



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**RELACIÓN ENTRE INSATISFACCIÓN
CORPORAL Y AUTOCONCEPTO,
DISTORSIONES COGNITIVAS Y ACTITUD HACIA
LA ALIMENTACIÓN EN ADOLESCENTES Y
JÓVENES**

Autor: María Inmaculada Gortázar Ibáñez-de la Cadiniera

Tutor: María Elena Gismero

Madrid

Mayo 2015

María Inmaculada
Gortázar
Ibañez-de la Cadiniere

**RELACIÓN ENTRE INSATISFACCIÓN CORPORAL Y AUTOCONCEPTO, DISTORSIONES
COGNITIVAS Y ACTITUD HACIA LA ALIMENTACIÓN EN ADOLESCENTES Y JÓVENES**



Relación entre Insatisfacción Corporal y Autoconcepto, Distorsiones Cognitivas y Actitud Hacia La Alimentación en adolescentes y jóvenes.

María Inmaculada Gortázar Ibáñez-de La Cadiniere

Universidad Pontificia Comillas

Resumen

La insatisfacción con la imagen corporal es un continuo que va desde la preocupación por la apariencia física a la existencia de alteraciones graves en la percepción. Cuando esta insatisfacción es elevada, interfiere en la vida cotidiana. La adolescencia y la juventud temprana han demostrado ser etapas muy vulnerables para sufrir este tipo de insatisfacción puesto que este periodo se caracteriza por grandes cambios a nivel físico y búsqueda de identidad. En él se asienta el autoconcepto o las distorsiones cognitivas y la preocupación por el peso y la actitud hacia la alimentación tienen un papel importante. El propósito de esta investigación fue conocer la relación existente entre el grado de insatisfacción corporal y estos factores en una muestra de 138 sujetos con edades comprendidas entre los 12 y los 23 años. Los resultados mostraron relación directa entre el grado de Insatisfacción corporal, los pensamientos distorsionados y la actitud disfuncional hacia la alimentación. Por el contrario mostró relación inversa con el autoconcepto y la autoestima. Se obtuvieron diferencias en cuanto al sexo siendo las mujeres las más insatisfechas con su imagen corporal así como en cuanto a la edad mostrando los más jóvenes mayor insatisfacción.

Palabras clave: insatisfacción corporal, autoconcepto, autoestima, distorsiones cognitivas, índice de masa corporal, actitud hacia la alimentación.

Body dissatisfaction is a continuum from the worry for physical appearance to severe perceptual disturbances. These problems with self body image cause a significant discomfort in everyday life. Adolescence and early youth are vulnerable periods to suffer from these disorders because of the physical changes and the search for identity. It is also a period for the development of the self-concept and body care and attitude towards feeding play an important role. The purpose of this research was to determine the relationship between the body dissatisfaction coefficient and these factors in a sample of 138 subjects aged between 12 and 23 years. The results showed a direct relationship between body dissatisfaction, distorted thoughts and dysfunctional attitude toward feeding. By contrast showed inverse relationship with self-concept and self-esteem. Besides, there were gender and age differences in this regard.

Key words: Body dissatisfaction, self-concept, self-esteem, cognitive distortions, BMI, attitude toward feeding.

La imagen corporal

Existen multitud de definiciones de la imagen corporal. Algunos autores afirman que se trata de la representación que cada persona construye del cuerpo en su mente y la vivencia que se tiene de éste (Raich, 2000; Shlider, 1990 como se citó en Raich, 2004). Otros autores la definen en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo, separándolas de la representación mental que cada persona tiene de él, de tal forma que la percepción del tamaño o la forma del cuerpo puede ser correcta y sin embargo los sentimientos ser negativos, ya que éstos se relacionan normalmente con el autoconcepto (Bernis y Hollon, 1990 como se citó en Raich, 2004; Fisher, 1986). Thompson (1990) y otros autores como Cash (1990 como se citó en Raich, 2004) y Roser, (1995) afirman que la imagen corporal se compone de varios factores:

- Aspectos perceptivos: percepción del tamaño, el peso y la forma del cuerpo. Sus alteraciones pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones.
- Aspectos cognitivos y afectivos: actitudes, pensamientos, sentimientos y emociones que genera el propio cuerpo. Puede dar lugar a experiencias de placer, displacer, disgusto, rabia, etc.
- Aspectos conductuales: comportamientos que surgen de la percepción y las emociones asociadas al cuerpo. Puede dar lugar a que la persona lo exhiba, lo evite, lo camufle, etc.

La imagen corporal va construyéndose evolutivamente de tal modo que, en cada etapa vital, se interioriza la visión que se tiene del propio cuerpo. La sociedad ha convertido la figura en algo material, de modo que se le da una importancia excesiva a la apariencia, dando lugar a sentimientos generalizados de insatisfacción que van desde la preocupación a la obsesión patológica (Salaberria, 2007).

Cuando la insatisfacción con la imagen es elevada, genera un malestar significativo que interfiere en la vida cotidiana (Cash y Grant, 1995 como se citó en Salaberria, 2007). Existen tres teorías explicativas de los problemas asociados a la imagen corporal (Rivarola, 2003):

- Teorías perceptuales que tratan sobre las percepciones del tamaño y forma del cuerpo cuya base es fundamentalmente biológica.
- Teorías subjetivas que hacen referencia al desarrollo durante las etapas evolutivas de la niñez y la adolescencia.
- Teorías socioculturales que examinan la influencia de la sociedad y los modelos culturales, las expectativas que generan y mantienen la insatisfacción corporal.

La insatisfacción con la imagen corporal es un continuo que va desde la preocupación por la apariencia física a la existencia de alteraciones graves o trastornos de la imagen corporal (Gullone y Kostanski, 1998; Raich, 2004). Perceptivamente, estas personas pueden ver un defecto como mayor, más pronunciado o más desviado de lo que es en realidad. Devalúan su apariencia y pueden imaginar que los demás se fijan y se interesan por su defecto, posicionándolo así en primer lugar en su jerarquía de valores personales. Creen que su defecto es una razón clara por la que no pueden ser queridas y apreciadas y que éste es además una muestra de alguna carencia en su carácter. Conductualmente pueden pasar gran parte del tiempo comprobando su defecto delante del espejo o superficie reflectante. A veces, existen comportamientos de limpieza excesivos por el asco que el cuerpo produce. Solicitan información continuamente que les tranquilice y se comparan de forma compulsiva con otras personas. Otras, sin embargo, evitan mirarse al espejo y tratan de esconder de distintas formas su defecto físico, o el que creen que tienen (Raich, 2004). Pueden darse comportamientos repetitivos en forma de rituales que disminuyen la angustia producida por el malestar, como tocar y medir el cuerpo, apretar o tocarse la piel, pesarse varias veces al día, buscar información sobre formas de cambiar aquella parte del cuerpo que produce desagrado, etc. (Philips, 1996).

Para evaluar el grado de insatisfacción con la propia imagen o el grado de distorsión perceptiva de ésta, existen dos métodos principales, la valoración de las alteraciones perceptuales, como la sobre-estimación de algunas de las zonas del cuerpo y las escalas de autoinformación o entrevistas estandarizadas, que evalúan los aspectos más subjetivos de la imagen corporal, haciendo referencia a los pensamientos, sentimientos y actitudes hacia la propia figura (Coppennolle, Probst, Vandereycken y Vanderlinden, 1998 como se citó en Baile y cols., 2003). La mayoría de las investigaciones focalizan su atención en el estudio de la estimación del tamaño corporal, sin embargo, cada vez más frecuentemente se tienen en cuenta otros aspectos como las emociones y las cogniciones. De hecho, las medidas del aspecto más subjetivo permiten una mejor evaluación en población clínica pero también en la no clínica. Para medir estos aspectos, existe, por ejemplo, la Escala de Estima Corporal (BES), (Franzoi y Shields, 1984), utilizada y validada en varios estudios (Jorquera y cols., 2005).

Aunque existen numerosos cuestionarios que miden la insatisfacción corporal, investigaciones como la de Baile y cols. (2003) demostraron la eficacia de las subescalas relacionadas con la insatisfacción corporal en cuestionarios más amplios y estandarizados, como el Eating Disorder Inventory - 2 (EDI-2), comúnmente utilizado para el diagnóstico de TCA. Baile y cols., (2002) hablan también del uso del Body Shape Questionnaire (BSQ) para medir el grado de insatisfacción corporal apoyándose en su fuerza empírica en otros estudios.

