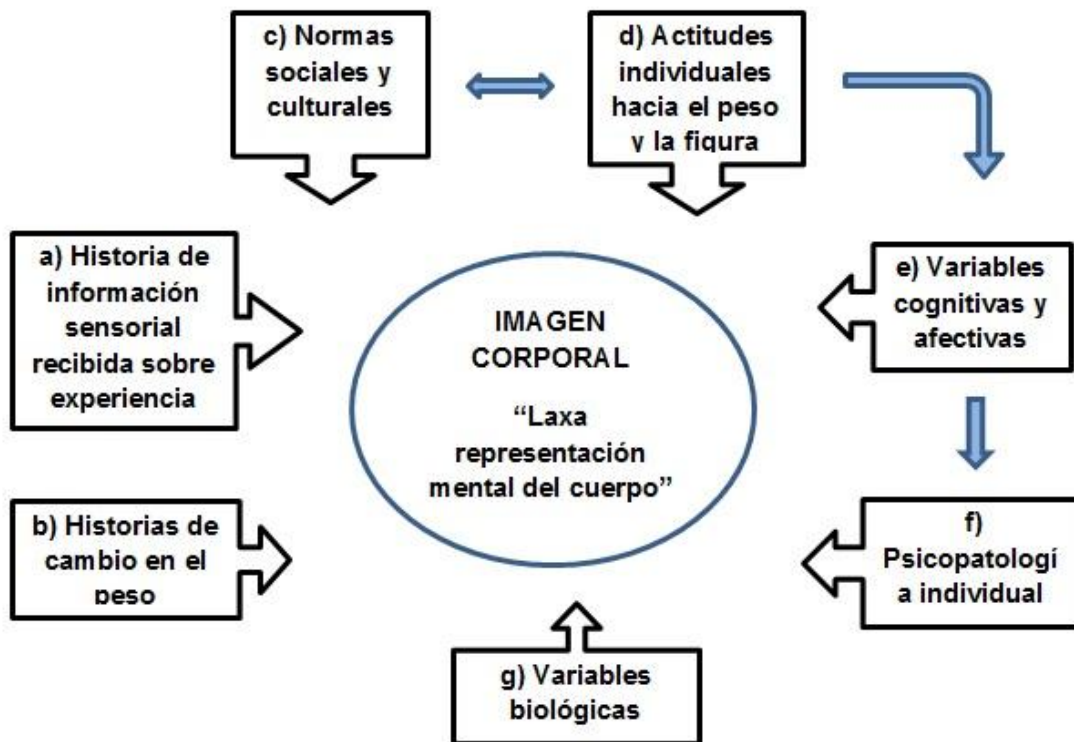


Figura 2. Esquema de elaboración propia a partir del modelo de imagen corporal de (Slade, 1994)

La imagen corporal podemos definirla según Raich (2001) como un concepto complicado, que abarca la percepción propia de nuestro cuerpo y de todas sus partes, las limitaciones y movimientos corporales, pensamientos, emociones y evaluaciones que realizamos y sentimos y las cogniciones e impresiones que obtenemos de nuestro comportamiento.

2.1.2. Psicología de la imagen corporal

La percepción es una función psicológica muy subjetiva en la que intervienen gran cantidad de variables relacionadas con la experiencia, la forma de pensar, la motivación, la educación y la cultura de quien percibe; pero también la actitud que tenga el otro puede modificar esa percepción. La imagen que cada uno tiene de sí mismo influye significativamente en la forma de pensar, de comportarse, de sentir y de relacionarse con los demás. Esta imagen no es invariable sino que se va modificando según las circunstancias y la etapa de la vida que se atraviesa, que incluye a la vez la forma que una persona se imagina como los otros la ven. (Cash, T. & Pruzinsky, T. 2004)

La imagen corporal está compuesta por tres aspectos: la percepción, (el nivel de precisión con que se percibe la propia imagen); la apreciación que se tiene del propio cuerpo (los sentimientos y pensamientos que suscita); y la conducta que se adopta en virtud de lo que se percibe y siente.

La persona que percibe su imagen corporal con precisión y se siente cómoda con su cuerpo, aunque haya algún aspecto que le guste menos, se considera que tiene una imagen corporal adecuada.

La imagen corporal puede verse afectada por las experiencias vividas, el estrés, el trabajo, por el paso de los años... y la aceptación de los cambios permite una mejor adaptación. La distorsión de la imagen corporal o una exagerada preocupación por el aspecto físico puede producir trastornos psiquiátricos por ejemplo en el ámbito alimenticio, el abuso de práctica de ejercicios físico... y son elementos altamente significativos en la etiopatogenia o el diagnóstico.

En los TCA, (Trastornos de la conducta alimentaria) la percepción distorsionada de la forma y el peso corporales son elementos fundamentales de la anorexia y la bulimia nerviosa, así como criterios esenciales de diagnóstico.

Por otro lado todas las hipótesis que explican la aparición de dichos trastornos tienen como referencia la insatisfacción corporal como factor individual de riesgo (Cooper et al., 1987).

Bruch (1962) es la primera autora que centra su atención en la alteración de la imagen corporal en la anorexia nerviosa, en la que destaca las siguientes características:

- Un paralizante sentimiento de ineficacia personal.
- La incapacidad para reconocer la información interna proveniente del cuerpo.
- La alteración de la imagen corporal.

Existen trabajos muy interesantes, (Russel, 1970; Slade y Russell, 1973) los cuales han señalado como elemento fundamental de la psicopatología de los TCA “el miedo a engordar”.

Más tarde se realizaron nuevas investigaciones, las cuales dieron lugar a tres grandes líneas de estudio:

- Determinar la relevancia de las distorsiones de la imagen corporal como causa de los TCA.

- Esclarecer hasta qué punto una distorsión e la imagen corporal es un síntoma patognomónico.
- Comenzar la investigación para realizar una evaluación de la imagen corporal y sus distorsiones que se creían como claves en la comprensión de los TCA.

La mayoría de las investigaciones contemporáneas sobre la imagen corporal derivan directa o indirectamente de los paradigmas cognitivos de comportamiento de la psicología.

Un punto de vista más integrador, (cognitivo-conductual) se basa no solo en una teoría sino más bien en una larga tradición de ideas, procesos de aprendizaje social y mediación cognitiva de conductas y emociones. Para explicar los elementos básicos de un modelo cognitivo-conductual, es necesario realizar una primera distinción histórica de los factores principales que conforman el desarrollo de la imagen corporal. Los factores históricos se refieren a hechos pasados, atributos, y experiencias que predisponen o influyen en la forma de pensar, sentir y actuar de cada persona en relación con su cuerpo. Destacamos entre estos factores históricos: socialización cultural, experiencias interpersonales, características físicas y los atributos de la personalidad. (Raich, 2000)

La evaluación de la imagen corporal se realiza tomando como valores la satisfacción o insatisfacción con el propio cuerpo, incluyendo entre estos valores las creencias de autoevaluación. El campo de la imagen corporal se refiere a la importancia cognitiva, conductual y emocional del cuerpo en torno a la autoevaluación. En este modelo los factores más influyentes en la persona pertenecen a situaciones de la vida cotidianas que ejercen influencia en ella de una forma más o menos frecuente o mantenida respecto a su imagen, incluyendo diálogos internos, emociones y acciones de autorregulación de la imagen corporal. (Raich, 2004).

En la figura 3, podemos observar esta distinción. Se trata de un modelo conceptual heurístico, que nos ayuda a aclarar nuestra concepción acerca de la imagen corporal y su dimensionalidad. Sin embargo aunque este esquema nos ayude en la organización de las variables más influyentes en la imagen corporal, no puede representar las interacciones entre ellas.

FIGURA 3 UN MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE DESARROLLO DE LA IMAGEN CORPORAL Y EXPERIENCIAS

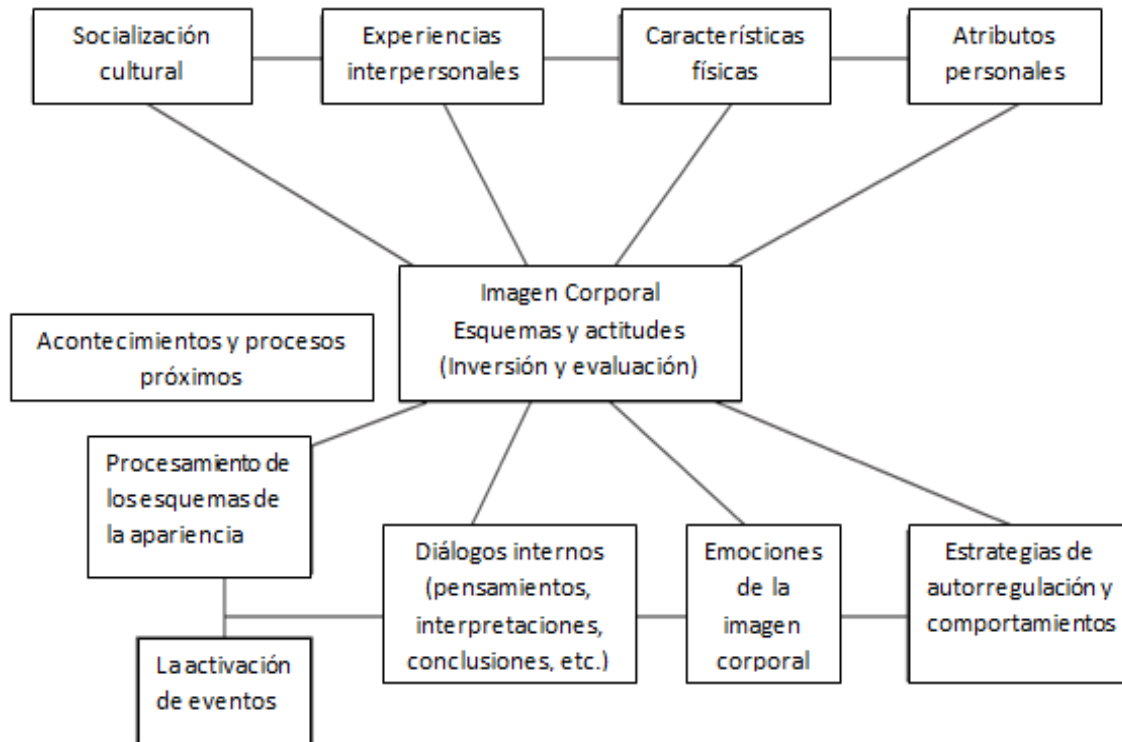


Figura 3. Fuente: (Body image a handbook of theory, research, & clinical practice. Cash T. y prunzky T. 2004: 39).

2.1.3. Las alteraciones Psicopatológicas de la imagen corporal.

La preocupación sobre la apariencia física cuenta con una amplia historia. El concepto “dismorfofobia” vino de la mano de Morsell y Jerome, (2001). Significa “Miedo a la propia forma” aunque en su definición no detallaba demasiado el término “fobia”.

A comienzos del siglo XX, se empieza a hablar sobre sentimientos de vergüenza por el aspecto físico e incluso de injusticia, ya que no se es como se quiere sino como ha nacido. Janet (1903) nos habla sobre “la obcecación por la timidez sobre el cuerpo”.

La raíz de este trastorno no se define como el miedo a volverse deforme, sino como el auto convencimiento sin razón alguna de no ser una persona normal, lo que conlleva un gran pánico a las respuestas de los demás sobre nuestro aspecto.

Existe un artículo primero de la década de los 70, escrito en inglés sobre este tema. (Raich, 2004).

Según Williamson (1990) estas perturbaciones son fruto de una alteración en el funcionamiento cortical. Así pues la imagen corporal conforma en la consciencia del cuerpo de cada persona una representación mental diagramática.

Según los autores Bemis y Hollon (1988), se deben discernir entre el esquema de representación corporal interno y las actitudes y sentimientos que se tienen hacia él. Se puede tener un esquema de representación del propio cuerpo más o menos acertado, pero a la vez es posible que esté repleto de sentimientos tanto positivos como negativos que influyan de manera directa en el propio autoconcepto. En este sentido se nos remite al elemento afectivo-actitudinal en el caso que se desarrolle una alteración de la IC.

Siguiendo los enfoques psicoanalíticos la distorsión de la imagen corporal comportaría una alteración de los límites corporales verdaderos, mediante la cual el sujeto hace suyos otros objetos o personas.

Por lo tanto queda claro que el trastorno de la imagen corporal posee múltiples dimensiones. Por ello, si utilizamos la definición "*trastorno de la imagen corporal*" aceptamos que:

1. Este término es fruto de una acumulación de factores en conjunto.
2. Se refiere a un malestar mucho más grave que el que se puede deducir de otro tipo de definiciones o una simple alteración.

Siguiendo esta línea, Rosen (1995) definía la distorsión de la imagen corporal como una preocupación extrema, la cuál da lugar a incomodidades respecto al propio aspecto físico. Esto se refiere al llamado "*Trastorno dismórfico*" que se ve reflejado en el DSM IV-R (American Psychiatric Association, 1994) incluido en los trastornos somatoformes. (Ver figura 4).

FIGURA 4 TRASTORNO DISMÓRFICO, DSM IV-TR

Figura 4. Criterios del DSM-IV para el diagnóstico del TDC		
1. Cierta preocupación provocada por algún defecto que la persona imagina que tiene sobre su apariencia física, siendo esta persona aparentemente normal. Esta preocupación se vuelve aún más grave cuando se presentan anomalías físicas.	2. La preocupación da lugar a sentimientos de malestar significativos clínicamente o algún tipo de quebranto en el ámbito social, laboral, u otros planos relevantes en la actividad del sujeto.	3. No nos detalla mucho mejor esta preocupación el hecho de que existan otro tipo de trastornos mentales como pueden ser: insatisfacción con el volumen y figura corporales en la anorexia nerviosa.

Figura 4 Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida en el artículo (Barraca Mairal, j. 2000. Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de trastorno dismórfico corporal. Clínica y Salud, 11, núm. 1, 83.84.)

Se ha estado estudiando en los últimos años que papel juega la IC en el desarrollo de trastornos de alimentación tanto en su dimensión perceptiva (sobrestimación) como en su dimensión emocional (insatisfacción)... Todas estas investigaciones nos dan indicios de que en la adolescencia y primera juventud, pueden existir problemas emocionales o afectivos que repercutan posteriormente en la propia visión de la imagen corporal pudiendo llegar a crear alteraciones o distorsiones en la misma. Por ello se consideran estas primeras edades factor principal de riesgo precipitante de trastornos en la conducta alimentaria. (Cruz y Maganto, 2002)

Los estudios realizados hasta la fecha, han centrado su objetivo en localizar los mecanismos ocultos en el desarrollo de las distorsiones clínicas más importantes de la imagen corporal; ya que la hipótesis fundamental de la mayoría de las investigaciones es que las alteraciones de la IC son trastornos clínicos importantes en ausencia diagnosticable de trastornos de la conducta alimentaria. La esencia de este tipo de distorsiones se relacionan principalmente con dos dimensiones del concepto de imagen corporal (Thompson, 1990). Por un lado se realzan los

elementos subjetivos que llevan a la incomodidad con el cuerpo del individuo, y por otro lado se insiste en los modelos que pretenden brindar una definición perceptiva de la sobrestimación del volumen corporal.

Sin embargo, los estudios realizados sobre la IC, destacan que las dimensiones perceptivas del constructo y las dimensiones subjetivas se han solapado. Así mismo otros estudios afirman que los componentes subjetivos de la IC dependen en cierta medida de la relación entre insatisfacción corporal y los niveles de trastorno de la IC. (Gardner, 1998).

Encontramos dentro del desarrollo de la insatisfacción corporal diversas teorías.

Primeramente podemos indicar aquellas en las que el objetivo principal se cierne en detallar partiendo de la comparación social el mayor riesgo de insatisfacción corporal. Esto se refiere a la frecuencia con la que el sujeto se compara con otros individuos en el sentido de ver quién es más atractivo, quién posee mejores atributos... Un ejemplo: creer o sentirte gordo está directamente relacionado con la costumbre de la mujer de confrontar su propio peso con el de otras féminas.

Por otro lado existen ciertas hipótesis socioculturales que argumentan que los medios sociales de comunicación nos brindan mensajes que pueden ser de gran influencia sobre la competencia de algunos aspectos físicos altamente vinculados a la insatisfacción con el cuerpo.

Multitud de investigaciones afirman esta hipótesis en la que se relaciona la insatisfacción corporal con los trastornos de la conducta alimentaria y los mensajes de los medios sociales tanto audiovisuales como escritos referidos al canon de belleza ideal. Todas estas presiones de los modelos sociales focalizados a un canon estereotipado de belleza y lo expuesto anteriormente, provocan ansiedad y malestar en el individuo, lo que puede dar como resultado la aparición de un trastorno.

