

LA INTERVENCIÓN ESCOLAR PREVENTIVA DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN. EDUCACIÓN FÍSICA Y DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Onofre Ricardo Contreras Jordán

Pedro Gil Madrona

Luis Miguel García López

Antonio Andújar Martínez

Antonio Hidalgo López

Juan Francisco Padilla Cabrero

Yolanda Rodríguez Martínez

Isabel María Estebán Vico

1. ACTUALIDAD Y DIMENSIONES DEL PROBLEMA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

Uno de los problemas más graves con el que educadores y médicos nos enfrentamos en este siglo XXI que acabamos de comenzar, es sin duda, el de los trastornos de la alimentación (TA). Con este término queremos designar aquellos desórdenes de la conducta que tienen relación con la alimentación y que se conocen también como desórdenes o trastornos del comer, de la ingesta, de la conducta alimentaria, etc...

Aunque los TA no suponen una nueva patología (existen relatos medievales de una misteriosa enfermedad, caracterizada por una gran pérdida de peso a partir de una dieta de hambre autoimpuesta), no ha sido hasta las últimas décadas del siglo XX que se ha extendido por toda las sociedades del planeta. En este sentido, cuando lo que algunos calificaron de epidemia moderna de Europa Occidental y EE.UU. (Palmer, 2001), ya ha avanzado hasta zonas donde inicialmente se creía culturalmente incompatible, incluyendo China, India, Méjico y Brasil (Gordon, 2001).

Las explicaciones para el fenómeno de los TA son diversas Rich y col, (2004) las resumen en dos vertientes; Por un lado ha aparecido un culto a la delgadez que ha pervertido las sociedades, y dentro de ellas, a las culturas educativas. Se han distorsionado las creencias acerca de la salud, la alimentación y el apetito, tejiendo una red que se ha extendido sobre toda nuestra cultura (Kirk, 1999). Por otro lado, los TA también se pueden entender como patologías que han surgido de la creen-

cia sincrética de las mujeres sobre la feminidad de la delgadez, creada o favorecida por los medios de comunicación (Bray 1996: 413).

Ambas afirmaciones parecen complementarse.

En muchos países occidentales, se está dando cada vez en mayor medida un énfasis a la necesidad de hábitos de vida saludables, relacionados sobre todo con una adecuada alimentación y con la práctica de unos niveles mínimos de actividad física como medio de combatir la obesidad. Este énfasis puede haberse convertido en un exceso de celo, sobre todo en el ámbito anglosajón, donde las campañas educativas se han desarrollado de manera exhaustiva en las dos últimas décadas. No es menos evidente la gran importancia que ha cobrado hoy la delgadez y las proporciones minimalistas de las curvas en la imagen pública, gracias a la acción de los medios de comunicación.

Entre los trastornos más importantes, por la gravedad que conllevan, se encuentran la anorexia y la bulimia nerviosas, así como los conocidos médicamente como trastornos de la alimentación no específicos.

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo o normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectas por este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia, sufren amenorrea. De acuerdo con el DMS-IV, los criterios para diagnosticar la anorexia son:

Criterio A. La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y talla. En este sentido, el peso de la persona debe ser inferior al 85% del peso considerado normal para su edad y talla, de acuerdo con alguna de las diversas versiones de las tablas de la Metropolitan Life Insurance. Otro parámetro es el determinado por el índice de masa corporal (IMC) que ha de ser igual o inferior a $17,5 \text{ Kg./m}^2$. Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total, aunque también existen otras formas como la utilización de purgas o el ejercicio excesivo.

Criterio B. Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o convertirse en obesas. Este miedo, generalmente, no desaparece aunque el individuo pierda peso y de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.

Criterio C. Algunas personas se encuentran obesas, mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordas. El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo extraordinario de disciplina; en cambio, ven el aumento de peso

como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que esta pueda tener implicaciones clínicas graves.

Criterio D. En niñas que ya han tenido la primera regla, la amenorrea ((debida a niveles anormalmente bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas foliculostimulantes (FSH) y luteinizante (LH)) es indicadora de una disfunción fisiológica. La amenorrea es consecuencia, generalmente, de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede. En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquia.

Por su parte, la bulimia nerviosa consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar ganancias de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Los criterios para realizar el diagnóstico de la enfermedad según el DSM IV son los siguientes:

Criterio A) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. También, por la sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.

