



«Cuando no gustarse hace enfermar»

Relación entre la presión social por la imagen corporal, la baja autoestima y la aparición y desarrollo de problemas y trastornos de la conducta alimentaria relacionados con el peso (anorexia y bulimia nerviosas) y sus consecuencias más alarmantes (alteraciones de peso y obesidad)

Octubre 2008

Autor: Fundación Imagen y Autoestima

Índice

1.	Objetivos del informe	3
2.	Equipo de trabajo y colaboraciones	3
3.	Fuentes	4
4.	Principales hallazgos:	
4.1	Los trastornos del comportamiento alimentario y la obesidad: características y datos epidemiológicos	5
4.2	Factores causales de los trastornos del comportamiento alimentario	10
	4.2.1 Imagen Corporal	12
	4.2.2 Autoestima	18
5.	Conclusiones	24
6.	Recomendaciones	25
7.	Referencias bibliográficas	27

1. Objetivos del Informe:

- Presenta la situación española actual en relación a los problemas y trastornos relacionados con el peso (anorexia, bulimia, sobrepeso y obesidad).
- Analizar la autoestima y la imagen corporal como variables explicativas en estos trastornos.
- Diseñar la prevención de los problemas y trastornos relacionados con el peso y la promoción de la salud en colaboración con los principales agentes implicados.

2. Equipo de trabajo y colaboraciones:

Grupo de trabajo:

Cristina Carretero Jardí, psicóloga especialista en trastornos del comportamiento alimentario i jefa del programa promoción de la salud y la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario IMA-ACAB

Francisca Ojados, psicóloga, especialista en TCA, psicóloga del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona y colaboradora de la Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia

Colaboración experta:

Josep Toro Trallero, médico psiquiatra. Psicólogo. Profesor emérito de la Universidad de Barcelona. Exconsultor Senior y Jefe del Servicio de Psiquiatría Infantil y juvenil del Instituto Clínico de Neurociencias del Hospital Clínico Universitario de Barcelona.

Asociaciones y Federaciones colaboradoras:

AEETCA (Asociación Española para el Estudio de los Trastornos del Comportamiento Alimentario)

FEACAB (Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia nerviosas)

3. Fuentes:

Informe elaborado a partir de las siguientes fuentes:

- Ministerio de Sanidad y Consumo 2006. Encuesta Nacional de Salud.
- Organización Mundial de la Salud, 2008.
- Asociación de Psiquiatría Americana (APA).
- Publicaciones especializadas de estudios e investigaciones académicas recientes en el campo de los trastornos del comportamiento alimentario y la obesidad.
- Sociedades científica:
 - Sociedad Española de Medicina y Cirugía Cosmética (SEMCC)
 - Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO)

4. Principales hallazgos

4.1 Los trastornos del comportamiento alimentario y la obesidad: características y datos epidemiológicos

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades mentales de gran relevancia social, debido, principalmente a su gran prevalencia y a sus graves repercusiones físicas, psicológicas y sociales.

Constituyen hoy en día la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente-juvenil de las sociedades desarrolladas y occidentalizadas, ya que de hecho son las mujeres jóvenes y adolescentes de países desarrollados o en vías de desarrollo, la población de más alto riesgo para padecer estos síndromes.

La incidencia se define como el número de casos nuevos de un trastorno durante un período de tiempo determinado. Se ha encontrado una incidencia en estos trastornos de 8 casos nuevos en cada 100.000 personas al año para la AN, y de 12 casos nuevos cada 100.000 personas al año en el caso de la BN (Toro, 2004).

Podemos definir la prevalencia como el número de individuos que padecen un trastorno en una población dada en un determinado momento temporal.

Los datos epidemiológicos de este tipo de trastornos provienen de estudios realizados mayoritariamente en población femenina y no mayores de 25 años.

La APA (Asociación de Psiquiatría Americana) (1994) informa de una prevalencia de los TCA en general del 0,5%-3,0% entre las chicas adolescentes de entre 12 y 19 años.

Estudios de cribado en Europa y América del Norte han encontrado que aproximadamente un 10-15% de chicas y mujeres jóvenes puntúan por encima del punto de corte para un probable TCA en varios instrumentos de evaluación (Leichner et al. 1986; Jonson-Sabine et al. 1988; Morande et al., 1999).

Además, actualmente asistimos al incremento de dos a cinco veces en las cifras de prevalencia respecto a las últimas tres décadas. Según datos de la APA (1994), el Protocolo de los TCA del Instituto Nacional de la Salud (Insalud, 1995), y revisiones recientes de estudios epidemiológicos de TCA (Hoek y Van Hoeken, 2003), se acepta una prevalencia de un 0,5%-1% de anorexia nerviosa (Lucas, Beard, O'Fallon y Kurland, 1991; Nylander, 1971), de 1-3% de bulimia nerviosa (Stein, 1991), y de aproximadamente 3% de Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados.

En cuanto al trastorno por Atracón, su prevalencia entre los universitarios y la población adulta es del 5% en mujeres y de un 3% en varones (Spitzer et al., 1993).

En España podemos comentar algunos estudios epidemiológicos (ver tabla adjunta). En Navarra (Pérez-Gaspar y cols., 2000) con 2862 participantes de entre 12 a 21 años, se encontró que la prevalencia total de TCA era de 4,1%, concretamente para el TCANE el porcentaje era del 3,1%, para la BN del 0,8% y para la AN del 0,3%.

Castro y Toro (2004) tras revisar 5 estudios epidemiológicos realizados en chicas españolas de 14 a 24 años de edad, informan de porcentajes algo más elevados: entre un 0,3-0,5% padecen anorexia nerviosa, entre un 0,8 y un 1,1% padecen bulimia nerviosa y entre un 3,5 y un 4,5% padecen un trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE).

El deporte de élite femenino está considerado una actividad de riesgo para padecer estos trastornos. Entre las bailarinas, gimnastas, patinadoras, practicantes de natación sincronizada, etc, la prevalencia de AN es de 3-7% siendo muchos más los casos de AN subclínica (Castro y Toro, 2004).

En el estudio epidemiológico realizado por la Asociación contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB) y Adeslas, en junio de 2004, con población universitaria catalana de entre 18 y 25 años de edad, administrando el cuestionario EAT-40 (Eating Attitudes Test; Gardner y Garfinkel ;1979) validado en España por (Castro, Toro, Salamero y Guimerá; 1991), se encontró que un 11,48% obtenían una puntuación mayor a 30 (punto de corte del cuestionario), y éstas se dividían a su vez en 5,10% pertenecientes a un grupo mórbido medio (las que obtenían una puntuación en el EAT-40 entre 30 y 40) y un 6,38% pertenecían a un grupo mórbido agudo (las que obtenían una puntuación en el EAT-40 superior a 40). Es decir, que un 11,48% de la población universitaria catalana presentaría alto riesgo de sufrir un TCA, y un 6,38% podría estar sufriendolo realmente.