Adolescencia e insatisfacción corporal

Las investigaciones afirman que un alto porcentaje de adolescentes se sienten insatisfechos con su apariencia física, se perciben obesos y les gustaría perder peso. Algunos autores como Castro y cols., (2003) y Toro (1989 como se citó en De Gracia, 2002); hallaron en sus investigaciones que el 26% de los adolescentes, especialmente las mujeres, se sentían insatisfechos con su imagen corporal. Otros estudios sitúan éstos porcentajes entre un 46 y un 51% (Cash y Henry, 1989 como se citó en De Gracia, 2002). En España, un estudio realizado por Damani y cols., (2001 como se citó en De Gracia, 2002), halló que, aunque la insatisfacción corporal suele asociarse con la existencia de un trastorno alimentario (TCA), tanto las mujeres diagnosticadas de éste trastorno como las no diagnosticadas, mostraban el mismo grado de insatisfacción con su imagen corporal. Sin embargo las primeras evaluaban negativamente todo el cuerpo, mientras que las segundas eran capaces de evaluar de forma positiva algunas de sus partes. Por otro lado, Cortés, López y Solé (2008), en su estudio con adolescentes catalanas, afirmaron que el 21% de las chicas y el 9% de los chicos manifestaban una preocupación extrema por su figura y peso, el 5% de las chicas tenían un pensamiento negativo hacia su imagen corporal y deseos de perder peso, el 80% de los chicos y el 73% de las chicas presentaban una preocupación moderada y el 0% de las chicas indica que su imagen corporal no les preocupaba en absoluto, frente al 8% de los chicos.

Ésta preocupación por la imagen corporal aparece en edades cada vez más tempranas, entre los 8 y los 12 años según los estudios, aunque la mayoría de casos aparecen en adolescentes y adultos jóvenes (Ortega, 2010). Sin embargo, autores como Baile, Garrido y Guillén, (2002) afirman que existen diferencias en cuanto a la edad, habiendo más porcentaje de insatisfacción en adolescentes de 16 años que en las de 19.

En cuanto a las diferencias de género, en casi todos los estudios existe una gran diferencia entre hombres y mujeres, siendo éstas quienes más grado de insatisfacción presentan. Raich y cols., (2001) hallaron que, en su muestra de estudiantes de educación secundaria, las mujeres sentían especial rechazo hacia sus caderas y los hombres hacia su cutis. En otro estudio llevado a cabo por Raich y cols., (1996) se comprobó que las mujeres sienten mayor rechazo hacia la cintura, estómago, piernas, caderas y nalgas mientras que los hombres sienten desagrado hacia los muslos, pecho, hombros y brazos. Por su parte, Cortés y cols., (2008), en su estudio hallaron que, en las chicas, las partes del cuerpo más positivamente valoradas son los ojos (7,88%), el cabello (7,72%), los genitales (7,70%), el cuello (7,65%), los labios (7,64%); y los valorados de forma más negativa son el muslo (5,52%), el abdomen (5,83%), la cintura (5,91%), la cadera (5,97%) y las nalgas (6,17%). En los chicos, por otro lado, las partes del cuerpo más valoradas son los genitales (8,32%), las manos (7,84%), los ojos (7,78%), las

piernas (7,68%), los brazos (7,58%); y las menos valoradas son el abdomen (6,78%), la nariz (6,78%), el cutis (6,91%), el pecho (7,02%) y la boca (7,10%).

Factores que influyen en la insatisfacción corporal

Teniendo en cuenta éste alto porcentaje de jóvenes que sienten desagrado por su imagen corporal aun sin que exista una patología asociada, varios autores han estudiado los factores socio-culturales relacionados con ésta insatisfacción y que, de una forma u otra, influyen en su aparición y mantenimiento, como el género, el índice de masa corporal (IMC), el desarrollo físico, la edad, las consecuencias psicológicas de haber sido rechazado por tener sobrepeso, la existencia de ideas irracionales sobre el atractivo y el éxito y el interés de los medios de comunicación en el aspecto físico y la delgadez (Eisele, Hertsgaard y Light, 1986; Desmond, Grat, O'Connell y Price, 1986; Fabian y Thompson, 1989; Maude y cols., 1993; McCarthy, 1990; Paxton y cols., 1991; Porter y Shore, 1990; Rothblum y Tiggemann, 1988 como se citó en Gullone y Kotanski, 1998). Otros autores afirman que además de éstos factores, la frecuencia con la que las personas se comparan y la presión social sobre la importancia de ser delgado, sobre todo en edades tempranas, también influyen en el malestar con la propia imagen (De Gracia y cols., 1999). Manzaneque (2013) afirma que, sobre todo en la adolescencia, la forma en la que los iguales conciben y tratan su cuerpo es determinante para el mayor o menor grado de satisfacción corporal, de forma que, rodearse de personas preocupadas en exceso por el peso y la figura, supone un mayor riesgo de sentirse insatisfecho con el cuerpo y, por tanto, de realizar conductas destinadas a cambiarlo. La presión por estar delgado viene dada por la interiorización del ideal de belleza que proponen los medios de comunicación y los modelos de belleza de las figuras públicas, como las actrices o cantantes que son, en su mayoría, los principales ídolos o ejemplos para los adolescentes (Ortega, 2010).

Bacardí y cols., (2006) refieren que un gran porcentaje de la población piensa que la falta de voluntad y el control individual es la principal causa del exceso de peso y masa corporal, así como el resultado de una mala higiene y una actitud hostil y deshonesto.

También se ha hablado de la influencia del rol que juegan los familiares y los amigos en la percepción y satisfacción corporal, de modo que autores como Gracia, Marcó y Trujado, (2007 como se citó en Ortega, 2010), afirman que las burlas por parte de los iguales, la información y opiniones de los otros acerca del peso y la figura y el entorno familiar correlacionan de forma significativa con el grado de satisfacción corporal. Manzaneque (2013) afirma que la familia es el núcleo en el que se forman los primeros y más importantes valores, además, la imagen que los padres tengan hacia su propio cuerpo influye en la manera en la que los hijos ven el suyo, al igual que son determinantes los comentarios y gestos que los familiares tienen hacia la apariencia de los hijos. Las figuras parentales tienen la capacidad de reforzar o

eliminar los comportamientos negativos y dañinos de sus hijos hacia sí mismos. Otros factores relacionados con la familia que influyen en el grado de satisfacción corporal parecen ser la comunicación, la exigencia, la existencia de una familia estructurada, el nivel cultural y el grado de implicación en el ámbito académico.

Por su parte, Moreno y cols., (2007) estudiaron la relación entre una percepción más real y positiva de la propia imagen y los hábitos de ejercicio físico saludables y Buckner, Beardslee y Mezzacappa, (2003); Alderete y Cadazo, (2009); Cayle, Vacek y Vera, (2010); Messoulam, Molina y Schmidt, (2008); Boblin, Guay y Marsh, (2003 como se citó en Gómez-Mármol, 2013) correlacionan positivamente un mayor grado de autoconcepto físico con una mayor resiliencia, bienestar subjetivo, actitud positiva hacia el estudio y un mejor rendimiento académico.

Insatisfacción corporal y actitud hacia la alimentación

Por lo general, la insatisfacción con la imagen corporal suele asociarse principalmente a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), al igual que las alteraciones en la percepción del propio cuerpo, ya que se trata de uno de los rasgos característicos de éste trastorno (Castro y cols., 2003). Las personas que padecen un TCA sienten una preocupación excesiva por su cuerpo o la evaluación que hacen de éste es exagerada. De hecho, es el desagrado por la propia imagen lo que les lleva a realizar conductas para cambiar su aspecto, tales como las dietas, restricción alimentaria, purgas o realización de ejercicio físico extenuante (Raich, 2004). De éste modo, la insatisfacción corporal se ha considerado el factor más relevante en la etiología de los TCA, en mayor medida que otros como el momento vital, la relación familiar, los antecedentes familiares de problemas alimentarios, otras patologías, estado emocional o la impulsividad (Baile et al., 2003; Gullone y Kostanski, 1998).