Si nos movemos en el terreno de los trastornos de la conducta alimentaria, la IC podría definirse como la representación mental de diversos factores de la apariencia física y su distorsión, alteración o inestabilidad. (Gardner, 1998)

En otros casos la imagen corporal aparece en un segundo plano, anexionada a otro trastorno de base como por ejemplo lesiones cerebrales, pérdida de extremidades corporales, esquizofrenia... En todos estos casos la evolución o características de las distorsiones son muy variables en función de la etiología.

Sin embargo la IC participa de forma causal en los TCA, en vez de participar en segundo lugar a él, por lo que se ha investigado y se está investigando mucho más las distorsiones de la IC en los TCA. Utilizando patrones causales de regresión múltiple, se ha podido comprobar que la correspondencia entre disfunción alimentaria y distorsión de la IC enfocada a la insatisfacción corporal es unidireccional, ya que la causa de los TCA son las distorsiones de la imagen corporal y no al contrario. (Maganto y Cruz, 2003)

Podemos afirmar que existe correlación entre la IC y los TCA (Altabe y Thompsom, 1993; Grant, 2004) utilizando modelos longitudinales se corrobora lo anteriormente dicho. Todos estos autores comprobaron que únicamente las medidas en ISC (insatisfacción corporal) pronosticaron distorsión alimentaria.

Las poblaciones con riesgo más alto de padecer TCA, son aquellas que han sufrido cambios en la figura, como por ejemplo personas obesas, embarazadas... o bien personas que por motivos laborales (modelos, bailarines, deportistas de élite...) han tenido que bajar su masa corporal o modificar su figura debido al canon de belleza ideal donde se exige un peso bajo. Todas estas poblaciones revelan niveles superiores de distorsiones con la imagen corporal. Por ello se confirma que la relación entre IC y TCA no es exclusiva en las poblaciones clínicas (McLaren y Kuh, 2004).

2.1.4. Características clínicas del trastorno de la imagen corporal.

El término “imagen corporal” como ya hemos visto anteriormente nos señala que se deben comprender factores perceptuales, emocionales, cognitivos y conductuales, y a la vez estos factores también son tomados por el trastorno de la misma.

Aspectos perceptivos

La alteración perceptual, es el distintivo fundamental que define la percepción de la apariencia física en una distorsión de la imagen corporal.

Normalmente los sujetos que padecen trastornos de la imagen corporal suelen sobrestimar o subestimar algunas zonas corporales propias. Como por ejemplo en el caso de la anorexia nerviosa, encontramos que la alteración perceptual del peso propio es la característica fundamental de este tipo de trastorno.

Indiscutiblemente sobre la distorsión de la imagen corporal ejerce gran influencia el hecho de poseer una percepción errónea del propio cuerpo. Pudiendo dar lugar a conductas y actitudes extremas sobre su apariencia física. (Raich, 2001).

Aspectos emocionales

En la definición de la imagen corporal no se considera suficiente que la insatisfacción con la misma sea muy frecuente, sobretodo en el género femenino. Los sujetos que sufren estas incomodidades o preocupaciones desprestigian su apariencia física de forma extrema, suponen pensamientos en las demás personas sobre ellos mismos, están obsesionados con la idea de que otra gente se interesa por su defecto, prestan extremada atención a su defecto físico y cuando deben primar entre unos valores u otros siempre estos defectos son colocados en primera posición, por lo que se tiende a la subestimación. Además de todo esto, estas personas piensan que otros sucesos son consecuencia de su aspecto físico, es decir creen que su defecto es la prueba por la cual los demás no le aprecian... lo que quiere decir que estas personas padecen debilidad, pereza o algo de su carácter no va bien. Estos sentimientos de malestar suelen ser más frecuentes en situaciones sociales en donde la persona debe interactuar con otros individuos y sabe que va a ser evaluada por ellos. Aunque también puede darse en cualquier momento. Por lo tanto se afirma que cuando una persona se desvalúa o subestima, estos pensamientos conllevan emociones negativas como son: congoja, incomodidad, desolación... que pueden surgir con acciones tan simples como mirarse en un espejo, o el simple hecho de pensar en el propio defecto físico.

El tiempo de duración e intensidad de estos sentimientos negativos es muy variable, incluso existen casos en los que pueden llegar a persistir durante días.

El funcionamiento de la distorsión de la imagen corporal puede ser comparado con el de una fobia, puesto que podemos hablar de estímulo (el cuerpo o un entorno social) el cual causa una aprensión extrema asociada con ansiedad. Tanto es así que se ha llegado a definir el trastorno de la imagen corporal como "fobia al propio cuerpo". Esto es muy grave, ya que por ejemplo cuando un sujeto padece fobia a los trenes, se soluciona no montando en ellos, pero ¿Cómo se escapa de la fobia al propio cuerpo? (Salaberria et al., 2007).

Aspectos cognitivos

La característica fundamental de los trastornos de la imagen corporal es la mala percepción de la propia apariencia física.

Los individuos que poseen una imagen corporal negativa o patológica suelen tener pensamientos, sentimientos y actitudes negativas sobre sí mismos dando lugar a acciones improcedentes respecto a la apariencia física que les serán perjudiciales en un futuro.

La figura 5 extraída del libro “Body Image” de Cash y Pruzinsky, (2004) propone un modelo de factores que contribuyen a la formación de un esquema corporal negativo y sus efectos sobre las percepciones, cogniciones, conducta y afecto.

La imposición de cánones de belleza que se ajustan poco a la realidad en relación con la internalización e identificación de esos modelos erróneos son los principales agentes de un desarrollo negativo del esquema corporal.

Una vez que se ha formado el esquema corporal negativo, este afecta a sentimientos, conductas y percepciones sobre el cuerpo.

FIGURA 5: MODELO DE DESARROLLO DE LA PERTURBACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.

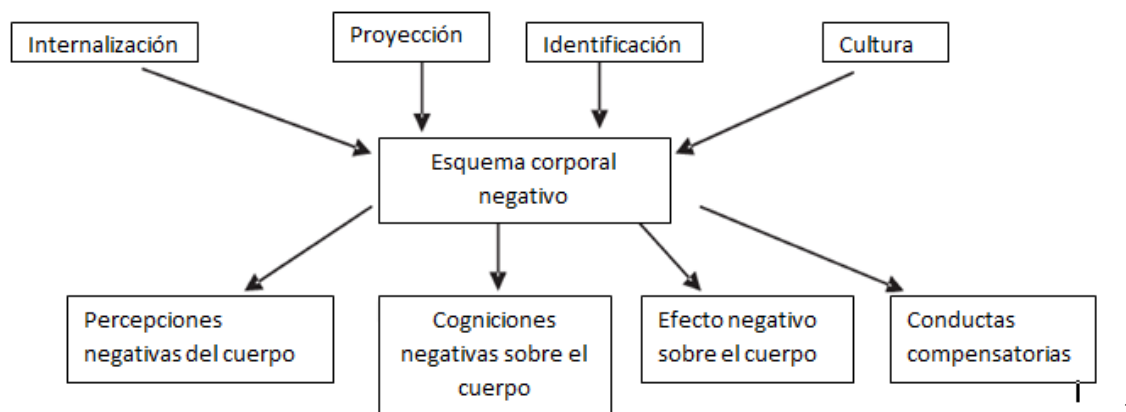


Figura 5. Fuente: (Body image a handbook of theory, research, & clinical practice. Cash y prunzky 2004: 100). Traducción y elaboración propia a partir del esquema original.

¹ Nota: Título original de la figura 5. Model for the development of body image disturbance.

Los impulsores más importantes de este modelo cognitivo: Aaron T. Beck y Albert Ellis plantean un grupo de alteraciones cognitivas, cuya reelaboración viene de la mano de T.F. Cash (2004) el cual expuso una serie de pensamientos distorsionados sobre el aspecto físico. Todos ellos recogidos bajo el nombre de “la docena sucia”. En ella se recogen los doce errores del pensamiento más comunes sobre el aspecto físico.

A continuación se exponen las distorsiones cognitivas que incluye la docena sucia:

“La bella o la bestia”:

Se trata de pensamientos dicotómicos referentes al aspecto físico, en donde no existen términos intermedios es decir, si no se está en la más absoluta belleza se está condenado irremediablemente a la fealdad. Es una alteración cognitiva muy habitual encargada de polarizar el pensamiento entre dos contrarios absolutos.

Un ejemplo de este tipo de distorsión es: “Hasta que no adelgace 5 kg pareceré una foca”, “Si me sale un grano en la cara seré horrible”, etc.

“El ideal irreal”:

El aspecto es evaluado tomando como referencia un modelo estándar imaginario: (Chica alta, escultural, esbelta...) (Hombres fibrosos, altos, musculados...)

El resultado es que cuando su apariencia no coincide con ese modelo irreal social, el sujeto se percibe a sí mismo como gordo o feo.

Un ejemplo de esta distorsión: “No soy guapa” (mirando la fotografía de una modelo), “soy demasiado gordo” (comparándose con un jugador de fútbol)

“La comparación injusta”:

En este modelo la persona se compara con individuos que poseen el ideal de belleza o ciertas cualidades o características del aspecto físico que a ellos les gustaría tener, en lugar de realizar la comparación clásica con otro tipo de personas de la vida diaria o en su defecto ninguna necesidad de comparación.

Por ejemplo “Me siento incómoda hablando con esas chicas tan guapas, deben pensar que soy un adefesio”.

“La lupa”:

En este tipo de distorsión el individuo observa de forma especial y prestando excesiva atención a alguna característica de su aspecto que no le es agradable,

exagerando su importancia y ampliando este descontento a otras dimensiones. La persona que lo padece cree que esa característica del aspecto que le incomoda representa la totalidad de su aspecto.

Un ejemplo: “Mis dientes son demasiado feos, por lo que nadie querrá besarme”. Es un error cognitivo apodado “atención selectiva”.

“La mente ciega”:

Es el opuesto a la distorsión anterior. Se trata de ignorar o restar importancia a aspectos de nuestra apariencia que nos agradan. Esto es, como no sentimos bien y a gusto con ellos, los ignoramos. Por ejemplo: Una mujer muy atractiva obsesionada con tener poca cantidad de pelo, u hombre muy atractivo obsesionado con tener los dientes desperfectos.

“Mala interpretación de la mente”:

Esta distorsión aparece cuando una persona se autoconvence de que no es atractiva y piensa que el resto de personas también la ven de esa forma.

Un ejemplo de esta alteración cognitiva sería: La mujer que tiene una cicatriz en el perfil derecho del rostro y piensa que todo el mundo le mira esa parte de la cara cuando hablan con ella y a consecuencia de este pensamiento erróneo, intenta mostrar siempre su perfil izquierdo con gente conocida.

“La fealdad radiante”:

La insatisfacción con algún aspecto físico se extiende a otra dimensión corporal, es decir, a otras características físicas. Por ejemplo cuando una persona de edad avanzada ve algunas arrugas en su rostro piensa “¡qué viejo soy!” y a raíz de ello busca otras pruebas que apoyen esa afirmación, por ejemplo examina su cuerpo y probablemente encontrará algunas señales de lo que busca, como algunos signos de fealdad y concluirá con la creencia internalizada de ser horrible.

“El juego de la culpa”:

Se asume que cualquier suceso negativo es consecuencia de alguna insatisfacción con el propio aspecto físico. Aunque en la mayoría de ocasiones no cuenta con ningún tipo de relación.

Por ejemplo: “con esta nariz es lógico que mis compañeros/as no quieran ir conmigo a la fiesta”.

“Prediciendo desgracias”:

Se debe a una mala interpretación de la mente, en la que se supone que una apariencia física negativa no tendrá consecuencias muy positivas en el futuro. Esto puede llegar a convertirse en una profecía autocumplida. Por ejemplo: “Con estas caderas ningún chico querrá salir conmigo jamás”

“La belleza imitadora”:

Esta distorsión se basa en las limitaciones de la conducta por culpa de la apariencia. Es decir se asume que no se pueden realizar ciertas tareas debido al aspecto físico. Por ejemplo: “No puedo hablar con esa chica hasta que mis músculos estén más fuertes”.

“Sentirse feo”:

El pensamiento de ser feo finalmente acaba convirtiéndose en una verdad absoluta. Por ejemplo una persona que está preocupada por su fealdad, se mira en multitud de ocasiones al espejo para encontrar los motivos y corroborar la hipótesis de “ser feo”.

Un ejemplo de este tipo de error cognitivo: “¡Mira que nariz tengo!, con razón estoy tan fea, mira que pinta tengo...”

“Reflejo del malhumor”:

En este tipo de distorsión cognitiva el pensamiento culpa al aspecto físico de todos los problemas que le suceden a la persona diariamente. Por ejemplo una persona que ha tenido complicaciones en el trabajo está tensa, ansiosa... cuando llega a casa se mira al espejo y comienza a criticarse, probarse ropas con las que finalmente no se encuentra satisfecha... Es decir, el malhumor toma como blanco el propio cuerpo y lo hace víctima de críticas inmerecidas.

Las doce distorsiones anteriormente citadas son las más habituales. En ocasiones pueden llegar a convertirse en obsesiones. En ese momento es muy probable que estas distorsiones influyan en multitud de tareas, conductas, o acciones cotidianas.

Aspectos conductuales

Los sujetos que experimentan una preocupación anómala u obsesiva por su IC, habitualmente orientan sus vidas en torno a las inquietudes que padecen acerca de

su propio cuerpo, llegando a practicar o evadir ciertas actividades que puedan provocar sentimientos de malestar. Estas actividades o actitudes tomadas debido al malestar corporal, desarrollan un proceso de reforzamiento negativo, conservando y o aumentando la preocupación por su apariencia. Por ejemplo cuando un sujeto de estas características se tope con una situación que preeve le provocará inquietud, ansiedad o sentimientos de malestar respecto a su propio cuerpo (correr porque me tiemblan las carnes, ser criticado, ser observado...) realizará conductas de evitación de la situación desagradable, y como al evitarlo he obtenido una buena consecuencia (impedir alcanzar sentimientos de malestar sobre la propia apariencia), lo volverá a realizar una y otra vez, en cada momento en que se manifieste la ocasión, ya que genera consecuencias efectivas de forma muy rápida.

Todas estos comportamientos pueden derivar en una conducta obsesiva. Por ejemplo una persona está preocupada porque tiene michelines y procura siempre ponerse ropa que no le marque mucho la figura, o mira cada cinco minutos para comprobar que nadie le mira la cintura, u otra persona pasa horas y horas al día observando su defecto frente al espejo. Por ejemplo estas conductas son rituales, es decir repetitivas, que pueden surgir de forma automática, o que la persona se siente obligada a realizar. También se encuentran las conductas de evitación como ya hemos explicado anteriormente (Cash & Thomas, 2002).

A continuación se expone una cita del libro "Body image" (Cash y Prunzsky, 2004) en el que se describe un caso real de dismorfia corporal:

"Ms. A, a 26-year-old single white female, presented with the chief complaint: "I look ugly and deformed." She was obsessed with many aspects of her appearance, including her "crooked" nose, "ugly" eyes, "pimpley" skin, "bushy" facial hair, and "fat" thighs. She estimated that she thought about her perceived appearance flaws for 10 hours a day and checked them in mirrors for 5 hours a day.

She repeatedly sought reassurance about how she looked from family members but could not accept reassurance that she looked normal.

She also compulsively compared herself with other people, applied makeup for hours a day, picked her skin with pins, covered her face with her hand, and tweezed her facial hair.

As a result of her appearance concerns, she had dropped out of high school. After getting her GED, she enrolled in college classes but could not take a full course load because her obsessions distracted her from studying and because she felt too selfconscious and ugly to go to class. Ms. A avoided friends, dating, and most other social interactions. She was chronically suicidal and had attempted suicide because, as she said, "I'm ugly and I look like a freak." (Cash T. y Prunzsky, T. 2004: 314, 315).²

² Nota: Traducción del autor de este trabajo:

La Sra. A, de 26 años de edad, Mujer blanca soltera, se presentó con la queja principal: "Me ven

Multitud de sujetos que padecen trastorno dismórfico afirman que ocultar su defecto no les produce mayor sensación de calma sino por el contrario, ya que estas conductas incrementan los sentimientos de malestar. La pregunta ahora es sencilla: ¿Por qué continúan realizando esas conductas si los sentimientos de malestar al ejecutarlas aumentan? Por ejemplo personas que se miran al espejo y no se sienten bien. Aún así ejecutan esta conducta horas y horas al día. La respuesta que nos ofrecen es que por ejemplo algunas veces al mirarse al espejo, se han visto mejor de como se ven habitualmente o al menos no tan mal como esperaban encontrarse. Estas acciones son conocidas desde la esencia del condicionamiento operante como refuerzo positivo de intervalo variable. Este tipo de reforzamiento es el más poderoso en lo que concierne a la repetición de conductas y en el que se basa. Un ejemplo claro sobre esto es el juego en las máquinas tragaperras (Cash & Pruzinsky, 2004).