En la revisión de los estudios epidemiológicos realizados en España por Peláez, Labrador y Raich en 2004, se ponen de manifiesto algunas limitaciones: muy pocos estudios utilizan un método fiable para la detección de casos como la entrevista de criterios según el DSM. Al utilizar la mayoría de ellos cuestionarios de autoinforme, no pueden establecerse cifras reales de prevalencia, sino porcentajes de población de riesgo. Por otro lado, cuando se solicita la colaboración voluntaria de los participantes, en los estudios epidemiológicos, se establece un sesgo de subestimación, tal y cómo demuestran Beglin y Fairburn (1992) que encuentran que la tasa de prevalencia de TCA entre los sujetos que no responden es mayor que la de los sujetos que sí lo hacen.

Cómo Peláez y cols. plantean, es necesario evaluar de forma fiable la tasa de prevalencia de los TCA en la población general de España, y no sólo en la población de alto riesgo (adolescentes) sino también en adultos donde hay menos estudios realizados, y este será uno de los primeros objetivos de la Fundación IMA.

Por otro lado, la manifestación de los TCA ha ido variando a lo largo de los años, aumentando recientemente las formas atípicas en los TCA, siendo los TCANE los TCA más diagnosticados, en parte explicable porque también se detectan antes.

Se encuentra que cada vez se dan en sujetos de edades más dispares, ampliándose el rango de afectados tanto a los más jóvenes e incluso prepúberes así como a los adultos.

Se ha estudiado si habían diferencias entre el debut de la AN entre los sujetos más jóvenes y entre los adolescentes más mayores y no se han encontrado diferencias (Cooper, Watkins, Bryant-Waugh y Lask, 2002).

Otro aspecto a resaltar en cuanto a la manifestación de los TCA en la actualidad es que cada vez son más los varones afectados. Los casos de varones afectados de AN descritos en la literatura científica eran escasos durante el siglo XX (no llegaban a 100 antes de 1986). Se ha estudiado la manifestación del trastorno en función del sexo y se ha encontrado que es muy similar; algunas de las diferencias se pueden encontrar en que entre los varones hay más casos de sintomatología bulímica que restrictiva, consumen menos laxantes, no tienen tanta obsesión por estar delgados (sino más bien musculados) y suelen practicar más ejercicio físico para el control del peso (con mayor consumo de esteroides y complementos dietéticos). Pese a estos datos es importante tener

en cuenta que ni los cuestionarios habitualmente empleados están validados en los varones ni hay ítems específicos para la valoración de los TCA en ellos (Carlat y Camargo, 1991).

Además de su elevada frecuencia, los TCA se caracterizan por la gravedad de la sintomatología que llevan asociada, su elevada resistencia al tratamiento y su riesgo de recaídas (Kaye y cols., 2000; Mizes y Palermo, 1997; Vitelo y Lederhendler, 2000, citado en Peláez, Labrador y Raich, 2005), así como su alto grado de comorbilidad o presencia de otros problemas o trastornos de forma simultánea, como son abuso de drogas, depresión, falta de habilidades sociales y baja autoestima social y corporal (APA, 2000; Gila, Castro, Gómez y Toro, 2005; Lindberg y Hjern, 2003).

En el caso de la AN, el trastorno se asocia además a un elevado riesgo de mortalidad (aproximadamente de un 10%) y un reducido porcentaje de recuperación (Kaye y cols., 2000; Mizes y Palermo, 1997; Vitelo y Lederhendler, 2000, citado en Peláez, Labrador y Raich, 2005). Los porcentajes de mortalidad de la BN son de aproximadamente un 1,3% y se asocian a abuso de sustancias y/o trastornos afectivos.

Los trastornos más frecuentemente asociados a los TCA son los trastornos depresivos y los de ansiedad. La mayoría de pacientes anoréxicos y bulímicos presentan sintomatología depresiva cuando no trastornos depresivos propiamente dichos. Por otro lado, la prevalencia vital de los trastornos de ansiedad en sujetos anoréxicos va desde un 33% (Láxele y cols., 1989) a un 72% (Godart y cols., 2000; citado en Toro, 2004), habiendo diferencias entre los distintos subtipos. El abuso de drogas en personas que padecen un TCA también se ha asociado en más de un 17% de los casos.

En sujetos adultos se ha encontrado también importante una importante comorbilidad con los trastornos de personalidad (TP).

En un estudio descriptivo llevado a cabo por Kristine Godt en este año 2008, encontró que un 29,5% de 545 pacientes con TCA, padecían uno o más trastornos de la personalidad clasificados de acuerdo con los criterios del DSM-III-R o con el DSM-IV.

El diagnóstico del cluster C fue el más común, con una prevalencia total del 17,1% seguido por los TP del cluster B con un 9,9%. Los TP del cluster A fueron raros, y sólo un 1,7% cumplía criterios para al menos un trastorno de este grupo.

En este estudio, el trastorno de evitación fue el más frecuente, con una prevalencia del 12,1%. El trastorno de personalidad no especificado fue el segundo más frecuente, con una prevalencia del 7,2%, seguido del límite (6,2%) y del depresivo (5,7%).

Vale la pena resaltar que muchos de los pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad no especificado mostraban una mezcla de trastorno evitativo y límite de la personalidad.

Respecto a la relación con los TCA, encontraron que los TP eran más prevalentes entre los pacientes que padecían BN que entre los que padecían AN (especialmente el trastorno límite de la personalidad) aunque con una diferencia modesta.

Estos datos hacen pensar en la conexión entre los TP y los TCA, y sugiere posibles conexiones a nivel de patogénesis.

Los índices de obesidad y sobrepeso nos sitúan, según la OMS, ante una grave "epidemia". Datos del Ministerio español de Sanidad y Consumo indican que estos problemas alcanzan ya a un 53% de población española. La SEEDO (Sociedad española para el estudio de la obesidad) alerta que el 14.5% de españoles son obesos y el 39% presentan sobrepeso. La obesidad infantil afecta a un 17% de niños y a un 12% de niñas menores de 14 años.

La obesidad del 20-30% de las personas que la padecen es consecuencia de un trastorno de la conducta alimentaria denominado trastorno por atracones. Por ello, la obesidad en estos enfermos no es producto de alteraciones nutricionales sino que debiera situarse en el plano psicológico: el sentimiento de falta de control y por consiguiente, la realización de atracones, precipita el aumento de peso y la obesidad. El trastorno por atracones se enmarca dentro de los trastornos del comportamiento alimentario no especificado (TCANE

4.2 Factores causales de los trastornos del comportamiento alimentario

No hay duda de que los factores socioculturales tienen una gran importancia en la aparición de un TCA. Suponen un factor necesario aunque no suficiente para el debut de estos trastornos, por lo que, debido a que estos factores cambian por definición de una cultura a otra, es importante ser cautelosos a la hora de extrapolar y generalizar los datos de prevalencia entre las distintas sociedades.

