



Escritos de Psicología - Psychological Writings
ISSN: 1138-2635
comitederedaccion@escritosdepsicologia.es
Universidad de Málaga
España

Asuero Fernández, Ruth; Avargues Navarro, María Luisa; Martín Monzón, Beatriz; Borda Mas, Mercedes

Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja

Escritos de Psicología - Psychological Writings, vol. 5, núm. 2, mayo-agosto, 2012, pp. 39-45
Universidad de Málaga
Málaga, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271024367005>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja

Body shape concern and emotional disturbances in women with eating disorders and low self-esteem

Ruth Asuero Fernández, María Luisa Avargues Navarro,
Beatriz Martín Monzón y Mercedes Borda Mas

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Universidad de Sevilla, España

Disponible online 31 de agosto de 2012

El objetivo del presente estudio fue investigar las diferencias de edad, estado nutricional (Índice de Masa Corporal o IMC), ansiedad, depresión e insatisfacción corporal en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), con una autoestima baja, media y alta. Además, intentamos distinguir las discrepancias entre el estado nutricional real y el estado nutricional deseado. Se evaluaron un total de 146 mujeres con TCA (Anorexia nervosa y Bulimia nerviosa según el DSM-IV-TR). Los cuestionarios utilizados fueron el Body Shape Questionnaire (BSQ), el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y la Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). Los resultados reflejan diferencias significativas entre los tres subtipos de pacientes de baja, media y alta autoestima en cuanto a la ansiedad, depresión, insatisfacción corporal, IMC deseado y la relación dentro de IMC real y el IMC deseado. Estos hallazgos indican que las mujeres de baja autoestima presentan altos niveles en insatisfacción corporal, ansiedad y depresión en comparación con los otros grupos. Además, los pacientes con TCA con baja autoestima mostraban un mayor IMC deseado. Sugerimos que se incluyan técnicas de autoestima en la prevención y el tratamiento relacionados con programas de TCA para disminuir los síntomas de ansiedad y depresión.

Palabras clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria; Autoestima Baja; Insatisfacción Corporal; Ansiedad; Depresión; IMC ideal; Estado Nutricional Ideal.

The aim of the present study was to investigate differences in age, nutritional state (Body Mass Index or BMI), anxiety, depression and body dissatisfaction in eating disorder (ED) patients with low, medium and high self-esteem. We also attempted to identify discrepancies between the real and desired nutritional state. A total of 146 women with EDs (anorexia nervosa and bulimia nervosa; DSM-IV-TR criteria) were evaluated. The Body Shape Questionnaire (BSQ), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) were used as measurement instruments. The results showed significant differences between the low, medium and high self-esteem patients regarding anxiety, depression, body dissatisfaction, desired BMI and the relationship between real and desired BMI. The women with low self-esteem presented higher levels of anxiety, depression and body dissatisfaction than the other groups. Furthermore, ED patients with low self-esteem have a stronger desire to achieve their ideal BMI. We suggest including self-esteem techniques in ED prevention and treatment programs in order to decrease anxiety and depression symptoms.

Key words: Eating Disorders; Low Self-Esteem; Body Dissatisfaction; Anxiety; Depression; Ideal BMI; Ideal Nutritional State.

Correspondencia: Ruth Asuero Fernández. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Universidad de Sevilla. c/ Camilo José Cela s/n, 41018, Sevilla, España. Tfno: 954557810; Fax: 954557807. E-mail: rasuero@us.es. E-mail de los otros autores: María Luisa Avargues Navarro: avargues@us.es, Beatriz Martín Monzón: beamarmon1@alum.us.es, Mercedes Borda Mas: mborda@us.es.

En la cultura occidental y/o los países occidentalizados, la preocupación con el peso o el miedo a engordar lleva, especialmente a las mujeres, a buscar la delgadez a cualquier precio. Esta asociación entre la insatisfacción con la imagen corporal y los problemas alimentarios se ha constatado en numerosos estudios (Glaubert, Rhodes, Fink y Grammer, 2010; Stice, 2002). En este sentido, en el meta-análisis realizado en España por Sepúlveda, Botella y León (2002), se evidencia la relación entre el deseo y la realización voluntaria de llevar a cabo dietas hipocalóricas ante la preocupación por el cuerpo y la apariencia física.

Entre la constelación de factores claves que caracterizan los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), diferentes estudios señalan que las personas con TCA presentan características tales como perfeccionismo elevado, autoestima baja, obsesividad, rigidez e insatisfacción corporal, entre otras (Borda et al., 2011; Franco-Paredes, Mancilla-Díaz, Peck y Lightsey, 2008), pudiendo llegar a considerarse bien como factores predisponentes y precipitantes y/o como mantenedores de los TCA.

