

# La imagen corporal en la sociedad del siglo XXI

Ana María MUÑOZ LÓPEZ

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquest document i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a RECERCAT (framing)

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de este documento y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y título. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a RECERCAT (framing).



Universitat  
Internacional  
de Catalunya

Facultad  
de Medicina y  
Ciencias de la Salud

TRABAJO DE FIN DE GRADO

# La imagen corporal en la sociedad del siglo XXI

Grado en Enfermería

**Autor:** Ana María MUÑOZ LÓPEZ

**Tutor:** Mercedes BELLIDO

**Fecha de presentación:** 26/05/2014

**“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de  
impresión, fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la  
Universitat Internacional de Catalunya”**

## DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a mi esposo, que ha estado a mi lado dándome cariño,  
confianza y apoyo incondicional para seguir adelante.

A mi hija, que es el motivo y la razón que me ha llevado a seguir superándome día a día, para alcanzar mis ideales de superación, a mi tía, que me ha ayudado en todo lo que ha podido durante estos cuatro años, ellos han sido quienes en los momentos más difíciles me dieron su amor y comprensión para poderlos superar, y muy especialmente a mi madre, que aunque no esté físicamente, siempre la llevo en mi pensamiento.

## AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento a la Universitat Internacional de Catalunya (UIC), por la oportunidad que me brindaron al acogerme y permitirme realizar mis estudios de enfermería.

A todos y cada uno de los profesores a los que he tenido la oportunidad de conocer, los cuales de muy diversas formas, me han apoyado y se han mostrado dispuestos a ayudarme a lo largo de estos cuatro años.

A mis compañeros de clase, con los cuales he pasado buenos y malos momentos.

Finalmente, quiero agradecer especialmente a mi tutora Mercedes Bellido, por la supervisión realizada en este trabajo fin de grado. Sin ella no me hubiese sido posible llevarlo a cabo.

Gracias a todos.

**ÍNDICE**

Agradecimientos	II
Abreviaturas	V
Resumen, abstrac y keywords	VI
1 Introducción	1
2 Justificación del trabajo	2
3 Objetivos	3
3.1 Objetivo principal	3
3.2 Objetivos secundarios	3
4 Metodología	3
5 Revisión de la literatura	4
5.1 Concepto de imagen corporal	4
5.2 Evolución de los cánones de belleza a lo largo de la historia	6
5.3 Valores sociales del siglo xxi: culto al cuerpo	8
5.3.1 Estigmatización y obesidad	9
5.4 Influencia de los medios de comunicación	9
5.5 Insatisfacción y alteración de la imagen corporal	11
5.6 Trastornos de la imagen corporal	13
5.6.1 Trastorno dismórfico coporal	13
5.6.2 Dismorfia muscular o vigorexia	14
5.6.3 Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)	15
Anorexia nerviosa	15
Bulimia nerviosa	16
Trastorno de la conducta alimentaria no especificado	17
5.7 Abordaje de los trastornos de la imagen corporal. Rol de enfermería	17
5.7.1 Evaluación psicopatológica de los TCA	21
6 Discusión y conclusiones	22
7 Reflexión personal sobre el aprendizaje obtenido	24
8 Referencias bibliográficas	24

ANEXOS	VIII
Anexo 1: Búsqueda bibliográfica y estrategia de selección	VIII
Anexo 2: Cronograma	X
Anexo 3: Test de BSQ. Body Shape Questionnaire	XI
Anexo 4: EAT-40. Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación	XIII
Anexo 5: EAT-26. Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación	XVI

## **ABREVIATURAS**

**AN.** Anorexia Nerviosa

**APA.** Asociación Psiquiátrica Americana

**BAT.** Body Attitudes Test

**BD.** Base de Datos

**BI.** Body Image

**BDD.** Body Dysmorphic disorder

**BDI.** Beck Depression Inventory

**BSQ.** Body Shape Questionnaire

**BN.** Bulimia Nerviosa

**CAM.** Comunidad Autónoma de Madrid

**DBI.** Disorder of Body Image

**DMF.** Dismorfia Muscular

**DSM-IV-TR.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**SIVFRENT-J.** Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en la población Juvenil

**ED.** Eating disorder

**EAT.** Eating Attitudes Test

**EDI.** Eating Disorder Inventory

**IC.** Imagen Corporal

**IMC.** Índice de Masa Corporal

**NANDA.** North American Nursing Diagnosis Association

**TA.** Trastornos de la Alimentación

**TCA.** Trastornos de la Conducta Alimentaria

**TCANE.** Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificado

**TDC.** Trastorno Dismórfico Corporal

**TFG.** Trabajo Final de Grado

**TIC.** Trastorno de la Imagen Corporal



## RESUMEN, ABSTRACT Y KEYWORDS

La imagen corporal (IC) representa la forma en la que un individuo se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. Es un concepto dinámico que puede modificarse a lo largo de la vida. La percepción de nuestro propio cuerpo está influida por factores socioculturales. Desde el punto de vista histórico, el concepto de belleza se ha modificado sustancialmente. En la prehistoria, la belleza se asociaba a la reproducción de la especie, mientras que en la actualidad, se asocia al éxito personal, profesional y social. El estereotipo de belleza femenino de las sociedades contemporáneas se basa en la extrema delgadez y el masculino en cuerpos musculados.

La lucha por alcanzar el canon de belleza impuesto por la sociedad ha contribuido a la aparición de diferentes trastornos de la imagen corporal (TIC). Los medios de comunicación son un factor importante en el desarrollo de determinados procesos patológicos, en la insatisfacción con la propia IC y en la estigmatización del individuo. Se consideran los principales impulsores de los patrones estéticos, siendo las mujeres y los adolescentes los más vulnerables.

Las diferentes investigaciones indican que los TIC son frecuentes siendo los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) los que suponen un mayor número de ingresos y reingresos entre la población femenina. Aunque los TCA afectan principalmente a la población adolescente, los estudios muestran que puede aparecer en la edad adulta e incluso en la infancia. En el sexo masculino, el trastorno dismórfico corporal (TDC) parece ser el más prevalente. La prevención y el tratamiento de este tipo de trastornos es primordial. En este sentido, enfermería tiene un papel fundamental debido al frecuente contacto que mantiene con el paciente.

Debido a la importancia concedida en la sociedad actual a la apariencia física y las posibles repercusiones que ello conlleva, el presente trabajo pretende realizar una revisión de la literatura con el objetivo de analizar el valor y la exigencia que otorga la sociedad a la IC.

**Palabras clave:** imagen corporal, desórdenes mentales, estigma social, medios de comunicación, epidemiología, cuidados de enfermería, proceso de atención de enfermería.

## ABSTRACT

Body image (BI) represents the way in how a person perceives, imagine himself/herself, feels and acts related to his/her own body. It is a dynamic concept that can change throughout life and it is strongly related to the idea of beauty.

People tend to appraise the human body based on societies' beauty canon. Nowadays, beauty's stereotype corresponds to a young, thin and sensual body, related to personal, professional and social success. The growing interest for the human body is only focused on the physic aspect because of the value that beauty shop has in contemporary societies.

Media are considered the main drivers of aesthetic standards, being adolescents and women the most vulnerable. The struggle for the ideal of beauty has helped to develop a new philosophy of life shared by many: body worship. This has encouraged the development of specific disorders of body image (BID), dissatisfaction with the BI itself and stigmatization of the individual.

Some BID are important public health because of its high incidence and prevalence.

These include disorders of eating behavior (ED) which represent the greatest number of admissions and readmissions among women. In males, body dysmorphic disorder (BDD) reaches percentages of 2.4% in the general population. These conditions involve great suffering for the individual and can even mean death.

Prevention and treatment of this type of disorder is essential. In this sense, nursing has a key role due to the frequent contact maintained with the patient.

Because the emphasis in today's society to physical appearance and the possible implications that this entails, this paper aims to review the literature in order to analyze the value and demand that society gives to the BI.

**Keywords:** body image, mental disorders, social stigma, mass media, epidemiology, nursing care, nursing care process.

## 1 INTRODUCCIÓN

El interés por el cuerpo no es algo nuevo ni propio de nuestro tiempo, sino que se remonta a siglos pasados (1). Sin embargo, actualmente la importancia que ha adquirido la IC ha desencadenado una preocupación generalizada por la apariencia física.

En todas las épocas, el cuerpo ha sido percibido e interpretado a través de criterios socio-culturales (2-4). Los valores, significados y atribuciones otorgados a la IC, fuertemente vinculada al concepto de belleza, han variado a lo largo de la historia. Cada período histórico se ha caracterizado por unos determinados cánones de belleza, influidos por aspectos culturales propios de cada contexto social (4). Así, en la prehistoria, la belleza de la mujer incorporaba un fin reproductivo para la perpetuación de la especie (5). Este concepto de belleza se encuentra muy distante del ideal de belleza de las sociedades contemporáneas.

En Occidente, han proliferado actividades corporales de todo tipo (dietética, cirugía plástica, farmacia, cosmética, educación física y deportiva, etc.), convirtiéndose la IC en el objetivo fundamental en la vida de muchas personas. Nuestra educación tiende a modelar nuestro cuerpo y a adaptarlo a la normativa de la sociedad en la que vivimos, otorgándole una función relevante como mediador cultural (3,6).

Las últimas décadas del siglo XX y comienzo del siglo XXI se han caracterizado por un “culto al cuerpo” (3,6,7). El cuerpo es percibido como un objeto exterior, que forma parte de nuestro ambiente, del entorno más cercano a nuestro yo, y como todo lo que nos rodea, nos influye (4,7). Estamos íntimamente conectados con el mundo a través de nuestro cuerpo (2).

En la actualidad, el valor que se otorga al aspecto físico, se ha impuesto sobre otros valores de la persona (4,6). En este sentido, los medios de comunicación han contribuido notablemente a difundir el prototipo de belleza presente en la sociedad y a su interiorización colectiva. El femenino es marcadamente delgado y el masculino está caracterizado por el desarrollo muscular, características ya valoradas positivamente en el mundo grecorromano clásico (8). Este bombardeo constante de imágenes por cualquier medio de comunicación social, ya sea a través de prensa, radio o televisión conducen a una distorsión de la realidad, provocando sentimientos de vulnerabilidad, inseguridad y baja autoestima (9).

Los individuos en general tienden a realizar una valoración de su cuerpo basada en los estereotipos de belleza presentes en la sociedad. El resultado de esta valoración personal es la satisfacción o insatisfacción con la propia imagen (10). La disconformidad entre la autopercepción de la IC y el cuerpo ideal, da lugar a la insatisfacción corporal<sup>1</sup> (12,13), constructo<sup>2</sup> complejo que engloba percepciones, pensamientos, sentimientos y comportamientos referentes al propio cuerpo (15). Una valoración negativa de la propia IC desencadena, en ocasiones, trastornos patológicos.

El incremento, tanto en la incidencia como en la prevalencia, de individuos con alteraciones y TIC (16), hace necesario realizar una revisión de la literatura cuyo objetivo principal es analizar el valor y la exigencia que otorga la sociedad actual a la IC. Se pretende por otro lado, analizar las posibles consecuencias derivadas de la importancia concedida en la actualidad a la apariencia física e identificar la influencia de los medios de comunicación en la aparición de los TIC.

## 2 JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

El estereotipo de belleza impuesto en las sociedades contemporáneas ha influido de forma notable en la percepción de la IC generando, en muchos casos, una autoevaluación negativa de la misma. Por este motivo, muchos individuos presentan problemas relacionados con la IC, que dan lugar a insatisfacciones o incluso trastornos patológicos.