La mayoría de los estudios realizados con población blanca y negra de Estados Unidos encuentran prevalencias superiores entre las mujeres blancas, tanto de TCA como de actitudes y conductas de riesgo. Las personas negras tienden a valorar más positivamente su apariencia física que los miembros de otras etnias.

En un estudio publicado en el año 2007 (Hedí, Hennessey y Thompson-Brenner, 2007) realizado con mujeres africanas, se encontró que tanto la exposición a los medios de comunicación occidentales así como el haber viajado al extranjero, se asociaron positivamente a presentar más sintomatología de TCA.

En nuestro país, se han llevado a cabo algunos estudios transculturales que comparan población autóctona española con poblaciones de otros países, de los que tenemos los siguientes resultados: Raich y cols., en 2001, comparando universitarias españolas y mejicanas, encontraron que la insatisfacción corporal era mayor entre las españolas pese a que su índice de masa corporal era inferior.

Por otro lado, la mayoría de los estudios que comparan población autóctona no occidental con población del mismo origen pero que viven en países occidentalizados, concluyen que aquellos que viven en países occidentalizados experimentan mayor insatisfacción corporal, más baja autoestima y más síntomas depresivos, y también realizan más dietas restrictivas (Toro, 2004).

En España estamos asistiendo a un importante incremento de la población inmigrante y es por ello que resulta interesante poder concretar las cifras de prevalencia de estos trastornos entre este sector de la población.

Los pocos estudios epidemiológicos realizados exclusivamente con población inmigrante ponen de manifiesto que los TCA están infradiagnosticados si los comparamos con las tasas de prevalencia existentes entre la población autóctona.

Según Montserrat Graell, del Hospital Niño Jesús de Madrid, los casos de AN entre adolescentes inmigrantes se han multiplicado por cuatro en los últimos 4 años, pasando por ejemplo de realizar 3 ingresos en el año 2001 a realizar 14 en el 2004. Esta misma doctora asegura que se han incrementado también los casos de reingresos entre las adolescentes inmigrantes.

El doctor Francisco Javier Ramón, en un estudio con adolescentes llevado a cabo en Ceuta, donde el 30% de la población es musulmana, encontró que la prevalencia de TCA era elevada y no había diferencias significativas entre culturas.

La Fundación IMA pretende arrojar algo de luz sobre esta cuestión, debido a la escasez de estudios realizados con población inmigrante que viva en España, y de esta forma contribuir a aclarar si la prevalencia de los TCA entre los jóvenes inmigrantes es similar a los porcentajes encontrados en población autóctona y, si hay diferencias, concretar entre qué etnias/culturas se establecen, en qué sentido se producen estas diferencias, e incluso averiguar si los factores de riesgo etiológicos conocidos actúan de forma diferente en las distintas culturas.

Respecto a los factores que intervienen en la aparición de estos trastornos, están descritos varios factores de riesgo intervinientes tanto en la AN como en la BN. Josep Toro (2004) distingue entre predisponentes, precipitantes y mantenedores, pudiendo ser todos ellos a su vez personales, familiares o sociales. El tener una baja autoestima así como la insatisfacción corporal son factores de riesgo personales predisponentes y mantenedores para padecer un TCA.

La publicidad facilita la decisión de perder peso. Ya en 1985, Toro y cols. hallaron que 1 de cada 4 anuncios aparecidos en las revistas más leídas en aquella época por las chicas, invitaban directa o indirectamente a perder peso. Y es que hay consenso en pensar que son las mujeres, todavía, las que reciben mayor presión sociocultural por lo que se ha venido llamando la “cultura de la delgadez”. En 1989, Toro, Castro, García, Pérez y Cuesta, administraron un cuestionario de actitudes alimentarias (EAT) a 1554 estudiantes de Barcelona entre 12 y 19 años y encontraron que los que obtenían puntuaciones superiores a 30 (punto de corte para detectar patología alimentaria) eran las

chicas, los más mayores, los que tenían sobrepeso, los que practicaban dietas restrictivas, los que se consideraban a sí mismos obesos y aquellos que querían modificar el tamaño de su cuerpo.

En un estudio realizado con 548 estudiantes de 10 a 17 años (de 5º a 12 grado) se encontró que un 69% de ellas informaba que las fotografías de las revistas les influían en su idea de la figura corporal ideal y un 47% decían que querían perder peso a causa de estas imágenes. Se encontró una asociación positiva entre la frecuencia con la que las mujeres leían las revistas y la frecuencia con la que hacían una dieta o comenzaban a hacer ejercicio para perder peso, decisión provocada por los artículos de la revista. Controlando el peso, el nivel escolar y la etnia, las chicas que leían con más frecuencia revistas de moda, tuvieron de dos a tres veces más probabilidades que las lectoras más infrecuentes, de hacer una dieta, ejercicio para perder peso por los artículos de la revista, y también sentían que las revistas les influían en su creencia del ideal de belleza. Por otro lado la mayoría de las participantes del estudio se sentían descontentas con su peso y figura, y esto también se vio relacionado con la frecuencia de lectura de estas revistas. Se concluye que los medios impresos promueven un ideal de belleza irreal y son, al menos parcialmente, responsables de la aparición de los TCA.

Los ideales de belleza han variado ampliamente a lo largo de la historia y tradicionalmente, han ido asociados al cuerpo femenino en lugar de masculino, siendo también muy diferentes a los cuerpos reales de la mayoría de las mujeres de cada momento histórico, pudiendo esto haber influido en la insatisfacción corporal personal de las mujeres.

4.2.1 Imagen Corporal

En 1950, Schilder definió la imagen corporal como “el retrato de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente”, sería la representación mental del cuerpo, formada por informaciones acumuladas a lo largo del tiempo procedentes de distintos sentidos e influida por experiencias afines. Es el cuerpo que una persona experimenta tener en cada momento de su desarrollo (Toro, 2004). Para Kirszman y Salgueiro (2002) son los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo.