Numerosas investigaciones efectuadas en España han estudiado la prevalencia de adolescentes en riesgo de padecer un TCA por medio de cuestionarios como el Test de Actitudes Alimentarias (EAT) o el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI). Algunos sitúan el porcentaje en un 9,8% de las adolescentes mujeres y el 1,2% de varones (Toro y cols., 1989 como se citó en de Gracia, 2002). Otros sitúan éstos porcentajes en un 4,52% en mujeres (Raich, 2000). En Navarra, Pérez-Gaspar y cols., (2000), hallaron que el 11,1% de las mujeres de la muestra presenta riesgo de padecer un TCA frente a un 17,8% de mujeres estudiadas por Merino y cols. (2001) en La Coruña. En otras investigaciones realizadas por Turón (1997) se señala una tasa de prevalencia de casos de TCA en población adolescente de alrededor del 4,1 - 4,5%. En concreto, la anorexia se sitúa en torno al 0,3%, la bulimia en el 0,8% y el TCA no especificado en torno al 3,1% de la población fundamentalmente femenina de entre 12 y 21 años, no habiendo diferencias significativas en el nivel socio-cultural (Turón, 1997).

En éste sentido, autores como De Gracia y cols., (2002) estudiaron la relación entre conductas alimentarias y grado de satisfacción con el propio cuerpo como predictor de aparición de TCA y de otros problemas emocionales en una muestra de adolescentes, entendida ésta insatisfacción tanto en su dimensión perceptiva (sobreestimación), como en la emocional (insatisfacción), concluyendo que, al menos un 9% de mujeres de su muestra, presentaban una preocupación extrema por su imagen corporal y un 13,1% una preocupación moderada. Bacardí y cols., (2006) afirman que no solamente los individuos obesos y con trastornos alimentarios están insatisfechos con su propia imagen, sino que mucha de la población no clínica también padece una percepción distorsionada de su cuerpo. En su estudio, Glia y cols., (2004) afirman que las adolescentes sobreestiman algunas partes de su cuerpo como el tórax, la cintura y las caderas. También afirman que las personas con ésta distorsión e insatisfacción tienen mayor riesgo de padecer un TCA.

Asimismo se ha relacionado la insatisfacción corporal con la tendencia al uso de cosméticos, tratamientos quirúrgicos, dermatológicos, capilares, etc. (Cohen, Hollander y Simeon, 1993; Pertschuk, Sarwe, Wadden y Whitaker, 1998 como se citó en Salaberria, 2007).

Insatisfacción corporal e IMC

A diferencia de los resultados obtenidos en las investigaciones de Bacardí y cols., (2006); de Gracia y cols., (2003); Glia y cols., (2004) encontraron en su estudio que la imagen percibida por sus participantes correspondía con un alto porcentaje de sobrepeso y obesidad. Éstos sujetos presentaban una mayor insatisfacción con su imagen corporal. En su estudio, Montero y cols., (2004) afirman que el 52% de los hombres y el 38,7% de las mujeres eligen modelos que se corresponden con su índice de masa corporal (IMC), de modo que, los hombres se perciben de forma más correcta que las mujeres. El 29,9% de los hombres se ven con menor grasa de la que tienen y el 18,5% con mayor, mientras que el 8,6% de las mujeres se perciben con menor índice de masa de la real y el 41,1% con mayor. Las mujeres con un IMC que se corresponde con valores de normopeso e infrapeso, se ven con más índice de masa corporal de la que en realidad tienen, mientras que aquellas que poseen un IMC de sobrepeso perciben un índice menor del real. Los hombres, por el contrario, se perciben con menor índice de masa corporal cuando éste se encuentra dentro de los parámetros normales y se perciben correctamente cuando su IMC se corresponde con valores de sobrepeso. De ésta forma, parece existir una correlación entre IMC y grado de satisfacción con la imagen corporal (Gullone y Kostanski, 1998).

Insatisfacción corporal y distorsiones cognitivas

Cash (1997) afirma que, a nivel cognitivo, existen algunos esquemas que se relacionan con la insatisfacción corporal. Para ello elabora la “docena sucia”, un catálogo de distorsiones asociadas a ésta insatisfacción. Éstas son:

- La bella y la bestia: Distorsión que se define en términos de “blanco o negro”, polos opuestos de una emoción o pensamiento. Se trata pues de un pensamiento dicotómico en el que no cabe una percepción intermedia.
- El ideal irreal: Distorsión que sucede cuando una persona evalúa su apariencia en comparación con un estándar idealizado al que nunca es capaz de llegar.
- Comparación injusta: Distorsión que surge al comparar la propia figura con la de otras personas que sabemos que son más atractivas de forma objetiva, como por ejemplo las mujeres de las revistas.
- La lupa: Distorsión que consiste en centrar la atención en una parte del cuerpo que genera malestar y exagerar su importancia.
- La mente ciega: Consiste en minimizar aquellos aspectos más positivos o favorables de la imagen corporal.
- Fealdad radiante: Distorsión que consiste en llevar el malestar generado por una determinada parte del cuerpo al resto de características físicas.
- Descontento: Surge cuando el hecho de encontrar un defecto lleva a la búsqueda de otros defectos distintos.
- El juego de la culpa: Distorsión que aparece cuando se atribuyen fracasos, rechazos, etc. a un supuesto defecto físico.
- Prediciendo desgracias: Distorsión que surge cuando se predice que el mal aspecto físico producirá efectos en el futuro.
- La belleza limitadora: Surge cuando aparece un límite en ciertos comportamientos por la insatisfacción corporal.
- Sentirse feo: Distorsión que aparece cuando la interpretación se convierte en certeza.
- El reflejo del mal humor: surge cuando el estado de ánimo que no se relaciona con la apariencia física acaba por descargándose sobre ella.

Estas ideas distorsionadas ocupan un tiempo excesivo en la rutina diaria, convirtiéndose en obsesiones con una carga emocional negativa importante. Se produce un diálogo interno centrado en estas obsesiones y las consiguientes consecuencias para la persona (Manzaneque, 2013). De éste modo, Cash (1997) afirma que algunos ejemplos de pensamientos que muestran las personas con insatisfacción corporal, reflejo de las distorsiones cognitivas asociadas, son:

- “La gente atractiva lo tiene todo”
- “La gente se da cuenta de lo erróneo de mi apariencia en primer lugar”
- “La apariencia física es signo de cómo soy interiormente”
- “Si pudiera cambiarme como deseo, mi vida sería mucho mejor”
- “Si la gente supiera como soy realmente a ellos no les gustaría”
- “Si controlo mi apariencia, podré controlar mi vida social y emocional”
- “Mi apariencia es responsable de muchas cosas que ocurren en mi vida”
- “Debería saber siempre cómo parecer atractivo”
- “El único modo en el que me podría gustar mi apariencia es modificándola”

Otros autores como Rivarola (2003) afirman que estas personas suelen pensar con insistencia en un mismo tema, y suelen tener distorsiones cognitivas como pensamiento dicotómico, ideas catastróficas, abstracción selectiva, magnificación, absolutismo e ideas de autorreferencia. Suelen ser pensamientos muy automáticos que impactan de forma negativa en el concepto de ellas mismas. Éstos y otros autores como Manzaneque (2013) afirman que, muchas personas asocian el ser atractivo con ser exitoso, mientras que tener un físico poco atractivo es señal de fracaso, puesto que, aunque la belleza interna es más importante que la externa, la primera impresión que da la imagen física genera un concepto más o menos acertado de las personas. Cash (1997) demuestra que, centrar la atención en una parte del cuerpo que genera sentimientos negativos, puede llegar a cambiar el humor de una persona, por tanto, los sentimientos son generados, al menos en parte, por la atención y las atribuciones que se hacen del propio cuerpo.

De Gracia y cols., (1999) definen, por otro lado, los autoesquemas como estructuras cognitivas que promueven experiencias y acciones y cuyo contenido está formado por reglas implícitas que la persona aprende del entorno, actitudes y creencias que constituyen la base de los propios pensamientos, emociones y formas de actuar. De ésta manera, puede haber esquemas formados para distintos factores que conforman el modo de verse a uno mismo, como la personalidad, la identidad, el rol sexual, el peso, la forma y la apariencia física, etc. Por tanto, se elabora la información en cada esquema en función de las experiencias que cada persona tenga y que, a su vez, conforman el autoconcepto o la manera en la que cada uno se ve a sí mismo. Estos esquemas, además, tienen un componente afectivo, de tal forma que, por ejemplo, una persona que tenga un esquema del peso, tendrá más emociones negativas asociadas a él si recibe rechazo por parte de los demás.

Por otro lado, las personas que sienten rechazo hacia su imagen corporal parecen tener mayor necesidad de agrandar para ser aceptadas, necesidad de presentar a los demás una apariencia perfecta y suelen creer que es terrible que los otros vean las propias imperfecciones

(Neziroglu y Yaryura Tobías, 1993). Suelen tener más dificultades para identificar y expresar sus emociones, estados afectivos y sensaciones y suelen dudar de su valor propio (Rivarola, 2003).