Criterio B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno, y ejercicio excesivo.

Criterio C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.

Criterio D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodepresivo y estado de ánimo depresivo. Asimismo, se acompañan también de sensación de falta de control.

Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso. Los individuos pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido duran-

te los atracones. Se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad.

Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima. Estos sujetos se parecen a los que padecen anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

1.1. Especial consideración de la imagen corporal en relación a la insatisfacción corporal.

En los inicios del siglo XX se instauró el término *esquema corporal* de indudables resonancias y contenidos neurológicos. Se definía como una representación diagramática del cuerpo en la conciencia del individuo. Por su parte, la imagen corporal es el cuerpo, la silueta, la apariencia física, que una persona experimenta tener en cada momento de su desarrollo.

Hilde Bruche (1962) fue la primera en sugerir la existencia de una alteración de la imagen corporal en la AN, de forma que argumenta “*Lo patognómico de la AN no es la gravedad de la malnutrición pese más bien a la distorsión de la imagen corporal asociada a ésta: la ausencia de preocupación por la inanición, incluso en estados avanzados.*”

En todo caso, el malestar producido por la percepción de la imagen corporal y su evaluación estética negativa constituye el principal factor que precede a la intención de adelgazar. A tal malestar le llamamos insatisfacción corporal, también denominado por la literatura estima corporal negativa. En el contexto de los TA, la insatisfacción corporal es consecuencia de la discrepancia existente entre el cuerpo percibido y el cuerpo real. Cuando la discrepancia entre el cuerpo ideal interiorizado y la imagen corporal (el cuerpo percibido o experimentado) es excesiva, la valoración del cuerpo se hace negativa, con el consiguiente riesgo de que también lo sea la autoestima general. En los pacientes con TA, clínicos y subclínicos, la insatisfacción corporal es prácticamente universal, además la insatisfacción corporal suele asociarse a síntomas y trastornos depresivos y a una baja autoestima.

Recientemente se ha puesto de manifiesto un nuevo concepto o constructo sumamente próximo a la insatisfacción corporal; se trata de la *ansiedad física social*. Se define como los sentimientos negativos causados por las evaluaciones negativas reales o anticipadas de la apariencia

física de un individuo. Por tanto, se trataría más de la reacción ante la desaprobación real o supuesta de los demás que ante las consecuencias de la percepción directa del propio cuerpo.

Son bastantes los estudios que han puesto de manifiesto que la distorsión perceptiva corporal es significativamente superior en pacientes con TA que en controles. Así, Sunday *et al.* (1992) observaron que comparadas con controles de diverso tipo, las pacientes anorexicas sobrevaloraban el tamaño de sus caderas y el grosor relativo de su cuerpo. Antes Ficher *et al.* (1986) había verificado tal sobrevaloración en la cintura y zona superior de los muslos. Otros trabajos han evidenciado que las pacientes con TA tienden a fijar su atención preferente en las partes de su cuerpo que más le insatisfacen mientras los sujetos normales se concentran fundamentalmente en la silueta corporal global (Freeman *et al.* 1991). Asimismo, Gila *et al.* (1998) hallaron que las adolescentes anoréxicas sobreestimaban todas las partes de su cuerpo, aunque las percibidas con mayores distorsiones fueron tórax, cintura y caderas.

Todo ello conduce a suponer, por un lado, que la distorsión perceptiva es en la actualidad un fenómeno *normativo*, es decir, bien asentado en la generalidad de la población. Por otro, más ligado a los TA, y concretamente con la AN. Son las actitudes y cogniciones menospreciativas relacionadas con el propio cuerpo/peso, incluyendo el tener un modelo corporal ideal más delgado que el normativo.

En este punto conviene recordar que la propia Hilde Bruch (1973), pionera en considerar patognomónicos de la AN los trastornos de la imagen corporal, al referirse a la distorsión de tal imagen incluía alteraciones tan variadas como éstas: conciencia cognitiva del yo corporal, conciencia interoceptiva de sensaciones corporales, sensación de control sobre las funciones del propio cuerpo, consideración afectiva de la configuración corporal real, y autovaloración de la deseabilidad del cuerpo por parte de otros.