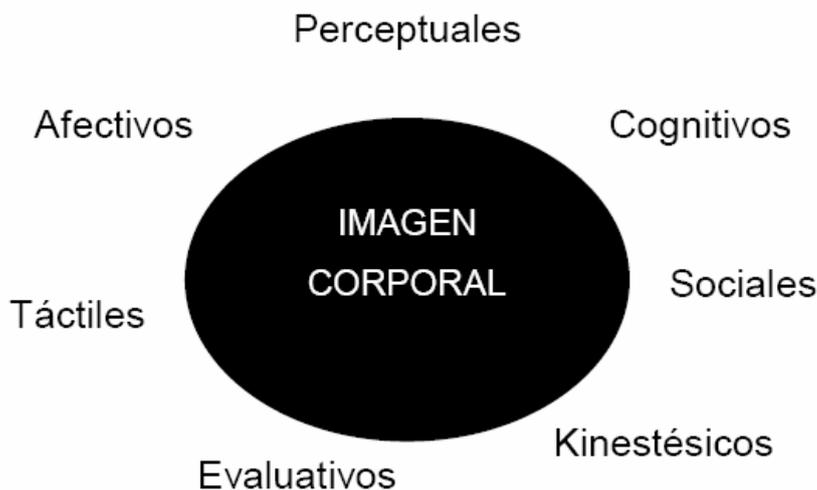


Figura. Componentes de la insatisfacción corporal (extraído de Gómez y Núñez, 2007)

Es una variable que durante la adolescencia cambia para acomodarse a los cambios físicos que tienen lugar durante la pubertad. Entre los 13 y los 18 años la satisfacción corporal disminuye ya que entra en conflicto con el ideal de belleza, encontrándose diferencias en función del sexo. Además, la insatisfacción corporal aparecida entre los 13 y los 15 años se mantiene a los 18 años y, después de la adolescencia, la insatisfacción corporal aumenta en las chicas mientras que en los chicos disminuye (Rosenblum y Lewis, 1999).

En relación a los trastornos de la conducta alimentaria, Hilde Bruch (1962) fue la primera en sugerir la existencia de una alteración de la imagen corporal en la anorexia nerviosa, para ella, la distorsión de la imagen corporal es lo patognomónico en este trastorno, más que la gravedad de la malnutrición per se. En las primeras descripciones de la anorexia nerviosa (anorexia santa, anorexia histérica) el criterio de distorsión de la imagen corporal (verse gorda) no era necesario para padecer el trastorno y de hecho las primeras anoréxicas descritas en la historia, como por ejemplo Santa Catalina de Siena, no tenían esa característica. (Toro, 2004).

La insatisfacción corporal sucede cuando la percepción de la imagen corporal crea malestar; se ha asociado y probablemente es el principal factor de riesgo para tomar la decisión de iniciar una dieta restrictiva para perder peso, que a su vez supone el principal factor precipitante para padecer un TCA.

La insatisfacción corporal también se ha visto relacionada con otros problemas psicopatológicos como la depresión y también supone un factor de riesgo para realizar otras conductas de riesgo como el consumo de tóxicos.

Conductas de riesgo relacionadas con la insatisfacción corporal

Sabemos que las conductas de riesgo con frecuencia van asociadas, por ejemplo cada vez hay más jóvenes que piensan que el consumo de algunos tóxicos puede favorecer la pérdida de peso mediante la pérdida del apetito. El consumo de alcohol supone un aporte de calorías vacías porque no conllevan ingesta nutritiva, y hay jóvenes que combinan el beber alcohol y el no comer para notar antes los efectos de embriaguez y así gastar menos dinero. En la misma línea, la posibilidad de subir de peso supone una justificación para no abandonar por ejemplo el consumo de tabaco.

Según publicaba el "Diario de Navarra" este pasado mes de mayo, cuatro de cada cinco españoles que quieren adelgazar utilizan productos "mágicos", a pesar de que pueden entrañar graves riesgos para la salud, y que son contrarios a una dieta equilibrada. En este mismo artículo se señalaba que según el Centro de Información del Medicamento del COFM, mayo es el mes donde se registra el mayor número de consultas sobre productos milagro en las oficinas de farmacia debido, sobre todo, a la llegada del verano y la denominada "operación bikini". Los jóvenes y las mujeres a partir de 50 años son los perfiles que más suelen utilizar las denominadas dietas milagro, y se calcula que cada español se gasta una media de 60 euros al año en estos productos.

Las conductas inadecuadas para el control del peso también se han relacionado con la aparición de trastornos de la conducta alimentaria.

En un estudio llamado proyecto EAT (Eating Among Teens) llevado a cabo por Neumark, Sztainer, Store, Hannan, Perry e Irving (2002) con 4.746 adolescentes, se encontró que más de la mitad de las chicas y casi un tercio de los chicos llevaban a cabo conductas poco saludables para el control del peso como saltarse comidas, ayunar, fumar tabaco, vomitar y tomar laxantes. Por otro lado, también se encontró que la mitad de las chicas y un cuarto de los chicos informaba de insatisfacción corporal.

Otros estudios con adolescentes han encontrado que entre un 10-20% de las chicas informaban que se inducían el vómito o abusaban de laxantes, diuréticos, ipepacuana, o pastillas adelgazantes, y una menor, pero existente proporción de chicos, realizaban conductas similares (Killen et al., 1986, 1987, French y Jeffery, 1994). También se ha encontrado, según publicaba el "Diario de Navarra", que entre los 16 y 24 años, las mujeres fumadoras (29%) superan a los hombres (25%).

El seguimiento de dietas es la conducta alimentaria restrictiva que con mayor frecuencia se realiza, siendo generalmente elogiada por el entorno social. En un estudio con adolescentes catalanes de entre 15 y 17 años, se encontró que el 16,3% de los chicos y chicas evaluados informaron estar siguiendo una dieta en el momento del estudio, siendo el porcentaje de chicas que la seguían 6 veces superior (25,6%) al de los chicos (4,2%), y de todos ellos sólo el 40,4% tenía obesidad (Saldaña y cols., 1996). En otro estudio con jóvenes universitarias, se encontró que un 33% informaron que habían realizado una dieta, con la finalidad de perder peso, en el último año (Saldaña y cols., 1998). El 97% de las personas que sufren un trastorno del comportamiento alimentario, han realizado o realizan una dieta restrictiva sin supervisión médica.

En España alrededor de un 60 por ciento de jóvenes menores de 18 años ha llevado a cabo una dieta adelgazante alguna vez, y aproximadamente el 50 por ciento de dicha población se identifica idealmente con un patrón estético notablemente más delgado y estilizado que el suyo, expresando disconformidad con su imagen y rechazo parcial o total de su cuerpo (Toro y cols).

En la encuesta nacional de salud de España, realizada por el ministerio de sanidad y consumo en 2006, en la que se pedían valoraciones tanto a población adulta como menor de edad, sobre su estado de salud, sus estilos de vida y prácticas preventivas entre otros, se encontró que sólo un 13,3% de las personas (teniendo en cuenta todas las edades) hacían un desayuno completo,

compuesto por líquido, fruta e hidratos de carbono, y casi un 20% o no desayunaban o sólo tomaban líquido y/o fruta.