El aumento en el número de patologías relacionadas con la IC y la preocupación que ello suscita hace necesario reflexionar sobre los diferentes aspectos que pueden influir en este tipo de trastornos. En este sentido, se considera importante realizar una revisión de la literatura sobre la importancia de la IC en la sociedad del siglo XXI para una mayor comprensión de las circunstancias que han influido en la sobrevaloración de la apariencia física y la aparición de nuevas enfermedades relacionadas con la IC. Ello puede contribuir a mejorar las intervenciones a nivel general, que requieren los pacientes que presentan este tipo de problemas. Por otro lado, desde el punto de vista de la enfermería, este colectivo se encuentra en una posición privilegiada, tanto para la detección precoz, como para realizar intervenciones efectivas basadas en la evidencia científica.

---

<sup>1</sup> Insatisfacción corporal. Discrepancias entre la IC autopercebida y la IC ideal (11).

<sup>2</sup> Constructo. Construcción teórica para resolver un problema científico determinado (14).

### 3 OBJETIVOS

#### *Objetivo principal*

- Analizar el valor y la exigencia que otorga la sociedad a la imagen corporal.

#### *Objetivos secundarios*

- Revisar el concepto de imagen corporal
- Identificar el papel que juegan los medios de comunicación en la alteración de la imagen corporal.
- Entender las diferentes patologías que han ido surgiendo a consecuencia de esta sobrevaloración de la imagen corporal y cómo influye en ambos sexos.
- Reconocer qué población es más vulnerable de sufrir un posible trastorno de imagen corporal.

### 4 METODOLOGÍA

Con el propósito de realizar esta revisión bibliográfica, se ha llevado a cabo un plan estratégico, ejecutado en tres etapas como se especifica a continuación.

En una primera fase, se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos originales en las principales bases de datos de carácter nacional e internacional. A continuación, se procedió a la lectura del título de los artículos encontrados con la finalidad de seleccionar aquellos que pudieran contribuir a la consecución de los objetivos planteados.

Posteriormente se procedió a la lectura del abstract de los mismos para garantizar la adecuación de los mismos, descartando aquellos que por diferentes aspectos (contenido, metodología, resultados) no aportaban información relevante. La lectura crítica del artículo completo permitió la selección final de aquellos incluidos en la revisión de la literatura.

Finalmente, se procedió a la lectura crítica de los artículos encontrados lo que permitió la selección final de aquellos incluidos en la revisión de la literatura. Se realizó un resumen y clasificación de los mismos en función de las palabras clave utilizadas, el autor o autores, el año de publicación, la base de datos consultada y el apartado del

trabajo donde podrían tener cabida. Se seleccionaron los artículos más relevantes de acuerdo a los objetivos del trabajo, descartando de esta manera aquellos que no lo fuesen.

Por último, se redactó el trabajo siguiendo los datos señalados en el resumen de cada artículo, volviendo a leer en profundidad las referencias seleccionadas.

Las bases de datos utilizadas fueron: “PubMed”, “Cinhal”, “Scopus”, “Web of Science” y “Google Académico”. Se utilizaron las siguientes palabras clave de acuerdo al DeCS y al MeSH: “imagen corporal”, “desórdenes mentales”, “estigma social”, “medios de comunicación”, “epidemiología”, “cuidados de enfermería”, “proceso de atención de enfermería”.

El operador booleano utilizado en la totalidad de las búsquedas fue “and”. Se recopilaron aquellos artículos publicados en los últimos cinco años. Todas las referencias fueron exportadas al gestor bibliográfico “Refworks”. Durante esta primera etapa se recogió toda la estrategia de búsqueda en un documento de Microsoft Office Word, donde se distinguían diferentes tablas para cada una de las bases de datos (Anexo 1).

Cabe destacar, que se han empleado diferentes tipos de documentos para la elaboración del trabajo final: estudios científicos, revisiones, artículos de divulgación y libros, entre otros. Para completar la búsqueda bibliográfica se seleccionaron artículos procedentes de las referencias bibliográficas de artículos originales.

El documento final es el resultado de un trabajo continuado iniciado en septiembre de 2013 con la concreción del tema. Las diferentes actividades desarrolladas a lo largo de la elaboración del mismo están especificadas en el Anexo 2.

## **5 REVISIÓN DE LA LITERATURA**

### ***CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL***

Schilder (17) define la IC como “la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta”. Para Slade (18) la IC es “una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo”. Es el reconocimiento subjetivo del propio cuerpo y de cómo uno cree que los demás lo ven (4,19).

El concepto de IC, no está exclusivamente relacionado con la apariencia física real, también contempla elementos claves como las actitudes y las valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo (20,21). Es necesario distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él, puesto que esta representación puede estar impregnada de sentimientos positivos o negativos de indiscutible influencia en el autoconcepto (22).

En la IC se contemplan aspectos perceptivos y aspectos subjetivos (satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad y aspectos conductuales). Es un concepto que hace referencia a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo (23).

Está formada por diferentes componentes (11,24): el perceptual (percepción del cuerpo en toda su totalidad o de alguna de sus partes), el cognitivo (valoraciones respecto al cuerpo o una parte de este), el afectivo (sentimientos o actitudes respecto al cuerpo o a una parte de este) y el conductual (acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción).

La IC va construyéndose evolutivamente, es decir, en diferentes etapas de nuestra vida vamos interiorizando las vivencias de nuestro cuerpo (2,25). En la formación de la IC existen dos variables importantes: la importancia de la IC para la autoestima y la satisfacción o la insatisfacción con la misma.

En la actualidad, existe una preocupación generalizada por la IC aunque no es algo exclusivo de nuestros días (25). Cada período de la historia cuenta con sus propios estándares de belleza y cada cultura desarrolla diferentes conceptos sobre la propia imagen, forma y decoración del cuerpo (1). En definitiva, la IC está influenciada por diferentes factores que incluyen aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales que varían con el tiempo (26,27).

En nuestros días, la estética del cuerpo, concretamente el valor que se da al aspecto físico, se ha impuesto sobre otros valores de la persona (4,6). Los medios de comunicación social son los principales responsables de este problema (28) puesto que con su amplia capacidad de convocatoria difunden el ideal de belleza impuesto en la sociedad. Este ideal se corresponde con un cuerpo delgado, joven y sensual. Las top models y en general, algunas personas sobrevaloradas socialmente muestran el arquetipo de belleza a veces inalcanzable (4,6). Es evidente que los cánones de belleza presentes en un contexto sociocultural concreto influyen de forma significativa en la percepción de la propia IC. El estereotipo de belleza ha sufrido modificaciones

importantes a lo largo de la historia, alejándose el actual al que antiguamente primaba en las antiguas civilizaciones.

### ***EVOLUCIÓN DE LOS CÁNONES DE BELLEZA A LO LARGO DE LA HISTORIA***

El canon de belleza responde a factores culturales que han influido en su evolución histórica (4). Estos cánones van ligados a unas razones ideológicas interiorizadas en los diferentes pueblos y culturas que han ido modificándose a lo largo del tiempo (1,4). El arte y la literatura han sido instrumentos clave para reflejar el arquetipo de belleza presentes en cada época (5).

La belleza ha estado siempre muy vinculada al sexo femenino. De hecho, el aspecto físico de la mujer ha sido muy valorado a lo largo de la historia dejando en un segundo plano su capacidad intelectual (4).

En la Prehistoria, el ideal de belleza estaba fundamentado por la reproducción, el bienestar y el triunfo de la evolución. Por este motivo, se valoraban las mujeres con cuerpos voluminosos, cuyo significado se atribuía a la reproducción efectiva y evitar la muerte en el parto (5).

Los egipcios introdujeron un nuevo concepto de belleza, basado en la armonía y la perfección. El cuerpo debía estar proporcionado y se utilizaba el puño como unidad de medida. La mujer debía ser delgada, con pequeños miembros pero de caderas anchas, pechos pequeños y torneados. La belleza era muy elogiada y se hacía uso de cosméticos y pelucas (4,5).

En la antigua Grecia tanto la belleza femenina como la masculina se centraba en la simetría, es decir, se consideraba que un cuerpo era bello cuando todas sus partes estaban proporcionadas con el resto del cuerpo. Las esculturas de las mujeres de aquella época, muestran féminas proporcionadas, más bien robustas, sin sensualidad. El ideal de belleza masculino se basaba en un cuerpo atlético influido por la importancia de los dioses. Este ideal se mantuvo en la cultura romana con la diferencia de que al tratarse de un pueblo más guerrero, a los hombres se les representó con armadura (4,5).

En la Edad Media, el auge del cristianismo condicionó el concepto de belleza: la belleza dependía de la intervención de Dios. El ideal de belleza femenino era el de una mujer de piel blanca (símbolo de pureza), con caderas estrechas y senos pequeños y firmes. En cuanto a los hombres, eran representados como caballeros guerreros con armaduras, altos, delgados, fuertes y vigorosos, con pecho y hombros anchos para



aguantar la armadura, piernas largas y rectas en señal de elegancia, porte y manos grandes como símbolo de habilidad con la espada (4,5).

El Renacimiento tuvo un canon de belleza semejante al del mundo clásico, donde buscaban su principal inspiración estética. Se basaba sobre todo en la armonía y en la proporción. Las características más valoradas en la mujer eran: piel blanca, hombros y cintura estrechos, caderas y estómagos redondeados y senos pequeños, firmes y torneados. El ideal masculino buscaba hombres de cabellos largos, cejas pobladas y marcadas, la mandíbula fuerte y los pectorales anchos (4,5,29).

El Barroco fue considerado la edad de la apariencia y la coquetería. El ideal de belleza femenina era bastante artificial (uso de carmines, lunares, etc.). Los cuerpos eran más gorditos que en el Renacimiento, con pechos más prominentes, anchas caderas y cinturas más estrechas (todo ello resaltado por los corsés). En los hombres, destacaba mucho el pelo (utilizaban peluca), la piel muy blanca y las mejillas rosadas (4,5,29).

En el siglo XX, los cánones de belleza estuvieron marcados principalmente por el cine y la búsqueda de libertades femeninas. Tras la posguerra, años 50, el ideal de belleza en el cuerpo de la mujer estaba dado por curvas y formas redondeadas. La palidez deja de estar de moda y la nueva tendencia es una piel bronceada. En publicidad, empieza a difundirse hábitos de higiene y belleza, destacando el cuidado del cuerpo. En los años 60 se impone la delgadez extrema; apreciando un cuerpo esbelto, denominado tubular o andrógino<sup>3</sup> (19). Este canon de belleza ha permanecido hasta la actualidad.

En general, se puede afirmar que el significado de belleza ha ido modificándose a lo largo de la historia en función de aspectos sociales y culturales. Actualmente, los cuerpos delgados y ejercitados simbolizan fuerza de voluntad, carácter, perseverancia y el éxito (social, personal y profesional). Resulta imposible separar la actividad diaria del aspecto personal (30).

La lucha por alcanzar el estereotipo de belleza ha ocasionado la aparición de determinados trastornos patológicos frecuentes en las sociedades modernas. A partir de los años 90, como consecuencia del canon de belleza presente en la sociedad, aparecen los TCA: la anorexia y la bulimia. A partir de este momento, este tipo de trastornos se incrementa de forma progresiva y aparecen otros nuevos también relacionados con la IC como es la vigorexia.

---

<sup>3</sup> Cuerpo tubular o andrógino. Cuerpo delgado, recto.

Por otro lado, la ciencia y la tecnología han contribuido a la idea generalizada de que la apariencia física puede modificarse, otorgando un valor sobreañadido al cuerpo externo. Ante esta concepción de la IC, surge una nueva filosofía de vida interiorizada por muchos individuos: el culto al cuerpo.