En cualquier caso, la insatisfacción corporal, las alteraciones de la imagen corporal, acompañadas de mayor o menor sobreestimación de las dimensiones corporales son ingredientes ciertos, relevantes y patógenos de la AN y los otros TA.

2. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, DEPORTE Y EDUCACIÓN FÍSICA.

La influencia del Deporte y la Educación Física en el desarrollo de los TA está ligada tanto a aspectos positivos como negativos. A continuación mostraremos los resultados de algunas de las investigaciones más recientes en nuestro ámbito. Para ello diferenciaremos aquellas que se han hecho en el campo del rendimiento de las que tienen un enfoque escolar (las menos numerosas). Dentro de las primeras diferenciaremos

también las referidas a la aparición de TA, en los deportistas de las que van orientadas a analizar la formación de los entrenadores respecto a este tema.

2.1. Estudios que relacionan la práctica deportiva con los TA.

En los últimos años están siendo muy frecuentes los estudios que comparan en no deportistas, deportistas habituales y deportistas de élite, la aparición o no de síntomas o de la propia enfermedad de TA. En este sentido podemos extraer las siguientes conclusiones:

- a) Existe un menor riesgo de sufrir un TA en deportistas habituales que en no deportistas (Sandford-Martens y col., 2005; Madison y Ruma, 2003; Sherman y Thomson, 2001; Fulkerson y col., 1999; Thomson y Sherman, 1993). El ejercicio moderado disminuye la ansiedad, lo que a su vez redundaría en un descenso del riesgo de la patología (Madison y Ruma, 2003; Penas-Lledo y col., 2003).
- b) En línea con lo anterior, los no deportistas suelen sentir una mayor insatisfacción con su cuerpo que los deportistas habituales (Hausenblas y McNally, 2004).
- c) La aparición de los síntomas de un TA en deportistas habituales coincide con motivaciones hacia la pérdida de peso y la apariencia física, más que con motivaciones hacia la salud y el mantenimiento de la condición física (Hausenblas y McNally, 2004; McDonald y Thompson, 1992).
- d) Los deportistas de élite tienen una mayor prevalencia de TA o de sus síntomas. El estudio clásico de Sundgot-Borgen (1994) con 522 deportistas noruegas de élite obtuvo como resultados que una cuarta parte de ellas (117) se encontraba en riesgo de tener un TA. Algunos de los factores que influían en este hecho eran: iniciar dietas restrictivas a edad temprana, tener un entrenador que recomendara la pérdida de peso, practicar medidas restrictivas sin supervisión e iniciarse precozmente en entrenamientos específicos de un deporte concreto. Resultados similares a los de Sundgot-Borgen (1994) son los de Johnson y col. (1999) en Estados Unidos, los de Sundgot-Borgen y Torstveit (2004) de nuevo en Noruega, y los de Byrne y McLean (2002) en Australia. Sólo el estudio llevado a cabo por Madison y Ruma (2003) no encontró correlación entre realizar un ejercicio severo debido a una dedicación al deporte de élite y el aumento de la probabilidad de encontrar sujetos con TA o síntomas de los mismos en los deportistas.
- e) Los resultados son de nuevo contradictorios cuando se refieren a especialidades relacionadas con las actividades donde la imagen

corporal tiene un papel importante. Mientras que Sandford-Martens y col. (2005) y Krane y col. (2001) no han observado en este sentido ninguna diferencia con otras modalidades deportivas, sí lo ha hecho Anshel (2004), quien observó en bailarines que tenían una mayor preocupación por el peso, insatisfacción con su cuerpo, perfeccionismo y deseo de adelgazar. Resultados similares a los de Anshel fueron los de Stoutjesdyk y Jevne (1993); Petrie (1993) en gimnastas; Martin y Hausenblas (1998) en monitores de aeróbic; Sundgot-Borgen (1994) y Byrne y McLean (2002) en diferentes deportes. Un estudio que puede dar luz en este tema es el realizado por Sundgot-Borgen y Torsveit (2004) con toda la población noruega de deportistas de élite (1620), en contraste con un grupo de control (1696): en los varones el riesgo de TA era mayor en los practicantes de deportes antigravitatorios (saltos, 22%), que en los practicados con pelotas (5%) o en los de resistencia (9%); en las mujeres la prevalencia en el TA se observó principalmente en deportes estéticos (42%), por encima de los deportes de resistencia (24%), técnicos (17%) o con intervención de pelotas (16%).

f) En aquellos estudios con deportistas de especialidades “estéticas” o “dependientes del peso” se han encontrado enfermos de lo que Dess (2000) denominó *Anorexia de Actividad*. Esta forma de AN consiste en el intento de alcanzar la máxima delgadez por medio de una actividad deportiva excesiva y adictiva. Los estudios de Anshel (2004); Martin y Hausenblas (1998); y Petrie (1993) encuentran resultados en esta dirección.