La imagen corporal es uno de los factores más potentes para el desarrollo y el mantenimiento de los TCA (Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007). La literatura señala que dicha imagen corporal depende, en gran medida, de los ideales de belleza que imperan en la cultura. Así, los modelos socioculturales que idealizan, hasta el extremo, una figura femenina excesivamente delgada y con ayudas de la cirugía (vg. implantes de silicona) generan un modelo estético difícil, si no imposible, de conseguir por medios naturales y con una alimentación sana y equilibrada. Por ello, un número importante de chicas, al compararse con ese modelo inalcanzable, se sienten insatisfechas y se inician en edades cada vez más tempranas en conductas de dieta restrictiva y/o otros métodos peligrosos para perder peso con la esperanza de llegar a alcanzar ese cuerpo soñado a imagen de sus personajes famosos favoritos (Del Río, Borda, Torres y Lozano, 2002).

Diversos estudios apuntan que ya las adolescentes tienden a estar insatisfechas y excesivamente preocupadas por su figura y peso (aún estando el IMC en normopeso e incluso en infrapeso) (Borda, Del Río, Torres, Pérez San Gregorio y Avargues, 2009; Sepúlveda, Carrobles, Gendarillas, Poveda y Pastor, 2007). En este sentido, cabe señalar que aunque el valor del IMC esté ajustado, no es una condición suficiente para presentar satisfacción con la imagen corporal y puede ser una variable que precipita la realización de dietas. Esta relación entre insatisfacción corporal e IMC se pone de manifiesto en el estudio realizado por Ramos, Rivera y Moreno (2010). Para estos autores, el IMC no se muestra como una variable significativa a la hora de explicar la satisfacción que tienen los jóvenes con su cuerpo, sino que es la percepción de la imagen corporal y la satisfacción con ésta, lo que explica los comportamientos dirigidos a la pérdida de peso.

Entre los factores relevantes estudiados, la autoestima baja ha sido considerada, repetidamente, como un factor relevante de vulnerabilidad para el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos (Beato, Rodríguez, Belmonte y Martínez, 2004; Fair-

burn, Cooper, Doll y Welch, 1999). Gual et al. (2002), en su estudio sobre la relación entre la autoestima y las alteraciones en el comportamiento alimentario, observaron que la prevalencia de puntuaciones elevadas en conductas alimentarias de riesgo para aquellas participantes que presentaban autoestima baja, fue del 20,8%. En la línea de este estudio, en el de Schmidt (2001) sobre factores de riesgo para desarrollar TCA, se encontró que ya desde edades tempranas la autoestima baja era la llave para la aparición de comportamientos dirigidos a bajar de peso.

Un aspecto a destacar es la aportación del estudio sobre la autoestima realizado por Cervera et al. (2003). Concluyeron que la autoestima alta actuaba como factor protector para desarrollar alteraciones en el comportamiento alimentario; en cambio, aquellas que habían desarrollado un TCA, presentaban una autoestima baja. Por otro lado, en el trabajo longitudinal de Karpowicz, Skäråsater y Nevonen (2009) observaron que la autoestima había mejorado tras recibir tres meses de tratamiento específico para la anorexia nerviosa.

En cuanto a la relación entre la autoestima y las alteraciones emocionales, diversos estudios ponen de manifiesto que la autoestima baja juega un papel fundamental para entender la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en la evolución del TCA (Southall y Roberts, 2002; Stice, Martí y Durant, 2011). Finalmente, Martyn-Nemeth, Penckofer, Gulanick, Velsor-Friedrich y Bryant (2009) señalaron que la mejora de la autoestima en adolescentes podría prevenir comportamientos alimentarios poco saludables y disminuir el riesgo de presentar sintomatología depresiva. Por otro lado, Ahrén-Moonga, Holmgren y Klinteberg (2008) destacaron que las pacientes con TCA mostraban mayor tensión y ansiedad cognitivo-social que el grupo control, y que la elevada ansiedad podría ser un factor predisponente en el desarrollo de TCA.

De lo expuesto, se desprende que la insatisfacción corporal, la autoestima baja, la ansiedad y la depresión son características que se hallan presentes en la mayoría de las personas con TCA y se consideran factores de riesgo al favorecer el desarrollo y/o mantenimiento de un TCA. Por ello, en el presente trabajo se profundiza en estos factores que determinan, en gran medida, el pronóstico de un TCA. Se empleó una muestra de pacientes con TCA de la provincia de Sevilla (España).