2.1.5. Diagnóstico diferencial

Enmarcado en los TCA (Trastornos de la conducta alimentaria) el TOC (Trastorno obsesivo compulsivo) y el TDC (Trastorno dismórfico) encontramos las distorsiones de la imagen corporal.

Se han llegado a situar los trastornos de la imagen corporal como una rama del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y del Trastorno dismórfico (TDC) ya que cuentan con aspectos muy similares entre sí que nos empujan a enmarcar el trastorno dismórfico dentro del trastorno obsesivo compulsivo. Una de estas características comunes es por ejemplo la alta comorbilidad de ambos, lo cual es

fea y deforme." Estaba obsesionada con muchos aspectos de la su apariencia, incluyendo su nariz "torcida", sus ojos feos, la piel "con granos", espeso vello facial y los muslos "gordos". Se estima que pasaba 10 horas diarias prestando atención a sus defectos físicos. Y 5 horas diarias mirándose frente al espejo, comprobando su imagen.

En repetidas ocasiones, su familia trataba de tranquilizarla diciéndole que ellos la veían una chica normal, pero ella no podía aceptar esto.

También se comparaba de forma compulsiva con otras personas, se aplicaba maquillaje muchas horas al día, pinchaba su piel con alfileres, se tapaba la cara con las manos y se depilaba el vello facial.

Como resultado de las preocupaciones con su apariencia, abandonó el instituto. Tras obtener el GED, se matriculó en la universidad, pero no pudo terminar el curso completo debido a que sus obsesiones la distraían del estudio y porque se sentía demasiado autoconsciente y fea para ir a clase.

La señora evitaba a sus amigos/os, buscar pareja y la mayoría del resto de relaciones sociales. Ella estaba obsesionada con el suicidio, y había hecho el intento de suicidarse porque ella decía: "Soy fea, y me veo como un bicho raro"

efectivo en las distorsiones de la imagen corporal al igual que lo son los captadores de serotonina y la exhibición con prevención de respuesta. (Phillips et al., 1993).

Además de esto, se ha demostrado que el trastorno de la IC aparece relacionado más habitualmente con otro tipo de distorsiones diferentes al TOC como por ejemplo la fobia social. Este tipo de trastorno (fobia social) consiste en que el sujeto padece un miedo continuado a la exposición de sí mismo en situaciones sociales en las que prevé que será evaluado por los demás. Estas personas sufren por su imagen corporal, por lo que cuando son conscientes de que obtendrán sentimientos de malestar o ansiedad en ciertos eventos sociales, exposiciones en público en las que creen que pueden ser criticados o evaluados por su defecto, intentan evitarlas a toda costa; o si es muy necesaria su participación en las mismas tendrán niveles muy elevados de malestar, ansiedad o sentimientos negativos sobre su imagen en general. (Phillips et al., 1993)

Por otro lado, si hablamos sobre los trastornos de la conducta alimentaria, se asume que todos ellos cuentan con una característica fundamental, la distorsión de la imagen corporal. Los criterios diagnósticos de ambas distorsiones son similares. Por ejemplo: Preocupación continuada por el peso y el cuerpo, o en su defecto, la autopercepción se ve influida por el peso y la apariencia del aspecto físico en general. (APA, 1994). Tanto es así; que un gran porcentaje de individuos que padecen distorsión de la imagen corporal también padecen o tienen algún tipo de antecedente de trastorno de la conducta alimentaria.

Las personas que cuentan con un aspecto normal y padecen trastornos alimentarios llevan en numerosas ocasiones acuñado un trastorno dismórfico de base. (Rosen, 1995).

2.1.6. Evaluación de la imagen corporal

La mayor parte de los métodos utilizados para medir la imagen corporal, se han centrado en la evaluación de dos elementos: Uno perceptivo y otro subjetivo. Ya que los elementos conductuales han sido evaluados más tarde debido a la falta de instrumentos para ello en ese momento.

Desde hace más de dos décadas, casi todos los estudios sobre este campo han tratado la sobrestimación del volumen corporal en sujetos que ya padecían trastorno de la conducta alimentaria. Aun así se ha comprobado que también existen sujetos que padecen alteraciones de la imagen corporal aun sin sufrir trastornos de la

conducta alimentaria. Estas alteraciones se dan tanto a nivel de insatisfacción corporal como a nivel de imprecisión perceptiva (mayormente sobrestimación).

Sabiendo que el término “imagen corporal” posee multitud de dimensiones, la evaluación de la misma debe tratar cada una de las dimensiones con las que cuenta este constructo: (Sands, 2000)

Dimensión perceptiva: Se refiere al nivel de fidelidad con la que el sujeto aprecia el volumen y la forma de su propio cuerpo ya sea en su totalidad o partes del mismo.

Dimensión cognitivo-actitudinal: Describe las opiniones que el sujeto posee sobre su cuerpo total o sobre partes del mismo.

Dimensión conductual: Son las actitudes hacia el propio cuerpo que se activan producto de las creencias de la dimensión cognitivo-actitudinal.

Podemos distinguir dos tipos de evaluación dentro de la dimensión perceptiva: Por un lado, una evaluación de las partes del cuerpo. Por otro lado una evaluación corporal integral.

Dentro del primer grupo encontramos métodos de evaluación analógicos y trazado de imagen. En el segundo grupo tenemos métodos de evaluación de la alteración de la imagen y la forma.

Los métodos de evaluación analógicos se basan en una petición que se le hace al sujeto para que indique su percepción longitudinal frontal o lateral de ciertas partes corporales tomando como base dos puntos luminosos, los cuales el individuo puede modificar ampliando o reduciendo la distancia entre ellos en función de su percepción. La discordancia entre las medidas reales adquiridas por medio de un calibrador corporal y las percibidas utilizando la técnica anteriormente citada, nos brinda la oportunidad de deducir un índice de precisión perceptiva del volumen corporal. Todo ello serviría de denominador común de los procedimientos analógicos. (Raich, 2000).

Los métodos utilizados para el trazado de la imagen son bastante parecidos pero a diferencia de los anteriores, estos no se valen de puntos luminosos; en lugar de esto utilizan dos fragmentos de madera que el individuo acerca o separa (Los cuales intenta que coincidan con las medias percibidas de ciertas partes corporales. Otro modo sería utilizar un cordón que el individuo alarga o estrecha según el tamaño que percibe de cierta parte corporal.

Mediante un calibrador corporal, se calculan las medidas reales además del índice de precisión perceptiva: $IPP = [(Estimación \text{ (cm)} / tamaño \text{ real (cm)})] \times 100$. La medida de IPP 100 coincide con un tamaño real. Un IPP >120 indica sobrestimación significativa. Y por último se señala subestimación significativa cuando la medida de IPP es <80. Normalmente las estimaciones que se le piden al sujeto que realice de ciertas partes corporales son las que a ellos más le preocupan, siendo estas zonas percibidas con mayor imprecisión. (López y Valle, 2008)

Los métodos de estimación global muestran al individuo que los realiza su imagen corporal real, por lo que éste tiene la oportunidad de variar voluntariamente su tamaño corporal. Diversos procedimientos de estimación global (alteraciones por vídeo mediante espejos o de fotografía por medio de lentes amórficas) son producto de los diferentes modos en que puede presentarse el cuerpo del propio sujeto.

La discrepancia entre la imagen alterada por el individuo y su imagen real nos brinda la oportunidad de calcular un índice de precisión perceptiva, aunque hoy en día no contamos con ningún instrumento lo suficientemente óptimo en la evaluación perceptiva del tamaño corporal.

Parece ser que las técnicas de estimación global son un poco más fiables que las anteriores aunque ninguna de ellas nos sirve para distinguir entre pacientes con distorsiones en la imagen significativas e individuos sin problemas. (López y Valle, 2008)

Podemos afirmar que la dimensión que distingue de forma más precisa pacientes que sufren TCA de personas sin trastorno es la dimensión cognitivo-actitudinal, la cual lleva implícitas percepciones y creencias corporales que posee el sujeto y las actitudes que estas despiertan hacia el propio cuerpo (Cash, 1991).

A continuación se enumeran las medidas de evaluación más óptimas para valorar áreas subjetivas, cognitivo actitudinales y comportamentales:

- Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE; Rosen, 1995).

La entrevista semi estructurada ha sido adaptada a la población española por Raich, Torras y Mora (1997). La BDDE está destinada a la evaluación de la imagen corporal y el trastorno dismórfico. Esta entrevista es pertinente tanto para mujeres como para hombres y evalúa aspectos conductuales y cognitivos. La valoración que realiza no es solamente en el ámbito de la insatisfacción corporal sino que también diferencia las ideas sobrevaloradas respecto a la

aparición. La entrevista está compuesta de 28 cuestiones y dos hojas de evaluación, una para el entrevistador y otra para el entrevistado. Tiene una duración que oscila entre 15 y 30 minutos.

El procedimiento a seguir es el siguiente: al inicio de la entrevista se le pide al individuo que relate qué parte de su cuerpo le ha afligido más en las cuatro últimas semanas. Si esa zona corporal que el sujeto considera perturbante, se comprueba a simple vista que podría serlo, el entrevistador es el encargado de decidir si esta preocupación es normal o no. A partir de esto, se pretende evaluar el pensamiento, si es este delirante o no y las actitudes que se han llevado a cabo para remediar o impedir este defecto.

Los síntomas presentes en esas cuatro semanas, son investigados por los demás ítems. La puntuación de los mismos oscila entre 0 y 6. De la suma de estas, se obtiene la puntuación final, exceptuando algunos ítems.

Esta entrevista posee buena consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez concurrente y predictiva. El punto de corte es 60 (la media) o mayor que este. (Rosen, 1995).

- Escala YaleBrown de medición de trastorno obsesivo compulsivo adaptada para el trastorno dismórfico. (Phillips, 1996).

Por otro lado entre los cuestionarios que mejor evalúan la imagen corporal podemos destacar:

- Eating Disorders Inventory. (EDI: Garner, Olmstead y Polivy, 1983) Subescala del EDI de imagen corporal.
Posee un índice general de insatisfacción corporal que abarca distintas áreas corporales (una subescala de I.C.). Esta subescala puede ser utilizada individualmente sin perder su capacidad distintiva ni evaluativa.
- Multidimensional Body Self Relations Questionnaire. (MBSRQ: Cash, 1990). Este cuestionario puede considerarse uno de los métodos más completos de evaluación de la I.C. existentes. Está compuesto por 69 ítems en su versión original y 72 en la versión traducida al español. De menos a más contiene 3 subescalas añadidas, 7 subescalas de factores (BSRQ) que a su vez se integran en un escala mayor de 5 puntos.

- Body Shape Questionnaire. (BSQ: Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987). Este cuestionario utilizado en esta investigación se compone de 34 ítems que evalúan las veces que se repiten ciertas conductas de evitación y malestar con la imagen corporal. A su vez cuenta con 4 subescalas: Forma de vestir, actividad social del sujeto, limitaciones en la alimentación y cuestiones sobre el peso.
- Cuestionario de Influencias de Modelo Estético-Corporal. (CIMEC: De Toro, Salamero y Martínez, 1994) esta compuesto por 40 ítems que miden el grado de influencia que los medios sociales y de comunicación (encaminados a la pérdida de peso) ejercen sobre el sujeto. Los resultados de un análisis de los factores de este cuestionario indicaron la presencia de 5 de ellos que explicaban el 52,7% de la varianza total. (Factor 1: ``preocupación por la I.C´´, Factor 2: ``influencia de los anuncios´´, Factor 3: ``influencia de la información verbal´´, Factor 4: ``influencia de los patrones sociales´´ y el Factor 5: ``influencia de los contextos sociales´´)

Además de todos los instrumentos citados anteriormente existen otros muchos sistemas de evaluación de la imagen corporal, aunque estos son los más precisos y utilizados.

2.1.7. Modelos explicativos

Las distorsiones de la imagen corporal se han intentado explicar en multitud de ocasiones desde distintos modelos y escuelas. La mayoría de ellos se basan en el trastorno de la conducta alimentaria como inspiración de sus teorías. Sin embargo para poder calificar de "muy bueno" un modelo explicativo, éste debe contemplar la imagen corporal en todas las edades, es decir desde la niñez hasta la vejez, pasando por todas las etapas evolutivas de la persona. Además debe tratar tanto la imagen corporal patológica como la sana de los individuos.

A continuación se exponen los modelos más relevantes sobre la imagen corporal (Raich, 2001).

Teorías socioculturales:

Este tipo de teorías indican que existe una alta correspondencia entre autoestima y atractivo físico, por lo que afirman que la mayor parte de las mujeres de una cultura asumen el canon de belleza prestablecido e irreal (mujeres artificialmente delgadas y esbeltas, hombres altos y corpulentos) que los medios de comunicación y los agentes de socialización nos inculcan día a día como resultado de la evolución continua y drástica de la sociedad actual. Esto provoca en el individuo discrepancias cognitivas entre el físico poseído y el ideal de belleza deseado (López y Valle 2008).

Diversas investigaciones han evaluado los cánones de belleza más influyentes mediante investigaciones longitudinales con el peso y la silueta de las "Misses". Por ejemplo un aborigen de una sociedad diferente a la nuestra, puede estar influenciado por los cánones de belleza de su sociedad y estos mezclarse con sus creencias, gustos y experiencias personales conformando así un ideal de belleza personal. Mientras que otro individuo de la sociedad occidental vigente está influenciado desde la infancia por unos ideales estéticos determinados. Tan fuertes pueden llegar a ser estas influencias, que sus gustos o preferencias personales acaban por extinguirse y adoptando como propias las que la sociedad demanda. Esto provoca mayores diferencias entre las personas en relación con los ideales de belleza, es decir, personas que se ciñen a los cánones de belleza exigidos por la sociedad y personas que mantienen sus creencias personales o gustos propios, lo cual deriva en marginaciones o perjuicios sociales. (Wiseman et. al, 1992)

Las siguientes teorías por tanto intentan definir de forma parcial este fenómeno social: distorsiones en el comportamiento respecto a la imagen corporal, pero no de las distorsiones en la percepción de la propia imagen (sobrestimación o subestimación) así como la relación existente entre ambas variables.

Teoría de la discrepancia entre el yo real y el yo ideal (Higgins, 1987):

Esta teoría es complementaria a la teoría anterior ya que en las dos se asume que la influencia de los ideales de belleza sociales fomenta en los individuos una fuerte preocupación por el peso y la figura. Por ello muchos hombres y mujeres a menudo se comparan con estos modelos sociales y se genera una insatisfacción corporal por ello. Las dos teorías son reduccionistas ya que no explican el componente perceptivo aunque sí el perceptual.

Teoría del desajuste adaptativo (Slade y Fisher, 1986):

En esta teoría se asume que la imagen corporal cuenta con una cierta estabilidad. Esto quiere decir que los cambios recientes en el cuerpo (ganancia o pérdida de peso) no cambian la percepción de la propia imagen de forma instantánea, sino que se mantiene la percepción anterior durante un tiempo.

Esto está estrechamente relacionado con las aportaciones de Shontz (Fisher, 1986) quién realizó una investigación con estudiantes en la que afirmó que la información sensorial no influye en la percepción que se tiene de los objetos neutros.

Otra explicación sobre ello sería que los cambios operados provocan ciertas dosis de inputs sensoriales para que estos sean incorporados en la representación del cuerpo. Mientras ocurre este proceso de interiorización de datos, se sigue manteniendo aún el esquema del volumen corporal anterior. Así podemos poner como ejemplo la anorexia, en la cual el volumen corporal ha cambiado disminuyendo drásticamente aunque no se ha integrado en la mente la nueva representación corporal, por lo tanto prevalecen las representaciones anteriores del tamaño corporal.

Existen numerosos estudios como por ejemplo el de Slade (1987) el cual experimentó la hipótesis de la percepción corporal anterior en mujeres embarazadas, midiendo la percepción corporal de las mismas a los 4 y 8 meses de embarazo. Para corroborar la hipótesis, las mujeres en estado deberían tener percepciones parecidas a las que poseían antes de quedar embarazadas. Los resultados obtenidos arrojaron que estas percepciones habían sido más precisas a los 8 meses que a los 4 con lo cual coincide con la hipótesis. El problema es que no se midieron las percepciones previas al embarazo, por lo que los resultados pueden ser consecuencia de que las mujeres ya poseían esos esquemas imprecisos antes del embarazo. (Thomsom, 1990)

Hipótesis de sensibilización Anormal (Slade, 1994)

Slade planteó esta hipótesis como alternativa a la anterior. Ella expone que el miedo a engordar de las personas que padecen anorexia puede ser el reflejo de la sobrestimación de su propio tamaño corporal (en horizontal). A su vez, este autor quiso comprobar esta hipótesis realizando una comparación entre mujeres embarazadas, anoréxicas y sujetos normales. Los resultados arrojados pusieron de

manifiesto que los pacientes con anorexia poseían una sobrestimación más elevada que las embarazadas y estas a su vez mayor que los controles.