### **VALORES SOCIALES DEL SIGLO XXI: CULTO AL CUERPO**

En el siglo XXI, el cuerpo es sujeto y objeto de cultura (6). Socialmente, una buena presencia implica mayores posibilidades laborales, de relaciones humano-afectivas y de aceptación social. La sociedad en la que vivimos, invita a cultivar más el exterior que la interioridad, el poseer más que el ser, la belleza externa sobre la interior. Lo importante no es lo que somos, sino como nos presentamos (31).

La imagen social es tan valorada que es necesario modificarla para que, estéticamente, sea lo que socialmente debe ser (19). Es más importante la imagen que aquello que la imagen representa (32). Cuando el cuerpo no es acorde con los modelos vigentes en la sociedad, los avances de la ciencia se ponen a su servicio para conseguir un cuerpo perfecto (6,30). Este culto al cuerpo ha originado todo un mercado de negocios en el que se mueven grandes cantidades de dinero. La preocupación por el cuerpo y la apariencia física se han convertido en una fuente de consumo en una sociedad de mercado (6). Actualmente se realizan numerosas intervenciones de cirugía estética para ayudar a conseguir el ideal de belleza. Cualquier parte del cuerpo puede ser intervenida para alcanzar la supuesta perfección física. Se operan pechos, nariz, orejas, boca, pómulos, etc. (30).

Las mujeres son las que más intervenciones de cirugía plástica se realizan, aunque la demanda entre los hombres ha aumentado un 135% en los últimos años (33). Se estima que España es el primer país de Europa y el cuarto en el mundo en cuanto a la realización de intervenciones estéticas, unas 350.000 anuales (34,35).

Ante este estereotipo de belleza presente en las sociedades contemporáneas, el distanciarse de él puede dar lugar a la estigmatización<sup>4</sup> del individuo, con grandes repercusiones a nivel psicológico (19,37,38). De esta manera, los cuerpos amplios valorados antiguamente por su significado con la perpetuación de la especie, actualmente son rechazados socialmente.

---

<sup>4</sup> Estigma. Adjudicación a una persona o grupo de una característica que representa una identidad devaluada en un contexto social específico (36).

### 5.1.1 ESTIGMATIZACIÓN Y OBESIDAD

La obesidad es un problema común en las sociedades occidentales. Alrededor del 20% de la población adulta es obesa, y las tasas de prevalencia van en aumento (39). Los factores causales atribuibles más prevalentes de la obesidad, son la falta de actividad en un 82% y comer en exceso 72% (39). Un 25% del incremento de la obesidad entre adolescentes, es debido al aumento del tiempo que pasan viendo la televisión (16,40), el cual supone implícitamente un aumento en la inactividad física.

La obesidad se sitúa en el polo opuesto de la belleza, llegando a constituir un verdadero estigma social (38,39), que puede dar lugar a la discriminación, desventajas en los centros de salud y las relaciones interpersonales (38,39,41,42). En relación al trabajo, la estigmatización por el peso afecta al acceso al mercado laboral, la búsqueda de empleo, la promoción y los salarios (43,44). A las personas obesas, se las etiqueta negativamente como individuos perezosos, desmotivados y poco inteligentes (39,41,42,45), provocando un gran impacto en la calidad de vida de estas personas (37,39,46).

La devaluación y estigmatización, puede producir una angustia emocional añadida e inadaptación. Para estas personas el intento por reducir peso y situarse dentro de los cánones marcados por la sociedad puede suponer una angustia emocional que conduzca a problemas psicológicos (38).

En este sentido, podemos afirmar que la presión social, el valor de la apariencia física, supone un factor importante en la discriminación o estigmatización de aquellos que no se aproximan a lo aceptado socialmente.

La contribución de los medios de comunicación en la difusión del arquetipo de belleza actual, ha influido notablemente en el valor otorgado a lo estético del cuerpo por encima de otros valores. Las imágenes transmitidas por estos medios, refuerzan un estilo de vida, donde el cuidado del cuerpo (ejercicio físico, dietas, cosmética, vestuario, etc.) ocupa un lugar primordial.

#### ***INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN***

Vivimos en un mundo en gran medida controlado por los medios de comunicación, lo que hace imposible escapar de su influencia universal (9). Televisión, revistas, periódicos, radio, cine, publicidad, internet, etc. ocupan gran parte de nuestro tiempo de ocio (47). Estos medios transmiten las ideas, los valores, las normas, las actitudes y comportamientos en un contexto social determinado (47,48). Son una fuente muy

importante de información y refuerzo del ideal de belleza, su importancia y como alcanzarlo (47). La publicidad y los medios de comunicación contribuyen a la representación social del cuerpo ideal, a proporcionar un referente con el cual compararse (49).

La preocupación por el aspecto físico, la autoimagen y la sobrevaloración del cuerpo afecta igualmente a hombres y mujeres (50). Hace tiempo que la exposición pública de la belleza dejó de ser una exclusiva femenina y el cuerpo del hombre se exhibe en la publicidad televisiva, en las revistas y en las pasarelas de moda (51). Hablar de publicidad es hablar de apariencias, de lo que es agradable para los ojos. Los valores que la publicidad actual asocia con un cuerpo femenino son la belleza, la juventud y la delgadez. El físico de las mujeres que aparecen en los medios de comunicación en general y en publicidad en particular, es cada vez más irreal, lo que implica riesgos para la salud. La búsqueda de un ideal corporal a veces inalcanzable, puede afectar a su autoestima y supone una importante dedicación de tiempo (51-53).

En relación a los hombres, los medios de comunicación fomentan el modelo fitness: mesomorfo<sup>5</sup> (torso en forma de "V"), atlético y sin grasa (32). En este siglo, el cuerpo físico masculino ha adquirido unas proporciones como jamás tuvo en la historia occidental. El cuerpo perfecto y el cuerpo atlético han superado con creces al cuerpo mental (51-53).

Existen diversos estudios sobre la posible implicación de los medios de comunicación en los hábitos dietéticos de la población (16,54-56) y su influencia negativa en la propia percepción corporal (57). Los resultados de algunos de ellos muestran un incremento del 25% en la distorsión de su IC tras visualizar las fotografías de los modelos expuestas (16,55). El 69% de las preadolescentes y adolescentes, reconoce que las fotografías de las revistas de moda han influido en su concepto de la figura corporal ideal y un 47% quiere perder peso debido a la influencia de estas imágenes, existiendo un paralelismo entre la frecuencia de lectura de revistas y la realización de dietas para reducir peso, la iniciación de programas de ejercicios y el sentimiento de que las imágenes de las revistas influyen en su concepto, lo que se puede trasladar a los medios de comunicación audiovisuales (16).

La semiología de la felicidad y el éxito, es canalizada a través de lo estético, lo que conlleva, en algunos casos, a una insatisfacción o alteración de la IC e incluso

---

<sup>5</sup> Modelo fitness: mesomorfo. Se caracteriza por una forma corporal atlética, hombros anchos, complexión fuerte, con predominio del sistema muscular y óseo.

desarrollar trastornos patológicos secundarios que derivan en comportamientos autodestructivos que pueden perjudicar la salud e incluso significar la muerte (58,59). Gran parte de esta percepción se encuentra mediatizada por la publicidad y la moda, entre otros factores, como referentes que indican qué es lo bello, qué es lo atractivo y qué es lo exitoso (60-63).

Internet es otro de los medios que favorece el desarrollo de las patologías relacionadas con la IC. Existen páginas web como Pro Ana (pro anorexia) y Pro Mia (pro bulimia), que permiten abrir espacios en los cuales se presentan los TCA como un estilo de vida, ofreciendo “un espacio donde comparten dietas, laxantes e incluso consejos para suicidarse sin dolor en caso de no poder alcanzar el cuerpo perfecto” (7,50,64).

### ***INSATISFACCIÓN Y ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL***

En la percepción de la IC convergen diversos factores (históricos o predisponentes y de mantenimiento) que intervienen de manera significativa en la autoevaluación de la propia imagen y favorecen, en algunos casos una valoración negativa del individuo hacia su propio cuerpo (21).

Los factores históricos o predisponentes engloban aspectos sociales, familiares, personales y de desarrollo que dan lugar a la construcción de la IC. Incorporan actitudes, esquemas, ideales, percepciones y emociones sobre el propio cuerpo de forma negativa provocando insatisfacción y pueden permanecer latentes hasta la aparición de un suceso (21):

- Sociales y culturales. Proponen un ideal estético que se relaciona con la autoestima, el atractivo y la competencia personal.
- Modelos familiares y amistades. La influencia de determinados modelos (como padres o amigos) hace que el niño/a aprenda esas actitudes. Ser criticado o sufrir burlas hacia el cuerpo o por parte del grupo de iguales, hace a una persona más vulnerable.
- Características personales. La baja autoestima, la inseguridad, las dificultades en el logro de la autonomía y los sentimientos de ineficacia pueden hacer que una persona se centre en lograr un aspecto físico perfecto, para poder compensar sus sentimientos.
- Desarrollo físico o feedback social. Los cambios en la pubertad, enfermedades, haber sido víctima de abuso sexual, experiencias dolorosas con el cuerpo, etc.

sensibilizan hacia el aspecto físico y hacen más autoconsciente a una persona sobre su apariencia física.

Los factores de mantenimiento (21), hacen referencia a los acontecimientos que activan el esquema de la IC de tipo negativo y que producen malestar (la exposición del cuerpo, el escrutinio social, la comparación social, la comparación social, la solicitud de un cambio por parte de otros, etc.).

Las consecuencias de la insatisfacción con la IC son variadas e incluyen una baja autoestima, depresión, ansiedad social, inhibición y disfunción sexual, desarrollo de diferentes trastornos, así como inicio de tratamientos dirigidos a mejorar el aspecto físico (cosméticos, quirúrgicos, dermatológicos...) de forma reiterada y con demandas irracionales (65,66).

Por otro lado, el individuo que al evaluar su imagen manifiesta juicios de valor que no coinciden con la dimensión de la realidad, presenta una alteración de la IC (4,67). Esta alteración puede concretarse en dos aspectos fundamentales (68):

- Alteración cognitivo-afectiva hacia el cuerpo: insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que nuestro cuerpo suscita.
- Alteración perceptual, que conducen a la distorsión de la IC.

En los casos donde existen alteraciones de la IC, los síntomas se presentan en cuatro niveles de respuesta que se ponen de relieve cuando el paciente se enfrenta a situaciones en las que puede ser observado (23):

- Nivel psicofisiológico. Respuesta de activación del Sistema Nervioso Autónomo (sudoración, temblor, dificultad respiratoria, etc.).
- Nivel conductual. Conductas de evitación, camuflaje, rituales de comprobación y tranquilización, realización de dieta, ejercicio físico, etc.
- Nivel cognitivo. Preocupación intensa, creencias irracionales, distorsiones perceptivas, sobreestimación, subestimación y autoverbalizaciones negativas sobre el cuerpo. Las preocupaciones pueden ser patológicas, obsesivas, sobrevaloradas e incluso delirantes.
- Nivel emocional. Insatisfacción, asco, tristeza, vergüenza, etc.

La preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo, pueden en algunos casos, llegar a ser patológicas. La cultura del “culto al cuerpo” y la influencia de los

medios de comunicación, han favorecido el desarrollo de determinados trastornos patológicos.

## **TRASTORNOS DE LA IMAGEN CORPORAL**

La excesiva preocupación por el aspecto físico, unido a las creencias de los beneficios del cuerpo perfecto, conlleva a nuevas necesidades que van dirigidas a la consecución de ideales estéticos que socialmente se han establecido. En el caso de las mujeres se ha canalizado en los TCA, como la anorexia y la bulimia, y en el caso de los hombres en Trastornos Dismórficos Corporales (TDC) como la vigorexia. En todos ellos, el individuo busca lograr una satisfacción corpórea para alcanzar el éxito, la felicidad y la tranquilidad.