De estos estudios también se desprende que las mujeres se encuentran en una situación de riesgo mayor que los hombres, aunque hay cada vez más una tendencia a que esta situación se iguale (Sandford-Martens y col., 2005; Hausenblas y McNally, 2004; Sundgot-Borgen y Torsveit, 2004; Sundgot-Borgen, 1994).

2.2. Estudios que analizan los TA en los centros educativos y su relación con la Educación Física.

En lo referente al ámbito escolar las principales aportaciones provienen de la Sociología y la Pedagogía Crítica. Antes de pasar a relacionar sus hallazgos, nos parece importante recalcar de nuevo el hecho de que estos estudios se han realizado en el ámbito anglosajón, donde, si bien compartimos gran parte de la cultura occidental, los momentos evolutivos de la sociedad difieren levemente. En este sentido, países como el Reino Unido, Australia, Finlandia y EE.UU. llevan décadas haciendo fuertes campañas para combatir la obesidad desde los centros educativos y los medios de comunicación principalmente.

Teniendo en cuenta esta salvedad, resultan de gran interés los hallazgos realizados por Evans y col. (2004; también en Rich y col., 2004, por lo que citaremos ambos indistintamente). El estudio se realiza con 24 chicas entre los 11 y los 17 años, especializado en tratamientos de TA en el Reino Unido, utilizando una metodología cualitativa. Los investigadores partían de la base que “localizar los TA en un *culto a la delgadez* no permite una comprensión de las complejidades de la experiencia del cuerpo según el género, o las maneras en que el poder se encuentra en las relaciones sociales, o el sentido de distinción que puede ser derivado de tal postura *desviada* como es la anorexia” (Rich y col., 2004: 176). Es por tanto necesario analizar el contexto en el que, sobre todo las adolescentes y las niñas se encuentran, para poder entender cuál es el caldo de cultivo de los TA, y Evans y col. (2004) analizaron las relaciones entre los TA y la formación recibida en los Centros Educativos.

La información aportada a continuación no es específica de Educación Física, pero la cuestión es que no difiere de unas áreas a otras. Las jóvenes del estudio coincidían en los siguientes aspectos:

- a) La cultura de los “movimientos orientados a la salud” ha influido en el desarrollo personal del sentido del bienestar y de uno mismo, inculcando unas jerarquías del cuerpo basadas en el tamaño, la forma y el peso. El mensaje que estas mujeres han escuchado es que tienen que tomar control de su salud tomando *decisiones saludables*, particularmente en relación con su dieta. Sin embargo, no han escuchado, no han entendido o no se les ha dicho, que la función última de estas decisiones es alcanzar un estado de salud para el cuerpo. La formación recibida por ellas no les ha supuesto la creación de unos conocimientos bajo los que realizar juicios formados referentes a su salud, sino más bien duras normas autoimpuestas en relación a la dieta. Esto por sí solo no causa un TA, pero contribuye a que los anoréxicos y muchos otros experimenten su cuerpo y los procesos asociados a él como algo desagradable.
- b) Sus historias coinciden en demostrar una importante falta de afecto que abarca su salud y desarrollo espiritual, mental y emocional. Para algunas de ellas era una manera de demostrar autocontrol, autonomía y reconocimiento.
- c) No encontraron en sus centros educativos un lugar donde sus voces pudieran ser oídas. Es más, el entorno educativo es visto por ellas como reforzador de las condiciones que fomentaban el problema. Muy pocos profesores supieron como responder al tener que afrontar las narrativas “caóticas”, “regresivas” y “rebeldes” de esas chicas anoréxicas.

subrayan como el discurso de la Educación Física y los currículos de salud en Reino Unido ha podido influir en todo lo anterior, al exaltar la delgadez como un estado de salud. Evans y col. (2005) no atribuyen a los centros educativos en general, ni a los profesores de Educación Física en particular, la culpa de crear serios problemas de salud relacionados con los TA. Sin embargo, estos investigadores británicos no dudan en señalar una serie de “toxinas” que, unidas a otras circunstancias, pueden llegar a generarlos.