El principal inconveniente de esta teoría radica en la ausencia de explicitación, mecanismo mediante el cual las variables cognitivo-afectivas se relacionan con las variables sensoriales, lo cual desemboca en un pensamiento de sobrestimación del tamaño corporal.

Hipótesis del artefacto perceptual (Guimón, 1999)

Esta teoría indica que la sobrestimación de los pacientes con anorexia puede ser explicada mediante cálculos matemáticos utilizados para deducir la sobrestimación. El cálculo utilizado para hallar el nivel de sobrestimación, se logra realizando una división entre el tamaño corporal percibido y el tamaño real del individuo.

Se ha corroborado que anoréxicas e individuos delgados que no padece trastorno alimentario sobrestiman más que los controles con un volumen corporal normal.

Modelo de Williamson (1990)

Este modelo se compone principalmente de tres constructos:

- **Distorsión perceptual del tamaño:** Esta variable se obtiene a partir de la división entre la percepción del volumen corporal que la persona posee de su cuerpo y el volumen corporal real.
- **Predilección por la delgadez:** Se refiere al ideal de tamaño corporal que se utiliza como referencia para comparar el propio cuerpo y el de los demás. La discrepancia entre la percepción del tamaño corporal que se posee y la que se desea, es lo que se denomina insatisfacción corporal.
- **Insatisfacción corporal:** Una gran discordancia entre el volumen corporal percibido y el volumen corporal ideal es señal de una gran insatisfacción.

El modelo asume que la alteración de la imagen corporal, la predilección por la delgadez y la insatisfacción corporal se relacionan con el miedo a ganar peso para generar distorsiones estables y reactivas de la imagen corporal.

No podemos afirmar que la insatisfacción corporal sea un modelo estático, ya que se alimenta de estímulos ambientales que perturban la concepción del tamaño y predilección por la delgadez incentivando el miedo a coger peso.

Modelo de Richards, Thompson y Coovert (1990)

Estos autores crearon un modelo que añade variables hipotéticamente causantes de una imagen corporal negativa y la relación de estas con alteración alimenticia.

Las variables más notables que han sido destacadas en este modelo son: El peso real actual, anécdotas negativas como mofas por la apariencia física y peso estimado.

El modelo afirma que el individuo que padece sobrepeso es el blanco de mofas y críticas, lo que da lugar a una visión de la propia imagen corporal más negativa. Aun así también asume que el sobrepeso va relacionado con una imagen corporal negativa, independientemente de que existan mofas o no. Ya que el peso que el individuo percibe (sea o no real) influye también en la formación de una imagen corporal negativa.

La pretensión principal de este modelo no es la de explicar las variables que causan las distorsiones de la imagen corporal, sino relacionar éstas con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Ya que el modelo se centra solamente en las distorsiones actitudinales de la imagen corporal.

Modelo de Raich, Torras y Mora (1997)

Estos autores investigaron la correspondencia de variables dispares respecto a la imagen corporal además de la influencia de éstas sobre los trastornos de la conducta alimentaria.

Este modelo está probado solo y exclusivamente con análisis estadísticos y es imprescindible una investigación longitudinal y más a fondo en laboratorios para poder corroborar los resultados hallados. (Raich, 2001).

Otras formulaciones

Existen otro tipo de formulaciones o hipótesis sobre la imagen corporal de diversos autores, que no llegan a ser modelos formalizados.

Rosen (1997) repasa, inspecciona y rivaliza con otras aportaciones que consideraban algunos factores como contribuyentes de las distorsiones de la imagen corporal. Batalla con los tópicos siguientes:

- Influencias de la cultura
- Problemas en la formación de la personalidad
- Emociones de ineffectividad
- Miedos sexuales
- Abuso sexual
- Caracterización con el rol sexual
- Autoestima desvalorizada.

Siguiendo esto, asume que los modelos ideales que la sociedad nos trasmite influyen de manera negativa sobre nuestra percepción de la propia imagen corporal. Estas influencias negativas se hacen más patentes en individuos con sobrepeso debido a su discrepancia entre el modelo ideal estético y la apariencia real. Aun así, todas estas variables no pueden explicar por sí solas las distorsiones de la imagen corporal ni la aparición de trastornos alimenticios.

Por otro lado Rosen, (1997) revisa como agentes de distorsión de la imagen corporal los problemas en la adquisición de la autonomía y las emociones de ineffectividad sentidas. Otro tipo de definiciones más dinámicas entienden los TCA como una forma de defensa frente a la madurez y los compromisos y cargas que esta conlleva.

Parece ser que la sociedad hace demasiado hincapié en el aspecto físico, lo que provoca que éste pueda llegar a ser elemento predominante del autoconcepto y puede llevar a que algunos individuos se valoren solamente en función de su aspecto externo.

Por otro lado, algunos individuos intentan compensar los problemas o faltas personales que padecen mediante un perfeccionamiento de su imagen. Cuando esto ocurre, es una evidencia clara de que existe una autoestima baja, la cual intenta compensarse con esa mejora de la apariencia física.

2.1.8. Trastornos alimentarios e imagen corporal

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) están caracterizados por la alteración en las costumbres de alimentación de un individuo que muestra una variedad de conflictos psicosociales y cree que su valía está directamente relacionada con la consecución de un estado permanente de delgadez.

Los TCA han existido siempre a lo largo de la historia. Ya en el Corpus Hipocraticum (conjunto de enseñanzas médicas atribuidas a Hipócrates de Cos, 460-377 ac) se recogen los efectos de una alimentación alterada. Galeno en el 155 describe un cuadro de adelgazamiento morboso y la Kynos orexia o hambre canina como sinónimo de bulimia. También en la civilización romana existía la ingesta masiva de alimentos para luego proceder a conductas purgantes. Sin embargo, aunque los TCA han existido siempre, su significado ha variado a lo largo del tiempo, por lo que ha supuesto un reto para la medicina y otras disciplinas. A pesar de ser una enfermedad de clínica y sintomatología constante y clara, la etiopatogenia ha sido un enigma cambiante. (Castillo et al., 2005)

Hemos visto que los TCA no son una patología moderna ni un problema nuevo, lo novedoso es la virulencia con la que se están presentando en las sociedades industrializadas o desarrolladas en las últimas décadas. Este incremento ha hecho que se produzca una gran proliferación de investigaciones con el fin de averiguar los principales factores implicados en su adquisición y mantenimiento; pero además para desarrollar instrumentos de evaluación y procedimientos terapéuticos para tratar dichos trastornos y favorecer su prevención. (Espinosa et al., 2005)

El hecho de comer, además de ser una necesidad primaria, ha tenido tradicionalmente una importante connotación social. El ajuste de estas necesidades básicas a las exigencias que supone la existencia en una sociedad influida por reglas que varían en relación a aspectos culturales, religiosos o estéticos supone en muchas ocasiones el origen de conflictos y en otras el margen entre lo patológico y lo normal es pequeño en lo que a la alimentación se refiere. Tenemos ejemplos como Gandhi. De quien a veces se ha pensado si no sería anoréxico. Pero la mayoría de autores estarían de acuerdo en que no lo era atendiendo a los criterios diagnósticos de la DSM, ya que no los cumplía. (Castillo et al., 2005)

Los TCA están actualmente de moda. Puede influir en ello el hecho de que afecte cada vez más a individuos en edades muy tempranas, a la elevada mortalidad, el

que un número bastante alto de casos se conviertan en formas crónicas, las frecuentes hospitalizaciones, la necesidad de tratamientos especializados, el aumento de las formas purgativas (más agresivas) y de las formas atípicas de TCA que muchas veces no cumplen todos los criterios diagnósticos de DSM. (Castillo et al., 2005).

La gran divulgación de estos trastornos en los medios de comunicación ha tenido también diferentes consecuencias. Primeramente contribuir a que la población conozca todos los entresijos de estas patologías, lo que va a favorecer la detección de muchos más casos. En segundo lugar esto también ha influido en el aumento de la demanda de asistencia sanitaria de personas que pueden considerarse normales. Aún así, los medios de comunicación también han tenido consecuencias que podemos valorar como nocivas por la publicidad excesiva y mal hecha sobre temas de ésta índole. También se ha favorecido una situación social en la que se propone como “moda” cánones de belleza que rozan la anorexia, lo que ha hecho que el trastorno en la alimentación sea una forma de autoafirmación y rebeldía frente a los padres u otro tipo de autoridad utilizado por los adolescentes. La gran parte de las personas anoréxicas que se diagnostican son adolescentes que están muy influenciados por una sociedad que da importancia en exceso a la imagen, la belleza... (Delgadez como ideal de belleza). La preocupación por el aspecto físico puede convertirse en una obsesión que domine la vida personal y social. (Castillo et al., 2005)

Según Salaberria (2007) los TCA se consideran alteraciones psicológicas que presentan graves anormalidades en el comportamiento alimentario; entre ellos la AN y la BN siendo los más habituales pero también los trastornos no especificados, trastornos por atracón y otros atípicos (pica y rumia) más frecuentes en edad infantil y en alteraciones mentales. Se suelen caracterizar por:

- Una importante preocupación por la línea y el peso.
- Una percepción alterada de la imagen corporal.
- Dietas extremas o ayunos.
- Casos de sobreingesta.
- Alternancia de ayunos prolongados y sobreingesta.
- Malestar por la falta de control sobre la ingesta (atracones).

- Pueden cursar con adelgazamiento (anorexia nerviosa, anorexia bulímica), con normopeso (bulimia) y con sobrepeso (comedores compulsivos).

El aumento de los TCA en España comenzó a finales de los años 70 debido a cambios en los factores socioculturales donde los valores estéticos y los estereotipos relativos al aspecto físico tenían especial importancia. Los adolescentes en un 80-90% piensan que estar delgado es lo más deseable, y más del 50% de las chicas hacen una dieta y tienen un control exhaustivo del peso. A pesar de esto solo un pequeño porcentaje desarrolla TCA; esto nos lleva a pensar que otros factores están influyendo como pueden ser la predisposición genética, psicológica o metabólica. También influirán los malos hábitos alimentarios, una baja autoestima, miedo a crecer, padres con expectativas demasiado altas en cuanto a los hijos, etc.

Hace unos años los TCA eran considerados enfermedades raras, pero debido al incremento de casos en jóvenes se ha llegado a considerar como una enfermedad crónica de las más frecuentes en los adolescentes con un 1-3% de porcentaje en AN y un 0,6-13% en BN. También es más habitual en mujeres con una proporción de 9/1. La edad de inicio suele darse a los 15 años. En España se calcula que están afectados de TCA unos quinientos mil individuos de los cuales el 90% son mujeres. Además 30 de cada 100 afectados no llegan a recuperarse y el resto tendrá secuelas físicas y psíquicas de por vida. Los casos aumentan todos los años en una proporción del 15%. Hoy en día se considera que los TCA tienen un origen multicausal, en el que se agrupan diversos factores (genéticos, psicológicos, socioculturales, cognitivos). Estos están en una constante interrelación lo que hace que sea aún más difícil buscar solución para ellos. (Raich, 2004)

La forma de enfrentarse a estos trastornos ha de ser de manera interdisciplinar, cuya atención debe llevarse a cabo en unidades especializadas. El tratamiento debe englobar diversos aspectos:

- Implantar y conservar una relación de confianza durante todo el tratamiento.
- Regenerar un peso conveniente y mantener un control sobre los efectos producidos por la malnutrición.
- Hacer que el comportamiento alimentario sea adecuado.
- Influir sobre los factores psíquicos del paciente.
- Contribuir a la mejora del área social.

Sanidad se ha ocupado de que estos trastornos sean abordados por un grupo multidisciplinar de trabajo que se encargará de acometer iniciativas que lleven a la prevención y el tratamiento del problema, así como al diagnóstico precoz. Para ello se han creado unidades de hospitalización para casos severos.

La profesora Concha Perpiñá ha creado un programa muy interesante y novedoso que consiste en utilizar el ordenador y una serie de programas de realidad virtual. A través de estos, el paciente podrá observar en la pantalla el modelo de belleza que él tiene y a partir de ahí comparar con la realidad para poder percibir las diferencias.

Sin embargo Internet tiene parte de culpa en el aumento del número de casos de TCA. De un tiempo a esta parte han surgido numerosos sitios *pro-anorexia*, que proporcionan trucos para “ser delgada y bella” y proporcionan numerosas dietas que son peligrosas por ser extremas.

El “Time” norteamericano ha confirmado que hay más de 400 páginas donde promulgan un ideal de belleza distorsionado y recomiendan a jóvenes sufrir hambre para mantener ese ideal. Aseguran que la mayor parte de estos textos se muestran en forma de diarios escritos por otros jóvenes dando consejos para mantener el aspecto físico del cual se sienten orgullosos. También suelen utilizar imágenes de modelos e ídolos juveniles con aspecto esquelético.

En adolescentes empieza a aumentar la frecuencia de casos debido a que estos pasan cada vez más tiempo frente al ordenador y son los más vulnerables a todos estos argumentos que se dan en la red. Todo esto hace que haya que poner mayor énfasis en la prevención. Las funciones preventivas deben estar dirigidas tanto a nivel individual como familiar y social. Deben involucrar a padres, profesorado al personal sanitario así como asociaciones juveniles, es decir, a todas las instituciones que trabajen ya desde la infancia para infundir unos valores y un juicio crítico relativo al canon de belleza que enseñen a respetar las diferencias interpersonales. Así como educar a los niños en una alimentación sana y adecuada (Rubio et al., 1999).

2.2. EL MALESTAR EMOCIONAL

2.2.1. Concepto de malestar o sufrimiento emocional

Concebimos como “malestar” la percepción subjetiva del sujeto sobre la ausencia o reducción de su bienestar físico o mental, por lo que no pueden desenvolverse con normalidad en el día a día. (Salazar y Sempere, 2012)

Por otro lado, en el manual de Salazar y Sempere, se recoge también el término “dolencia”, el cual alude a la percepción por parte de la sociedad del estado de salud de un individuo; esto implica frecuentemente que desde el exterior se perciba una distorsión del normal funcionamiento del sujeto ya sea físico o mental.

Estos autores definen el término salud como la capacidad de un sujeto para continuar sus objetivos vitales y comportarse de un modo correcto en contextos sociales o laborales usuales. De este modo afirman que de forma inevitable, las personas poseemos un cierto grado de malestar psíquico o físico, al menos de forma puntual.

Los conceptos anteriormente citados son muy novedosos, ya que brindan un enfoque distinto al que ofertan las guías de tratamiento de los problemas psicopatológicos en las que prevalece la definición de los síntomas, un diagnóstico preciso y finalmente un tratamiento /en la mayoría de los casos suele ser de tipo farmacológico). Sin embargo, es de suma importancia abordar el sufrimiento emocional desde una perspectiva más psicoterapéutica centrada en el sujeto y no tanto en el diagnóstico, haciendo mayor hincapié en la deducción de las circunstancias en relación con el sufrimiento, para poder hallar la problemática y emociones más recientes del sujeto que pudieran encontrarse en relación con su malestar, poniendo especial énfasis en la participación activa del individuo a la hora de abordar el problema y plantear posibles soluciones.

Por todo ello, el objetivo principal del personal médico es el de curar, aliviar y acompañar el sufrimiento ocasionado por alguna enfermedad en concreto, y no limitarse a establecer diagnósticos y tratamientos. Sin embargo, si se centran en esto último, es posible que el profesional médico fracase en la prevención o abordaje del sufrimiento, pudiendo incluso empeorar esta situación como resultado de la aplicación de un tratamiento inadecuado.

Como conclusión, es necesario que los médicos sean capaces de llegar a la comprensión del significado de “malestar” en cada paciente, la relación precisa con el dolor, además de poseer gran capacidad de resolución y adaptación.

2.2.2. Tipos de malestar psico-emocional más frecuentes

A continuación se expone una relación de los estados de malestar más frecuentes en la sociedad actual según Múrgica y Bellosta, psicólogas de la asesoría psicológica del CIPAJ y de la universidad de Zaragoza en su dossier sobre salud mental y emocional de los jóvenes:

Estados de ansiedad:

Se considera un estado de ansiedad cuando se tienen reacciones de pavor o aprensión temerosas previas a algún tipo de peligro o amenaza, acompañadas de nerviosismo, culpa, baja autoestima, inestabilidad, activación física, tensión muscular...