En este trabajo se plantearon dos objetivos: 1) en primer lugar, analizar si existían diferencias en edad, estado nutricional (Índice de Masa Corporal -IMC) "real" e "ideal", así como en sintomatología ansiosa-depresiva e insatisfacción corporal en las participantes con TCA en función del nivel de autoestima (baja, media y alta) y 2) conocer si existía una mayor o menor discrepancia entre el estado nutricional-IMC real e ideal en función del nivel de autoestima.

En la hipótesis de partida, las participantes con autoestima baja presentarían una edad media similar, una mayor sintomatología ansiosa-depresiva, una mayor insatisfacción corporal y una mayor discrepancia entre el IMC real e ideal, en relación con las participantes con autoestima media y alta.

Método

Participantes

Se estudiaron un total de 146 mujeres (rango de edad = 16 a 40 años) que cumplían los criterios diagnósticos DSM-IV y DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1995, 2000) para alguno de los tipos de TCA ($M = 24,67$ años; $DT = 6,52$; $IMC = 22,72$). Se seleccionaron todas las pacientes que tras el proceso de evaluación, cumplían los criterios diagnósticos para los tipos anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Del total de la muestra, el 67% pertenecía al subtipo purgativo y el 33% al subtipo no purgativo o restrictivo. Todas ellas habían sido evaluadas antes de ser asignadas a un grupo (homogéneo) de tratamiento ambulatorio de tipo cognitivo-conductual grupal.

En cuanto a los estudios realizados por las participantes, 7 (4,8%) habían abandonado tras finalizar los estudios de primaria, 68 (46,5%) tenían hasta los estudios de secundaria, de los cuales 23 (15,7%) en curso o habían abandonado y 45 (20,8%) finalizados, 43 (29,5%) estaban cursando estudios universitarios y 28 (19,2%) habían finalizado los estudios universitarios.

Respecto al estado civil, 21 (14,4%) estaban casadas, 122 (83,5%) permanecían solteras y 3 (2,1%) pacientes estaban divorciadas.

Instrumentos de evaluación

Tras obtener los datos personales y sociodemográficos, cumplimentaron los siguientes instrumentos:

Body Shape Questionnaire (BSQ, Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987). Cuestionario sobre Forma Corporal (Adaptado por Raich et al., 1996). Consta de 34 ítems. Hace referencia a la preocupación e insatisfacción con la silueta, el peso, la imagen corporal, la autodesvalorización, etc. Presenta seis opciones de respuesta, desde *nunca* hasta *siempre* puntuando de 1 a 6 puntos. Presenta tres factores: Preocupación por la figura y sentirse gorda, Autodesvalorización al comparar la propia figura con la de los otros y Conductas concurrentes relacionadas con la insatisfacción con la figura. El punto de corte se sitúa en 105 (rango 34 - 204). En la versión española, el índice de consistencia interna obtenido es α de Cronbach = 0,97.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Zigmond y Snaith, 1983). Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Adaptada por Herrero et al., 2003). Consta de 14 ítems, siete referidos a la depresión y siete a la ansiedad. Hace referencia a la forma en que la persona se ha sentido durante la última semana, debiendo elegir una de entre cuatro posibilidades de respuestas. La prueba proporciona dos valores, uno para la ansiedad y otro para la depresión, y en ambos casos las puntuaciones se clasifican en: *normal* (0-7 puntos), *dudoso* (8-10 puntos) y *problema clínico* (≥ 11 puntos). En la versión española, el índice de consistencia interna es α de Cronbach = 0,90 para la escala total, para la escala de depresión $\alpha = 0,84$ y para la escala de ansiedad $\alpha = 0,85$.

Self-esteem Scale (RSES, Rosenberg, 1965). Escala de Autoestima (adaptada por Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004).

Consta de 10 ítems. Presenta cuatro opciones de respuesta, la mitad puntuá de forma directa y el resto de manera indirecta. El sumatorio de los valores proporciona una puntuación global, comprendida en un rango de 0 a 40 puntos, que clasifica a los sujetos en tres grupos: autoestima baja ($\Sigma \leq 25$, indica la existencia de problemas significativos en esta área), autoestima media ($26 \geq \Sigma \leq 29$, no existen problemas significativos, pero sería aconsejable una mejora de ésta) y autoestima alta ($30 \geq \Sigma \leq 40$); esta última es la considerada como la adecuada y “normal”. En la versión española, la consistencia interna de la escala se encuentra entre 0,76 y 0,87.

Por otro lado, se obtuvo el peso, la talla y el IMC como indicador global del estado nutricional. Se calculó mediante una fórmula matemática con la operación: peso (kg.) entre el cuadrado de la altura (m.) [IMC = peso expresado en kilogramos / altura en metros al cuadrado]. Ésta da como resultado un valor numérico que se categoriza como infrapeso ($IMC < 18,5$), peso normal ($IMC = 18,5 - 24,9$), sobrepeso (obesidad grado 1: $IMC = 25 - 29,9$), obesidad clínica (obesidad grado 2: $IMC = 30 - 34,9$), obesidad grave o severa (obesidad grado 3: $IMC = 35 - 39,9$), y obesidad extrema (obesidad grado 4: $IMC \geq 40$) (Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad, 2000).