2.3. Estudios que analizan la problemática de los TA en relación a la formación del profesorado de Educación Física y de los técnicos deportivos.

Dada la gran relevancia de enfocar adecuadamente la enseñanza de la educación física y del deporte desde los distintos ámbitos deportivos es lógico que los responsables de los deportistas y estudiantes deban tener una formación mínima en este sentido. No hemos encontrado ningún estudio en el campo educativo a este respecto, tan solo en lo referido a los técnicos deportivos.

Al analizar la situación de los formadores que se enfrentan ante casos de TA en sus deportistas, nos encontramos ante una gran escasez de trabajos de investigación que aborden los TA. Vaughan y col. (2004) realizaron en EE.UU. un trabajo con 5.236 entrenadores de atletismo femenino. Sus principales resultados fueron que 1 de cada 4 se sintió seguro de poder identificar los casos de TA, y solo 1 de cada 3 se sentía seguro de poder preguntar a un atleta si padecía un TA. Uno de cada 4 entrenadores de atletismo trabajaban en una institución que no tenía una línea de actuación en el tratamiento de los TA, y la mayoría de ellos (93%) manifestaron la necesidad de una mayor formación para prevenir esta enfermedad. Vaughan y col. (2004) observaron que aquellos entrenadores que trabajaban en una institución que tuviera marcadas unas directivas relacionadas a los TA eran más seguros a la hora de identificarlos, lo cual está en línea con los resultados obtenidos en el trabajo de Grandjean (1991), quien encontró que la implementación de directivas y procedimientos en las plantillas de entrenadores disminuía el riesgo de TA.

3. PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN DESDE LA EDUCACIÓN FÍSICA: LA IMAGEN CORPORAL.

Ya hemos dicho que los rasgos más característicos de los pacientes con TA son, por una parte, la conducta alimentaria (dietas extremas, atra-

cones incontrolados), que se encuentra asociada a una extrema delgadez; y por otra, la preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal.

Partimos de la base de que los tratamientos de los TA deben ser multidisciplinares, por lo que podría resultar ingenuo pensar que podemos curar o prevenir la anorexia desde los dos periodos de 50 minutos de la Educación Física escolar. Sin embargo, estamos convencidos de que la Educación Física puede jugar un papel importante al lado de otros ámbitos del saber, tanto en la adecuada comprensión de la necesidad de una dieta equilibrada, como en la correcta percepción de la imagen corporal. De manera especial vamos a centrar nuestra atención en este último aspecto.

La definición más clásica de imagen corporal la describe como la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente. Desde un punto de vista neurológico, la imagen corporal constituye una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona. Las alteraciones de la imagen corporal serían el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical.

Una concepción más dinámica define a la imagen corporal en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Algunos autores advierten de la necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él. Una representación corporal puede ser más o menos verídica, pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos de indudable influencia en el autoconcepto.

De acuerdo con Rosen (1992) la imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en la que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. Es decir, se contemplan aspectos perceptivos, aspectos subjetivos (como insatisfacción, preocupación, ansiedad, etc.) y aspectos conductuales. En el mismo sentido Thompson (1990) concibe el constructo de imagen corporal constituido por tres componentes:

- Un componente perceptual.
- Un componente subjetivo (afectivo-emocional).
- Un componente conductual.

En definitiva, la imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo como de cada una de sus partes, así como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.

3.1. Trastorno de la imagen corporal.

El término dismorfofobia fue introducido por Morselli en 1886 otor-

gándole el significado de miedo a la propia forma, aunque también se han utilizado una gran cantidad de expresiones como distorsión de la imagen corporal, sobrestimación, preocupación, insatisfacción, etc.

El problema de la imagen corporal es multidimensional, por ello la utilización del término “trastorno de la imagen corporal” implica:

- a) Que se trata de una constelación de aspectos como un conjunto.
- b) Que representa un grado de malestar e inhabilitación más severo que el expresado por otros términos o una simple alteración.