Otro resultado interesante que se desprende de esta encuesta, son las cifras encontradas de sobrepeso y obesidad. Más de la mitad de los varones y casi la mitad de las mujeres tienen sobrepeso u obesidad en nuestro país. En población infantil (de los 2 a los 17 años) se encontró que el porcentaje de sobrepeso y obesidad era de casi el 30%; además un 20% de niñas y niños entre 0 y 15 años no realizan ningún tipo de actividad física. Estos datos son muy importantes ya que se sabe que la obesidad infantil es el principal factor pronóstico de obesidad en la edad adulta, con todos los problemas asociados que conlleva esta problemática (riesgo de hipertensión, diabetes, más cansancio, etc.).

Pese a no tener estudios sobre la frecuencia de los TCA entre la población adulta española, como ya se ha comentado anteriormente, sí que contamos con unos datos indirectos, unas pistas que nos indican que la prevalencia de la insatisfacción corporal también es elevada entre los adultos españoles. Algunas de estas pistas son el elevado porcentaje de personas que cada año se someten a una operación de cirugía estética. España es el primer país de Europa en este tipo de intervenciones y el cuarto del mundo, con un 8% de operaciones de cirugía estética. EE.UU. es el país donde más operaciones de cirugía estética se producen, con un 13%, seguido por México, con un 9%, y Argentina con un 8,5%.

España también lidera el ranking de operaciones de cirugía estética entre jóvenes de 18 a 21 años. Un estudio realizado por la Sociedad Española de Medicina y Cirugía Cosmética aporta estos datos y también concluye que el 33,9% de las personas que acuden a un centro de cirugía estética presentan una preocupación excesiva por su aspecto físico. La gran mayoría de este porcentaje son mujeres que padecen un trastorno dismórfico corporal. El estudio también concluye que detrás de la obsesión por acercarse al modelo estético corporal imperante pueden esconderse problemas psicológicos y emocionales.

Vale la pena comentar que se ha producido un incremento en el número de varones que se someten a este tipo de intervenciones, alcanzando ya el 20% del total de las cirugías. Las cirugías estéticas

más demandadas actualmente son las que actúan contra el envejecimiento facial, la liposucción, los implantes mamarios, la faloplastia y la rinoplastia.

Resumiendo, padecer insatisfacción corporal es un factor de riesgo para el desarrollo de diferentes trastornos y conductas de riesgo para trastornos, y al contrario, el tener una alta satisfacción corporal es un factor protector y promovedor de salud mental.

Relacionado con todo esto, varios estudios han encontrado que la percepción de la imagen corporal es una variable más importante que el peso real de una persona por lo que tiene que ver con su satisfacción corporal. Estudios transversales llevados a cabo con adolescentes han encontrado que “sentirse gorda” es más importante que “ser gorda”. Además, hemos de tener en cuenta que la insatisfacción con el propio cuerpo puede aparecer a edades muy precoces. Se ha encontrado que con tan solo 7 y 8 años ya existe cierta preocupación por la propia imagen corporal y que algunos niños a estas edades ya tienen conductas y actitudes alimentarias problemáticas. Se sabe que hay niños entre 8 y 11 años que hacen (les hacen) algún tipo de dieta. Las variables asociadas en estos niños prepúberes tanto con sus problemas alimentarios como de imagen corporal son los mismos encontrados en los adolescentes y adultos; se podría resaltar que a estas edades tienen más importancia los comentarios y experiencias con los iguales y la influencia de la familia (Gracia, Marcó y Trujano, 2007).

Por otro lado, Jansen, W., Van de Looij-Jansen, P., de Wilde, E., y Brug, J. (2008) han encontrado que a una edad de 9-10 años, el sobrepeso u obesidad no estaba asociado a sintomatología depresiva o ansiedad asociada a la apariencia física, sin embargo, a los 12 y 13 años el sobrepeso autoinformado estaba asociado a problemas emocionales e intentos de suicidio.

Así, la percepción que se tiene sobre el peso supone una variable mediadora entre el peso real y la salud mental a la edad de 12-13 años. Especialmente, percibirse con elevado peso está asociado con tener una peor salud mental.

La investigación en Finlandia ha mostrado que el incremento en la prevalencia del sobrepeso en los adolescentes en las últimas dos décadas se ha asociado con un descenso en la prevalencia del sentimiento de ser demasiado gordo. Actualmente tener sobrepeso se está “normalizando” y el sentimiento de estar demasiado gordo asociado a estrés psicológico se produce ante imc más

elevados que antes. De hecho, aunque tradicionalmente se ha relacionado el tener sobrepeso (valorado con el índice imc) con menor satisfacción corporal, también hay estudios que no relacionan la insatisfacción corporal con el imc. En esta línea, algunos estudios han relacionado la práctica de la actividad física con tener una mejor autoimagen corporal especialmente durante la edad escolar, aunque también hay estudios que relacionan esta práctica con mayor insatisfacción corporal.

En un estudio realizado el año pasado entre la universidad de Girona y la de México con menores de entre 8 y 12 años, se encontró que tanto en los niños como en las niñas estudiados, un mayor imc se asoció a una **menor autoestima** corporal, y en las niñas un menor imc se asoció a un mayor control sobre la dieta.

Tanto los niños como las niñas elegían siluetas deseadas futuras con bajo peso aunque las niñas elegían una figura futura más delgada que la que eligían los niños y casi un 40% eligió una figura más delgada de la que creían tener en la actualidad (Gracia, Marcó y Trujano, 2007). Un 10,4% (n= 45) de la muestra total obtuvo puntuaciones superiores al punto de corte del ChEAT (cuestionario de valoración de la presencia de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria dirigido a población infantil), presentando una menor autoestima corporal y general, un ideal de imagen más delgado y una mayor discrepancia entre su yo real y su yo social.

En las chicas, las asociaciones comentadas suelen ser mayores, es decir, que ellas suelen tener una mayor insatisfacción con su cuerpo, sin embargo, estudios recientes han demostrado la creciente preocupación masculina por su imagen corporal. Se han encontrado diferencias respecto al ideal de belleza en ambos sexos, mientras que las chicas prefieren cuerpos más delgados, los chicos los prefieren más musculosos (Cohane y Pope, 2001).

4.2.2 Autoestima

Se puede definir el autoconcepto como la imagen que tiene cada individuo de él mismo, y que se ha ido conformando durante su infancia y adolescencia, a través tanto de las experiencias personales como de los mensajes recibidos por los referentes más cercanos, padres y educadores

principalmente. Durante la preadolescencia y adolescencia, cobran también especial importancia los comentarios recibidos por los iguales.