Insatisfacción corporal y autoconcepto

El autoconcepto hace referencia al conjunto de percepciones o referencias que la persona tiene de sí misma, lo que incluye juicios acerca de comportamientos, habilidades o apariencia física (de Gracia y cols., 1999). Harter (1999), afirma que existen dos aspectos importantes dentro de la autopercepción: su valencia, si son positivas o negativas y su contenido, los aspectos de las distintas áreas del proceso vital relevantes para la percepción propia. Gómez-Mármol y cols., (2013), afirman que los problemas con la percepción de la imagen y el autoconcepto surgen en la adolescencia y van disminuyendo con la edad, sobre todo en los hombres.

Algunos autores afirman que suele existir una baja autoestima en aquellas personas con un grado alto de insatisfacción corporal, es decir, sentimientos de poca adecuación como persona, de modo que no existe una autovaloración sino que, de hecho, en un tercio de los casos la alta o baja autoestima se asocia a una mejor o peor autoimagen. Suele resultar difícil separar características como la destreza, la inteligencia o el trabajo del aprecio por el propio cuerpo (Gullone y Kostanski, 1998; Raich, 2004). Otros autores como Koff y cols., (1990) afirman que la imagen corporal no es un concepto aislado o independiente sino que forma parte de la propia autoestima. Dividen, por un lado, el autoconcepto en autoestima y expectativas propias y la imagen corporal, por otro, en satisfacción y experiencia corporales, pero sin embargo, en sus estudios, no hallaron diferencias en cuanto al género en estas correlaciones.

Algunos autores proponen la teoría de la autodiscrepancia como parte del autoconcepto para explicar la aparición de un grado mayor o menor de insatisfacción corporal. De modo que, por un lado, el autoconcepto real hace referencia a la forma de verse de una persona y la forma en la que cree que es vista por los demás y, por otro lado, el autoconcepto ideal se refiere a los atributos ideales que le gustaría tener o que considera que son más aceptados por los demás. De éste modo, la autodiscrepancia sería la causa del malestar al no lograr el ideal, en éste caso de imagen corporal. La insatisfacción corporal sería, entonces, la discrepancia entre el valor subjetivo de cada persona de su propia imagen y los cánones establecidos socialmente o los esperados por los demás (de Gracia y cols., 1999). Por tanto, cuando la propia imagen es considerada alejada de los cánones establecidos, se producen síntomas de ansiedad, depresión, conductas antisociales, trastornos alimentarios e ideas obsesivas (Manzaneque, 2013).

Insatisfacción corporal y otras patologías asociadas

Algunas investigaciones afirman que existe relación entre insatisfacción corporal y depresión, ya que las personas con estado de ánimo bajo suelen aborrecer su cuerpo, lo que también ocurre a la inversa (Raich, 2004). Otros estudios afirman que el estado de ánimo depresivo se asocia tanto a personas con sobrepeso como a personas con infrapeso (Busner, Kaplan y Pollak, 1988).

La ansiedad tiene también un papel importante en el grado de insatisfacción corporal. Está asociada con los sentimientos de rabia, agitación, vergüenza e impotencia y este desagrado por la figura puede generar una fobia hacia el propio cuerpo llegando a producir importantes ataques de pánico, sobre todo ante situaciones sociales en las que la valía se relaciona directamente con la apariencia, de modo que, sentirse poco atractivo es una condición para no poder ser querido por los otros (Manzaneque, 2013).

Manzaneque (2013) y Raich (2004) afirman también que lo mismo sucede con la ansiedad social o interpersonal, cuando una persona no se acepta a sí misma ni a su cuerpo, tiende a pensar que los demás tampoco lo aceptan, lo que lleva, por tanto, al aislamiento y a sentimientos de incomodidad e inadaptación social.

Las personas insatisfechas con su imagen parecen tener también inhibición y disfunciones sexuales ya que pueden aparecer miedos a mostrar el cuerpo desnudo, en especial aquellas partes consideradas más desagradables, atribuyendo así a éste factor la causa del fracaso en las relaciones (Raich, 2004).

También se han hallado características de personalidad relacionadas con el grado de satisfacción corporal, como el optimismo, la autoestima, la percepción de apoyo social, los esquemas cognitivos, estilo de afrontamiento, perfeccionismo y personalidad resistente o rebelde (Manzaneque, 2013). También se ha hablado de la elevada influencia del atractivo físico autoevaluado, el neuroticismo y la extraversión (Swami y cols., 2008 como se citó en Manzaneque, 2013). Parece existir también relación con algunas patologías como los trastornos de personalidad, siendo el más común el trastorno evitativo (43%), dependiente (15%), obsesivo-compulsivo (14%) y paranoide (14%) (McEloy y Phillips, 2000 como se citó en Raich, 2004). Echeburúa, Grijalvo y Marañón (2002) confirman la relación en muchos de los casos, de insatisfacción corporal y trastorno límite, narcisista, dependiente e histriónico de la personalidad.

Otros autores la asocian con ideas suicidas además de predecir la agresividad, el comportamiento antisocial y la delincuencia en niños y adolescentes (Conger, Danellan, Harter, 1999; Robins y Widaman, 2010; Cubillas, De la Torre, Pérez y Valdéz, 2009; Acevedo y Carrillo, 2010; Caspi, Donellan, Moffit, Trzesniewki y Robins, 2005 como se citó en Gómez-Márnol y cols., 2013).

También se ha relacionado la insatisfacción corporal con otros trastornos como la depresión mayor, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y la fobia social, así como a algunos delirios de tipo perceptivo y la dismorfofobia (Manzaneque, 2013).

Es importante valorar la existencia de cambios en la apariencia debidos a causas externas, como una enfermedad, cambios de peso, aspecto de la piel y el color, pérdida del cabello, cicatrices, etc. También influye el grado en el que dicha alteración es incapacitante y si ésta es temporal o permanente (Manzaneque, 2013).

Según las investigaciones existe relación con la identidad de género o sentimientos de feminidad y masculinidad. Algunas personas consideran que tienen características propias del otro género o consideran que no tienen aspectos relacionados con el suyo propio. De éste modo, se suelen clasificar ciertas características como propias de cada género, como la altura, el peso o la forma del cuerpo (Gullone y Kostanski, 1998; Raich, 2004).

Por otro lado, en la década de los ochenta, algunos autores focalizaron su interés en la posible relación entre historias de sucesos traumáticos, sobre todo abuso físico y sexual y desarrollo de rechazo hacia el propio cuerpo y posiblemente aparición de TCA (Goldfarb, 1987; Kearney-Cooke, 1988; McFarlane, 1988; Schechter, 1987; Leichner y Sloan, 1986; Torem, 1986a, 1986b, como se citó en Vanderyken, 1999).

En conclusión, las investigaciones han demostrado que el grado de insatisfacción corporal en la población es elevado debido a múltiples factores socio-culturales, especialmente a los cánones establecidos por los medios de comunicación. Han demostrado también que éste grado de insatisfacción es un rasgo clave en la aparición de algunas patologías como los TCA. Por esa razón es la variable esencial de este estudio. Aunque son numerosos los factores relacionados con ella, existen algunos en los que los estudios hacen mayor hincapié dada la influencia que tienen sobre el modo en el que las personas perciben y aceptan su cuerpo y es, por esa razón, por lo que son contempladas en el estudio.

Por tanto, el objetivo de este estudio se centrará en hallar la relación existente entre el grado de satisfacción corporal y algunas variables relevantes como el IMC, el autoconcepto, las distorsiones cognitivas y la actitud hacia la alimentación en una muestra de adolescentes y

jóvenes, para, no solo predecir las posibles patologías asociadas, sino encontrar relaciones que, debido a la reciprocidad de su influencia, puedan permitir la intervención en alguna de las variables y mejorar por tanto las demás.

HIPÓTESIS

Atendiendo a los hallazgos en estudios previos expuestos con anterioridad, se plantean las siguientes hipótesis de trabajo:

1. Se espera que, a pesar de tratarse de población no clínica, el porcentaje de insatisfacción corporal sea elevado. Además se espera que existan diferencias entre hombres y mujeres. Éstos resultados serán comparados con los hallados en las investigaciones previas.
2. Se espera que, a mayor índice de masa corporal (IMC), menor sea el grado de insatisfacción con el propio cuerpo.
3. Se espera que el autoconcepto - autoestima sea más negativo cuanto mayor sea el grado de insatisfacción corporal.
4. Se espera que existan más distorsiones cognitivas cuanto mayor sea el grado de insatisfacción corporal.
5. Se espera que exista una mayor actitud disfuncional hacia la alimentación conforme aumente el grado de insatisfacción corporal.
6. Se espera que existan diferencias en el grado de insatisfacción corporal en función de la edad.