### **5.1.2 TRASTORNO DISMÓRFICO COPORAL**

El concepto de las preocupaciones patológicas relacionadas con la apariencia física, tiene una larga historia (69). Morselli (70), denominó al TDC como “dismorfofobia”, lo que significa “miedo a la propia forma”.

El TDC, es una alteración de la IC considerada como grave, que está incluida dentro de los trastornos somatomorfos. El TDC ha sido poco investigado hasta hace dos décadas (71), pero sigue estando poco reconocido (72,73). Este trastorno causa un sufrimiento importante en el individuo.

Existen tres criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR (66):

- Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva. Las preocupaciones más comunes se centran en la piel, el pelo, o la nariz, aunque cualquier parte del cuerpo puede ser foco de preocupación.
- La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- La preocupación no se explica mejor por la presencia de otros trastornos mentales. El TDC y los Trastornos de la Alimentación (TA) son frecuentemente comórbidos, en cuyo caso deben ser diagnosticados ambos trastornos.

El TDC parece ser una patología relativamente común. Los estudios epidemiológicos han indicado una prevalencia del 0,7% a 2,4% en la población general (65,71,74) y aluden que son más comunes que trastornos como la esquizofrenia o la anorexia nerviosa (66,71). El TDC se encuentra comúnmente en la práctica clínica, con una



prevalencia del 9% al 12% en las consultas dermatológicas y del 3% al 53% en los clínicas de cirugía estética (75-77).

El TDC se inicia generalmente en la adolescencia, aunque puede presentarse en la niñez (66,78). Sin embargo, puede pasar desapercibido durante muchos años debido a que con frecuencia los individuos con este trastorno no quieren revelar sus síntomas (66). Las áreas del cuerpo que generan mayor preocupación son la piel (73%), el pelo (56%) y la nariz (37%) (79,80). No obstante, cualquier área del cuerpo puede ser el foco de preocupación. Algunas personas se preocupan por su apariencia general, que incluye la dismorfia muscular (DMF) y consiste en la creencia de que el cuerpo es demasiado pequeño y poco musculoso (81-83).

### **5.1.3 DISMORFIA MUSCULAR O VIGOREXIA**

La DMF o vigorexia es una psicopatología somática relativamente nueva (32) y no reconocida por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA).

La vigorexia se puede definir como “alteración de la salud caracterizada por una preocupación patológica de ser débil y no tener suficiente desarrollo muscular del cuerpo, aun teniéndolo, y que se manifiesta en la incapacidad de ver con exactitud el tamaño del propio cuerpo, con pensamientos obsesivos, así como comportamientos negativos relacionados con la apariencia, como excesos de ejercicio físico, dieta inapropiada y consumo de sustancias peligrosas” (84).

Se caracteriza, básicamente, por una percepción alterada de la propia constitución física (se consideran pequeños e insuficientemente musculados), unida a una sobreestimación de los beneficios psicológicos y sociales de tener un cuerpo musculado. Esta patología, afecta principalmente a los hombres y se manifiesta en actitudes y comportamientos excesivos que van dirigidos hacia el desarrollo muscular (85), causándoles malestar o deterioro clínicamente relevante en la vida cotidiana (86).

Esta psicopatología puede tener importantes consecuencias (tanto físicas, como psicológica y sociales) para quienes la padecen. Los principales problemas provienen del consumo (autoprescrito y no controlado) de esteroides y anabolizantes con el fin de obtener más músculo (86,87).

La prevalencia de DMF encontrada entre los asistentes a gimnasios es de un 13,6%. El porcentaje de uso de productos anabólicos por parte de los individuos con DMF se sitúa en el 42% (86).



#### 5.1.4 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los TCA, según el DSM-IV-TR (66), son enfermedades psiquiátricas que se caracterizan por ser alteraciones graves de la conducta alimentaria. Incluyen la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE).

En España, la prevalencia de los TCA en jóvenes adolescentes (15-18 años) se sitúa en el 3,7% y un 7,6 de población en riesgo. Según el informe de vigilancia epidemiológica de TCA y conductas relacionadas del 2004 de la CAM<sup>6</sup>, los TCA suponen la primera causa de ingreso hospitalario por trastorno mental en mujeres entre 15 y 24 años, siendo la AN la causa más importante de ingreso por trastorno mental en el grupo de edad mencionado. En estos ingresos, la proporción de mujeres es cercana a un 90%. La edad media de los ingresos es de 22,6 años y existe un importante número de casos de reingresos. Asimismo, se observa que los TCA presentan una alta comorbilidad con otros trastornos mentales (88,89).

##### **ANOREXIA NERVIOSA**

La AN se caracteriza por una imagen distorsionada del cuerpo. Es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente “los que engordan”, y con cierta frecuencia mediante vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico desmesurado, consumo de anorexígenos y diuréticos, etc. (8,90).

La prevalencia de vida<sup>7</sup> de la AN es del 0,3% al 2,2% en adolescentes (91-95) y puntual del 0,1% al 1,5% (92,95-98). Siendo más frecuente en las mujeres. En los últimos años, la incidencia de esta enfermedad parece haber aumentado, según indica el DSM-IV-TR. La AN se inicia típicamente durante la adolescencia media y tardía (94,95,99) aunque es importante destacar que puede aparecer durante la infancia (93,95,99).

---

<sup>6</sup> CAM. Comunidad Autónoma de Madrid.

<sup>7</sup> Prevalencia de vida. Proporción de personas que padecen la enfermedad en algún momento de su vida.

## BULIMIA NERVIOSA

La característica principal de la BN, según el DSM-IV-TR, consiste en atracones<sup>8</sup> y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso (por ej., vómito autoinducido, ayuno, ejercicio excesivo o el mal uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos) (66,100). Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal. En este desorden, también aparece la sensación de pérdida de control sobre los hábitos alimenticios.

La BN puede clasificarse en dos tipos (66):

- Purgativo: durante el episodio de BN, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes diuréticos o enemas en exceso.
- No purgativo: Durante el episodio de BN, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito, ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Estudios epidemiológicos orientan que el 0,1% y el 2% (95-98) de los adolescentes cumplen con el criterio diagnóstico de BN. El 90% de las personas que la padecen son mujeres.

Se sabe poco sobre los TCA en mujeres con un rango de edad superior a los 50 años (101). Los estudios basados en la población de Estados Unidos y Europa, han indicado que existe un menor riesgo de sufrir estos trastornos en mujeres maduras (101-103). Existen investigaciones clínicas que informan de la aparición tardía de TCA y revelan un aumento de hospitalizaciones por estos trastornos en mujeres de más de 35 años (101,104-106).

En un estudio longitudinal de 20 años, donde se investigó a mujeres y hombres con antecedentes de TCA, mostraron que el 75% de las mujeres que cumplían con los criterios diagnósticos de BN y TCANE a finales de la adolescencia, estaban recuperadas en la mediana edad, indicando una tasa del 4,5% de recaídas (107).

Un estudio sobre los TCA en los hombres, destaca el espectacular aumento que se ha dado en los últimos años (108). En 2007, un estudio indicó que el 25% de los casos

---

<sup>8</sup> Atracón. Consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían (66).

que padecen de AN y BN son varones (102,108). Un comportamiento frecuente entre los hombres con TCA es la realización de ejercicio excesivo, que puede llegar a ser adictivo, lo que se conoce como anorexia atlética. Algunos hombres usan el ejercicio como una conducta compensatoria para la ingesta de calorías, otros sin embargo, se ven atrapados en un círculo vicioso de realizar ejercicio para bajar de peso y promover la salud, incluso llegando a la autoinanición (108).

### **TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO**

Según el DSM-IV-TR (66), el TCANE, se refiere a los TCA que no cumplen con los criterios para ningún TCA específico.

Los TCANE podrían asumirse como trastornos con una menor relevancia clínica (109), pero los pacientes que lo padecen, suelen mostrar un cuadro clínico tan complicado y grave como el que presentan las pacientes con AN o BN (110). Entre el 20% y el 60% de los TCA se consideran dentro de los clasificados como TCANE (111). En la población femenina adolescente se aceptan como cifras aproximadas porcentajes de 0,5-1% de AN, del 1-3% de BN y del 3% de TCANE (112).

Los TCANE pueden ser síntoma del inicio de un trastorno de mayor importancia, por lo cual, no deben pasar desapercibidos, y deben ser objeto de tratamiento, puesto que se puede prevenir la aparición de un trastorno de mayor gravedad o la cronificación del mismo (113).

### ***ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE LA IMAGEN CORPORAL. ROL DE ENFERMERÍA***

Enfermería se encuentra en una posición privilegiada para la prevención y tratamiento de los TIC, debido a que son los profesionales que permanecen más tiempo en contacto con los pacientes (114).

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (115), define el TIC como “confusión en la imagen mental del yo físico”. Es necesario destacar que se trata de una respuesta anormal ante la presencia de cambios físicos (ya sean estos reales o imaginarios) y constituye una situación patológica. Es imprescindible estar alerta ante la aparición de signos que muestren el desarrollo de este diagnóstico, para poder establecer intervenciones eficaces. En los casos en que los cambios físicos sean reales, es importante facilitar el proceso de adaptación y proporcionar el apoyo psicológico necesario (especialmente en aquellos casos de distorsión perceptiva) (66,116).

Es conveniente destacar que un porcentaje elevado de pacientes diagnosticados de TIC, desarrolla un síndrome depresivo e incluso pueden llegar a fantasear con la idea del suicidio y en algunos casos lo llevan a cabo. Por este motivo, se debe intentar detectar precozmente e identificar los factores predisponentes. Aunque se trata de un cuadro difícil, que requiere paciencia y tiempo por parte del paciente y de enfermería, las probabilidades de revertir este trastorno son altas. Por ello es necesario proporcionar apoyo, transmitir mensajes positivos y fomentando otras cualidades que mantengan a la apariencia en su verdadera dimensión (117).

En relación a los TCA, que constituyen un preocupante problema de salud pública, el abordaje se basa fundamentalmente en la prevención. En los últimos años se han ido desarrollando múltiples estudios que pretenden reducir la probabilidad de que se desarrollen los TCA, reduciendo la intensidad de los factores de riesgo o evitar que éstos se vuelvan más graves (118). La evidencia científica muestra que los programas preventivos son efectivos y que los beneficios son mayores cuando se aplican a grupos de riesgo en comparación con la población general (universales) (119).

Los TCA son considerados en la actualidad como trastornos de etiología multicausal. Entre los factores que influyen en su aparición se incluyen aquellos no modificables o difícilmente modificables (rasgos previos de personalidad, aspectos estructurales y dinámicos familiares, patrones culturales y estéticos o una posible predisposición genética) y los modificables (concepción negativa de la propia figura, realización de prácticas perjudiciales en relación a la conducta alimentaria o sintomatología depresiva). Todos ellos deben tenerse en cuenta a la hora de desarrollar programas que pretendan prevenir los TCA (120).

La percepción negativa de la IC incluyendo actitudes, sentimientos y percepciones acerca del propio peso y la figura constituye el factor de riesgo modificable más importante para el desarrollo de TCA (121). Constituye un factor clave en la selección de población en riesgo de desarrollar un TCA. En 2004 un 36,9% de las chicas y un 16,7% de los chicos se perciben con sobrepeso u obesidad, lo que indica que la preocupación por el peso o la figura corporal es muy frecuente en la población (88).