La valoración personal del autoconcepto es la autoestima, es decir, la evaluación que cada individuo tiene de él mismo, incluyendo los sentimientos de autovalía (Coopersmith, 1967; Rosenberg, 1979).

Alrededor del 75% de las personas que presentan un alto riesgo de padecer un trastorno del comportamiento alimentario presentan niveles muy bajos de autoestima.

Conductas de riesgo relacionadas con la baja autoestima

El tener baja autoestima se ha relacionado con un aumento de la delincuencia entre iguales, el abuso de sustancias como alcohol, tabaco, cannabis o inhalantes, la ideación o conductas suicidas, e incluso con el aumento de la vulnerabilidad a padecer trastornos mentales como depresión o trastornos de la conducta alimentaria. En este sentido, hay muchos estudios que apoyan la idea de que fomentar la autoestima de los adolescentes les protegerá frente a la adopción de conductas de riesgo, y actualmente cada vez más, los programas de prevención de muy diversos temas son inespecíficos, es decir que abordan factores relacionados con diversos problemas y todos ellos tienen como parte fundamental fomentar la autoestima.

Algunos estudios han encontrado relaciones de riesgo diferenciales para diferentes subgrupos, por ejemplo encontrando que las relaciones significativas anteriormente comentadas sólo aparecían en chicas adolescentes o, según grupos étnicos, como un aumento de los embarazos en adolescentes negras o hispanas pero no en blancas o americanas nativas.

Una de las razones para la poca consistencia de los resultados entre algunos estudios se encuentra en la propia definición de autoestima, que se adopta de forma unidimensional. Es importante entender el concepto de autoestima como un constructo multidimensional, formado por diferentes dominios (escolar, familiar, físico, social, etc.), y en esta línea, los programas dirigidos al trabajo de diferentes áreas son más exitosos que aquellos que se centran únicamente en trabajar “la autoestima global” sin matizar. En este sentido, tener un deterioro en una de las áreas influye en la autoestima general de la persona, por ejemplo el tener una pobre autoestima física favorece estar más

descontento en general con uno mismo a nivel general, mostrarse más inseguro y ser más infeliz. En este sentido, merece la pena resaltar que la apariencia física es uno de los primeros atributos que los niños tienen en cuenta para describirse; es probable que la imagen corporal sea la primera característica por la que los niños perciben parte de su autoconcepto (Gracia, Marcó y Trujillo, 2007). Se ha observado como niños de tan sólo 5 años rechazan a los compañeros obesos de forma más explícita del rechazo que pueden mostrar ante niños con alguna discapacidad física como tener cojera o llevar gafas.

La baja autoestima física puede favorecerse por la importancia dada al cuerpo, la comparación del mismo con un ideal de belleza irreal como el que tenemos actualmente en las sociedades occidentalizadas, por las experiencias de fracaso con el cuerpo como no encontrar una talla de ropa, por comentarios negativos como burlas especialmente cuando provienen de referentes importantes como familiares o amigos, etc. Es decir, que sabemos bastante sobre lo que no hay que hacer para proteger la autoestima.

En el 2004, en un estudio realizado por Wild, Flisher, Bhana y Lombard en el que analizaban la relación de conductas de riesgo con diferentes áreas de la autoestima en adolescentes sudafricanos, encontraron que concretamente para la autoestima relacionada con la imagen corporal, los chicos que la tenían baja presentaban más riesgo de suicidio y de haber sido acosados en la escuela, aunque una vez controladas las otras áreas de la autoestima analizadas, no se relacionó de forma independiente con ninguna conducta de riesgo en los chicos. Sin embargo, en las chicas, la baja autoestima respecto a la imagen corporal, una vez controladas las otras áreas de autovaloración, se encontró relacionada significativamente con el aumento del consumo de sustancias y tabaco, y de forma marginalmente significativa con el consumo de alcohol y el suicidio. En resumen, del estudio se desprende que hay áreas de autoestima más fuertemente relacionadas con las conductas de riesgo que otras, y concretamente Wild y cols. encuentran que son la baja autoestima familiar y la académica los mayores predictores de las conductas de riesgo en los adolescentes estudiados.

Tener una baja autoestima es un factor de riesgo inespecífico para diferentes trastornos, es decir que aumenta la vulnerabilidad para patología en general, y no sólo TCA, la depresión también se ha relacionado fuertemente con un descenso de la autoestima (Silverstone, 2003), y mejorar la autoestima se asocia con una mejora del humor.

Además de suponer un elemento esencial de cualquier programa de prevención en salud mental, el fomentar la autoestima de los sujetos y favorecer que se autoperciban y valoren de una forma más realista también forma parte integrante del tratamiento de los TCA. Se ha demostrado que cuando mejora la autoestima, también se mejora la sintomatología de estos trastornos, por ejemplo Troop, Schmid (2000) lo demuestran en el tratamiento de la BN. Incluso se ha llegado a afirmar que la línea base de autoestima que tenga un paciente con frecuencia influye en el pronóstico y respuesta terapéutica.

Respecto a la relación del peso y psicopatología, hay autores (Richardson, Davis, Poulton et al, 2003) que han encontrado relación entre la depresión como factor predictivo de obesidad en chicas adolescentes, mientras que otros autores (Stice, Presnell y Shaw, 2005) no han encontrado esta relación entre sintomatología depresiva a los 6-12 años e incremento en la grasa corporal a los 11-15 años.

En resumen, lo que han encontrado es que sentir que se tiene sobrepeso más que tener sobrepeso realmente, se ha asociado con bienestar psicológico en jóvenes adolescentes. La distorsión de la imagen corporal se asume como factor de riesgo para un posterior TCA y depresión (Smolak, 2004).

Paxton, Neumark-Sztainer y Hannan (2006) mostraron que la insatisfacción corporal era el único predictor de humor depresivo y baja autoestima en las pre-adolescentes chicas y medio-adolescentes chicos después de controlar el imc, 5 años después.

La investigación futura tendría que ir en la línea de averiguar por qué unos adolescentes se sienten con sobrepeso mientras otros no, y cómo prevenir el malestar psicológico producido por la insatisfacción corporal.

Como se ha dicho más arriba, la obesidad además de graves consecuencias médicas, también supone importantes repercusiones psicológicas y sociales, tanto a corto como a largo plazo en la persona que las sufre (Saldaña, 2005), y no podemos olvidar que en España las cifras de sobrepeso y obesidad ya representan casi el 30% de la población infanto-juvenil y un 50% de la población adulta.

En nuestra sociedad, se ha visto que las personas con sobrepeso son vulnerables a padecer rechazo social por su peso con la consiguiente devaluación personal y deterioro en su autoestima. Se ha comprobado que los estereotipos negativos de las personas obesas parecen establecerse a partir de los 6 años de edad (Staffieri, 1967, citado en Toro 2004).