Procedimiento

Las 146 participantes con TCA tenían una edad superior a los 16 años y presentaban una evolución superior a un año de duración. Habían acudido a la Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia y Bulimia Nerviosas (ADANER) en la Delegación de Sevilla (España). Se trata de una organización no gubernamental, que desde 1997 es beneficiaria del convenio de colaboración firmado con la Universidad de Sevilla (España). El objetivo fundamental de esta Asociación es ofrecer a sus socios, con carácter gratuito, asesoramiento y tratamiento psicológico especializado de tipo cognitivo conductual tanto a las personas que padeczan de un TCA como apoyo a sus familiares.

Se administraron los instrumentos siguiendo las normas de aplicación y corrección recomendadas por los respectivos autores. Todas dieron su consentimiento según el Protocolo de Consentimiento Informado, siguiendo las recomendaciones de Del Rio (2005).

Análisis de datos

Los datos obtenidos fueron tratados con el paquete estadístico SPSS (versión 18.0). Con respecto a los análisis estadísticos, se seleccionaron las pruebas estadísticas en función de los objetivos planteados, considerando la naturaleza y distribución de las variables estudiadas. Para comparar las variables cualitativas entre los diversos grupos empleamos el estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, y para comparar las variables cuantitativas entre los tres subgrupos utilizamos el estadístico *H* de Kruskal-Wallis (con análisis *post hoc* mediante el estadístico *U* de Mann-Whitney) y *t* de Student-Fisher para muestras independientes y para muestras relacionadas.

El diseño responde a un estudio *ex post facto* (Montero y León, 2007). Se empleó como variable independiente la autoestima y, el resto de las variables, ansiedad y depresión, así como insatisfacción corporal se consideraron variables dependientes.

A partir de la puntuación en la escala de autoestima RSES, se configuraron los tres subgrupos: autoestima baja (AB) con 91 participantes, autoestima media (AM) y autoestima alta (AA), con 37 y 18 participantes con TCA, respectivamente.

Resultados

En primer lugar, para la totalidad de la muestra, la puntuación media obtenida en el BSQ fue superior a la del punto de corte para considerarse clínicamente significativa (≤ 105), con un valor de 145,53. En las subescalas que componen la HADS, la puntuación de 12,72 ($DT = 3,94$) en ansiedad, indicó *nivel clínico* de malestar ansioso y en depresión se situó en un *nivel dudoso* de alteración del estado de ánimo con una puntuación de 8,57 ($DT = 3,51$). Finalmente, en la escala de autoestima se obtuvo una puntuación media de 22,83 ($DT = 5,40$), situándose dentro del nivel de *autoestima baja*. Estas puntuaciones indican que la muestra estudiada, en general, presenta insatisfacción corporal, ansiedad clínicamente significativa, cierto nivel de depresión y autoestima baja.

Para analizar si existían diferencias entre los tres subgrupos en general en edad, estado nutricional (IMC) real e ideal, sintomatología ansiosa-depresiva e insatisfacción corporal, se compararon las puntuaciones medias en dichas variables, en función del nivel de autoestima (baja, media y alta) (Ver Tabla 1).

Tabla 1

Medias, desviaciones típicas y comparación de medias entre las participantes, en función del nivel de autoestima, en las diferentes variables

	Autoestima									
	Muestra total (<i>N</i> = 146)		Baja (<i>n</i> = 91)		Media (<i>n</i> = 37)		Alta (<i>n</i> = 18)		χ^2	$gl = 2$
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Edad	24,67	6,52	23,46	6,51	26,57	6,90	26,39	6,01	8,81*	
IMC real	22,72	5,13	22,38	4,99	22,94	5,08	23,88	6,81	0,84	
IMC ideal	20,27	2,89	19,82	3,01	22,04	2,86	20,75	2,72	5,28	
HADS	12,72	3,94	13,97	3,53	11,54	3,73	9,28	4,35	20,89**	
Ansiedad	8,57	3,51	9,24	3,07	7,88	3,47	6,89	5,21	7,51	
HADS Depresión	8,57	3,51	9,24	3,07	7,88	3,47	6,89	5,21	7,51	
BSQ total	145,53	28,34	154,30	24,71	129,61	30,99	137,00	28,84	16,67*	
Factor 1	78,41	14,4	82,44	10,86	71,31	18,88	74,19	15,48	10,06*	
Factor 2	29,82	7,33	32,05	7,04	25,96	6,68	27,33	7,65	20,27**	
Factor 3	18,42	4,79	19,44	4,18	15,85	5,05	18,97	6,18	10,46**	
Autoestima total	22,83	5,40	19,29	3,29	26,51	1,66	31,83	3,55	103,56*	

Nota: BSQ Factor 1: Preocupación por la figura y sentirse gorda, Factor 2: Autodesvalorización al comparar la propia figura con la de los otros, Factor 3: Conductas concurrentes relacionadas con la insatisfacción con la figura.