La realización de conductas patológicas con el fin de controlar el peso es asimismo, un importante factor de riesgo modificable, según los resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en la población Juvenil (SIVFRENT-J), relativos al Informe de hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2005. El 35,4% de las chicas y el 7,3% de los chicos refieren la realización de dietas para adelgazar de forma autónoma, siendo ésta la

conducta más frecuente. Una de cada diez adolescentes se ha provocado el vómito para perder peso (88).

Un tercer factor de riesgo fundamental, además de la realización de prácticas perjudiciales en relación a la conducta alimentaria y de la concepción negativa de la IC, es la frecuencia sintomatológica depresiva que se encuentra subyacente en la aparición de estas patologías. La depresión del adolescentes se caracteriza por la irritabilidad y la conducta descontrolada (en cualquier ámbito, incluyendo la alimentación), en contraste con el clásico humor depresivo y la pérdida de interés característicos de los adultos (122).

El colectivo de enfermería, debe tener presente los diferentes factores de riesgo anteriormente mencionados para poder desarrollar estrategias preventivas que eviten o retrasen la aparición de estos trastornos. La educación sanitaria, es la herramienta fundamental para promover los hábitos de conducta saludables desde etapas muy tempranas. Es fundamental establecer un vínculo terapéutico con el paciente y la familia con el objetivo de poder detectar conductas de riesgo y poder intervenir precozmente.

Mediante la prevención primaria<sup>9</sup>, enfermería puede actuar sobre los factores de riesgo, utilizando estrategias de carácter educativo y centrándose aspectos como (123):

- a) Información a la población general y en particular a la población de riesgo.
- b) Identificación de grupos de riesgo.
- c) Actuaciones dirigidas a modificar aquellas conductas que podrían favorecer el comienzo de la enfermedad, en particular en relación con la dieta.
- d) Intervenciones sobre los estereotipos culturales, adelgazamiento y belleza.

Para obtener mejores resultados en las medidas de prevención primaria, se deben combinar con propuestas de prevención secundaria, que van dirigidas hacia el diagnóstico y el tratamiento precoz.

Existen dos posibles enfoques para el diagnóstico precoz: el primero se centra en la detección de signos y síntomas de comienzo y el segundo dirigido a las características propias de los individuos de alto riesgo.

---

<sup>9</sup> Prevención primaria. Conjunto de intervenciones que pueden realizarse antes del desarrollo de la enfermedad.

Un meta-análisis de los programas de prevención en TCA realizado por Stice y Shaw distingue tres generaciones de trabajos para la prevención (123):

- Primera generación de programas: se centran en proporcionar información acerca de los trastornos de alimentación a la población general de adolescentes. Este tipo de iniciativas se fundamenta en la idea de que la simple información acerca de las consecuencias de los trastornos detendrá posibles conductas de riesgo.
- Segunda generación de programas: dirigidos también a población general y focalizados igualmente en contenidos exclusivamente de carácter didáctico pero incluyendo aspectos referentes a la resistencia y al afrontamiento de la presión social hacia la delgadez. Estas intervenciones se basaban en la asunción de que la presión social juega un importantísimo papel en la etiología de los trastornos ya que provoca que los adolescentes se embarquen en dietas restrictivas y en otras conductas de riesgo para conseguir bajar de peso.
- Tercera generación de programas: dirigidos únicamente a sujetos de riesgo y centrados expresamente en trabajar con los factores de riesgo que se han revelado determinantes en el desarrollo de estos trastornos.

Los programas de prevención deben abordar los siguientes aspectos (124) : aceptación del propio cuerpo, desarrollo de intereses y valores diferentes a los relacionados con la estética y la imagen, potenciación de una actitud crítica ante las influencias publicitarias y de la sociedad en general a favor del adelgazamiento y de la importancia de la imagen física, promoción de una alimentación saludable y unos hábitos de vida adecuados, entrenamiento en habilidades sociales y en estrategias de afrontamiento ante las dificultades, control y regulación de las emociones, gestión de conflictos interpersonales con amigos y con los padres.

Enfermería dispone de la cualificación necesaria para llevar a cabo programas de tipo preventivo y dadas las características epidemiológicas de estos trastornos, se considera el medio educativo como un buen entorno para implantar estos programas, e internet un buen vehículo para aplicarlos (120). Las nuevas tecnologías (intervención telefónica, e-mail, internet, etc.) se utilizan tanto en el contexto preventivo, como en el tratamiento y recuperación de estos pacientes (94,125).

El tratamiento de estos pacientes, tienen como objetivos: conseguir en el paciente un peso normal, corregir la malnutrición, controlar las complicaciones y educación nutricional dirigida tanto al paciente como a la familia, para normalizar los patrones

dietéticos y evitar recidivas. Los criterios de hospitalización incluyen: estado clínico que implique riesgos graves (nula ingesta hídrica o alimentaria, IMC (índice de masa corporal) <16, alteraciones iónicas...), síntomas depresivos con riesgo de autolisis o conductas autolesivas (119). La hospitalización, en muchos casos, supone un gran impacto tanto para el paciente como para la familia. Generalmente no son conscientes de su trastorno y conlleva un trabajo progresivo que va acompañado de terapias psicológicas.

Los tratamientos clínicos de los TCA, requieren la intervención de un equipo de salud multidisciplinar (114). El profesional de enfermería por su perfil cuidador, educador e investigador, constituye un elemento muy importante en la recuperación del paciente, su familia y la sociedad en general (126-128). Durante el período de hospitalización de estos pacientes, es necesaria la vigilancia, debido a que frecuentemente se enfrentan a situaciones extremas relacionadas con la vida y la muerte. Para enfermería el cuidado de los pacientes con TCA implica empatía y ser compasivo, además de disponer del suficiente conocimiento para proporcionar una atención óptima (129). Tras el alta hospitalaria, se debe realizar un seguimiento ambulatorio posterior no inferior a 12 meses (119).

### **5.1.5 EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA DE LOS TCA**

Se disponen de diferentes instrumentos de medida que sirven para evaluar factores de riesgo que ayudan al diagnóstico de los TCA (50,120). Algunos de los procedimientos psicométricos empleados con más frecuencia para valorar la insatisfacción con la IC son:

- Body Shape Questionnaire (BSQ). Diseñado por Coope, Taylor y Fairburn en 1987. Tiene como objetivo medir la preocupación por el peso y la IC, 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 (Anexo 3).
- Body Attitudes Test (BAT) descrito por Coppennolle, Probst, Vandereycken y Vanderlinder en 1995. Este test, está avalado por buenos resultados psicométricos y aunque está inicialmente previsto para utilizarse en pacientes con TCA, también ha sido utilizado en población no patológica (anexo 4).



Para la evaluación de la práctica de conductas patológicas en relación a la alimentación, en la práctica clínica pueden utilizar los siguientes cuestionarios:

- Eating Attitudes Test (EAT) elaborado por Garner y Garfinkel en 1979. Consiste en recoger pensamientos, sentimientos y actitudes en relación a la alimentación. Contiene 40 reactivos (EAT-40) (anexo 5), agrupados en seis factores: conductas bulímicas, IC con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar el peso. Posteriormente desarrollaron una versión reducida de 26 reactivos (EAT-26) (anexo 6).
- Eating Disorder Inventory (EDI). Desarrollado por Garner, Olmsted y Polvy en 1983. Fue diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conceptuales características de los TCA. Contiene 64 reactivos, agrupados en ocho subescalas que se correlacionan positivamente: motivación para adelgazar, sintomatología bulímica, insatisfacción con la propia IC, ineffectividad y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia o identificación interoceptiva y miedo a madurar (anexo 7).

Para evaluar la sintomatología depresiva lo que más se utiliza es el:

- Beck Depression Inventory (BDI). Elaborado por Beck. Se compone de 21 preguntas, cada una de ellas diseñada para evaluar un síntoma específico común entre las personas con depresión. Existe una forma más corta, compuesta por siete preguntas y está diseñada para su administración en los centros de atención primaria (anexo 8).

Estos cuestionarios, son el principal instrumento para la evaluación de los TCA, combinados con otras mediciones relacionadas, como es el IMC, la ingesta dietética, entre otras.

## **6 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Según los datos obtenidos en esta revisión bibliográfica, la preocupación por la IC va desde la niñez hasta la vejez, mostrando una mayor incidencia en las mujeres adolescentes y jóvenes. La sobrevaloración de la apariencia física, la búsqueda de adecuar el cuerpo a los ideales sociales, está provocando numerosas alteraciones sobre la percepción de la IC, que pueden conllevar a diferentes patologías como TCA.



Se observa que existe escasez de literatura en relación a la IC en adultos mayores. También existe una limitación en la literatura sobre la IC y los TCA en el sexo masculino, posiblemente debido a que este tipo de trastorno es más prevalente en las mujeres.

Se puede confirmar que actualmente, existe un aumento en la incidencia/prevalencia de individuos que sufren trastornos o alteraciones de la IC. Existen numerosos estudios, principalmente relacionados con la AN y la BN en los adolescentes, que destacan el aumento de los rangos de edad en la población femenina, así como el incremento de casos en la población masculina. Asimismo se observa que afectan a niños cada vez más pequeños. Todo ello provocado, en gran medida, por los cambios sociales y culturales, así como por la gran influencia que ejercen sobre la población los medios de comunicación.

La AN y BN presentan un elevado grado de morbilidad y mortalidad asociado, por lo cual, se debería hacer hincapié en la importancia que tiene el diagnóstico precoz de estas enfermedades.

En cuanto al TDC, a pesar de su prevalencia, sigue siendo un trastorno infradiagnosticado clínicamente. Los profesionales sanitarios, deben ser conscientes de ello para poder identificar, diagnosticar y tratar de forma adecuada a las personas que lo padecen.

Por todos estos motivos y principalmente por el gran aumento de estas patologías en nuestra sociedad, es necesario sensibilizar a los profesionales de la salud y a la población en general, de las posibles repercusiones que conlleva el valor otorgado a la apariencia física en nuestra sociedad.

Por otro lado, dada la importancia de la detección precoz, los programas de prevención son esenciales para disminuir la incidencia de este tipo de patologías. En este sentido, enfermería tiene un papel primordial y una herramienta básica: la educación sanitaria.

Por último, es importante que se establezcan medidas en los medios de comunicación dirigidas a disminuir el impacto negativo sobre la percepción de la IC. Las imágenes que transmiten estos medios no corresponden a la realidad general de la población y favorecen una percepción negativa del propio cuerpo al compararse con un ideal muchas veces inalcanzable.

## 7 REFLEXIÓN PERSONAL SOBRE EL APRENDIZAJE OBTENIDO

Este Trabajo Final de Grado (TFG), ha sido la asignatura que más me ha costado realizar a lo largo de toda la carrera, pero me ha servido para conocer cómo se ejecuta un trabajo de investigación científica en el campo de la enfermería, y para comprender el papel tan importante que juega esta y la relevancia que tiene en el desarrollo de la disciplina.

La implantación de una Enfermería basada en la evidencia, requiere de profesionales que dispongan de ciertas inquietudes, con ánimos de hacer de nuestra futura profesión una disciplina autónoma y capaz, formados en estadística, investigación (búsqueda en diferentes bases de datos, incluido el extra de hacerlo en otra lengua; diseño de un trabajo de estas características, etc.) y lectura crítica (revisión bibliográfica de la temática), y son estos últimos dos aspectos los que más he podido desarrollar en la elaboración de mi TFG. He aprendido por ello, que los enfermeros/as debemos trabajar en base a una evidencia científica y no bajo la intuición y la tradición, ya que así podremos ofrecer unos mejores resultados en nuestros cuidados.