El 63 % de las chicas y el 58% de los chicos con obesidad moderada y grave dicen ser molestados frecuentemente por sus compañeros, mientras que el 47% de las chicas y el 34% de los chicos con obesidad informan ser molestados por sus familiares.

Eisenberg y cols.(2003) analizaron la relación entre las burlas respecto al peso y el bienestar emocional en los adolescentes definida por sus índices de satisfacción corporal, de autoestima, de sintomatología depresiva, de ideación y de conducta suicida. Encontraron que las burlas respecto al peso corporal se han asociado de forma significativa, tanto en chicos como en chicas, en diferentes etnias y tras controlar el peso real, con una baja satisfacción corporal, una baja autoestima, una elevada sintomatología depresiva, así como pensamientos e intentos de suicidio. Cuantas más fuentes de burlas tenía el sujeto (iguales y/o familia) mayor era la prevalencia de problemas emocionales.

Se entiende que la autoestima ha de estar relacionada con la imagen que cada persona tiene de cuerpo, y en este sentido se ha estudiado la relación que se establece entre la autoestima y tener sobrepeso, French revisó varios estudios transversales que analizaban esta relación y encontró una relación significativa en 13 de 25, sin embargo como los estudios eran transversales, permanece la duda de si es el sobrepeso el que predice los problemas psicológicos o a la inversa.

La mayoría de los estudios longitudinales encuentran que los problemas psicológicos predicen el sobrepeso o ganancia de peso, más que al contrario, aunque también existen muchos que no encuentran relación.

Como se ha podido observar, son muchos los estudios que han relacionado tener baja autoestima con una elevada insatisfacción corporal, sin embargo también hay que resaltar la revisión que efectuaron Wardle y Cooke (2005) sobre 53 estudios que analizaban la relación entre obesidad, insatisfacción corporal, autoestima y depresión. Los autores concluyeron que si bien los niveles de insatisfacción corporal eran mayores en las muestras de niños y adolescentes con sobrepeso y

obesidad que en sus iguales con normopeso, sólo unos pocos estaban deprimidos o tenían baja autoestima.

Podemos concluir insistiendo en que son necesarios algunos cambios culturales para mejorar la satisfacción, la salud mental y la calidad de vida general de las personas y estrechamente relacionado con ello, prevenir la aparición de los TCA, por ser los más estrechamente relacionado con la imagen corporal y la autoestima. Por otro lado, se ha comprobado la estrecha conexión entre insatisfacción corporal y baja autoestima aunque la primera no conlleva necesariamente ni automáticamente la segunda. Es necesario seguir estudiando estos constructos para perfilar qué otros factores pueden estar mediando esta relación y por consiguiente también su relación con los TCA y la obesidad.

5. Conclusiones

- Los resultados aportados indican que una menor presión social por la imagen corporal mejoraría la salud de las personas.
- La prevención de los problemas y trastornos de la conducta alimentaria disminuye el rechazo social de las personas afectadas y mejora su autoestima.
- El patrón de belleza actual de extrema delgadez y juventud que cada vez se aleja más de la morfología real de los españoles, provoca malos estilos de vida: saltarse comidas, ayunar, fumar, vomitar, consumir laxantes, diuréticos y otros productos adelgazantes.
- La promoción de malos estilos de vida a través de la publicidad y los medios de comunicación social tienen un impacto negativo en la salud de grupos vulnerables como los niños/as y adolescentes.
- La adopción de hábitos alimentarios anómalos es la consecuencia de un trastorno de la conducta alimentaria y no su causa.
- Es imprescindible el tratamiento psiquiátrico y psicológico a las personas que sufren obesidad como consecuencia de un trastorno de la conducta alimentaria (trastorno por atracones), para su curación.
- El aparente incremento de población española afectada por un trastorno de la conducta alimentaria proviene de indicadores indirectos y no está estudiado por ninguna investigación científica rigurosa.
- La detección precoz y tratamiento de los síntomas depresivos previenen futuras apariciones de trastornos de la conducta alimentaria.

6. Recomendaciones

A la luz de los resultados presentados en el informe “Cuando no gustarse hace enfermar” es urgente trazar las recomendaciones que contribuirán a actuar frente a estas enfermedades, previniéndolas y contrarrestando sus efectos.

Recomendaciones al Gobierno:

- Regulación adecuada de la publicidad de productos destinados a la pérdida de peso:
 - NO presentarlos como milagrosos
 - NO asociarlos a propiedades nutritivas que no tienen
 - NO presentarlos como imprescindibles en la dieta de las personas
- Prohibición de la publicidad de productos destinados a la pérdida de peso en horario protegido
- Llevar a cabo políticas y planes efectivos de prevención y promoción de la salud tanto en el sistema educativo como en los medios de comunicación social, con especial atención:
 - Edades prepuberales
 - Los factores de protección psicológicos (autoestima e imagen corporal)
- Cambiar la legislación sobre la unidad y la información de las tallas de ropa.

Recomendaciones a las empresas del sector alimentario, de la estética, farmacéutico y textil:

- Promoción publicitaria de sus productos de manera responsable y respetuosa con la salud de las personas.
- Evitar la publicidad que fomente el ideal de extrema delgadez y/o el seguimiento de dietas restrictivas sin supervisión médica.

- Llevar a cabo la unificación de tallas de ropa conforme al “ACUERDO DE COLABORACIÓN ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, LA ASOCIACIÓN DE CREADORES DE MODA DE ESPAÑA, LA AGRUPACIÓN ESPAÑOLA DEL GÉNERO DE PUNTO, LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE EMPRESAS DE LA CONFECCIÓN, EL CORTE INGLÉS, CORTEFIEL, INDITEX Y MANGO” de 23 de enero de 2007, e implicar al resto de la industria.

Recomendaciones a la sociedad:

- Es urgente cuestionar la hegemonía del modelo de extrema delgadez y la excesiva preocupación por la apariencia física.
- Solicitar a las familias y a la escuela la necesidad de fomentar el respeto al cuerpo y la promoción de la autoestima.

Recomendaciones a los medios de comunicación:

- Emisión de contenidos y publicidad con modelos más realistas y que fomenten la salud y la diversidad corporal, con especial atención en horario infantil.
- Evitar el fomento entre jóvenes y adolescentes de dietas restrictivas sin control médico.

Recomendaciones a los profesionales sanitarios:

- Aumentar la detección precoz, el diagnóstico y tratamiento especializado de personas que padecen obesidad como consecuencia de un trastorno de la conducta alimentaria y de los trastornos atípicos.