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

Se encontraron diferencias significativas entre el nivel de autoestima bajo, medio y alto en edad ($p = 0,012$) y en las

variables ansiedad ($p < 0,001$), depresión ($p = 0,023$) y BSQ total ($p < 0,001$), así como en el Factor 1 ($p = 0,007$), Factor 2 ($p < 0,001$) y Factor 3 ($p = 0,005$) del BSQ. Por el contrario, no se obtuvieron diferencias significativas ni en IMC real ($p = 0,656$) ni en el ideal ($p = 0,071$).

En tercer lugar, para determinar entre qué subgrupos se observaban diferencias al comparar la edad, el IMC real e ideal así como en sintomatología ansiosa-depresiva e insatisfacción corporal en las participantes TCA en función del nivel de autoestima, se recurrió al análisis de contrastes a posteriori por pares de grupos o pruebas *post hoc* con la prueba *U* de Mann Whitney (Ver Tabla 2).

Tabla 2

Diferencias (por pares de grupos) en las distintas variables entre los grupos, en función del nivel de autoestima

	Grupo AB – grupo AM	Grupo AM – grupo AA	Grupo AB – grupo AA
	<i>U</i>	<i>U</i>	<i>U</i>
	<i>gl = 2</i>	<i>gl = 2</i>	<i>gl = 2</i>
Edad	1117,50*	323,00	518,00*
IMC real	1415,00	309,00	639,00
IMC ideal	1160,00*	297,50	605,50
HADS Ansiedad	1007,50**	228,00	315,50**
HADS Depresión	1193,00*	273,00	504,00
BSQ total	824,50**	284,50	518,50*
Factor 1	1015,50**	316,00	512,00*
Factor 2	784,50**	303,00	498,00*
Factor 3	976,50**	244,50	698,50

Nota: Grupo AB = Grupo de autoestima Baja; Grupo AM = Grupo de autoestima media; Grupo AA = Grupo de autoestima alta. Factor 1: Preocupación por la figura y sentirse gorda, Factor 2: Autodesvalorización al comparar la propia figura con la de los otros, Factor 3: Conductas concurrentes relacionadas con la insatisfacción con la figura.

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

A partir de la prueba *post hoc* entre los grupos de autoestima baja y media, se obtuvieron diferencias en el BSQ total ($p < 0,001$), Factor 1 ($p = 0,002$), Factor 2 ($p < 0,001$) y Factor 3 del BSQ ($p = 0,001$), ansiedad ($p = 0,002$) y depresión ($p = 0,041$). Asimismo, en edad ($p = 0,014$) y en el IMC ideal ($p = 0,027$). En todas las variables se obtuvieron resultados similares. El subgrupo con autoestima baja era el más joven con una media de edad de 23,67 años, presentaba una mayor sintomatología y un deseo de tener un peso más bajo (IMC ideal) (Ver Tabla 1).

En la comparación entre los grupos autoestima baja y alta, los resultaron mostraron diferencias significativas en el BSQ total ($p = 0,037$), Factor 1 ($p = 0,032$) y Factor 2 del BSQ ($p = 0,023$), así como en ansiedad ($p < 0,001$). Además, en edad ($p = 0,036$) los resultados obtenidos fueron similares. El subgrupo con autoestima baja presentaba menor edad, una mayor sintomatología y un deseo de tener un peso más bajo (IMC ideal) (Ver Tabla 1). En cambio, los grupos de autoestima media y alta no mostraron diferencias significativas.