También he sufrido en primera persona las dificultades y el esfuerzo que supone un trabajo de esta índole, además de la gran dedicación que precisa para llevarlo a cabo.

## 8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Rodin J. Cultural and psychosocial determinants of weight concerns. *Ann Intern Med* 1993; 119(7 pt 2): 643-5.
- (2) Bradley M. Body Image, Culture and Sexuality. *Positive Health*. 2012; 09(198): 1.
- (3) Esteban ML. Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio. Barcelona: Ediciones Bellaterra; 2004.
- (4) Toro J. El adolescente ante su cuerpo. *Cuerpo, vestido y sexo*. Madrid: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.); 2013.
- (5) Heredia N, Espejo G. Historia de la belleza; History of beauty. *Acta otorrinolaringol cir cabeza cuello*. 2009; 37(1): 31-46.
- (6) Castillo E. La tiranía de la belleza, un problema educativo hoy: la estética del cuerpo como valor y como problema. *Teor educ*. 2002 (14): 185-206.

- (7) Behar R. La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2010; 48(4): 319-34.
- (8) Toro J. El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel; 1996.
- (9) Khan AN, Khalid S, Khan HI, Jabeen M. Impact of today's media on university student's body image in Pakistan: a conservative, developing country's perspective. *BMC Public Health.* 2011; 11: 379.
- (10) Fornés Vives J. Enfermería de salud mental. Cuidados para la mejora de la autoestima. *Psiquiatría.com.* 2003; 7(3).
- (11) Cash TF, Pruzinsky TE. *Body images: Development, deviance, and change.* Nueva York: Guilford Press; 1990.
- (12) Alejo I, Londoño C, Cabarcas K, Arenas A, Cortés A, González S et al. Anxiety, depression, coping and eating disorders as cosmetic plastic surgery predictors. *Suma Psicológica.* 2013; 20(2): 251-61.
- (13) Frisen A, Holmqvist K. What characterizes early adolescents with a positive body image? A qualitative investigation of Swedish girls and boys. *Body Image.* 2010 Jun; 7(3): 205-12.
- (14) Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española* [Sede Web] 2001; [fecha de acceso 02 de marzo de 2014]. Disponible en: [http:// www.rae.es](http://www.rae.es).
- (15) Bully P, Elosua P, López Jáuregui A. Body dissatisfaction in adolescence. Changes in a decade. *Anales de Psicología.* 2012; 28(1): 196-202.
- (16) Guerra-Prado D, Barjau J, Chinchilla A. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. *Actas Esp Psiquiatr.* 2001; 29(6): 403-10.
- (17) Schilder P. *The image and appearance of the human body.* Londres: Kegan Paul; 1935.
- (18) Slade PD. What is body image? *Behav Res Ther.* 1994; 32(5): 497-502.

- (19) Salazar Z. Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. Reflexiones. 2008; 87(2): 67-80.
- (20) Fisher S. Development and structure of the body image. Nueva York: Erlbaum Hillsdale; 1986.
- (21) Salaberria K, Rodríguez S, Cruz S. Percepción de la imagen corporal. Osasunaz. 2007; 8: 171-83.
- (22) Vitousek KB, Hollon SD. The investigation of schematic content and processing in eating disorders. Cognitive therapy and research. 1990; 14(2): 191-214.
- (23) Rosen JC. The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. Cognitive and Behavioral Practice. 1995; 2(1): 143-66.
- (24) Thompson JK, Heinberg LJ, Altabe M, Tantleff-Dunn S. Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance. Estados Unidos: American Psychological Association; 1999.
- (25) Vaquero-Cristóbal R, Alacid F, Muyor JM, López-Miñarro PA. Imagen corporal; revisión bibliográfica. Nutrición hospitalaria: Órgano oficial de la Sociedad española de nutrición parenteral y enteral. 2013; 28(1): 27-35.
- (26) Cogan JC, Bhalla SK, Sefa-Dedeh A, Rothblum ED. A comparison study of United States and African students on perceptions of obesity and thinness. Journal of Cross-Cultural Psychology. 1996; 27(1): 98-113.
- (27) Levine MP, Smolak L, Moodey AF, Shuman MD, Hessen LD. Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. Int J Eat Disord. 1994; 15(1): 11-20.
- (28) Altarejos F. Dimensión ética de la Educación. 2ª ed. Pamplona: EUNSA. Ediciones Universidad de Navarra, S.A.; 2002.
- (29) Alvarado V, Sancho K. La belleza del cuerpo femenino. Wímb lu. 2001; 6(1): 9-21.
- (30) Sánchez K, Alessandrini R. Algunas consideraciones éticas sobre la cirugía plástica. Some ethical considerations on plastic surgery. Revista Cubana de Cirugía. 2007; 46(6).

- (31) Martín M. La tiranía de la apariencia en la sociedad de las representaciones. *Revista Latina de comunicación social* 2002. (50): 9.
- (32) Fanjul C. El estereotipo somático del hombre en la publicidad estética y su influencia en la vigorexia masculina.
- (33) Beasley KL, Weiss MA, Weiss RA. Hyaluronic acid fillers: a comprehensive review. *Facial Plast Surg.* 2009; 25(2): 86-94.
- (34) Panzarelli A. Todo por la belleza. *Dermatología Venezolana.* 2009; 47(3-4).
- (35) Tuneu A, Piera C. Tratamientos estéticos. ¿Por qué y hasta cuándo?. *Piel: Formación continuada en dermatología.* 2007; 22(7): 317-9.
- (36) Casillas-Estrella M, Montaña-Castrejón N, Reyes-Velázquez V, Jiménez-Cruz A. A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Rev Biomed.* 2006; 17: 243-9.
- (37) Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: important considerations for public health. *Am J Public Health.* 2010 Jun; 100(6): 1019-28.
- (38) Carels RA, Burmeister J, Oehlhof MW, Hinman N, LeRoy M, Bannon E, et al. Internalized weight bias: ratings of the self, normal weight, and obese individuals and psychological maladjustment. *J Behav Med.* 2013; 36(1): 86-94.
- (39) Sikorski C, Luppá M, Braehler E, König HH, Riedel-Heller SG. Obese children, adults and senior citizens in the eyes of the general public: results of a representative study on stigma and causation of obesity. *PLoS One.* 2012; 7(10): e46924.
- (40) Dietz WH. You are what you eat--what you eat is what you are. *J Adolesc Health Care* 1990 Jan;11(1):76-81.
- (41) Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obes Res.* 2001; 9(12): 788-805.
- (42) Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity (Silver Spring).* 2009; 17(5): 941-64.

- (43) Giel KE, Zipfel S, Alizadeh M, Schaffeler N, Zahn C, Wessel D, et al. Stigmatization of obese individuals by human resource professionals: an experimental study. *BMC Public Health*. 2012; 12:525.
- (44) Giel KE, Thiel A, Teufel M, Mayer J, Zipfel S. Weight bias in work settings - a qualitative review. *Obes Facts*. 2010; 3(1): 33-40.
- (45) Teachman BA, Brownell KD. Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001; 25(10): 1525-31.
- (46) Puhl R, Andreyeva T, Brownell K. Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *Int J Obes*. 2008; 1: 9.
- (47) López-Guimerà G, Levine MP, Sanchez-Carracedo D, Fauquet J. Influence of mass media on body image and eating disordered attitudes and behaviors in females: A review of effects and processes. *Media Psychology*. 2010; 13(4): 387-416.
- (48) Bryant J, Oliver MB. *Media effects: Advances in theory and research*. 3<sup>a</sup> ed. New Jersey: Routledge; 2008.
- (49) Hassebrauck M. The visual process method: A new method to study physical attractiveness. *Evolution and Human Behavior*. 1998; 19(2): 111-23.
- (50) Contreras RS, González Z, Contreras R, Eguia JL, Contreras R, Eguia JL, et al. Estudio y análisis de los TCA a través de las revistas científicas. Revisión Bibliográfica de 2004 a 2008. *Electrónica de Psicología Iztacala*. Universidad Nacional Autónoma de México. 2010; 20(10): 139-47.
- (51) Sohn SH. Body Image: Impacts of Media Channels on Men's and Women's Social Comparison Process, and Testing of Involvement Measurement. *Atlantic Journal of Communication*. 2009; 17(1): 19-35.
- (52) Eisend M, Möller J. The influence of TV viewing on consumers' body images and related consumption behavior. *Mark Lett*. 2007; 18(1): 101-16.

- (53) Berganza R, del Hoyo Hurtado M. La mujer y el hombre en la publicidad televisiva: imágenes y estereotipos. *Zer Revista de Estudios de Comunicación*. 2006; 21: 161-75.
- (54) Nemeroff CJ, Stein RI, Diehl NS, Smilack KM. From the Cleavers to the Clintons: role choices and body orientation as reflected in magazine article content. *Int J Eat Disord*. 1994; 16(2): 167-76.
- (55) Hamilton K, Waller G. Media influences on body size estimation in anorexia and bulimia. An experimental study. *Br J Psychiatry*. 1993; 162: 837-40.
- (56) Pinhas L, Toner BB, Ali A, Garfinkel PE, Stuckless N. The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. *Int J Eat Disord*. 1999; 25(2): 223-6.
- (57) Harrison K. Television viewing, fat stereotyping, body shape standards, and eating disorder symptomatology in grade school children. *Communication Research*. 2000; 27(5): 617-40.
- (58) Becker AE, Fay KE, Agnew-Blais J, Khan AN, Striegel-Moore RH, Gilman SE. Social network media exposure and adolescent eating pathology in Fiji. *Br J Psychiatry*. 2011; 198(1): 43-50.
- (59) Suisman JL, O'Connor SM, Sperry S, Thompson K, Keel P, Burt A, et al. Genetic and environmental influences on thin-ideal internalization. *Int J Eat Disord*. 2012; 45(8): 942-8.
- (60) Fanjul C. *Vigorexia: una mirada desde la publicidad*. Madrid: Editorial Fragua; 2008.
- (61) Grabe S, Ward LM, Hyde JS. The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychol Bull*. 2008; 134(3): 460.
- (62) Groesz LM, Levine MP, Murnen SK. The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *Int J Eat Disord*. 2002; 31(1): 1-16.

- (63) Pankratow M, Berry TR, McHugh TL. Effects of reading health and appearance exercise magazine articles on perceptions of attractiveness and reasons for exercise. *PLoS One*. 2013; 8(4): e61894.
- (64) Carrillo MV. Factores socioculturales en los TCA. No sólo moda, medios de comunicación y publicidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*. 2005; (2): 120-41.
- (65) Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brahler E. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychol Med*. 2006; 36(6): 877-85.
- (66) American Psychiatric Association. A editors. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4ª ed revisada. Barcelona: Masson; 2002.
- (67) Sepúlveda AR, Gandarillas A, Carrobles JA. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria. *Rev Psiquiatría.com*. 2004; 8(2).
- (68) Cash TF, Brown TA. Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of the literature. *Behav Modif*. 1987; 11(4): 487-521.
- (69) Raich RM. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2004; 22(1): 15-27.
- (70) Morselli E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Bell Acad Med*. (Jeneva) 1886; 6: 110-9.
- (71) Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Body dysmorphic disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010; 12(2): 221-32.
- (72) Zimmerman M, Mattia JI. Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Compr Psychiatry*. 1998; 39(5): 265-70.
- (73) Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, Pope HG, Hudson JI. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry*. 1993; 150(2): 302-8.