MÉTODO

Muestra

La muestra inicial contaba con 140 sujetos de los cuales se excluyeron 2 participantes por omisiones de respuesta. La muestra final la conformaron 138 sujetos, de los cuales 105 (76,1%) eran mujeres. La edad media de los participantes fue de 19,12 años (DT = 3,314), con una edad mínima de 12 años el sujeto más joven y 23 el mayor.

Diseño

Se trata de un diseño correlacional y trasversal en el que se hicieron inferencias sobre la relación entre variables sin posibilidad de concluir relación causal por la ausencia de manipulación de las mismas y sin intervención directa.

Procedimiento

La recogida de datos se llevó a cabo de forma telemática. Se realizaron preguntas para obtener datos sociodemográficos, de peso y altura de los sujetos. El criterio de inclusión en el estudio era la edad, que debía estar comprendida entre los 12 y los 23 años. Se trataba de población no clínica, por lo que no era necesario que los participantes estuvieran diagnosticados de ninguna patología. Los participantes respondieron de forma anónima y voluntaria tras unas breves instrucciones de respuesta.

Una vez recogidos los datos de una cantidad considerable de sujetos, se contabilizó la muestra definitiva para excluir los datos no válidos, formada por 2 casos con omisiones de respuesta.

Instrumentos de medida

Para evaluar las variables del estudio se utilizaron los siguientes instrumentos de medida que figuran como un documento único en el Anexo I:

- **Recogida de datos sociodemográficos.** Se recogieron datos sobre el sexo y la edad, siendo esta el criterio de inclusión de la muestra.
- **Datos del IMC.** Se solicitaron datos sobre la altura (en centímetros) y el peso (en kilogramos) de los sujetos con el objetivo de calcular el índice de masa corporal (IMC) (Beumont y cols., 1988). Normalmente se considera que un IMC dentro de los parámetros normales oscila entre 20 y 25. Un IMC por encima de 30 indica sobrepeso y por debajo de 18 indica infrapeso (Alegre del Rey y cols., 1992).
- **Escala de Satisfacción Corporal (BSQ, Cooper, Cooper, Faimburn y Tylor, 1987).** De entre todos los cuestionarios existentes para medir el grado de insatisfacción corporal, se decidió utilizar éste por varios motivos: está adaptado a la población española por Ávila, Clos, Mora, Raich, Soler y Zapater (1996), por ser una prueba específica para la evaluación de la insatisfacción corporal, por su brevedad, ya que se trata de un instrumento autoaplicado que consta de 34 preguntas cerradas de respuesta en una escala de frecuencia tipo Likert de 6 grados (0 = nunca, hasta 6 = siempre) y por su facilidad de aplicación. La puntuación total oscila entre 34 a 204

puntos, siendo el punto de corte de 105, de tal modo que, aquellos valores por debajo de dicha puntuación corresponderían a un menor grado de insatisfacción, mientras que aquellos valores por encima, corresponderían a un grado mayor. Los ítems se dividen, según la adaptación española, en cinco factores: preocupación por el peso en conexión con la ingesta, preocupación por los aspectos antiestéticos de la obesidad, insatisfacción y preocupación general por la imagen corporal, insatisfacción con la parte inferior del cuerpo (muslos, caderas y nalgas) y el empleo de los vómitos y laxantes para reducir la insatisfacción corporal. La fiabilidad de este cuestionario es muy elevada, tanto en los datos obtenidos en el estudio de la adaptación de Raich y cols., (1996), (entre $\alpha = .95$ y $.97$) como en los obtenidos en este estudio ($\alpha = .98$). También muestra elevada validez concurrente con otros instrumentos como el Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire (MBSRQ) y la subescala de insatisfacción corporal del Eating Disorders Inventory (EDI) (Figueras, Raich y Torras, 1996), (Baile y cols., 2002). Diseñado con el objetivo de medir la preocupación por el peso y la imagen corporal, la insatisfacción producida por el propio cuerpo, el miedo a engordar, la autodesvalorización por la apariencia física, el deseo de perder peso y la evitación de las situaciones en las que la apariencia física pueda atraer la atención. Mide la insatisfacción en trastornos alimentarios y discrimina a la población clínica de la población normal.

- **Escala de Autoconcepto-Autoestima** (Gismero, 1996). Consistente en 13 ítems con 4 opciones de respuesta en una escala de tipo Likert de 4 grados, (1 = muy de acuerdo hasta 4 = muy en desacuerdo), para medir el grado de autoconcepto y/o autoestima, de tal modo que, cuanto mayor acuerdo muestran los sujetos en sus respuestas, mejor autoconcepto tienen y, por ello, algunos de los ítems se codifican a la inversa. Éste cuestionario, aplicado a una muestra de 170 sujetos, presentó un índice de fiabilidad de $\alpha = .87$, por lo que es bastante elevado, tal y como sucede en este estudio ($\alpha = .89$). Mide tres factores: autosatisfacción global (sensación de estar a gusto tal y como se es y percepción de los propios recursos), percepción de comprensión (valoración del grado de respeto y comprensión que el sujeto encuentra en sus padres y su familia) y mayor percepción de aceptación social.
- **Inventario de Pensamientos Automáticos** (IPA, Ruiz y Luján, 1991). Consta de 45 ítems con 4 opciones de respuesta (0 = nunca hasta 3 = siempre) para medir las distintas distorsiones y pensamientos automáticos negativos: filtraje, pensamiento polarizado, sobregeneralización, interpretación del pensamiento, visión catastrófica,

personalización, falacia de control, falacia de justicia, procesamiento emocional, falacia de cambio, etiquetas globales, culpabilidad, los deberías, falacia de razón y falacia de recompensa divina. La fiabilidad de este cuestionario según sus autores es de $\alpha = .83$, mientras que en este estudio es algo más elevada ($\alpha = .93$) y se han hallado resultados positivos en cuanto a la validez externa en la relación de sus factores principales, consistentes en las distintas distorsiones cognitivas (Moyano y cols., 2011).

- **Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40).** Diseñado por Garner y Garfinkel (1979) y validado en España por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991). Mide el miedo a engordar, motivación para adelgazar y patrones alimentarios restrictivos en población no clínica. Consta de 40 ítems en una escala de frecuencia de tipo Likert de 3 grados, (0 = nunca, casi nunca y algunas veces, 1 = bastantes veces, 2 = casi siempre y 3 = siempre), en la que algunos ítems se valoran de forma inversa y cuyo punto de corte está establecido en 30. Los ítems se dividen en 3 factores: dieta y preocupación por la comida, presión social percibida y malestar con la alimentación, y trastornos psicobiológicos. Además, sus resultados distinguen pacientes diagnosticadas de anorexia de la población normal. Por esta razón tiene una fiabilidad muy elevada, tanto en otros estudios ($\alpha = .93$), como en éste ($\alpha = .95$) (Salazar, 2012). Más tarde se realizaron versiones más breves de éste cuestionario como el EAT-13, sin embargo, por el índice de fiabilidad y los múltiples factores que mide, se decidió utilizar la versión original, adaptada al español, en este estudio.

Análisis

El análisis estadístico de los datos obtenidos se llevó a cabo utilizando el programa IBM SPSS Statistics Versión 20 mediante las siguientes pruebas:

- Correlación bivariada de Pearson para medir el grado de relación existente en las variables cuantitativas, (insatisfacción corporal e IMC, insatisfacción corporal y autoconcepto, insatisfacción corporal y distorsiones cognitivas e insatisfacción corporal y actitud hacia la alimentación).
- Análisis de Varianza (ANOVA) para comparar las medias de la variable insatisfacción corporal entre los distintos grupos de edad y sexo.

- Prueba t de Student para muestras independientes para el análisis comparativo de medias de la variable insatisfacción corporal y las variables dicotómicas sexo y edad.

La variable dependiente era el grado de insatisfacción con la imagen corporal y las independientes eran el IMC, el grado de autoconcepto, las distorsiones cognitivas y las actitudes hacia la alimentación.