7. Referencias bibliográficas

Abreu, C. et al. (2000). Perfil de personalidad en pacientes que solicitan cirugía estética. *Cirugía plástica*, 10(3), 97-101.

Ackard, D.M., i Peterson, C.B. (2001). Association between puberty and disordered eating, body image, and other psychological variables. *International Journal of Eating Disorders*, 29,187-94.

Byely, L., Bastiani Archibald, A., Graber, J. I Brooks-Gunn, J. (2000). A prospective study of familial and social influences on girl's body image and dieting. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 155-164.

Castro, J. and Toro, J. (2004). *Anorexia Nerviosa. El peligro de adelgazar*. Ed. Morales i Torres: Barcelona.

Crow, S., Praus, B. i Thuras, P. (1999). Mortality from eating disorders: A 5-to 10-year record linkage study. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 97-101.

Daley, K. et al. (2008). State self-esteem rating in women with bulimia nervosa and bulimia nervosa in remission. *International Journal of eating disorders*, 41(2), 159-163.

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

Field, A.E., Cheung, L., Wolf, A.M., Herzog, D.B., Gortmaker, S.L., Golditz, G.A. (1999). Exposure to the mass media and weight concerns among girls. *Pediatrics*, 103(3), E36.

Gargallo, M., Fernández Aranda, F. i Raich, R.M. (2003). Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad. Una revisión teórica de la literatura. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 335-349.

Gil, E., Ortiz, T. and Fernández, M.L. (2007). Social Profiles, Diet, and prediction of eating disorders in urban andalusian adolescents. *Atención primaria*, 39(1), 7-13.

Godt, K. (2008). Personality Disorders in 545 patients with eating disorders. *European eating disorders review*, 16, 94-99.

Groesz, L.M., Levine, M.P., Murnen, S.K. (2001). The effect of the experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-Analytic Review. *Journal of eating disorders*, 31, 1-16.

Gual P, Pérez-Gaspar M, Martínez-González MA, Lahortiga F, de Irala-Estévez J, Cervera-Enguix S. Self-esteem, personality, and eating disorders: baseline assessment of a prospective population-based cohort. *Int J Eat Disord* 2002;31:261-73.

Hargreaves, D. A. and Tiggemann, M. (2004). Idealized media images and adolescent body image: "comparing" boys and girls. *Body Image*, 1, 351-361.

Herzog, D.B, Franko, D.L., Dorer, D.J., Keel, P.K., Jackson, S., Manzo, M.P. and Mary Pat Manzo. (2006). Drug abuse in women with eating disorders. *International journal of eating disorders* 39, 364-368

Jansen, W., Van de Looij-Jansen, P., de Wilde, E., Brug, J. (2007). Feeling fat rather than being fat may be associated with psychological well-being in Young dutch adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 42, 128-136.

Kayano, M.K. et al. (2008). Eating attitudes and body dissatisfaction in adolescents: cross-cultural study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 17-25.

Lahortiga-Ramos, F. et al. (2005). Incidence of eating disorders in Navarra (Spain). *European Psychiatry*, 20, 179-185.

Martínez-González, M.A., Gual, P., Lahortiga, F., Alonso, Y., Irala- Estévez, J., and Cervera, S. (2003). Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics*, 111(2), 315-320.

Martínez, D. and Veiga, O.L. (2007). Insatisfacción corporal en adolescentes: relaciones con la actividad física e índice de masa corporal. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 7(27), 253-265.

McVey, G. and Davis, R. (2002). A Program to Promote Positive Body Image: A 1-year follow-up evaluation. *Journal of Early Adolescence*, 22(1), 96-108.

Ohring, R., Graber, J.A. i Brookd-Gunn, J. (2002). Girl's recurrent and concurrent body dissatisfaction: correlates and consequences over 8 years. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 404-415.

Olesti, M. et al. (2008). Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *Anales españoles de pediatría: Publicación oficial de la Asociación Española de Pediatría*, 68(1), 18-23.

Paxton , S. (2002). Body dissatisfaction and disordered eating . *Journal of Psychosomatic Research*,53, 961-962.

Peláez, M.A., Labrador, F.J. and Raich, R.M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 681-690.

Peláez, M.A., Labrador, F.J. and Raich, R.M. (2004). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 71-72.

Pérez-Gaspar M, Gual P, De Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. (2000). Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en las adolescentes navarras. *Medicina Clínica*, 114, 481-6.

Rodríguez-Cano, T., Beato-Fernández, L. and Belmonte-Llario, A. (2005). New Contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: detection of false negatives. *European Psychiatry*, 20, 173-178.

Rodríguez, A. et al. (2005). Characteristics of eating disorders in a university hospital-based Spanish population. *European journal of Clinical Nutrition*, 59, 459-462.

Rosenblum, G. and Lewis, M. (1999). The Relations among Body Image, Physical Attractiveness, and Body Mass in Adolescence. *Child Development*, 70(1), 50-64.

- Ruiz- Lázaro, P.M. (2003). Epidemiología de los trastornos alimentarios en España. *Actas Españolas de psiquiatría*, 31(2), 85-94.
- Sancho, C., Arijá, M.V., Asorey, O., and Canals, J. (2007). Epidemiology of eating disorders. A two year follow up in an early adolescent school population. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16(8), 495-504.
- Sepúlveda, A.R., Gandarillas, A. and Carrobles, J.A. (2004). Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria. *www.psiquiatría.com*.
- Smolak, L. (2004). Body Image in children and adolescents: where do we go from here?. *Body Image*, 1(1), 15-28.
- Toro, J. (2003). El cuerpo como delito. Ed. Ariel: Barcelona.
- Toro, J., Castro, J., García, M., Pérez, P. and Cuesta, L. (1989). Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *The British journal of medical psychology*, 62(1), 61-70.
- Toro, J., et al. (2006). Eating disorders and body image in Spanish and Mexican female adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 556-565.
- Vega Alonso, A.T. et al. (2005). Eating disorders. Prevalence and risk profile among secondary school students. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40, 980-987.
- Wardel, J. i Marsland, L. (2000). Adolescent Concerns about weight and eating: a social-developmental perspective. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 377-391.
- Wiederman, M.W. i Pryor, T.L. (2000). Body dissatisfaction, bulimia, and depression among women: The mediating role of drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 90-95.
- Yager, Z. and O'Dea, J. (2008). Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: a review of large, controlled interventions. *Health Promotion International*, 23(2), 173-89.

Yamamoto, C., Uemoto M., Shinfuku, N., Maeda, K. (2007). The usefulness of body image tests in the prevention of eating disorders. *The kobe journal of medical sciences*, 53(8), 79-91.

© Fundación Imagen y Autoestima

1ª. Edición Barcelona 5 septiembre 2008