- (74) Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1997; 32(1): 24-9.
- (75) Castle DJ, Molton M, Hoffman K, Preston NJ, Phillips KA. Correlates of dysmorphic concern in people seeking cosmetic enhancement. *Aust N Z J Psychiatry.* 2004; 38(6): 439-44.
- (76) Ishigooka J, Iwao M, Suzuki M, Fukuyama Y, Murasaki M, Miura S. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1998; 52(3): 283-7.
- (77) Phillips KA, Dufresne RG, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol.* 2000; 42(3): 436-41.
- (78) Albertini RS, Phillips KA, Guevremont D. Body dysmorphic disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996; 35(11): 1425-6.
- (79) Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis.* 1997; 185(9): 570-7.
- (80) Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics.* 2005; 46(4): 317-25.
- (81) Pope HG, Jr, Gruber AJ, Choi P, Olivardia R, Phillips KA. Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics.* 1997; 38(6): 548-57.
- (82) Olivardia R, Pope HG, Hudson JI. Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *Am J Psychiatry.* 2000; 157(8): 1291-6.
- (83) Pope CG, Pope HG, Menard W, Fay C, Olivardia R, Phillips KA. Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body Image.* 2005; 2(4): 395-400.
- (84) Baile JI. *Vigorexia: Cómo reconocerla y evitarla.* Madrid: Síntesis; 2005.

- (85) Fanjul C. Modelos masculinos predominantes en le mensaje publicitario y su influencia social en la psicopatología del siglo XXI: la vigorexia. *Revista de ciencias sociales*. 2008; 1.
- (86) Behar R, Molinari D. Muscle dysmorphia, body image and eating behaviors in two male populations. *Rev Med Chil*. 2010; 138(11): 1386-94.
- (87) Contesini N, Adami F, Blake M, Monteiro CB, Abreu LC, Valenti VE, et al. Nutritional strategies of physically active subjects with muscle dysmorphia. *Int Arch Med*. 2013; 6(1): 25.
- (88) Gandarillas A, Bru S. Vigilancia epidemiológica de los trastornos del comportamiento alimentario y conductas relacionadas, 2004. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad. Madrid; 2005.
- (89) Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2006; 19(4): 389-94.
- (90) Plaza JF. Medios de comunicación, anorexia y bulimia. La difusión mediática del 'anhelo de delgadez': un análisis con perspectiva de género. *Revista ICONO14. Revista científica de Comunicación y Tecnologías emergentes*. 2012; 8(3): 62-83.
- (91) Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68(7): 714-23.
- (92) Isomaa AL, Isomaa R, Marttunen M, Kaltiala-Heino R. Obesity and eating disturbances are common in 15-year-old adolescents. A two-step interview study. *Nord J Psychiatry*. 2010; 64(2): 123-9.
- (93) Nicholls DE, Viner RM. Childhood risk factors for lifetime anorexia nervosa by age 30 years in a national birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 48(8): 791-9.
- (94) Keski-Rahkonen A, Hoek H, Susser E, Linna M, Sihvola E, Raevuori A, et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(8): 1259-65.

- (95) Portela ML, da Costa H, Mora M, Raich RM. Epidemiology and risk factors of eating disorder in adolescence: a review. *Nutr Hosp.* 2012; 27(2): 391-401.
- (96) Rosen DS. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics.* 2010; 126(6): 1240-53.
- (97) Merikangas KR, He JP, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics.* 2010; 125(1): 75-81.
- (98) Peláez-Gaspar MA, Labrador FJ, Raich RM. Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *J Psychosom Res.* 2007; 62(6): 681-90.
- (99) Van Son GE, van Hoeken D, Bartelds AI, van Furth EF, Hoek HW. Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. *Int J Eat Disord.* 2006; 39(7): 565-9.
- (100) Masheb R, White MA. Bulimia nervosa in overweight and normal-weight women. *Compr Psychiatry.* 2012; 53(2): 181-6.
- (101) Gagne DA, Von Holle A, Brownley KA, Runfola CD, Hofmeier S, Branch KE, et al. Eating disorder symptoms and weight and shape concerns in a large web-based convenience sample of women ages 50 and above: results of the Gender and Body Image (GABI) study. *Int J Eat Disord.* 2012; 45(7): 832-44.
- (102) Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry.* 2007; 61(3): 348-58.
- (103) Preti A, Girolamo G, Vilagut G, Alonso J, Graaf R, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res.* 2009; 43(14): 1125-32.
- (104) Kally Z, Cumella EJ. 100 Midlife Women With Eating Disorders: A Phenomenological Analysis of Etiology. *J Gen Psychol.* 2008; 135(4): 359-78.

- (105) Forman M, Davis WN. Characteristics of middle-aged women in inpatient treatment for eating disorders. *Eat Disord.* 2005; 13(3): 231-43.
- (106) Wiseman CV, Sunday SR, Klapper F, Harris WA, Halmi KA. Changing patterns of hospitalization in eating disorder patients. *Int J Eat Disord.* 2001; 30(1): 69-74.
- (107) Keel PK, Gravener JA, Joiner TE, Jr, Haedt AA. Twenty-year follow-up of bulimia nervosa and related eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord.* 2010; 43(6): 492-7.
- (108) Strother E, Lemberg R, Stanford SC, Turberville D. Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eat Disord.* 2012; 20(5): 346-55.
- (109) Tornero MJ, Bustamante R, del Arco R, de Miguel P, Beltrán S, Antón A, et al. Tratamiento psicológico de un grupo de adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria no especificado. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes.* 2014; 1(1): 7-16.
- (110) Salvador M, Heliodoro J. Tratamiento de los trastornos alimentarios: eficacia diferencial de la terapia cognitivo conductual con un componente de tratamiento para la imagen corporal apoyado con técnicas de realidad virtual [Tesis Doctoral]. Castellón: Ministerio de Sanidad y Consumo, Hospital Provincial de Castellón; 2004.
- (111) Fairburn CG, Walsh BT. Atypical eating disorders (eating disorder not otherwise specified). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook.* 2002 ;2: 171-7.
- (112) Del Barrio JA. Convivir con los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia y trastorno por atracones. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2009.
- (113) Chinchilla A. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones. Barcelona: Masson; 2002.
- (114) Melo P, Serra AP. O Papel da enfermagem no tratamento dos transtornos alimentares do tipo anorexia e bulimia nervosas; Nursing's role in the treatment of

- eating disorders such as anorexia and bulimia nervosa. UNOPAR Cient., Ciênc biol saude. 2011; 13(ESP): 315-24.
- (115) Herdman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2013.
- (116) Baile JI. Imagen corporal: perspectiva psicológica. México DF: ACD; 2004.
- (117) Argüello L, Romero I. Trastorno de la imagen corporal. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología). 2012; 4(1): 478-518.
- (118) Pratt B, Woolfenden S. Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2002; 2.
- (119) Grupo de Trabajo de la Guía Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia/Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009.
- (120) Quirós E. Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria mediante una intervención enfermera a través de Internet. Nure Investigación. 2008; 32.
- (121) Baile JI, Guillén F, Garrido E. Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad<sup>1</sup>. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2002; 2(3): 439-50.
- (122) Morrison-Valfre M. Fundamentos de enfermería en salud mental. Madrid: Harcour Brace; 1999.
- (123) Stice E, Shaw H. Eating disorder prevention programs: a meta-analytic review. Psychol Bull. 2004; 130(2): 206.
- (124) Casado MI, Helguera M. Prevención de trastornos de alimentación. Un primer programa de prevención en dos fases. Clínica y Salud. 2008; 19(1): 5-26.
- (125) Yager Z, O'Dea J. A controlled intervention to promote a healthy body image, reduce eating disorder risk and prevent excessive exercise among trainee health education and physical education teachers. Health Educ Res. 2010; 25(5): 841-52.

- (126) Grando L, Rolim M. Eating disorders under the optics of nursing staff. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2006; 19(3): 265-70.
- (127) Teotônio LM, Chaiven M, de Moraes NM. Análise da produção científica de enfermeiros brasileiros sobre a temática anorexia nervosa na adolescência. *Revista Enfermagem Integrada*. 2009; 2(1): 213-24.
- (128) Grando L. Representações sociais e transtornos alimentares: as faces do cuidar em enfermagem. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
- (129) Carvalho CR, Vaccari P. Nurses and clientele with anorexia and bulimia: a case study. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(3): 495-500.

**ANEXOS**
**Anexo 1: Búsqueda bibliográfica y estrategia de selección**

BD	Fecha acceso	Palabras clave	Nº art. encon.	Nº art.	Nº de art. Selecci.
<b>MEDLINE Pubmed</b>	General filters; Free full text available; Publication dates: 5 years; Species: Humans.				
	11/2013 01/2014	Body image and social stigma	78	7	1
	11/2013 01/2014	Body image and mental disorders	5358	364	17
	11/2013 01/2014	Body image and nursing care	1529	33	2
	11/2013 01/2014	Body image and mass media influence	119	9	4
	11/2013 01/2014	Epidemiology and disorders of body image	1302	120	6

**BD:** Base de Datos

BD	Fecha acceso	Palabras clave	Nº art. encon.	Nº art.	Nº art. Selecci.
<b>CINAHL</b>	Limit to: Full text; Publication date 2008-2013; sources types: all results				
	11/2013 1/2014	Process of nursing care and body image disorders	100732	8081	3
	11/2013 1/2014	Body image and media and eating disorders	411	55	2
	11/2013 1/2014	Body image and social stigma	49	7	2

BD	Fecha acceso	Palabras clave	Nº art. encon.	Nº art.	Nº art. selecci.
SCOPUS	Limit to: Year 2008-2013; Subject area: Medicine, Psychology, Nursing				
	11/2013	Body image disorder and epidemiology	131	48	2
	11/2013	Nursing care and disorder of body image	98	34	2
	11/2013	Body image and mass media	1231	615	6

BD	Fecha acceso	Palabras clave	Nº art. encon.	Nº art.	Nº art. selecci.
WEB OF SCIENCE	Timespan: from 2008-2013. Languages: English and Spanish. Countries/Territories: USA, England and Spain.				
	11/2013	Body image disorder and epidemiology	1149	8	1
	11/2013	Body image disorder and nursing care	77	7	1

BD	Fecha acceso	Palabras clave	Nº art. encon.	Nº art.	Nº de art. Selecci.
GOOGLE ACADÉMICO	Intervalo específico: 2008-2013; ordenar por relevancia				
	11/2013	Imagen corporal y medios de comunicación	13700	7420	5
	11/2013	Imagen corporal y desórdenes mentales	19200	16000	8



**Anexo 2: Cronograma**

FECHA	ACTIVIDAD
Septiembre 2013	<p>Búsqueda bibliográfica a través de artículos, páginas web y libros relacionados con la imagen corporal.</p> <p>Lectura de los títulos de los artículos encontrados y selección de los mismos.</p> <p>Lectura de los abstract de los artículos seleccionados.</p> <p>Realización de una tabla donde se indica el historial de búsqueda inicial, las palabras clave utilizadas para la obtención de artículos relacionados con el tema, las bases de datos utilizadas, número de artículos encontrados, filtros utilizados, número de artículos seleccionados, normativa de referencia bibliográfica Vancouver.</p> <p>Planteamiento de los objetivos tanto generales como específicos.</p> <p>Importación de los artículos seleccionados al gestor bibliográfico "Refworks".</p> <p>Esbozo del documento escrito, donde anoto las ideas principales y las conclusiones de los artículos seleccionados.</p>
Octubre 2013	Se continúa con la búsqueda bibliográfica. Se sigue con la lectura crítica de los artículos y se inicia la redacción del documento escrito.
Noviembre 2013	Se continúa con las lecturas críticas y la redacción de la introducción y los objetivos del trabajo.
Diciembre 2013	Entrega de la introducción y los objetivos. Inicio de la redacción de la metodología y los resultados.
Enero 2014	Entrega de la metodología y los resultados.
Febrero 2014	Entrega del los resultados, la justificación y la bibliografía.
Marzo 2014	Entrega del esbozo del trabajo final. Redacción de las conclusiones y resumen.
Abril 2014	Finalización de la redacción del documento completo.
Mayo 2014	Entrega del TFG.