Encontramos diversos tipos de trastornos de ansiedad:

- **Ansiedad de separación:**
Este tipo de ansiedad se plasma concretamente en la infancia y adolescencia. Se refiere a la ansiedad producida por la separación del hogar familiar o de los individuos con los que guarda estrechas relaciones afectivas. (Por ejemplo la separación de los padres y posible cambio de hogar...)
- **La crisis de angustia:**
Como característica fundamental en este tipo de ansiedad encontramos síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror. Durante la crisis florecen síntomas de palpitaciones, asfixia, falta de aliento...
- **El trastorno obsesivo compulsivo:**
Con el propósito de reducir la ansiedad, el sujeto realiza acciones de manera impulsiva descontroladas además de obsesiones que generan ansiedad y gran malestar.
- **El trastorno de ansiedad inducido por sustancias:**

Este tipo de ansiedad se origina en sujetos que han consumido sustancias estupefacientes como drogas, o algún tipo de fármaco o tóxico.

- Respuestas de estrés:

Se genera como respuesta a un sobreesfuerzo que el sujeto se ve en “obligación” de llevar a cabo. Se trata de expresiones de tipo psicológico y fisiológico que suelen aparecer en el momento en que la persona concibe esa “obligación” como una amenaza para su propio bienestar o que sobrepasa sus capacidades o recursos. Por ejemplo puede darse como respuesta a ciertos estímulos como son: exámenes, llevar a cabo diversas actividades a la vez...

La línea divisoria entre ansiedad y estrés es muy sutil, puesto que dentro de los trastornos de ansiedad puede incluirse el estrés.

- Miedos, fobias:

El miedo podemos definirlo como una conducta evasiva, de escape o preparación para la lucha de un peligro percibido.

Encontramos malestar emocional en situaciones en las que se produce una respuesta excesiva de las conductas propias de este trastorno, tales como la alteración de la vida cotidiana, evasión...

Estas respuestas provocan estados de ansiedad. Por lo tanto podemos clasificarlos dentro de los mismos.

Estados depresivos:

Cada sujeto experimenta un estado depresivo con síntomas y evolución diferente en el tiempo. Ya que por ejemplo encontramos casos en los que el trastorno se refleja en episodios de depresión y otros en los que permanece de forma permanente. Hablamos de estado depresivo cuando el sujeto experimenta los síntomas (algunos o todos) del trastorno durante dos o más semanas.

La gravedad de este trastorno varía en función de la levedad de los síntomas. Los más graves pueden derivar incluso en deseos de suicidio.

- Ideas de suicidio:

Existen situaciones en las que una persona por problemas determinados siente que nadie puede ayudarle; por lo que se recurre a pensar en la muerte

como alivio de todo sufrimiento. En ese momento los niveles de malestar emocional del individuo son muy altos por lo que se debe recurrir a ayuda profesional de inmediato, ya que ello indica que el individuo se encuentra en una situación límite.

De estos pensamientos, se puede llegar a tentativas de suicidio. Comúnmente se suelen llamar “de atención peligrosa”

- Problemas con la alimentación:

Los principales trastornos alimentarios son:

→ Anorexia nerviosa:

El término anorexia significa “falta de apetito”, pero realmente el individuo no come pero no deja de pensar en la comida.

La característica principal de este trastorno se centra en la negativa por parte del sujeto a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal en función de la edad y el peso, con el agravante de un sentimiento de pavor a engordar. Además de ello, el individuo percibe su imagen corporal distorsionada, observando una excesiva gordura ficticia, por lo que se presentan conductas de vómito voluntario o una negativa a comer con el objetivo de mantener el bajo peso.

Es muy complicado que el individuo reconozca su enfermedad. Por lo que en algunos casos puede llevar hasta la muerte.

→ Bulimia nerviosa:

El término bulimia significa “tener hambre desmesurada”.

La característica fundamental de este trastorno se basa en la ingesta compulsiva de alimentos de forma incontrolada y excesiva debido a una preocupación desmedida por el control del peso, lo que produce una gran satisfacción en el comienzo y un infinito sentimiento de culpa, autocensura y malestar posterior. Esto desemboca en conductas extremas para contrarrestar los atracones como son el vómito.

Es posible que una persona presente los dos trastornos (anorexia y bulimia) al mismo tiempo.

- Dificultades para dormir

Existen necesidades biológicas no controladas desde la consciencia, como lo es el sueño, que pueden verse alteradas en algún momento de nuestra vida como consecuencia de cuadros de ansiedad, estrés, miedo, estados depresivos... Además de esto si se presenta una conducta inadecuada, mal aprendizaje, los patrones del sueño son inconstantes y se duerme mal.

Existen diferentes trastornos del sueño. Los principales pueden ser: insomnio, pesadillas, terrores nocturnos, narcolepsia (somnolencia diurna excesiva)...

- Adicciones:

Encontramos diversos tipos de adicciones caracterizadas fundamentalmente por una conducta de dependencia psíquica o física. Las más populares se refieren a dependencia sobre sustancias tóxicas, pero no siempre es así, ya que puede existir esta conducta sobre algunos objetos, o actividades sin los cuales no se puede pasar. El individuo piensa que su conducta es controlable y que puede dejar de realizarla cuando quiera, pero en realidad no es así, ya que la adicción se basa en conductas que no se pueden evitar ni controlar.

Los principales tipos de adicciones son: ludopatía, drogas, alcohol y tabaco.

- Baja autoestima

Teniendo en cuenta los valores positivos y negativos propios y asumiendo las dificultades o límites que tenemos, nuestra imagen debe ser buena, sentirnos valiosos, un buen estado de ánimo, con ganas de vivir, querer y sentirnos queridos...

Cuando estos sentimientos no se encuentran intrínsecos en la persona y se asumen los valores contrarios, se presenta un problema de autoestima.

Las consecuencias de este trastorno son sentimientos de inferioridad, culpa, anulación, comparación con otras personas que consideramos superiores...

Por lo tanto es necesario apoyo o ayuda profesional para recuperar una imagen corporal adecuada que nos permita sentirnos bien incluso con nuestros defectos.

- Pensamiento negativo distorsionado:

La persona que tiene este tipo de pensamiento es calificada de forma general como pesimista, negativista.

Concebir pensamientos de ese estilo nos repercute en la forma de sentirnos, nos hace encontrarnos mal con nosotros mismos y albergar sentimientos negativos del tipo (no lo voy a conseguir, nada me sale bien...) pero también respecto a los demás (no me aprecian, me apartan, lo hacen para fastidiarme...) y también con el mundo (la vida me trata mal, no me sale nada como había pensado, la inseguridad de la vida me mata...). Estos pensamientos nos angustian, deprimen o causan sentimientos de angustia a la vez que nos incapacitan para resolver problemas.

El cambio radical de este tipo de pensamientos inadecuados mejorará nuestra calidad de vida, nos hará más positivos, constructivos... en definitiva personas con más posibilidades.

En conclusión, es posible un cambio en el pensamiento.

3. MARCO EXPERIMENTAL

3.1. MÉTODO

3.1.1. Objetivos e Hipótesis:

Objetivos de este proyecto:

El objetivo general de esta investigación fue estudiar la relación entre la insatisfacción con la propia imagen corporal y el malestar emocional consecuente, y sus correspondientes correlatos clínicos. Como segundo objetivo, nos propusimos investigar si determinadas variables tales como las actitudes adoptadas hacia el propio cuerpo, el bienestar psicológico, el perfeccionismo y la calidad de vida actúan como variables mediadoras de esta potencial relación entre insatisfacción con la imagen corporal y el malestar emocional. Por último, el tercer objetivo fue proponer, de acuerdo a los resultados alcanzados en esta investigación, una serie de variables a tener en cuenta en los programas de prevención de los trastornos de la imagen corporal a nivel escolar.

Hipótesis de trabajo

1. Cuanto mayor sea la insatisfacción con la imagen corporal, mayor será el malestar emocional.
2. Las actitudes adoptadas hacia el propio cuerpo, el bienestar psicológico, el perfeccionismo y la calidad de vida mediarán en la relación entre la insatisfacción con la propia imagen corporal y el malestar emocional.

3.1.2. Participantes en el estudio:

La muestra está constituida por 90 estudiantes, de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 18 y 35 años de edad, matriculados en la universidad de Jaén durante el curso 2011-2012.

La selección de los participantes fue aleatoria, sometiéndose a sorteo las aulas de exámenes de las diversas carreras que se cursan en la Universidad. Los cuestionarios fueron administrados al finalizar los exámenes de la convocatoria de Junio.

En la tabla 1, se muestran las características demográficas de los sujetos de la presente investigación.

TABLA 1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA											
SUJETOS			OCUPACIÓN					ESTUDIOS			
TOTAL	MUJERES	VARONES	EDADES	CATEGORÍAS (* ₁)		SEXO		CATEGORÍAS (* ₂)		SEXO	
90	45	45				MUJERES	VARONES			MUJERES	VARONES
			18 – 28	1	86%	52%	48%	A	21%	58%	42%
								B	5.5%	40%	60%
			29 – 35	2	4%	50%	50%	C	22%	55%	45%
								D	9%	37.5%	62.5%
			26 – 32	3	3%	0%	100%	E	5.5%	80%	20%
								F	8%	72%	28%
			23 – 35	4	7%	50%	50%	G	10%	11%	89%
								H	19%	47%	53%

(*₁) Las categorías respecto a la ocupación de la muestra son: 1. Estudiantes, 2. Funcionarios, 3. Autónomos, 4. Otras profesiones.

(*₂) Las categorías respecto a los estudios de la muestra son: A. Magisterios, B. Filologías, C. Relaciones laborales, D. Ciencias del trabajo, E. Trabajo social, F. Postgrados, G. Ingenierías, H. Otros estudios (Esta última categoría engloba estudios universitarios que representan un porcentaje inferior al 4%).

Tabla 1. Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida de las variables de estudio e instrumentos de evaluación utilizados para validar mi investigación.

De acuerdo a lo expuesto en la tabla anterior, se puede observar que la mayoría de sujetos de estudio pertenecen a la categoría 1 (estudiantes) y a su vez, la mayor parte de éstos son estudiantes de la carrera “Relaciones laborales”. Al mismo tiempo los sujetos pertenecientes a la categoría 1 son los más jóvenes de todo el estudio; con edades que oscilan entre los 18 y 28 años, mientras que el resto de categorías recoge sujetos de edades superiores.

3.1.3. Diseño de la investigación

El presente estudio tiene un diseño transversal, en el que se describe las características psicológicas de los estudiantes de la muestra y se analiza que variables están asociadas con las perturbaciones o la insatisfacción con la imagen corporal (ISC).

3.1.4. Instrumentos de evaluación.

Para facilitar al lector el seguimiento de la investigación, se expone en la figura 6, la relación de variables definidas para ésta investigación asociadas a los cuestionarios utilizados para su cuantificación.

FIGURA 6 RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

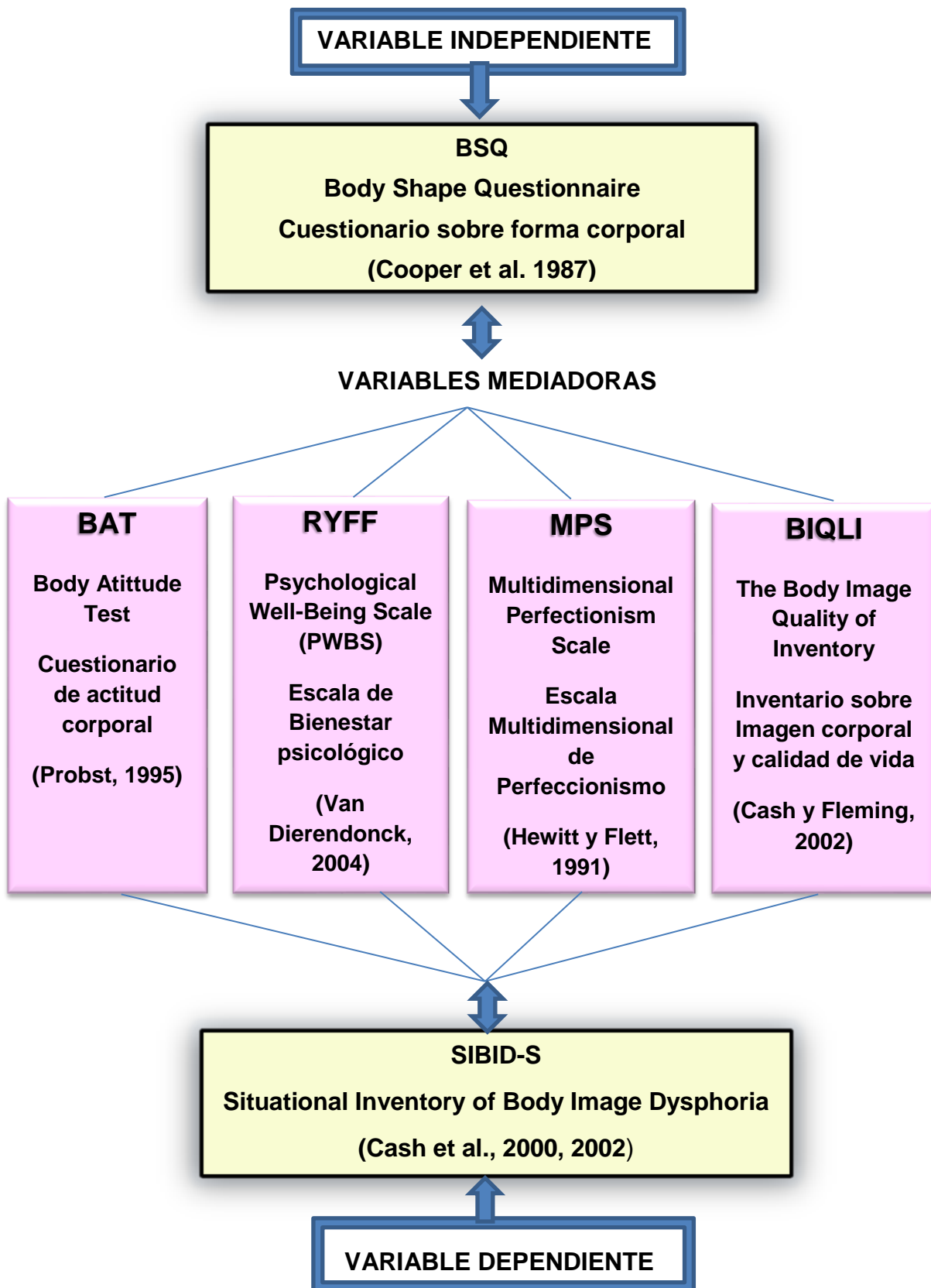


Figura 6. Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida de las variables de mi estudio e instrumentos de evaluación utilizados para validar mi investigación

En esta investigación se aplicaron los siguientes cuestionarios:

Cuestionario demográfico.

Los datos demográficos fueron recogidos mediante un cuestionario tipo auto-informe. En él, se recogía información demográfica sobre los sujetos: Edad, sexo, estudios y ocupación. Además de estos datos, todos los cuestionarios contaban con sus respectivas instrucciones e información para su correcta realización. (Ver anexo 3.1)

3.1.4.1. *Body Shape Questionnaire (BSQ, Cooper et al. 1987) Cuestionario sobre la forma corporal.*

La forma corporal se ha evaluado a través del cuestionario *Body Shape Questionnaire (BSQ)*, desarrollado por Cooper et al. (1987) y adaptado a la población española por Raich et al. (1986).

El BSQ es un cuestionario de auto-informe. Está compuesto por 34 items, que evalúan los aspectos actitudinales respecto de la imagen corporal: insatisfacción/satisfacción por el peso y la línea, grado de ansiedad que se experimenta respecto al propio cuerpo, miedo a engordar, deseo de perder peso, experimentación de baja autoestima como consecuencia de la apariencia, e insatisfacción corporal.

En un primer momento este cuestionario fue diseñado para ser aplicado a mujeres aunque más tarde también se ha utilizado con muestras de varones. La adaptación española realizada por el grupo de Raich et al. (1996) de la Universidad Autónoma de Barcelona muestra un alto índice de consistencia interna (Coeficiente Alfa de Cronbach entre 0,95 y 0,97) y una validez convergente con la subescala de Insatisfacción Corporal del EDI de 0,78; y con el EAT, de 0,71.

El punto de corte para la puntuación total en población universitaria se ha establecido en 105. Cada ítem presenta 6 posibles respuestas (según una escala de Lickert): nunca (1), rara vez o casi nunca (2), a veces (3), con frecuencia (4), muy frecuente (5) o siempre (6). A mayor puntuación alcanzada en la escala, mayor es la insatisfacción con la imagen. Se puede obtener una puntuación entre 34 y 204 puntos. (Baile, Raich y Garrido, 2003)

Según Cooper et al (1987), se puede realizar una agrupación de las puntuaciones en cuatro categorías, en función de la puntuación total: sin preocupación por la imagen corporal, puntuación total <81; baja preocupación, de 81 a 110; moderada preocupación, de 110 a 140; y preocupación exagerada, puntuación total >140.

Siguiendo a Fernández Aranda y Turón (1998), en su referencia a los pacientes con TCA; la cuarta parte de estos pacientes muestran valores inferiores a 105 en el BSQ; esto quiere decir que no presentan más insatisfacción con su imagen corporal que la población general; En cambio, más de tres cuartas partes de los mismos (75,8%) muestran puntuaciones por encima de este punto de corte.