RESULTADOS

Para contrastar la primera hipótesis de trabajo, primero se recodificó la variable Insatisfacción Corporal en dos grupos de sujetos, atendiendo a la puntuación de corte del test BSQ-40. Los porcentajes de sujetos pertenecientes a cada grupo se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Porcentaje de Insatisfacción corporal

	Frecuencia	Porcentaje
Insatisfacción	100	72,5
Satisfacción	38	27,5
Total	138	100,0

El primer análisis de comparación de medias se llevó a cabo mediante una prueba t de Student para comprobar si existían diferencias significativas en el grado de insatisfacción corporal, relacionadas con el sexo de los participantes (105 mujeres y 33 hombres). Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos sexos, $t(125,341) = -8,802$; $p = ,000$; Media de Hombres = 52,03; DT = 15,99; Media de Mujeres = 92,93; DT = 38,12; $d = 1,4$; $r = 0,581$, lo cual indica una mayor insatisfacción con su imagen corporal en el grupo de mujeres frente al grupo de hombres.

La Tabla 3 presenta las correlaciones entre la insatisfacción corporal y el resto de variables del estudio.

Tabla 3. Correlaciones de la variable Grado de Insatisfacción Corporal en la muestra total (N = 138)

	Grado de Insatisfacción Corporal
IMC	,149
	,082
Grado de Autoconcepto-Autoestima	-,597**
	,000
Filtraje	,487**
	,000
Pensamiento Polarizado	,523**
	,000
Sobregeneralización	,582**
	,000
Interpretación del pensamiento	,496**
	,000
Visión Catastrófica	,465**
	,000
Personalización	,449**
	,000
Falacia de Control	,416**
	,000
Falacia de Justicia	,123
	,150
Razonamiento Emocional	,456**
	,000
Falacia de Cambio	,195*
	,022
Etiqueta	,429**
	,000
Culpabilidad	,452**
	,000
Deberías	,378**
	,000
Falacia de Razón	,113
	,187
Falacia de Recompensa Divina	,220**
	,010
Actitud disfuncional hacia la alimentación	,726**
	,000

**p<0.01 *p<0.05

En relación a la segunda hipótesis, tal y como se muestra en la tabla superior, la variable IMC no muestra relación con la variable insatisfacción corporal. Del mismo modo se observa que, en relación con la tercera hipótesis de trabajo, la variable autoconcepto – autoestima se relaciona inversamente de forma significativa ($p < 0.01$) con la variable Insatisfacción Corporal.

En cuanto a las distorsiones cognitivas (cuarta hipótesis), en general se hallaron relaciones significativas ($p < 0.01$) entre todas las variables, a excepción de “*falacia de justicia*” y “*falacia de razón*”, que no muestran significación estadística ($r = 0,123$, $p = 0,150$ y $r = 113$, $p = 187$) y por otro lado “*falacia de cambio*”, que aparece como significativa a distinto nivel de significación ($r = 0,195$, $p = 0.022$).

Respecto a la quinta hipótesis, se obtuvo una relación directa significativa, ($p > 0.01$), entre las variables actitud disfuncional hacia la alimentación e insatisfacción corporal.

Por último, se llevó a cabo un análisis entre las variables edad e insatisfacción corporal (hipótesis 6). Primero se midió la variable Edad como discreta recodificándose según el criterio del percentil 50 (20 años) creando dos categorías (N=63 para el grupo de 12 a 19 años, N=73 para el grupo de 20 a 23 años) de las que se muestran las puntuaciones medias en la Tabla 4.

Tabla 4. Puntuaciones medias por grupo de Edad

Grupo de edad	Media	Desv. típ.
De 12 a 19	75,59	35,610
De 19 a 23	88,63	39,777
Total	82,59	38,325

Posteriormente se contrastaron las medias de ambos grupos de edad mediante una prueba t de Student para buscar posibles diferencias en el grado de insatisfacción corporal. Los resultados mostraron diferencias significativas entre ambos grupos en la variable insatisfacción corporal, $t(133,809) = -2,017$; $p = ,04$; Media Grupo 1 (de 12 a 19) = 75,59; DT = 35,61; Media Grupo 2 (de 19 a 23) = 88,63; DT = 39,77; $d = 0,3$; $r = 0,17$, no cumpliendo el supuesto de homogeneidad de las varianzas de error (Levene = 0,498; $p = 0,4$), lo cual indica una mayor insatisfacción con su imagen corporal en el grupo de edad de 19 a 23 años frente al grupo de 12 a 19.

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue, por un lado, evaluar el grado de insatisfacción con la imagen corporal en una muestra de adolescentes y jóvenes de entre 12 y 23 años así como analizar la relación existente entre ésta y otras variables.

En un primer análisis se observa que un porcentaje elevado de sujetos se siente insatisfecho con su propia imagen, lo que, a pesar de tratarse de población no clínica, coincide con las investigaciones que afirman que un gran número de jóvenes no diagnosticados de ninguna patología alimentaria sienten necesidad de perder peso o mejorar su apariencia física (Cash y Henry, 1989; Damani y cols., 2001; Toro, 1989; como se citaron en De Gracia, 2002; Castro y cols., 2003). Además se obtienen diferencias significativas en el grado de insatisfacción corporal entre hombres y mujeres, siendo mayor en éstas, lo cual coincide con los resultados obtenidos por Cortés y cols., (2008); Raich, (1996) y Raich, (2001) en sus estudios. Ambos hallazgos confirman la primera hipótesis de trabajo.

En contra de lo esperado en la segunda hipótesis, no se halla relación entre el IMC y el grado de insatisfacción corporal, por lo que los resultados de este estudio no avalan los obtenidos por otros autores (Bacardí y cols., 2006; De Gracia y cols., 2003; Glia y cols., 2004; Gullone y Konstanski, 1998).

Los resultados obtenidos en cuanto al grado de autoconcepto – autoestima muestran que los sujetos con un nivel más bajo en esta variable, tienen un mayor grado de insatisfacción corporal. Cabe esperar que los sujetos con un autoconcepto bajo sean más susceptibles a sus propias imperfecciones y tengan la necesidad de ser altamente aprobados por los demás tal y como afirman Neziroglu y Yaryura-Tobías, (1993).

En relación a la cuarta hipótesis, se obtuvo que los sujetos con mayor grado de insatisfacción presentan mayor tendencia a distorsionar cognitivamente. Este resultado pone de manifiesto el hecho de que los pensamientos asociados a estas distorsiones impactan de forma negativa en el concepto que los sujetos tienen de sí mismos. En estudios anteriores se obtuvieron resultados que seguían la misma línea (Cash, 1997; Manzanque, 2013; Rivarola, 2003).

No se ha hallado relación entre las dimensiones Falacia de Justicia e Insatisfacción Corporal para la muestra obtenida, lo cual podría ser razonable si tenemos en cuenta el significado de ambas dimensiones. Los ítems que conforman este factor, (“No hay derecho a que me traten así”, “Si me quisieran de verdad no me tratarían así” y “No me tratan como deberían hacerlo y me merezco”), podrían ser interpretados acorde a otros aspectos no

relacionados con la imagen corporal, como las relaciones sociales o la autoestima, de forma que no afecten necesariamente al grado de insatisfacción.

Por otro lado los resultados muestran que existe relación entre el grado de insatisfacción corporal y la actitud disfuncional hacia la alimentación. Este resultado coincide con los de otras investigaciones que afirman que los sujetos más insatisfechos con su imagen tienden a realizar conductas destinadas a la pérdida de peso, tales como purgas, ejercicio físico y restricción alimentaria o a cambiar su apariencia física mediante uso de cosméticos o incluso cirugía estética (Baile y cols., 2003; Castro y cols., 2003; Gullone y Kostanski, 1998; Raich, 2004).

La última hipótesis del estudio buscaba diferencias en insatisfacción corporal dependiendo de la edad de los sujetos y los resultados obtenidos corroboran que estas diferencias existen de forma que los sujetos de menor edad muestran índices más altos de insatisfacción corporal que los de mayor edad. Estos resultados coinciden con los obtenidos por otros autores como Baile, Garrido y Guillén (2002); Ortega (2010).