Por último, para conocer si existía una mayor discrepancia en el IMC real e ideal entre los subgrupos de autoestima

baja, media y alta, se llevó a cabo análisis de comparaciones intragrupos a través de la prueba *t* de Student para muestras relacionadas. (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Comparaciones de medias en IMC real e ideal, por grupos

IMC	Grupo AB (n = 91)			Grupo AM (n = 37)			Grupo AA (n = 18)		
	M	DT	t	M	DT	t	M	DT	T
Real	22,38	4,99	7,96**	22,94	5,08	3,76**	23,88	6,81	3,09**
Ideal	19,82	3,01		22,04	2,86		20,75	2,72	

Nota: Grupo AB = Grupo de autoestima baja; Grupo AM = Grupo de autoestima media; Grupo AA = Grupo de autoestima alta

** p ≤ 0,01

Los resultados indicaron que existían diferencias significativas en el grupo de AB ($p < 0,001$), AM ($p = 0,001$) y AA ($p = 0,007$). En otras palabras, en general, las participantes desean tener un peso menor, a pesar de situarse en la categoría de *normopeso*, si bien son aquellas con autoestima baja las que, aún presentando el IMC real menor (22,38), desean tener un estado nutricional más bajo, con un IMC ideal medio de 19,82 (Ver Tabla 1).

Discusión

Respecto al primer objetivo, se pretendía conocer el nivel de afectación en las variables alteraciones emocionales, satisfacción corporal e índice de masa corporal, en función del nivel de autoestima (baja, media y alta). En concreto, se planteaba que las participantes con TCA con autoestima baja, presentarían puntuaciones más elevadas en alteraciones emocionales e insatisfacción corporal, respecto a las participantes con TCA con autoestima media y alta.

En efecto, podemos afirmar que, en general, existían diferencias en las variables estudiadas entre las participantes con autoestima baja, media y alta. Las pacientes del grupo con autoestima baja presentaban diferencias significativas, respecto a las de los grupos autoestima media y autoestima alta en ansiedad e insatisfacción corporal; en cambio, en depresión, aunque las puntuaciones eran más elevadas en el grupo con autoestima baja, las diferencias significativas se limitaban exclusivamente al grupo con autoestima baja y el grupo con autoestima media. Resulta llamativo este resultado; tal vez, el escaso número de pacientes con autoestima alta en comparación con el de autoestima baja se muestre insuficiente para detectar las diferencias entre ambos grupos.

Tal y como se había planteado, las pacientes con nivel de autoestima bajo, obtuvieron puntuaciones superiores, y estadísticamente significativas, en preocupación por el peso y la apariencia física, en autodesvalorización al comparar su silueta con la de otras personas y en la presencia de conductas anómalas relacionadas con la insatisfacción corporal. Esto nos lleva a preguntarnos ¿Puede ser la insatisfacción corporal, junto con la autoestima baja las variables que guarden una mayor relación

con las alteraciones emocionales en los TCA?. Estos resultados van en la línea de un número importante de estudios en los que se pone de manifiesto la presencia de preocupación por la silueta en personas con TCA, especialmente en aquellas con autoestima baja (Beato et al., 2004; Borda et al., 2011; Ross y Wade, 2004).

Por otro lado, no resultan sorprendentes estos hallazgos cuando se estudian muestras de pacientes con TCA, dado que las alteraciones de la imagen corporal también están presentes en distintos grados en la población general. En este sentido, algunos estudios han puesto de manifiesto que tanto las mujeres como los hombres se sienten insatisfechos con su cuerpo. Ya en el año 1995, Cash y Henry destacaban que casi la mitad de las mujeres adultas tienen una valoración negativa sobre su apariencia y en torno a los dos tercios no estaban satisfechas con su peso. Es más, en las actualizaciones de esos estudios, después de 25 años, la insatisfacción con el propio aspecto había empeorado en ambos sexos (Cash y Hrabosky, 2004).

Para algunos autores, la disminución por esta preocupación con el paso de los años podría servir como un factor de protección frente a los efectos negativos generados por la ansiedad de la autodesvalorización y la baja autoestima (Webster y Tiggemann, 2003). Para otros, en contraposición, la importancia por la imagen corporal tiende a ser estable a lo largo de la vida (Lewis y Cachelin, 2001). Por ello, a la vista de los resultados contradictorios en la bibliografía, sería conveniente profundizar más en este aspecto.

En cuanto a las alteraciones emocionales, tal y como habíamos planteado, los resultados revelaron niveles de ansiedad y depresión dignos de consideración, con una puntuaciones más elevadas en aquellas con autoestima baja. En este sentido, en la bibliografía sobre los TCA se pone de manifiesto cómo una imagen negativa del cuerpo y la insatisfacción corporal se asocian con diferentes manifestaciones clínicas, tales como ansiedad y depresión (Stice et al., 2011).

Respecto al segundo objetivo, se planteaba que las participantes con TCA con autoestima baja presentarían una mayor discrepancia entre el IMC real e ideal, en relación a aquellas con autoestima media y alta. En efecto, en general las pacientes con autoestima baja -con un IMC real similar a las pacientes con TCA con autoestima media y alta- mostraron un IMC ideal ligeramente menor. Los resultados obtenidos reflejan que las pacientes de los tres subgrupos, y no exclusivamente las de autoestima baja, desean tener un IMC inferior; en otras palabras, quieren pesar menos de lo que realmente pesan. No obstante, este deseo no difiere sustancialmente de las pacientes con autoestima media y alta.