(Ver anexo 3.1)

3.1.4.2. Situational Inventory of Body-Image Dysphoria- short form (SIBID-S; Cash et al., 2000; 2002). Inventario Situacional de la disforia con la imagen corporal – versión corta.

El SIBID-S es un inventario del malestar provocado por las situaciones relacionadas con la IC (Cash, 1994). Este instrumento reúne las reacciones de malestar e insatisfacción con el cuerpo provocadas por determinadas conductas, situaciones o contextos. Recoge 48 situaciones que llevan a desencadenar malestar corporal y conductas relacionadas con la IC como son el ejercicio, el arreglarse, la intimidad, situaciones relacionadas con comidas, así como cambios en el aspecto físico, etc.

Este instrumento fue utilizado en el presente estudio, en su versión reducida, para evaluar cómo afecta la imagen corporal: Situational Inventory of Body-Image Dysphoria-short form (SIBID-S), (Cash, 2000, 2002) fue creado para evaluar las emociones de la imagen corporal que dependen de ciertos eventos situacionales.

Este cuestionario evalúa los sentimientos de malestar en 20 contextos situacionales diferentes. Se mide en una escala que va de 0 a 4 para evaluar la frecuencia de los sentimientos negativos en cada una de esas situaciones acerca de su apariencia física "(0 = nunca, 1 = algunas veces, 2 = moderadamente a menudo, 3 = a menudo, 4 = siempre o casi siempre). A mayor puntuación el individuo presentaría una mayor frecuencia de situaciones en las que demuestra disforia relacionada con la IC.

El SIBID posee buenas propiedades psicométricas. La consistencia interna fue de 0.96 y la fiabilidad del test-retest estaba entre 0.86 (mujeres) y 0.80 (hombres). (Gallego, M.J. 2004).

Varios estudios han demostrado la unidimensionalidad de este instrumento (Cash, 2000). El SIBID-S presenta buenas correlaciones con otras medidas de la IC (.50-.60). Es un instrumento válido a la hora de evaluar cambios terapéuticos (Cash y Grant, 1996).

(Ver anexo 3.2)

3.1.4.3. *Body Attitude Test (BAT; Probst et al. 1995).* Test de Actitudes Corporales.

En esta escala se evalúan diferentes aspectos de la insatisfacción Corporal. Valora lo que el individuo piensa, así como las emociones y las actitudes que tenemos hacia determinadas características corporales.

Está compuesto por 20 ítems que se puntúan a través de una escala tipo Likert que presenta una fluctuación entre los valores 0 (nunca) y 6 (siempre). La puntuación oscila entre 0 y 100. En la versión de Probst, Vandereycken, Van Coppenolle y Vanderlinden, (1995) encontramos el valor 36 como punto de corte que distingue entre población clínica y población general.

En estudios con población española tenemos un coeficiente de consistencia interna de .92 y la fiabilidad test-retest de .91 (Gila ,Castro, Gómez, Toro y Salamero, 1999).

(Ver anexo 3.3)

3.1.4.4. *Psychological well-being scales (PWBS) (RYFF, 1989; Van Dierendonck, 2004)* Escalas de bienestar psicológico.

Para medir ciertas dimensiones teóricas tales como: la auto-aceptación, autonomía, dominio del entorno, un propósito en la vida y el crecimiento personal, Ryff desarrolló un instrumento conocido como “Escalas de Bienestar Psicológico” que sufrió numerosas modificaciones debido a la dimensión del instrumento que contaba con demasiados ítems.

Así se llegó a la versión desarrollada por van Dierendonck (2004) utilizada en el presente estudio. Este autor, propuso el modelo compuesto por 39 ítems (entre 6 y 8 ítems por escala). Las respuestas se daban en una escala tipo Likert con puntuaciones que oscilaban entre (0 nunca) y (5 siempre). Las escalas de esta versión muestran una buena consistencia interna (valores entre 0,78 y 0,81) y un ajuste relativamente aceptable (CFI=0,88).

(Ver anexo 3.4)

3.1.4.5. Multidimensional Perfectionism Scale (MPS; Hewitt y Flett, 1991). Escala Multidimensional de Perfeccionismo.

Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Multidimensional Perfectionism Scale; MPS; Hewitt y Flett, 1991). Consta de 45 ítems que la persona valora de 1 a 7 según el grado en que está de acuerdo con cada uno de ellos.

Presenta tres subescalas de 15 ítems cada una:

a) *Perfeccionismo orientado a uno mismo*: tener normas exigentes para uno mismo, evaluar la propia conducta severamente y luchar para lograr la perfección y evitar el fracaso.

b) *Perfeccionismo orientado a los demás*: tener normas excesivamente elevadas para el comportamiento de los otros.

c) *Perfeccionismo socialmente orientado*: creer que los demás tienen normas excesivamente elevadas respecto a uno, que se será evaluado rigurosamente y que ejercerán presión para que uno sea perfecto.

Flett y Hewitt han desarrollado también una escala de perfeccionismo para niños y adolescentes (Child and Adolescent Perfectionism Scale) que puede hallarse en internet y que incluye la primera y la tercera de las tres subescalas anteriores con 12 y 10 ítems respectivamente.

(Ver anexo 3.5)

3.1.4.6. The Body Image Quality of Inventory (BIQLI; Cash y Fleming, 2002) Inventario sobre Imagen Corporal y Calidad de Vida.

Existen multitud de investigaciones que indican la influencia de la imagen corporal en muchos aspectos del funcionamiento psicosocial, a pesar de lo cual, no disponíamos hasta el momento de instrumentos de evaluación para calcular esta

influencia positiva o negativa en la calidad de vida del individuo (en el área psicosocial). Por ello Cash, desarrolló y evaluó empíricamente la calidad de vida respecto a la imagen corporal mediante un nuevo instrumento: El inventario sobre imagen corporal y calidad de vida “*BIQLI*” (Thomas F. Ph.D. Cash) “The Body Image Quality of Inventory (Thomas F. Cash, Ph.D)”. El cual ha sido utilizado en esta investigación para medir esos aspectos.

Este cuestionario está destinado a una población con un rango de edad que va desde la adolescencia tardía hasta edad adulta. Utiliza un formato de respuestas de 7 puntos que van desde efectos muy negativos (-3) a efectos muy positivos (+3) que produce la imagen corporal en 19 ámbitos de la vida. El BIQLI tiene una fuerte consistencia interna. (Cash y Fleming, 2002)

El BIQLI, es muy útil para cuantificar la forma en la que afectan las experiencias personales en diversos aspectos de la imagen corporal en multitud de ámbitos de la vida como pueden ser por ejemplo: El sentido del yo, el funcionamiento social, la sexualidad, el bienestar emocional, el comer, el ejercicio, el aseo...

(Ver anexo 3.6)

3.1.5. Factores Mediadores:

El siguiente mapa conceptual refleja las variables que han sido consideradas en esta investigación. (Ver figura 7)

FIGURA 7 FACTORES MEDIADORES ENTRE IMAGEN CORPORAL Y BIENESTAR. UN COMPENDIO DE VARIABLES

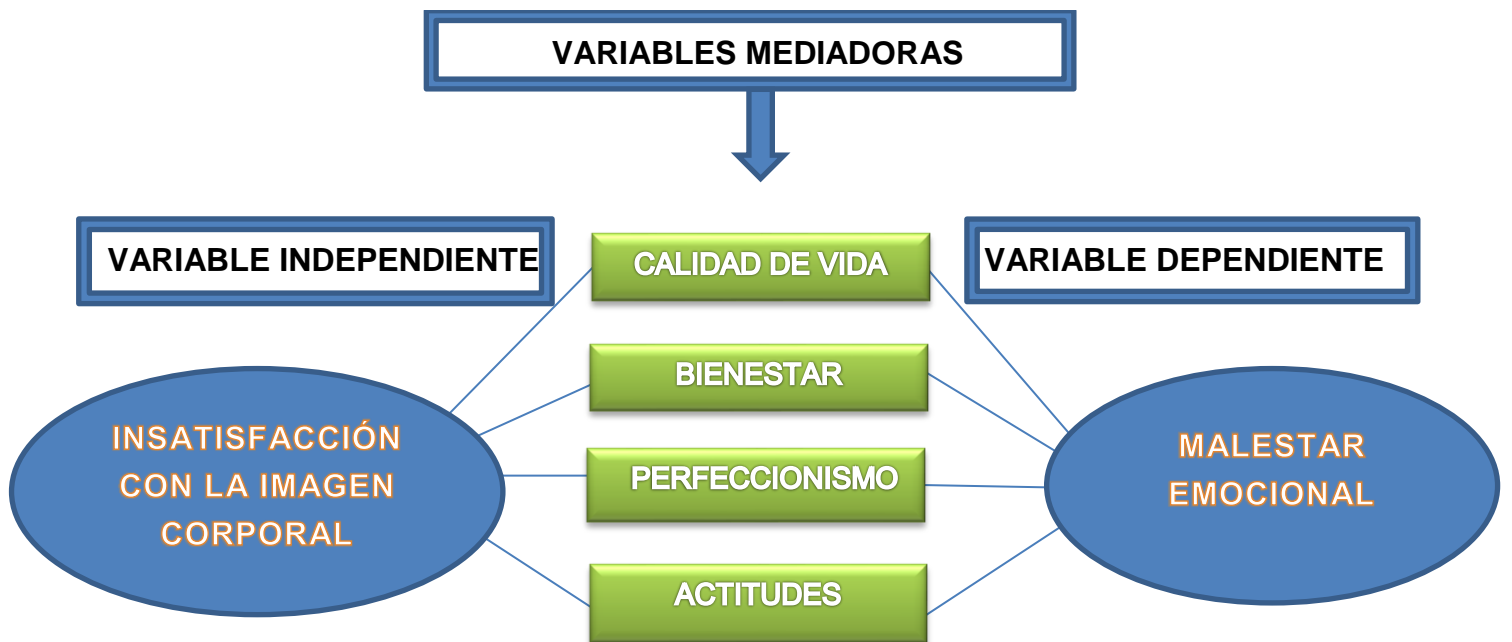


Figura 7. Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida de las variables de estudio e instrumentos de evaluación utilizados para validar mi investigación

Se han analizado tres tipos de variables:

- Variable dependiente: Malestar
- Variable independiente: Imagen corporal
- Variables Mediadoras: Calidad de vida, bienestar, perfeccionismo (abarca tres áreas: Perfeccionismo auto-orientado, perfeccionismo social y perfeccionismo orientado por otros) y actitudes.

La Variable dependiente Malestar, puede verse influida por diversas variables mediadoras como son en este caso: bienestar, calidad de vida, perfeccionismo y actitudes tomadas respecto a la imagen corporal. A su vez, la variable independiente (imagen corporal) puede influir de forma directa en la variable dependiente (malestar del sujeto) o indirecta por medio de los factores mediadores ya citados.

Más adelante podremos comprobar cómo influyen estas variables en los sujetos de estudio.

3.1.6. Procedimiento

El procedimiento seguido en la presente investigación ha sido el siguiente:

En primer lugar, se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica sobre el estado de la cuestión, recopilación de información, artículos y demás investigaciones realizadas sobre el tema de estudio.

Tras un proceso intenso de búsqueda en diversas bases de datos y fuentes bibliográficas (bibliotecas, webs, revistas en soporte digital y en papel...) localizamos numerosos artículos en relación con la imagen corporal, dismorfia, trastornos, diagnóstico, evaluación... además de diversas monografías sobre esta temática. Entre estos destaca el libro de Cash y Prunzsky (2004) que versa exclusivamente sobre la imagen corporal. Una vez recopilada toda esta información, se creó una pequeña biblioteca personal, la cual sirvió de punto de partida y resultó ser de gran apoyo para la fundamentación y desarrollo de la investigación.

Después de realizar la búsqueda de la información y la bibliografía más tarde citada, se elaboró un cuadernillo con los cuestionarios seleccionados. Una vez preparado el cuadernillo de cuestionarios, se elaboró una lista de los días en los que había examen, aula, fecha y hora en la Universidad de Jaén. Se procedió a una selección aleatoria de las aulas de examen. Se aplicaron los cuestionarios en estas fechas de finales del curso, por lo que las clases habían terminado y los alumnos/as solo acudían a las aulas para la realización de los exámenes finales.

En primera instancia, nos pusimos en contacto con los profesores que realizarían los exámenes en los días posteriores. Les informé sobre la investigación; de qué se trataba y la muestra que necesitaba para el análisis de datos. Así pues solicité su consentimiento para poder administrar los cuestionarios al alumnado cuando el examen hubiese finalizado.

Los participantes fueron informados de las características de este estudio y dieron su consentimiento para participar en las pruebas. Se les informó que podían retirarse del estudio en el momento que quisieran, sin tener que dar explicaciones, ya que era totalmente voluntario; también se les indicó que la información era confidencial y estaba garantizado el anonimato. (ver anexos).

El profesorado no puso ningún tipo de impedimento, por lo que así lo hice. El primer día fueron administrados 35 cuestionarios., el segundo día 23, y por último, el tercer día 32. El orden de presentación de los cuestionarios fue aleatorio.

Una vez recopilados todos los cuestionarios, me dispuse a analizar los datos de los mismos. Para ello solicité ayuda a mi tutor D. “Domingo García Villamisar”. Concretamos una serie de citas en las que me explicó el procedimiento de análisis estadístico.

De esta forma, a través del programa Excel, y SPSS comencé a realizar el análisis estadístico de los datos de los cuestionarios cumplimentados por el alumnado universitario jiennense.

Primeramente fue elaborada una página Excel con los datos biográficos de los sujetos, edad, sexo, ocupación y estudios de los participantes.

En segundo lugar se introdujeron los datos de los cuestionarios cada uno en una hoja de Excel. Cada documento fue guardado en formato “Silk”, para su posterior compatibilidad con el programa SPSS.

Tras introducir los datos en el citado programa, se realizó una gran tabla en la que se recogían los análisis correlacionales y algunos datos de análisis mediacionales. Estos datos fueron recogidos en dos tablas más, una para el análisis de correlación de Pearson y otra para el análisis de mediación.

Los resultados tabulados fueron interpretados y redactados de forma escrita. Al concluir este apartado, fueron extraídas diversas conclusiones de cada análisis estadístico realizado y una conclusión final. Tras esto fue realizada la discusión de los resultados y conclusiones extraídas del estudio.

Tras esto se redactaron las propuestas que se han considerado oportunas en relación con el tema de investigación, para servir de apoyo a futuras investigaciones sobre este tema en cuestión.

Por último fue elaborado un resumen final en el que se recogían los hallazgos más interesantes de la presente investigación a la vez que multitud de aspectos interesantes relacionados con la misma.

3.1.7. Resultados

3.1.7.1. Correlatos del malestar emocional

La tabla 4 recoge las correlaciones de Pearson que se establecen entre las distintas variables estudiadas y los niveles de significación tenidos en cuenta para los cálculos estadísticos. Estas correlaciones son las establecidas entre imagen

corporal, malestar, calidad de vida, actitudes hacia el propio cuerpo, bienestar global, perfeccionamiento auto-orientado, perfeccionamiento-social y perfeccionamiento orientado a otros.

TABLA 2 CORRELACIÓN DE PEARSON BIVARIADA, MEDIA Y DESVIACIÓN TÍPICA DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES Y MODERADAS

	1	2	3	4	5	6	7	8	Media	SD
1. (Malestar)	-	.77**	-.30**	.65**	-.01	-.08	-.03	.03	25.79	17.64
2. (Imagen corporal)		-	.35**	.61**	.02	.02	.05	.08	79.81	32.51
3. (Calidad de vida)			-	-.35**	.18	.23*	.18	.10	22.45	17.95
4. (Actitudes hacia el propio cuerpo)				-	-.14	-.02	.04	.05	33.31	18.41
5. (Bienestar global)					-	-.31**	.20	.12	130.6	23.32
6. (Perfeccionismo auto-orientado)						-	-.68**	.48**	60.10	12.61
7. (Perfeccionismo social)							-	-.55**	59.74	11.71
8. (Perfeccionismo orientado por otros)								-	-51.13	9.18

** . La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

* . La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

Tabla 2. Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida de las variables de estudio e instrumentos de evaluación utilizados para validar mi investigación

La matriz de correlaciones entre las variables presentadas en la tabla 2 muestran que el malestar correlaciona de forma positiva y significativa con la imagen corporal ($r = 0.77$; $p \leq 0.01$). De este valor se puede inferir que efectivamente la imagen corporal del sujeto influye negativamente en el malestar emocional del mismo (hipótesis 1.)

Los sujetos muestran un nivel de malestar emocional mayor cuanto mayor es su insatisfacción corporal. Asimismo, el malestar emocional correlaciona positiva y significativamente con actitudes hacia el propio cuerpo ($r = .65$; $p < .01$).