De cualquier modo los resultados de este estudio deben ser interpretados con cautela por las diversas limitaciones de la investigación que hacen que no sean generalizables a otras muestras o poblaciones. En primer, a pesar de los significativos resultados, sería conveniente ampliar la muestra de sujetos para valorar las relaciones en una población mayor, esperando que, al haber un mayor número de participantes, las relaciones entre variables sean más significativas. Además esta muestra no ha sido obtenida de forma aleatoria ni se han controlado posibles variables extrañas que puedan influir en los resultados del estudio, de forma que en ningún caso puede establecerse causalidad entre las variables y los resultados obtenidos. Por otra parte, no se han tenido en cuenta otros datos sociodemográficos que podrían influir en los resultados obtenidos, como la cultura o el idioma, hecho que no permite tampoco realizar generalizaciones. Hay que tener en cuenta el hecho de que el porcentaje de hombres de la muestra es muy inferior al de mujeres, por lo que sería importante realizar análisis con una muestra más equilibrada en este sentido.

En cuanto a los instrumentos hay que tener en cuenta el hecho de que, al tratarse de un cuestionario realizado telemáticamente, pueden existir variables que contaminen los resultados, como el tiempo que los participantes se toman para responder, la posibilidad de consultar los resultados por internet, el hecho de poder realizar los cuestionarios en presencia de otras personas, etc. Existen también otros factores importantes a la hora de valorar los resultados en este sentido, como, por ejemplo, la duración de los cuestionarios, que podría afectar a los resultados por suponer un esfuerzo elevado a la hora de responderlos, o bien, la familiaridad que

algunos participantes podrían tener con los instrumentos en el caso de estar diagnosticadas de TCA.

En futuras investigaciones sería recomendable tener en cuenta algunas cuestiones. Sería interesante la posibilidad de manipular variables con el fin de estudiar el modo en que las otras se modifican en función de esas manipulaciones así como tener en cuenta los factores sociodemográficos que pudieran afectar a los resultados. También sería útil el relacionar las variables estudiadas con otras que, según las investigaciones, son influyentes en la forma en la que los adolescentes y jóvenes se perciben a sí mismos y a su propio cuerpo, como la actitud de los padres hacia la alimentación, las variables de personalidad, otras patologías, abusos físicos y sexuales, acoso escolar, etc.

De igual forma, aunque en este estudio no se realizó por ser demasiado amplio, sería interesante correlacionar los distintos factores de cada instrumento utilizado para estudiar posibles relaciones en ámbitos más concretos de las variables como la insatisfacción corporal.

En definitiva, son necesarios más estudios con muestras representativas para determinar de qué forma se relacionan la insatisfacción con la imagen corporal y otras variables importantes sobre las que, en futuras intervenciones, se pudiese trabajar para mejorar la calidad de vida y el concepto que las personas tienen de sí mismas.

REFERENCIAS

- Alegre del Rey, E.; Calle, M.; del Rey, J.; Gil, A.; Lasheras, M. (1992). Estudio epidemiológico del índice de masa corporal en una población escolar de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 66 (1), 65-70.
- Bacardi-Gascón, M.; Casillas-Estrella, M.; Jiménez-Cruz, A.; Montañó-Castejón, N. & Reyes-Velázquez, V. (2006). A mayor IMC, mayor insatisfacción de la imagen corporal. *Revista Biomédica*, 17 (4), 243-249.
- Baile, J.; Garrido, E. & Raich, R. (2003). Evaluación de la insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de psicología*, 19 (2), 187-192.
- Baile, J.; Guillén, F. y Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire: efecto del anonimato, el sexo y la edad. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (3), 439-450.
- Ballester, D; de Gracia, M.; Ferrer, M; Patiño, J. & Suñol, C. (2002). Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: un estudio de prevalencia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30 (4), 207-212.
- Caballero, A; Cruz, C; González, L; Unikel, C. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 26 (3), 1-8.
- Calado, M.; Fernández, M.; Lameiras, M. & Rodríguez, Y. (2002). Hábito alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 3 (1), 23-73.
- Cash, T. & Lavalle, D. (1997). Cognitive-Behavioral body-image therapy: extended evidence of the efficacy of a self-directed program. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy*, 15 (4), 281-294.
- Castro, y.; Calado, M.; Lamieras, M. & Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 3 (1), 23-33.
- Castro, j.; Glia, A. & Toro, J. (2004). Subjective body image dimensions in normal female population: Evolution trough adolescence and early adulthood. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4 (1), 1-10.
- Cervelló, E.; Moreno, J. & Moreno, R. El autoconcepto físico como predictor de la intención de ser físicamente activo. (2007). *Psicología y salud*, 17, (2), 261-267.
- Clay, D.; Dittmar, H.; Vignoles, I. & Vivian, L. (2005). Body image and self-esteem among adolescent girls: testing the influence of sociocultural factors. *Journal of research on adolescence*, 15 (4), 451-477.
- Cortés, I.; López, A. & Solé, A. (2008). Percepción de satisfacción - insatisfacción de la imagen corporal en una muestra de adolescentes de Reus (Tarragona). *Zainak*, 20, 125-146.

- Cruz, S.; Rodríguez, S. & Salaberria, K. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8, 171-183.
- De Gracia, M.; Fernández, J. & Marcó, M. (1999). Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes. *Psiquis*, 20 (1), 15-26.
- Echeburúa, E., Marañón, I. & Grijalvo, J. (2002). Trastornos de personalidad en pacientes aquejados de anorexia y bulimia nerviosa: un estudio piloto. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 7 (2), 95-101.
- Esnaola, I. (2007). Alimentación, autoconcepto e imagen corporal. *Revista de psicología social*, 22 (2), 149-163.
- Godás, A; Merino, H. & Pombo, M. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 13 (4), 539-545.
- Godás, A.; Merino, H. & Pombo, G. (2002). Alexitimia y características psicológicas asociadas a actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 7 (1), 35-44.
- Gómez-Mármol, A.; Mahedero-Navarrete, M. & Sánchez-Alcáraz, B. (2013). Insatisfacción y distorsión de la imagen corporal en adolescentes de doce a diez y siete años de edad. *Ágora para la Educación Física y el Deporte*, 15 (1), 54-63.
- Goñi, A.; Rdríguez, A. & Ruiz de Azúa, S. (2005). Variables socioculturales en la construcción del autoconcepto físico. *Cultura y educación*, 17 (3), 225-238.
- Gullone, E. & Konstanski, M. (1998). Adolescent body dissatisfaction: relationship with self-esteem, anxiety and depression controlling for body mass. *Association for child psychology and psychiatry*, 39 (2), 255-262.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: a developmental perspective*. New York: The Guilford Press.
- Jáuregui, I.; López, M.; Montaña, M. & Morales, T. (2008). Percepción de la obesidad en jóvenes universitarios y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 23 (3), 226-233.
- Jorquera, M.; Baños, R.; Perpiña, C. & Botella, C. (2005). La escala de estima corporal BES: validación en una muestra española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10 (3), 173-192.
- Kaplan, S.; Busner, J. & Pollak, S. (1988). Percieved weight, actual weight and depressive symptoms in a general adolescent sample. *International Journal of Eating Disorders*, 7 (1), 107-113.
- Koff, E.; Rierdan, J. & Stubts, M. (1990). Gnder, body image and self-concept in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 10 (1), 56-68.
- López, I. (2001). Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria. En García-Camba, E. *Avances de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad*, (pp. 157-169), Barcelona: Masson.

- Manzanque, B. (2013). *Contribución de la personalidad, variables clínicas y disfunciones ejecutivas de la imagen corporal en estudiantes universitarios*. (Tesis doctoral inédita). Facultad de ciencias de la educación y humanidades. Cuenca.
- Montero, P.; Morales, E. & Carbajal, A. (2004). Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*, 8 107-116.
- Moreno, M. & Ortiz, G. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27 (2), 181-190.
- Moyano, M.; Furlan, L. & Piemontesi, S. (2011). Análisis factorial exploratorio del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA). III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Neziruglu, F. & Yaryrura-Tobias, J. (1993). Exposure, response prevention and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 24 (3), 431-438.
- Ortega, A. (2010). *Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y la composición corporal en el alumnado del primer ciclo de educación secundaria de la ciudad de Jaén*. (Tesis doctoral inédita). Facultad de ciencias de la educación. Granada.
- Pérez-Gaspar, M.; Gual, P.; de Irala-Estévez, J.; Martínez González, M.; Lahortiga, F. & Cervera, S. (2000). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes navarras. *Medicina Clínica*, 114 (13), 481-486.
- Phillips, K. (1996). *Broken mirror: Understanding and treating dysmorphic disorder*. New York: Oxford University Press.
- Racih, R.; Deus, J.; Muñoz, M.; Pérez, O. & Requena, A. (1991). Estudio de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*, 18 (7), 305-315.
- Raich, R.; Torras, J. & Figueras, M. (1996). Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 85, 603-626.
- Raich, R.; Torras, J. & Sánchez-Carracedo, D. (2001). Body image in a sample of adolescent students. *Book of abstracts European council on eating disorders*, (p. 15).
- Raich, R. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en psicología latinoamericana*, 22, 15-27.
- Raich, R. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*, Madrid: Pirámide.
- Rivarola, M. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en humanidades*, 1 (7/8), 149-161.