Estos hallazgos, inicialmente sorprendentes, podrían ser explicados por las características de la muestra que configura la investigación, aspecto éste que limita en parte el alcance del estudio. Se han estudiado pacientes con TCA que presentaban al menos un año de evolución de la enfermedad. En la mayoría de los participantes, estaban presentes los comportamientos

orientados a la pérdida de peso (dieta, ejercicio físico, conductas purgativas, *etc.*) que, si no habían alcanzado el estado nutricional deseado o lo habían incrementado a raíz de comenzar tratamiento (IMC ideal), se aproximaba bastante. Si se hubieran incluido participantes de la población general, probablemente esta diferencia entre IMC real e ideal se habría hecho mucho más patente.

Estos resultados van en la línea de otros estudios, como el realizado por Ramos et al. (2010) en el que se pone de manifiesto que el IMC no resulta una variable significativa a la hora de explicar la satisfacción que tenemos con el cuerpo, sino que es la percepción de la imagen corporal y la satisfacción con ésta, lo que explica los comportamientos dirigidos a la pérdida de peso. No obstante, la evidencia clínica lleva a darse cuenta a los profesionales que en aquellas pacientes con anorexia nerviosa (especialmente), en las que se observa una acusada autoestima baja, la discrepancia entre el peso real e ideal suele alcanzar niveles importantes de insatisfacción consigo misma. Más aún, a pesar de estar en niveles de infrapeso, persiste la insatisfacción corporal, una acusada ansiedad física y cognitiva y un estado de ánimo depresivo. Todo esto explicaría el mantenimiento de la restricción alimentaria, y la presencia de conductas compensatorias, con el deseo de alcanzar la satisfacción con la apariencia física.

Como conclusión, las participantes con autoestima baja presentan niveles más elevados de ansiedad y depresión así como una mayor insatisfacción corporal, reflejado con una preocupación por el peso y la silueta y una tendencia hacia la auto-desvalorización al comparar la silueta propia con la de otras personas. Además, aunque es común el deseo de tener un peso inferior al real, este deseo es más intenso (aunque sin alcanzar niveles significativos) en las pacientes con TCA que presentan autoestima baja. Estos resultados sugieren la importancia de incorporar, tanto en los programas preventivos llevados a cabo en edades tempranas como en los programas terapéuticos, estrategias específicas para fomentar la autoestima en general, y más específicamente, en relación con la imagen corporal en las mujeres con TCA. Además, para disminuir la ansiedad que genera la preocupación por el propio cuerpo así como el malestar psicológico en forma de síntomas depresivos asociado a este trastorno, con consecuencias severas para la salud, y en casos extremos para la propia vida.

Referencias

1. Ahrén-Moonga, J., Holmgren, S. y Klinteberg, B. (2008). Personality Traits and self-Injurious Behaviour in Patients with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 16, 268-275. doi:10.1002/erv.860
2. American Psychiatric Association (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed. revised). Washington CD: Author.
3. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed. revised).
4. Beato F. L., Rodríguez, C. T, Belmonte, L. A. y Martínez, D. C. (2004). Risk factor for eating disorders in adolescents: A Spanish community based longitudinal study. *European Child Adolescent Psychiatry*, 13, 287-294.
5. Borda, M., Del Río, C., Torres, I. Pérez San Gregorio, M.A. y Avargues, M.L. (2009). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en chicas preadolescentes: Eficacia de un programa multisésión e interactivo en el seguimiento al año. *Psicología Conductual*, 13, 499-522.
6. Borda, M., Avargues, M.L., López, A.M., Torres, I., Del Río, C. y Pérez San Gregorio, M.A. (2011). Effects of personality traits on women with eating disorders: Validating a structural model of the mediating effects of self-esteem and perfectionism. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 205-227.
7. Cash, T.F. y Henry, P.E. (1995). Women's body-images: The results of a national survey in the USA. *Sex Roles*, 33, 19-28. doi:10.1007/BF01547933
8. Cash, T.F. y Hrabosky, J.J. (2004). Treatment of body image disturbances. En J.K. Thompson (Eds.). *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 515-541). Wiley and Sons.
9. Cervera, S., Lahortiga, F., Martínez-González, M.A., Gual, P., de Irala-Estevez, J. y Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 271-280. doi:10.1002/eat.10147
10. Cooper, F.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494. doi:10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O
11. Del Río, C. (2005). *Guía de ética profesional en Psicología Clínica*. Madrid: Pirámide.
12. Del Río, C., Borda, M., Torres, I. y Lozano, J. F. (2002). Conductas de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes y adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 1, 1-10. www.paidosiquiatria.com/rev
13. Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H. y Welch, S.L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468-476. doi:10.1001/archpsyc.56.5.468
14. Franco-Paredes, K., Mancilla-Díaz, J.M., Peck, L.D. y Lightsey, O.R. (2008). The eating disorders continuum, self-Esteem, and perfectionism. *Journal of Counseling and Development*, 86, 184-192. doi:10.1002/j.1556-6678.2008.tb00496.x
15. Glaubert, R., Rhodes, G., Fink, B. y Grammer, K. (2010). Body dissatisfaction and attentional bias to thin bodies. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 42-49.
16. Gual, P. Pérez-Gaspar, M., Martínez-González, M.A.,