Por otro lado, también encontramos una correlación positiva y significativa entre imagen corporal y actitudes hacia el propio cuerpo, ($r = .61$; $p < 0.01$).

Entre las variables perfeccionismo auto-orientado y perfeccionismo social, se observa igualmente una interacción positiva y significativa ($r = .68$; $p < .001$); igual que entre perfeccionismo social y perfeccionismo orientado por otros ($r = .55$; $p < .01$); no planteadas como hipótesis de trabajo pero que a la luz de los resultados habrá que tenerlos en cuenta.

De forma resumida, y a la vista de los resultados obtenidos expuestos en la tabla 4 se puede destacar la relación existente entre cinco variables de las ocho estudiadas. Se puede observar una relación entre malestar e imagen y actitud hacia el propio cuerpo, entre imagen y actitud y las de perfeccionismo entre sí. A través del posterior análisis mediacional podremos conocer cuál es la relación de dependencia y mediación existente entre ellas.

De las ocho variables empleadas en el estudio, parece ser que definen la imagen corporal del sujeto únicamente cuatro de ellas, cuyas correlaciones son las más elevadas, y por tanto las que más peso tienen con respecto a las demás. Las interacciones existentes entre el resto de las variables son muy bajas y, por lo tanto, podrían considerarse despreciables.

Esto nos permite llegar a la conclusión de que para disminuir el malestar del sujeto, habrá que trabajar directamente sobre estos constructos buscando intervenciones dirigidas a estas dimensiones. Ahora bien, esto no limita la posible existencia de otros factores no tenidos en cuenta en este estudio, que podrían estar influyendo en el malestar del sujeto.

3.1.7.2. Variables mediadoras en la relación entre el malestar emocional y la insatisfacción con la imagen corporal.

Con el fin de facilitar la lectura de los resultados relativos al análisis mediacional, se incluye como nota aclaratoria el significado de algunos términos estadísticos e indicaciones particulares:

Los diagramas *path*, ejemplificados en la tabla 3, se emplean para representar gráficamente las relaciones existentes entre una serie de variables, y por lo general, sus parámetros son coeficientes de regresión parcial simple o múltiple. El conjunto de las ecuaciones de regresión implicadas en un análisis con terceras variables se denomina *path analysis*. Una muestra de datos empíricos se utiliza entonces para

determinar si el modelo es consistente con la teoría y para estimar tales parámetros. Todo el análisis se concentra en la interpretación de los coeficientes de regresión a , b , c y c' . El coeficiente c se llama *efecto total* o efecto no mediado mientras que c' se llama *efecto directo* porque no es mediado por ninguna otra variable del modelo. La relación causal mediada la forman los coeficientes a y b , y su producto ($a*b$) se denomina *efecto indirecto* o efecto mediado, que es igual a la diferencia entre el efecto total y el efecto directo ($c - c'$). El análisis mediacional implica que el efecto total (c) se descompone en un efecto directo (c') más un efecto indirecto ($a*b$); que matemáticamente podemos expresar:

$$c = c' + a * b$$

EFFECTO TOTAL = EFFECTO DIRECTO + EFFECTO INDIRECTO

El efecto total (peso c) de una variable independiente (VI) en una variable dependiente (VD) se compone de un efecto directo (peso c') de la VI en el VD y un efecto indirecto (peso $a*b$) de la VI en el VD a través de un mediador propuesto (M). Peso a representa los efectos de la VI en M, mientras que b peso es el efecto de M en el VD.

El malestar emocional (SIBID-S) como la variable dependiente (VD) y la puntuación total en imagen corporal (BSQ) como la variable independiente (VI); actitudes hacia el propio cuerpo (BAT), bienestar (RYFF), perfeccionismo auto-orientado, perfeccionismo social y perfeccionismo orientado por otros (MPS), fueron probados como mediadores múltiples. En este modelo mediador múltiple todos los cuestionarios de mediación se introdujeron simultáneamente para llevar a cabo este estudio.

La tabla 3, resume los resultados de los análisis de mediación entre el factor de predicción propuesto (Insatisfacción corporal), y el resultado (Malestar emocional), a través de los seis mediadores: actitudes hacia el propio cuerpo, bienestar, perfeccionismo auto-orientado, perfeccionismo social y perfeccionismo orientado por otros.

TABLA 3 RESUMEN DEL ANÁLISIS MULTIPLE DEL MODELO MEDIADOR

	Efectos de VI en M	Efectos de M en la VD	Efectos directos	Punto de estimación	Efectos indirectos (a x b paths) BCa 95% CI ₁		Efecto total
	(a path)	(b path)	(c path)		Lower	Upper	c Path
TOTAL (BSQTOT)			.32***	.09	.02	.20	.41***
BIQLITOT	-.19***	.04		-.01	-.06	.02	
BATTOT	.35***	.29**		.10	.03	.23	
BIENESTAR	-.00	-.03		.00	-.01	.01	
PERFECTS	.00	-.06		-.00	-.02	.01	
PERFEC_1	.02	-.08		-.00	-.03	.01	
PERFECTO	.02	.03		.00	-.01	.03	

TABLA 3. Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida de las variables de estudio e instrumentos de evaluación utilizados para validar mi investigación

Nota 1: VI= Variable Independiente; VD= Variable Dependiente; M= Mediadores; BCa = (bias corrected and accelerated confidence intervals) Sesgo corregido e intervalo de confianza; 5.000 muestreo simple; *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$.

Nota 2: BSQTOT: Body Shape Questionnaire (BSQ, Cooper et al., 1987) Cuestionario sobre la forma corporal; BIQLITOT: The Body Image Quality of Inventory (BIQLI, Cash y Fleming, 2002). Inventario sobre Imagen Corporal y Calidad de Vida; BATTOT: Body Attitude Test (BAT, Probst et al., 1995). Test de Actitudes Corporales; BIENESTAR: Psychological well-being scales (PWBS, RYFF, Van Dierendonck, 1989; 2004) Escalas de bienestar psicológico; PERFECTS: Perfeccionismo; auto-orientado; PERFEC_1: Perfeccionismo social; PERFECTO: Perfeccionismo orientado por otros. Multidimensional Perfectionism Scale (MPS, Hewitt y Flett, 1991). Escala Multidimensional de Perfeccionismo.

En base a los resultados obtenidos en la tabla de interrelaciones y de acuerdo con los objetivos de nuestro trabajo nos interesa conocer la influencia que sobre el malestar tienen el resto de las variables estudiadas. Se define así nuestra variable dependiente de trabajo.

Los resultados del análisis mediacional, siguiendo el procedimiento señalado por Preacher & Hayes (2008), se pueden observar en la tabla 3. De acuerdo a lo expuesto en esta tabla, el efecto indirecto de la variable independiente en la variable dependiente fue significativo, (c` path = .32; $p < .001$) al igual que el efecto total (c`

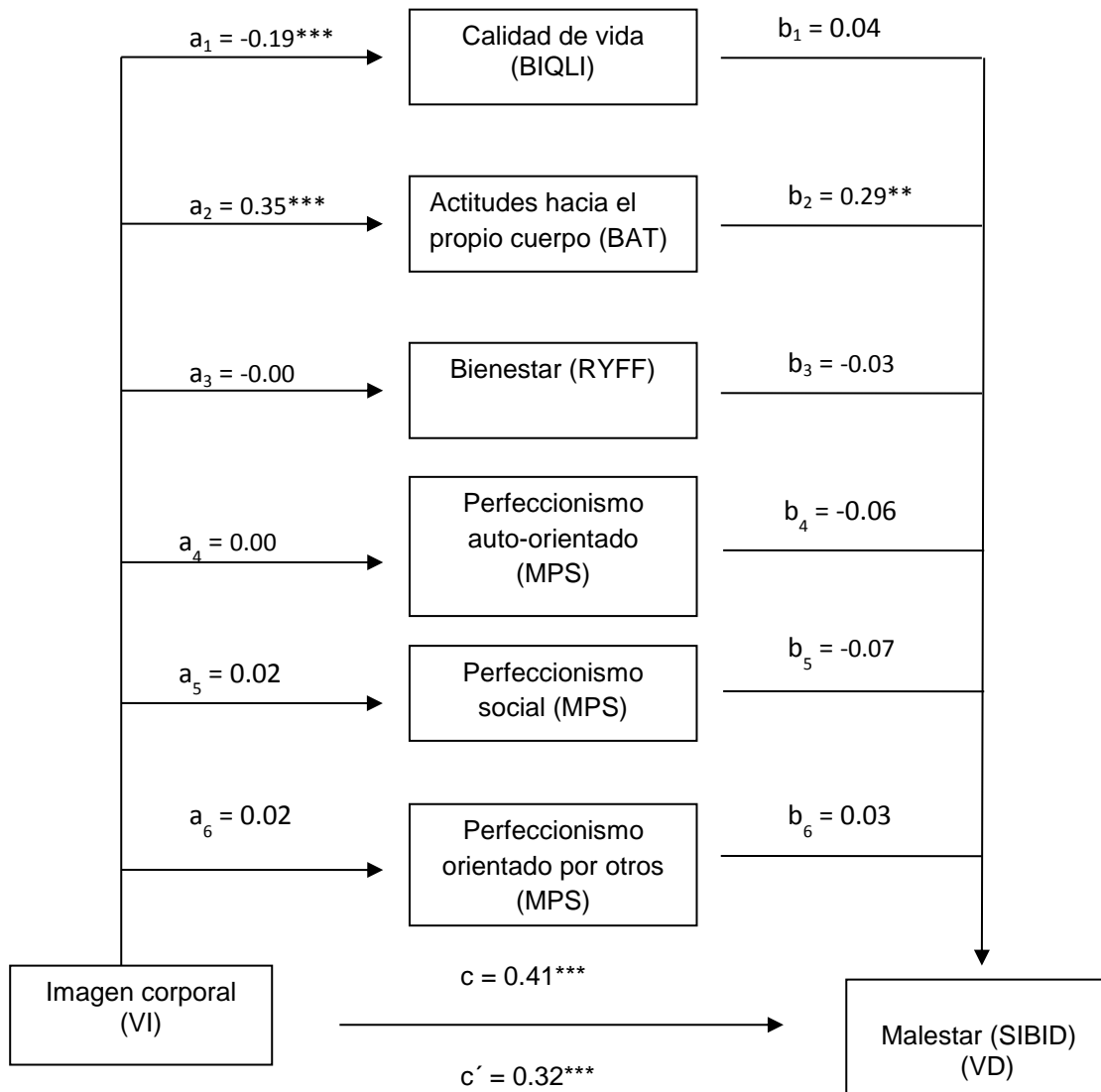
path = .41; $p < .001$) son los más elevados en la tabla; mientras que los efectos de VI en mediadores (M) (a path) y los efectos de M en VD (b path). Por tanto, se puede esperar una contribución significativa de las variables mediadoras.

Los resultados alcanzados nos indican que el modelo total explica el 64.62% ($R = .6462$) y el 61.53% ($R = .6153$) de la variación en las puntuaciones de malestar (VD) que sería explicada por la imagen corporal (VI), para niveles de confianza del 95 y el 99% respectivamente. De acuerdo con el valor de R, la variable independiente explica el 64.62% de la variación de las puntuaciones de la variable dependiente. O lo que es lo mismo, las puntuaciones que encontramos en malestar, están determinadas en un 64.62% por imagen corporal.

La diferencia entre los efectos totales y directos son los efectos totales indirectos a través de los seis mediadores con una estimación puntual de .09 y un IC del 95% BCa bootstrap de .02 a .20. Es decir, la diferencia entre el efecto total y el efecto directo de insatisfacción corporal (VI) en el malestar emocional (VD) fue diferente de cero. Un análisis de los efectos indirectos específicos indica que la puntuación total en (BATTOT) es mediadora con un IC del 95% por no contener el valor cero. Sin embargo, las variables restantes no contribuyen al efecto indirecto.

La figura 8 ilustra la relación propuesta en nuestras hipótesis de trabajo entre la variable independiente (imagen corporal - BSQ) y la variable dependiente (malestar - SIBID) a través de los seis mediadores (actitudes hacia el propio cuerpo- BAT, bienestar – RYFF, perfeccionismo auto-orientado, perfeccionismo social y perfeccionismo orientado al otro - MPS).

FIGURA 8 RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN



NOTA: *** $p < .001$; ** $p < .01$

Figura 8. Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida de las variables de estudio e instrumentos de evaluación utilizados para validar mi investigación

3.1.8. Discusión

En primer lugar, el análisis de correlación muestra la influencia negativa de la imagen corporal en el malestar emocional del sujeto. Por lo que el malestar emocional del sujeto aumenta a medida que lo hace la insatisfacción corporal. Así pues, la hipótesis 1 planteada en nuestra investigación se corrobora.

Por otro lado, y como hallazgo fundamental encontramos que la variable “actitudes hacia el propio cuerpo”, funciona como mediador entre la imagen corporal y el malestar, independientemente de que la primera a su vez mantenga una relación directa con la variable dependiente (malestar).

Finalmente, se observa una relación entre las variables de perfeccionismo entre sí, no tomadas en primer lugar como hipótesis de trabajo.

Con respecto al análisis mediacional, hemos podido comprobar que la variable independiente no influye de forma indirecta en la variable dependiente a través de los factores mediadores salvo a través de una de ellas (actitudes hacia el propio cuerpo). Como sugieren los datos de los intervalos de confianza establecidos, las variables mediadoras no pueden considerarse como tales; excepto las actitudes hacia el propio cuerpo (Cuestionario BAT), con un intervalo de confianza de (.03, .23) para un nivel de significación del .05%. Por lo tanto, la variable dependiente (malestar) viene influenciada de forma directa por la variable independiente (imagen corporal) que es la que más peso tiene respecto a las demás. Por esta razón, no podemos aceptar el planteamiento de trabajo de que la variable dependiente estudiada, está influenciada por un conjunto de variables, (las consideradas) sino que la determinan con un peso más significativo: la imagen corporal que posee cada persona y la actitud tomada hacia el propio cuerpo. Ésta última sí actúa como mediadora. Por lo tanto, la segunda hipótesis planteada en el presente estudio no puede ser aceptada, ya que solamente actúa como mediadora una de las cuatro variables propuestas en la hipótesis 2.

Esta potencial mediación es importantísima para la prevención primaria, que se puede iniciar desde la escuela infantil. Por ello, los resultados aquí alcanzados pueden orientar a los profesores de educación infantil y primaria para fomentar actitudes y conductas favorables a la auto-aceptación del propio cuerpo.

También es de destacar que existiendo relación entre perfeccionismo auto-orientado y perfeccionismo social y entre perfeccionismo social y perfeccionismo orientado por otros no exista este tipo de correlación entre la primera y la última mencionada; siendo las tres dimensiones medidas por un mismo instrumento.

3.1.9. Conclusiones

Los resultados alcanzados en esta investigación descritos y discutidos en el apartado anterior permiten extraer las siguientes conclusiones:

1. Los correlatos de la imagen corporal son los siguientes:

De las ocho variables empleadas en el estudio, parece ser que definen la imagen corporal del sujeto únicamente cuatro de ellas, cuyas correlaciones son las más elevadas y por tanto las que más peso tienen con respecto a las demás. Se puede observar una relación entre malestar (VD) e imagen (VI). Asimismo, el malestar emocional correlaciona positiva y significativamente con actitudes hacia el propio cuerpo. A su vez, encontramos una correlación positiva y significativa entre imagen corporal y actitudes hacia el propio cuerpo. Aunque no previsto en nuestras hipótesis, un hallazgo importante de esta investigación fue constatar que entre las variables perfeccionismo auto-orientado y perfeccionismo social, se observa igualmente una interacción positiva y significativa, al igual que entre perfeccionismo social y perfeccionismo orientado por otros. En definitiva, esta conclusión se puede resumir en que hay una estrecha relación entre el malestar emocional y la de imagen corporal, y las actitudes hacia el propio cuerpo. Por el contrario, y contrario a lo esperado, el perfeccionismo en sus diversas dimensiones no aparece relacionado con estos constructos.

2. La variable “Actitudes hacia el propio cuerpo” ha sido la única variable mediadora entre la variable independiente (insatisfacción corporal) y la variable dependiente (malestar emocional); no mostrando una mediación significativa las variables “calidad de vida, perfeccionismo y bienestar”. Todo esto nos lleva a pensar que habría que trabajar sobre otro tipo de variables en estudios posteriores.

Por ello, de cara a la prevención de los problemas de la imagen corporal y la insatisfacción en el ámbito de la prevención primaria, se aconseja la educación en actitudes favorables como programas de prevención.

3.1.10. Limitaciones de la investigación y direcciones futuras

El objetivo principal del presente estudio, ha sido comprobar qué variables de las consideradas afectan, en qué medida y de qué forma lo hacen en el malestar del individuo.