- Thompson, J. (1990). *Body image disturbance: Assesment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- Salazar, Z. (2012). El Test de Actitudes hacia la Alimentación en Costa Rica: primeras evidencias de validez y confiabilidad. *Actualidades en Psicología*, 26, (51-71).
- Toro, J. (2000). La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Medicina Clínica*, 114 (14), 543-544.
- Turón, V. (1997). Clínica de la anorexia nerviosa. En Turón, V. (Ed). *Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*, (pp. 63-68), Barcelona: Salvat-Masson.
- Vandereycken, W. & Vanderlinen, J. (1999). *Trauma, disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos alimentarios*. Reino Unido: Granica S. A.

Anexo I

Instrucciones, datos sociodemográficos e instrumentos

Estamos realizando un estudio sobre insatisfacción con la imagen corporal. Nuestro objetivo es conocer la valoración que los jóvenes hacen de su propia imagen y si esta valoración se relaciona con otras variables. Nos interesa la participación de jóvenes entre los 12 y los 23 años.

Tu colaboración va a ser de gran ayuda para conocer mejor el punto de vista de los adolescentes y adultos jóvenes y por ello te agradecemos tu tiempo e interés.

Antes de comenzar es importante que sepas que,

- El cuestionario es **ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL**.
- No existen respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas, por ello, te rogamos la **MAYOR SINCERIDAD POSIBLE**.
- Es importante que respetes el orden de las preguntas tal y como aparecen en el cuestionario.
- El cuestionario es **INDIVIDUAL**, te agradeceríamos que no consultaras con otras personas las preguntas o tus respuestas.
- Intenta no dejar ninguna pregunta sin responder. Escoge, en la medida de lo posible, la alternativa que mejor se ajuste a tu situación.
- Si alguna de las preguntas no se ajusta a tu situación actual intenta, por favor, reflejar en tu contestación cómo ha sido tu experiencia al respecto en otros momentos de tu vida.

POR FAVOR, MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

1. **Sexo:** Hombre () Mujer ()

2. **Edad:**

3. **Altura (cm):**

4. **Peso (kg):**

Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu figura en el último mes. Por favor, lee cada pregunta y señala con una cruz el número que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada. Contesta a todas las preguntas.

1 - Nunca 2 – Es raro 3 - Algunas veces 4 - A menudo 5 - Muy a menudo 6 - Siempre

Preguntas	1	2	3	4	5	6
Quando te aburres ¿te preocupas por tu figura?						
¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?						
¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalgas o cintura demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?						
¿Has tenido miedo a engordar?						
¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?						
¿Sentirte lleno/a (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentirte gordo/a?						
¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?						
¿Has evitado correr para que tu carne no botara?						
¿Estar con chicos o chicas delgados/as, ¿te ha hecho fijar en tu figura?						
¿Te ha preocupado que tus muslos o cintura se ensanchen cuando te sientas?						
¿El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gorda o gordo?						
Al fijarte en la figura de otras chicas o chicos, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?						
Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees o mantienes una conversación)?						
Estar desnuda/o (por ejemplo, cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gorda/o?						
¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?						
¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?						
Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gorda/o?						
¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?						
¿Te has sentido excesivamente gorda/o o redondeada/o?						
¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?						
Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?						
¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?						
¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?						
¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura y estómago?						
¿Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas/os que tú?						
¿Has vomitado para sentirte más delgada/o?						
Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo sentándote en un sofá o en el autobús)?						
¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?						
Verte reflejada/o en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentirte mal por tu figura?						
¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa tenías?						
¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?						

¿Has tomado laxantes (pastillas para evitar el estreñimiento) para sentirte más delgada/o?						
¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?						
La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio físico?						

A continuación te pedimos que valores tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones de tal manera que:

MA - Muy de acuerdo A - Acuerdo D -- En desacuerdo MD – Muy en desacuerdo

Preguntas	MA	A	D	MD
Me gustaría ser otra persona				
Me gustaría ser distinta/o de lo que soy				
Creo que dependo demasiado de los demás				
Hay muchas cosas en mi que cambiaría si pudiera				
Me cuesta mucho tomar decisiones				
Soy una persona feliz				
Yo creo que me irá bien en el futuro				
Soy un fracaso				
En casa se respetan bastante mis sentimientos				
Creo que mis padres me entienden muy bien				
Soy una persona que cae muy bien a los demás				
Conmigo es fácil pasarlo bien				
A veces siento que los demás no me aceptan tal como soy				

A continuación encontrarás una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que tu valores la frecuencia con que sueles pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

0 - Nunca pienso eso 1 - Algunas veces lo pienso 2 - Bastante veces lo pienso 3 - Con mucha frecuencia lo pienso

Preguntas	0	1	2	3
No puedo soportar ciertas cosas que me pasan				
Solamente me pasan cosas malas				
Todo lo que hago me sale mal				
Sé que piensan mal de mi				
¿Y si tengo alguna enfermedad grave?				
Soy inferior a la gente en casi todo				
Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor				
¡No hay derecho a que me traten así!				
Si me siento triste es porque soy un enfermo mental				
Mis problemas dependen de los que me rodean				
Soy un desastre como persona				
Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa				
Debería de estar bien y no tener estos problemas				

Sé que tengo la razón y no me entienden					
Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa					
Es horrible que me pase esto					
Mi vida es un continuo fracaso					
Siempre tendré este problema					
Sé que me están mintiendo y engañando					
¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?					
Soy superior a la gente en casi todo					
Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean					
Si me quisieran de verdad no me tratarían así					
Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo					
Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas					
Alguien que conozco es un imbécil					
Otros tiene la culpa de lo que me pasa					
No debería de cometer estos errores					
No quiere reconocer que estoy en lo cierto					
Ya vendrán mejores tiempos					
Es insoportable, no puedo aguantar más					
Soy incompetente e inútil					
Nunca podré salir de esta situación					
Quieren hacerme daño					
¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?					
La gente hace las cosas mejor que yo					
Soy una víctima de mis circunstancias					
No me tratan como deberían hacerlo y me merezco					
Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo					
Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas					
Soy un neurótico					
Lo que me pasa es un castigo que merezco					
Debería recibir más atención y cariño de otros					
Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana					
Tarde o temprano me irán las cosas mejor					

Por último, pon una marca en la casilla que mejor refleje tu caso, Por favor, contesta cuidadosamente cada pregunta.

**A – Nunca B – Casi nunca C – Algunas veces D – Bastantes veces E- Casi siempre
F – Siempre**

Preguntas	A	B	C	D	E	F
Me gusta comer con otras personas						
Preparo comidas para otros, pero yo me las como						
Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas						
Me da mucho miedo pesar demasiado						
Procuro no comer, aunque tenga hambre						
Me preocupo mucho por la comida						
A veces me “lleno” de comida sintiendo que soy incapaz de parar de comer						
Corto mis alimentos en trozos pequeños						

Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como							
Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: pan, arroz, papas, etc.)							
Me siento lleno/a después de las comidas							
Noto que los demás preferirían que yo no comiera más							
Vomito después de haber comido							
Me siento muy culpable después de comer							
Me preocupa el deseo de estar más delgado/a							
Hago mucho ejercicio para quemar calorías							
Me peso varias veces al día							
Me gusta que la ropa me quede ajustada							
Disfruto comiendo carne							
Me levanto pronto por las mañanas							
Cada día como los mismos alimentos							
Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio							
Tengo la menstruación regular (varones pasan a la siguiente)							
Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a							
Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo							
Tardo en comer más que las otras personas							
Disfruto comiendo en restaurantes							
Tomo laxantes (purgantes)							
Procuro no comer alimentos con azúcar							
Como alimentos de régimen (dieta)							
Siento que los alimentos controlan mi vida							
Me controlo en las comidas							
Noto que los demás me presionan para que coma							
Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida							
Tengo estreñimiento							
Me siento incómodo/a después de comer dulces							
Me comprometo a hacer régimen (dieta)							
Me gusta sentir el estómago vacío							
Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas							
Tengo ganas de vomitar después de las comidas							