- La Hortiga, F., De Irala-Estévez, J. y Cervera, S. (2002). Self-esteem, personality, and eating disorders: Baseline assessment of a prospective population-based cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 261-273. doi:[10.1002/eat.10040](https://doi.org/10.1002/eat.10040)
17. Herrero, M.J., Blanch, J., Peri, J.M., De Pablo, J., Pintor, L. y Balbuena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25, 277-283. doi:[10.1016/S0163-8343\(03\)00043-4](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(03)00043-4)
18. Karpowicz, E., Skärsäter, I. y Nevonen, L. (2009). Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 318-325. doi:[10.1111/j.1447-0349.2009.00621.x](https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00621.x)
19. Lewis, D. M., y Cachelin, F. M. (2001). Body image, body dissatisfaction, and eating attitudes in mid-life and elderly women. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 9, 29-39. doi:[10.1080/106402601300187713](https://doi.org/10.1080/106402601300187713)
20. Martyn-Nemeth, P., Penckofer, S., Gulanick, M., Velsor-Friedrich, B. y Bryant, F.B. (2009). The relationships among self-esteem, stress, coping, eating behaviour and depressive mood in adolescents. *Research in Nursing & Health*, 32, 96-109. doi:[10.1002/nur.20304](https://doi.org/10.1002/nur.20304)
21. Montero, L. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 3, 847-862.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clinica y Salud*, 7, 51-66.
22. Ramos, P., Rivera, F. y Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22, 77-83.
23. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
24. Ross, M. y Wade, T. (2004). Shape and weight concern and self-esteem as mediators of externalized self-perception, dietary restraint and uncontrolled eating. *European Eating Disorders Review*, 12, 129-136. doi:[10.1002/erv.531](https://doi.org/10.1002/erv.531)
25. Salaberría, K., Rodríguez, S. y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Olasunaz*, 8, 171-183.
26. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (2000). *Consenso SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica*. Barcelona: Autor.
27. Sepúlveda, A.R., Botella, J. y León, J.A. (2002). Body image disturbance in eating disorder: A meta-analysis. *Psychology in Spain*, 6, 83-95.
28. Sepúlveda, A.R., Carroblas, J.A., Gandarillas, A., Poveda, J. y Pastor, V. (2007). Prevention Program for disturbed eating and body dissatisfaction in a Spanish University Population: A pilot study. *Body Image*, 4, 317-328. doi:[10.1016/j.bodyim.2007.05.001](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.05.001)
29. Schmidt, U.H. (2001). Risk factors for eating disorders. En: C.G. Fairburn & K.D. Brownell (Eds). *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. (pp. 247-250). New York: The Guilford Press.
30. Southall, D. y Roberts, J.E. (2002). Attributional style and self-esteem in vulnerability to adolescent depressive symptoms following life stress: A week prospective study. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 563-579. doi:[10.1023/A:1020457508320](https://doi.org/10.1023/A:1020457508320)
31. Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848. doi:[10.1037/0033-2909.128.5.825](https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825)
32. Stice, E., Martí, C.N. y Durante, Sh. (2011). Risk factors of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behavior Research and Therapy*, 49, 622-627. doi:[10.1016/j.brat.2011.06.009](https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.009)
33. Vázquez, A., Jiménez, R. y Vázquez, R. (2004). Escala de Autoestima de Rosenberg: Fiabilidad y validez en población clínica. *Apuntes de Psicología*, 22, 247-255.
34. Webster, J. y Tiggemann, M. (2003). The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life span: The role of cognitive control. *The Journal of Genetic Psychology*, 164, 241-252. doi:[10.1080/00221320309597980](https://doi.org/10.1080/00221320309597980)
35. Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. doi:[10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x)

Fecha de recepción: 29 de septiembre de 2011

Fecha de recepción de la versión modificada: 15 de junio de 2012

Fecha de aceptación: 10 de julio de 2012