**Anexo 3: Test de BSQ. Body Shape Questionnaire**

1. ¿Se sintió enfadada al hacer examen sobre su figura?
2. ¿Se sintió tan preocupada por su figura que pensó que debería ponerse a dieta?
3. ¿Pensó que sus nalgas, caderas o muslos eran demasiado grandes en relación al resto de su cuerpo?
4. ¿Sintió temor a volverse gorda (o a engordar)?
5. ¿Se sintió preocupada porque su carne no era lo bastante firme?
6. La sensación de plenitud (por ej. después de una comida abundante) le hizo sentirse gorda?
7. ¿Se sintió tan mal en relación con su figura que tuvo que gritar?
8. ¿Evitó el correr a causa de que su carne podía tambalearse?
9. ¿El hecho de estar junto a una mujer delgada le hizo a usted tomar conciencia sobre su figura?
10. ¿Se sintió preocupada sobre la parte de sus muslos que quedan visibles al sentarse?
11. ¿El hecho de comer incluso una pequeña cantidad de comida le hizo a usted sentirse gorda?
12. ¿El hecho de tener conocimiento de la figura de otra mujer le hizo sentir la suya comparada desfavorablemente?
13. ¿El hecho de pensar sobre su figura interfirió en su capacidad para concentrarse (por ej. mientras veía la televisión, leía o escuchaba una conversación)?
14. ¿El estar desnuda (por ej. al tomar un baño) le hizo sentirse gorda?
15. ¿Evitó ponerse ropas que realzaban su figura corporal?
16. ¿Imaginó el desprenderse de determinadas zonas de su cuerpo?
17. ¿El hecho de comer pasteles, caramelos u otros productos de valor calórico le hizo a usted sentirse gorda?
18. ¿No asistió a reuniones sociales (por ej. fiestas) a causa de que se sintió mal con su figura?
19. ¿Se sintió excesivamente gruesa y rechoncha?

20. ¿Se sintió avergonzada de su cuerpo?
21. ¿La preocupación sobre su figura le hizo estar a dieta?
22. ¿Se sintió más feliz con su figura cuando su estómago estaba vacío (por ej. por la mañana)?
23. ¿Pensó que la causa de su figura era la falta de autocontrol
24. ¿Se sintió preocupada porque otras personas vieran michelines en su cintura o estómago?
25. ¿Sintió que no es justo que otras mujeres sean más delgadas que usted?
26. ¿Vomitó con la intención de sentirse más ligera?
27. ¿En compañía de otras personas, se sintió preocupada por el hecho de ocupar demasiado espacio (por ej. sentada en un sofá o en el asiento del autobús)?
28. ¿Se sintió preocupada por el hecho que se le formen hoyuelos en la piel?
29. ¿El verse reflejada (por ej. en un espejo o un escaparate) le hizo sentirse mal con su figura?
30. ¿Pellizcó zonas de su cuerpo para ver cuanta grasa contienen?
31. ¿Evitó situaciones donde otras personas podrían haber visto su cuerpo (por ej. vestuarios comunitarios o piscinas)
32. ¿Tomó laxantes para sentirse más ligera?
33. ¿Tomó especial conciencia de su figura en compañía de otras personas?
34. ¿La preocupación sobre su figura le hizo sentir que debía hacer ejercicio?

Puntuación: No se han establecido puntos de corte, pero las puntuaciones elevadas en el BSQ reflejan un posible trastorno del esquema corporal. Resulta una herramienta útil para el screening de TCA.

Nunca / Raramente / Algunas veces / A menudo / Muy a menudo / Siempre

1 = nunca y 6 = siempre.



**Anexo 5: EAT-40. Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación**

1. Me gusta comer con otras personas.
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas.
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.
5. Procuro no comer aunque tenga hambre.
6. Me preocupo mucho por la comida.
7. A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas).
11. Me siento lleno/a después de las comidas.
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.
13. Vomito después de haber comido.
14. Me siento muy culpable después de haber comido.
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.
17. Me peso varias veces al día.
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.
19. Disfruto comiendo carne.
20. Me levanto pronto por las mañanas.
21. Cada día como los mismos alimentos.
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.
23. Tengo la menstruación regular.
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.

25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.
26. Tardo en comer más que las otras personas.
27. Disfruto comiendo en restaurantes.
28. Tomo laxantes (purgantes).
29. Procuro no comer alimentos con azúcar.
30. Como alimentos de régimen.
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.
32. Me controlo en las comidas.
33. Noto que los demás me presionan para que coma.
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.
35. Tengo estreñimiento.
36. Me siento incómodo/a después de comer dulces.
37. Me comprometo a hacer régimen.
38. Me gusta sentir el estómago vacío.
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.

Categorías de respuesta:

Nunca / Casi nunca / Algunas veces / Bastantes veces / Casi siempre / Siempre.

**Anexo 6: EAT-26. Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación**

1. Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a.
2. Procuero no comer cuando tengo hambre.
3. La comida es para mí una preocupación habitual.
4. He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer.
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.
6. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como.
7. Procuero no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas, etc.).
8. Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más.
9. Vomito después de comer.
10. Me siento muy culpable después de comer.
11. Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a.
12. Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías.
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
14. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis.
15. Tardo más tiempo que los demás en comer.
16. Procuero no comer alimentos que tengan azúcar.
17. Tomo alimentos dietéticos.
18. Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida.
19. Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida.
20. Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más.
21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida.
22. No me siento bien después de haber tomado dulces.
23. Estoy haciendo régimen.
24. Me gusta tener el estómago vacío.

25. Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías.

26. Después de las comidas tengo el impulso de vomitar.

Categorías de respuesta:

Siempre / Muy a menudo / A menudo / A veces / Raramente / Nunca

TOTAL: Corte: con 20 o más: sensibilidad del 91% para los TCA o síntomas  
Parciales.



**Anexo 7: Eating Disorders Inventory (EDI) Fuente:**  
**[http://www.fuden.es/ficheros\\_administrador/inv\\_nure/pdf\\_proyecto\\_due\\_internet\\_53200813189.pdf](http://www.fuden.es/ficheros_administrador/inv_nure/pdf_proyecto_due_internet_53200813189.pdf)**

A cada ítem se contesta con Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, o Siempre.

1. Como dulces e hidratos de carbono (pan, patatas, etc) sin sentirme nerviosa
2. Pienso que mi estómago es demasiado grande
3. Me gustaría que pudiera volver a la seguridad de la infancia
4. Como cuando estoy disgustada
5. Me atraco de comida
6. Me gustaría ser más joven
7. Pienso en seguir una dieta
8. Me asusto cuando mis sensaciones/sentimientos son demasiado intensos
9. Pienso que mis muslos son demasiado anchos
10. Me siento ineficaz como persona
11. Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso
12. Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado
13. Mi familia sólo valora como buenos aquellos rendimientos o resultados que están por encima de lo habitual
14. El tiempo más feliz de la vida es cuando se es un niño
15. Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos
16. Me aterroriza ganar peso
17. Confío en los demás

18. Me siento sola en el mundo
19. Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo
20. Generalmente siento que las cosas de mi vida están bajo mi control
21. Me siento confundida ante las emociones que siento
22. Prefiero ser adulto que niño
23. Me comunico fácilmente con los demás
24. Me gustaría ser otra persona
25. Exagero o aumento la importancia del peso
26. Puedo identificar claramente las emociones que siento
27. Me siento inadaptada
28. Cuando me estoy atracando de comida siento que no puedo parar de hacerlo
29. Cuando era niña intentaba por todos los medios evitar estar de acuerdo con mis padres y maestros
30. Tengo amistades íntimas
31. Me gusta la forma de mis nalgas
32. Me preocupa el deseo de estar más delgada
33. No sé lo que está pasando dentro de mí
34. Tengo dificultad para expresar mis emociones hacia los demás
35. Las exigencias del adulto son demasiado grandes
36. Me molesta ser menos que la mejor en las actividades que hago
37. Me siento segura de mí misma
38. Pienso en atracarme de comida

39. Me siento feliz de no ser nunca más una niña
40. No me doy cuenta de si tengo hambre o no
41. Tengo una pobre opinión de mí misma
42. Pienso que puedo alcanzar mis metas
43. Mis padres han esperado cosas excelentes de mí
44. Estoy preocupada de que mis sentimientos se escapen a mi control
45. Pienso que mis caderas son demasiado anchas
46. Como moderadamente cuando estoy con gente y me atraco cuando estoy sola
47. Después de haber comido poco me siento hinchada
48. Pienso que las personas son más felices cuando son niñas
49. Si gano algo de peso, me preocupa el que pueda seguir aumentando
50. Pienso que soy una persona útil
51. Cuando estoy disgustada no sé si estoy triste, atemorizada o enojada
52. Creo que las cosas las debo hacer perfectamente, o si no, no hacerlas
53. Pienso en intentar vomitar con el fin de perder peso
54. Necesito mantener a las personas a cierta distancia pues me siento incómoda si alguien intenta acercárseme o entablar amistad
55. Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado
56. Me siento interiormente vacía
57. Puedo hablar sobre mis sentimientos y mis pensamientos personales
58. El convertirme en adulto ha sido lo mejor de mi vida
59. Creo que mis nalgas son demasiado anchas

- 60. Tengo sentimientos/sensaciones que no puedo identificar claramente
- 61. Como o bebo a escondidas
- 62. Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado
- 63. Mis metas son excesivamente altas
- 64. Cuando estoy disgustada, me preocupa el que pueda empezar a comer

**Anexo 8: Test Escala de depresión de Beck** (Fuente: <http://alegresdepresivos.latinforos.es/t5-test-escala-de-depresion-de-beck>)  
(<http://telemedicinadetampico.files.wordpress.com/2011/12/inventariodedepresiondebeck.pdf>)

**1. Tristeza.**

0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

**2. Pesimismo**

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
1. Me siento desanimado de cara al futuro.
2. siento que no hay nada por lo que luchar.
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

**3. Sensación de fracaso**

0. No me siento fracasado.
1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.

**4. Insatisfacción**

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

**5. Culpa**

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente.

## **6. Expectativas de castigo**

0. No creo que esté siendo castigado.
1. siento que quizás esté siendo castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

## **7. Autodesprecio**

0. No estoy descontento de mí mismo.
1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

## **8. Autoacusación**

0. No me considero peor que cualquier otro.
1. me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

## **9. Idea suicidas**

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

## **10. Episodios de llanto**

0. No lloro más de lo normal.
1. Ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

### **11. Irritabilidad**

0. No estoy especialmente irritado.
1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. Me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

### **12. Retirada social**

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. He perdido todo interés por los demás.

### **13. Indecisión**

0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

### **14. Cambios en la imagen corporal.**

0. No creo tener peor aspecto que antes
1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

### **15. Enlentecimiento**

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

## 16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

## 17. Fatigabilidad

0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

## 18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. He perdido completamente el apetito.

## 19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.
1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

## 20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.



3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

## **21. Bajo nivel de energía**

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1. La relación sexual me atrae menos que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3. He perdido totalmente el interés sexual.

Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

## **Niveles de Depresión**

- 1-10 Estos altibajos son considerados normales
- 11-16 Leve perturbación del estado de ánimo
- 17-20 Estados de depresión intermitentes
- 21-30 Depresión moderada
- 31-40 Depresión grave
- + 40 Depresión extrema