La posible influencia de este trabajo una vez conocidos los resultados es principalmente sobre el ámbito de la salud, aunque se puede enfocar a multitud de contextos profesionales.

Una gran propuesta futura para el desarrollo de ésta temática puede ser enfocada al ámbito de la educación, elaborando un programa de prevención destinado incluso al público más joven como pueden ser niños de educación primaria y ESO.

Por otro lado este estudio es de tipo transversal y ha sido desarrollado fundamentalmente en un tramo de edad concreto, es decir, la mayoría de los sujetos son de edades comprendidas entre los 19 y 27 años, con lo que nos faltaría el tramo de edad adolescente, momento en el cual los jóvenes empiezan a preocuparse por su figura de una forma más explícita. Éste es el mayor sesgo con el que cuenta esta investigación. Esto es debido a que la muestra aleatoria fue escogida en la universidad; en donde solamente estudian alumnos a partir de los 18 años. No debemos olvidar que la etapa infantil difiere de la universitaria en que los primeros, no están aún influenciados por los cánones de belleza actual, no poseen las pautas de comportamiento social aprendidas que adolescentes y universitarios si tienen adquiridas.

En cualquier tipo de investigación existen factores adyacentes a la misma que pueden llegar a influir en ella. Por ello a continuación se plantean algunas variables muy relevantes en relación con este tema de estudio, que no han sido consideradas en la presente investigación y pueden ser tenidas en cuenta en posteriores estudios abordados sobre ésta temática.

Primeramente y debido a que esta investigación ha sido enfocada a personas anónimas de forma aleatoria, puede considerarse una limitación que no se conociese el contexto o la procedencia de los sujetos del estudio, dato que hubiese podido ser interesante a destacar.

Por otro lado algunas *variables psicológicas* como el nivel de autoestima, habilidades sociales, rasgos de personalidad, trastornos como la bulimia o anorexia, son algunas variables no tenidas en cuenta pero con un gran peso y posible influencia en las respuestas de los sujetos evaluados. Sin embargo, en los instrumentos utilizados, existen numerosos ítems que miden aspectos de estos factores, pero no de una manera explícita. Por ello sería interesante tener en cuenta estos factores en investigaciones posteriores.

Existen otro tipo de variables sociales como por ejemplo los cánones de belleza preestablecidos ya mencionados anteriormente, los cuales pueden estar influyendo en nuestra investigación.

Estos cánones afectan a la construcción de la propia imagen y percepción de sí mismo del sujeto, a la misma vez que incitan al consumismo, proponen medidas corporales estándar, práctica continuada y a veces excesiva de deporte...

Además de esto, para futuras investigaciones, se deben escoger cuestionarios algo más breves; ya que se ha podido comprobar que los sujetos finalizan el cuadernillo de cuestionarios bastante cansado o fatigados.

En conclusión es importante destacar estas particularidades de la presente investigación que a simple vista parecen no afectar a la misma, pero tras realizar el estudio y comprobar los resultados, es posible inferir que sí influyen en los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

Altable, M. & Thompson, J.K. (1993). Body image changes during early adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 323-328.

Ato, M. & Vallejo, G. (2011). Los efectos de terceras variables en la investigación psicológica. *Anales de psicología*, 27, 550-561.

APA. (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington. D.C., American Psychiatric Association.

Baile J. I. (2003) ¿Qué es la imagen corporal? Cuadernos del Marqués de San Adrián. *Revista de Humanidades del Centro Asociado de la UNED de Tudela*, 2.

Baile, J.I., Guillen, F. & Garrido, E. (2002). Insatisfacción Corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 2, 439-450.

Balcázar, P. et al., (1998) Adaptación de la escala de bienestar psicológico de RYFF en adolescentes preuniversitarios. *Revista científica electrónica de psicología*, 7, 69-86.

Barraca M. J. (2000). Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de trastorno dismórfico corporal. *Clínica y Salud*, 11, 83-84.

Barraca, M. (2000). Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de trastorno dismórfico corporal. *Clínica y Salud*, 11, 81-97.

- Bemis, k. & Hollon, S.D. (1988) The investigation of schematics content and processing in the eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 136-150.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Caro, I. (2001). *Género y salud mental*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Carrasco, A. Belloch, A. & Perpina, C. (2010). La Evaluación del Perfeccionismo: utilidad de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo en población española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36, 49-65.
- Cash, T.F. (1991). *Body image therapy: a program for self-directed change*. Nueva York: Guilford.
- Cash, T.F. y Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance and changes*. Nueva York: Guilford Press.
- Cash, T. F. & Pruzinsky, T. (2004). *Body image. A handbook of theory, research & clinical practice*. New York: Paperback edition.
- Cash, F. & Thomas 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.
- Castillo, M. et al. (2005). Trastornos de Conducta Alimentaria. *Revisión MG*. 71, 25-30.
- Cooper, P. J. & Goodyer, I. (1997) Prevalence and significance of weight and shape concerns in girls aged 11-16 years. *British Journal of Psychiatry*, 171, 542-544.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, M., Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Cumming, W.J.K. (1988). The Neurobiology of the Body Schema. *British Journal of Psychiatry*, 153, 7-11.
- Cruz, S. & Maganto, C. (2002). Alteraciones de la imagen corporal y de la conducta alimentaria en adolescentes: Un estudio empírico. *Psiquis*, 23, 25-32.
- Del Rosario, M.W., Brines, J.L. Y Coleman, W.R. (1984). Emotional response patterns to body-weight related cues: Influence of body weight image. *Personality and Social Psychological Bulletin*, 10, 369-375.

Díaz, D. et al. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577.

Exterkate, C. C. et al. (2009). Body Attitudes in patients with eating disorders at presentation and completion of intensive outpatient day treatment. *Eating Behaviors*, 10, 16-21.

Fisher, E. (1986). *Development & structure of the body image*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Fisher, S. (1990): "The Evolution of Psychological Concepts about de Body". En Cash, T. F. y Pruzinsky, T. *Body Images, Development, Deviance and Change*, 1, 3-21.

García Martínez, A., Saéz Carrera, J.,& Escarbajar de Haro, A. (2000). *Educación para la salud. la apuesta por la calidad de vida*. Editorial Arán: Madrid.

Garner D. M. (1998) *EDI 2 Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*, España, Madrid. TEA Ediciones, S.A.

Garner, D.M. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. (EDI-2)*. Madrid: TEA.

Grant, W.D. (2004). *Body image*. The aging of America: The Doctor's Library.

Grilo C. M. et al. (1994). Teasing, body image, and self-esteem in a clinical sample of obese women. *Addictive behaviors*, 19, 443-450.

Guerrero, D. R. (2006). Un legado de creación e investigación psicológica. *Revista Mexicana de Psicología*, 23, 11-18.

Guimón, J. (1999). *Los lugares del cuerpo*. Barcelona: Paidós

Higgins, E.T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological review*, 94, 319-340.

Jane, M. (2012). *Reflecting on cosmetic surgery. Body image, shame and narcissism*. England: British library editions.

Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasténie*. Paris: Felix Alcan.

Koff, E., Rierdan, J. y Stubbs, M.L. (1990). Gender, body image, and self-concept in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 10, 56-68.

Krueger, D.W. (1990). *Developmental and Psychodynamica Perspectives on body image change Body Images: Development, deviance, and Change*. New York: Guilford Press.

López, J.A. y Valle, P. (2008). Trastornos de la imagen corporal en alteraciones del comportamiento alimentario En Aspectos actuales en medicina. Palencia: Colegio Oficial de Médicos.

Maganto, C. y Cruz S. (2000). La Imagen Corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 30, 45-58.

Maganto, C. y Cruz, S. (2008). *TSA. Test de Siluetas para Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.

Maria, R. (2004). *Psicología de la imagen corporal: una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal*. Universidad autónoma de Barcelona: España.

McLaren, L. & Kuh, D. (2004). Women's body dissatisfaction, social class and social mobility. *Social Science Medicine*, 58 (9): 1575-1584.

Morselli, E., Jerome, L. (2001). Dismorphophobia and taphephobia: Two hitherto undescribed forms of insanity with fixed ideas. *History of psychiatry*, 12, 103-114.

Moscoso, M. et al. (2012). *The assessment of perceived emotional distress: The Neglected side of cancer care*. U.S.A.: University of south Florida, Tampa.

Ogden, J. (2003). *Psicología de la alimentación: Comportamientos saludables y trastornos*. Editorial: Morata.

Páez, D. (2008). *Cuaderno de Prácticas de Psicología Social y Salud: Fichas Técnicas sobre Bienestar y Valoración Psico-Social de la Salud Mental*. San Sebastián: Universidad del País Vasco.

Pérez, R. (1985). *Estadística Descriptiva*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Phillips, K. A. et al. (1993, 1996). Body dimorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 7, 30-42.

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

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891&

Raich, R.M. (2001). *Imagen Corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Raich, R.M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.

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

Rice, F.P. (2002). *Adolescencia: Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.

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

Rosen, J.C. (1995). *Tratamiento cognitivo conductual para el trastorno dismórfico corporal*. Madrid: Editorial Siglo XXI.

Rubio, A., Gavilán, R.G. y Escudero, A. (1999). Are soil characteristics and understory composition controlled by forest management?. *Forest Ecology and Management*, 113, 191-200.

Rusell, G.F.M. (1970): "Anorexia nerviosa: Its identity as in illness and its treatment". *Modern trends in psychological medicine*, 2, 131-164.

Salazar, J. y Sempere, E. (2012). *Malestar emocional: Manual práctico para una respuesta en atención primaria*. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat Valenciana.

Salaberria, K., Rodríguez, S. & Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Cuadernos de Ciencias Médicas*, 8, 171- 183.

Sands, R. (2000). Reconceptualization of body image and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 397-407.

Sánchez C. et al. (2005). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Granada: Editorial Revisión MG.

Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. N.York: International Universities Press.

Slade, P. D. (1994). Body image in anorexia nervosa. *British journal of psychiatry*, 153, 20-22.

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

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

Thompson, J. K. & Heinberg L.J. (1999). The media's Influences on body image disturbance and eating disorders: We've reviled them, now can we rehabilitate them?. *Journal of social issues*, 55, 339-353.

Williamson, D. A. (1990). *Assesment of Eating Disorders: Obesity, anorexia and bulimia nervosa*. New York: Editorial Pergamon 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.

Wiseman, C.V., Gray, J.J., Mosimann, J.E. y Ahrens, A.H. (1992). Cultural expectations of thinness in women. *An update. International Journal of Eating Disorders*, 11, 85-89.

4. ANEXOS

Anexo 1. CUADERNILLO DE CUESTIONARIOS

1.1. Cuestionario sobre imagen corporal (BSQ)

BSQ

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Estudios:

Nos gustaría saber cómo se ha sentido respecto a su apariencia física durante los últimos meses. Por favor, lea cada cuestión y conteste redondeando el número de la derecha, según la escala que se indica más abajo. Por favor conteste todas las cuestiones.

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

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. ¿Cuándo te aburres te preocupas por tu figura? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. ¿Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías te ha hecho sentir gordo/a? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. ¿Has tenido miedo a engordar? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. ¿Preocuparte por tu figura te ha hecho ponerte a dieta? | 1 | 2 | 3 | 4 |

1.2. Cuestionario sobre malestar (SIBI-S)

SIBID

En una escala de 0 a 4, indica con qué frecuencia tienes pensamientos o sentimientos negativos sobre tu apariencia física en cada una de las siguientes situaciones:

- | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--------------|------------------|----------------|-----------------|-------------------------------|
| | Nunca | Raramente | A veces | A menudo | Siempre o casi Siempre |
| 1. Cuando estoy con personas atractivas del sexo opuesto..... | | | | 0 | 1 2 3 4 |
| 2. Cuando hago ejercicio..... | | | | 0 | 1 2 3 4 |
| 3. Cuando alguien mira partes de mi aspecto que a mí no me gustan..... | | | | 0 | 1 2 3 4 |
| 4. Cuando creo que he perdido peso..... | | | | 0 | 1 2 3 4 |
| 5. Si me pareja acaricia zonas de mi cuerpo que no me gustan..... | | | | 0 | 1 2 3 4 |
| 6. Cuando no voy maquillada..... | | | | 0 | 1 2 3 4 |
| 7. Cuando pienso qué aspecto puedo tener en el futuro..... | | | | 0 | 1 2 3 4 |

1.3. Cuestionario sobre actitudes hacia el propio cuerpo (BAT).

BAT

Instrucciones:

Este cuestionario se refiere a lo que tú piensas y sientes acerca de tu cuerpo. Por favor, contesta cada pregunta cuidadosamente. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Contesta trazando una X en el número más adecuado para ti. Todos los resultados serán estrictamente confidenciales.

Descriptorios:

0= nunca.

1= muy pocas veces.

2= algunas veces.

3= bastantes veces.

4= muchas veces.

5= siempre.

1- Mis caderas me parecen demasiado anchas						
2- Cuando me comparo con otras (compañeras) me siento descontenta con mi cuerpo						
3- Algunas partes de mi cuerpo parecen que estén hinchadas						
4- Observo mi aspecto en el espejo						
5- Noto que mi cuerpo está tenso						
6- Siento mi cuerpo como si fuera una carga						
7- Mi cuerpo parece torpe, sin gracia						

1.4. Cuestionario sobre bienestar psicológico (RYFF)

RYFF

La siguiente escala se refiere al bienestar psicológico, es decir a términos como la autoaceptación, la autonomía, las relaciones positivas que lleves a cabo, el crecimiento personal...

Por favor, contesta cada pregunta cuidadosamente. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Contesta trazando una X en el Número más adecuado para ti. Todos los resultados serán estrictamente confidenciales.

Descriptores:

0= nunca; 1= muy pocas veces; 2= algunas veces; 3= bastantes veces; 4= muchas veces 5= siempre

1- . No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida.	0	1	2	3	4	5
2- Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo	0	1	2	3	4	5
3- Hace mucho tique dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.	0	1	2	3	4	5
4- Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.	0	1	2	3	4	5
5- No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.	0	1	2	3	4	5
6- Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.	0	1	2	3	4	5
7- En gneral me siento seguro y positivo conmigo mismo.	0	1	2	3	4	5

1.5. Cuestionario sobre perfeccionismo (MPS)

MPS

La lista que presentamos a continuación contiene un número de afirmaciones acerca de los rasgos y características personales. Lea cada punto y decida si está de acuerdo o no y en que grado.

Si se encuentra totalmente de acuerdo rodee con un círculo el número 7, si, por el contrario, está en total desacuerdo rodee con un círculo el número 1. Si su opinión se identifica con algún punto intermedio, rodee con un círculo alguno de los números entre el 1 y el 7. Si tiene una posición neutral ante lo expresado o está indeciso el punto medio es el 4.

Desacuerdo

1. Yo respeto a la gente que no sobresale de la media	1	2	3	4	5	6	7
2. No suelo criticar a la gente por rendirse fácilmente.	1	2	3	4	5	6	7
3. Mi familia espera que sea perfecto.	1	2	3	4	5	6	7
4. No me importa que alguien cercano a mí no haga las cosas lo mejor que pueda.	1	2	3	4	5	6	7
5. Cuanto mejor hago las cosas, más espero de mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7
6. Siempre debo tener éxito en el colegio o en el trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
7. Todo lo que los demás hacen debe ser de primera calidad.	1	2	3	4	5	6	7

1.6. Cuestionario sobre calidad de vida (BIQLI)

BIQLI

Cada persona tiene sentimientos diferentes sobre su apariencia física. Estos sentimientos son los que llamamos "Imagen corporal". Algunas personas están generalmente satisfechas con su apariencia, mientras otras no tanto. Al mismo tiempo la gente difiere en términos de como las experiencias con su imagen corporal, afectan a otros aspectos de sus vidas. La imagen corporal puede tener efectos positivos, negativos o simplemente que no afecte en absoluto.

Escucha, a continuación existen varias formas en que tu imagen corporal puede afectar en tu vida. Por cada ítem, haz un círculo según cómo y cuánto afectan tus sentimientos sobre tu apariencia a aspectos de tu vida. Antes de responder cada ítem, piensa cuidadosamente las respuestas que reflejen de forma más exacta como normalmente te afecta tu imagen corporal.

	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Efecto Muy Negativo		Efecto Negativo Moderado	Efecto Negativo Leve	Sin efecto	Efecto Positivo Leve	Efecto Positivo Moderado	Efecto Muy Positivo
1. Mis relaciones con gente de mi mismo sexo.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
2. Mis experiencias en el trabajo o en la escuela.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
3. Mis emociones diarias o cotidianas.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
4. Mi satisfacción con mi vida sexual.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
5. Mis actividades de ejercicio físico.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6. Mis actividades diarias de cuidado personal (tales como vestirme, ir al gimnasio...)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
7. Lo feliz que me siento en mi vida cotidiana	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3