En este sentido Rosen (1990) propone que el trastorno de la imagen corporal se defina como una preocupación exagerada, que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física. Así, el trastorno dismórfico implica:

- a) Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico en una persona aparentemente normal. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- b) La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- c) La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

3.2 Desarrollo del trastorno de la imagen corporal.

Las causas son muy variadas pudiendo ser agrupadas de la siguiente manera:

- a) Causas históricas.

Es muy importante el concepto de belleza en la cultura en que uno se desarrolla. En este sentido el back-ground cultural de presión hacia la esbeltez es un determinante claro para la aparición del trastorno de la imagen corporal. La individualización de la presión social viene dada en muchas ocasiones por la propia familia, que comenta la importancia de la apariencia delgada, refuerza los comportamientos de dieta y estimula su seguimiento o rechaza el sobrepeso y la obesidad. También las amistades tienen un importante papel en el desarrollo del trastorno, ya que ser criticado o sufrir burlas a causa de la apariencia en la infancia puede influir sobre la imagen corporal que uno tenga en la edad adulta.

La idea básica de que una imagen corporal negativa está asociada a una autoestima más negativa y a sentimientos de ineficacia parece

correlacionar en los estudios que se han llevado a cabo. Las mujeres con trastornos alimentarios tienen extremadamente baja autoestima, sentimientos de ser una persona poco valorada y mucho miedo a ser despreciada o rechazada.

b) Causas actuales y mecanismos de mantenimiento.

Sin son importantes las causas históricas, más lo son las actuales, es decir, el aquí y ahora que afectan a las experiencias corporales en la vida diaria. Es decir, depende de cómo interpretemos, juzguemos o pensemos, así nos sentimos. Ante una situación o acontecimiento real lo más importante es cómo juzgamos, interpretamos o entendemos nuestras posibilidades; de acuerdo con ello nos sentiremos de una manera determinada y actuaremos también en esa línea.

En relación a los mecanismos de mantenimiento Rosen (1990) cita entre estos la atención selectiva hacia la parte del cuerpo que preocupa, las conductas de evitación, como no llevar determinada ropa o asistir a determinadas reuniones, y los rituales de comprobación y confirmación, como preguntar repetidamente por la presencia o ausencia de un defecto o mirarse muy a menudo al espejo.

4. TRATAMIENTO DEL TRASTORNO: BASES DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN FÍSICA.

El tratamiento que se va a describir es una intervención cognitivo-conductual que incide en los tres componentes de la imagen corporal: perceptivo, cognitivo-afectivo y conductual. Se trata de una terapia que se suele llevar a cabo en grupos pequeños de tres o cuatro personas y consta de:

- *Entrenamiento de la percepción corporal.* Se les va a entrenar en valorar correctamente la amplitud de cada una de las partes de su cuerpo, puesto que tienden a exagerar su tamaño, haciendo énfasis en aquellas áreas que más preocupan al sujeto, que generalmente son las que más distorsionan.
- *Desensibilización sistemática.* Primero en imaginación y después en vivo, tanto de áreas corporales concretas como de situaciones que producen sentimientos negativos con la apariencia física.
- *Reestructuración cognitiva.* Se entrena a los sujetos a detectar pensamientos negativos relacionados con la apariencia física, examinar la evidencia a favor y en contra y construir pensamientos más adaptados, basados en la evidencia.
- *Exposición.* A todas aquellas situaciones que produzcan malestar y eliminación, por tanto, de las conductas de evitación.

- *Exposición con prevención de respuesta.* Para eliminar los rituales de comprobación del cuerpo como pesarse muchas veces, mirarse repetidamente al espejo, etc.
- *Prevención de recaídas.*

El programa comienza presentando su objetivo y proveyendo a los alumnos de la información básica sobre la psicología de la apariencia, el concepto de imagen corporal y el desarrollo y trastorno de la imagen (Cash y Pruzinky, 1990). Por ello debe insistirse en que de lo que se trata es recambiar como ven su posible defecto y no de eliminarlo. Así pues, se trata de cambiar la imagen corporal sin cambiar la apariencia física.

De esta manera, el objetivo fundamental del programa es que el individuo aprenda a verse con mayor objetividad, a sentir menos malestar, a pensar más favorablemente de sí mismo y comportarse de acuerdo a una manera más gratificante de verse. Los objetivos específicos y contenidos del programa serían los siguientes:

Objetivos	Contenidos
Llegar a conocer qué es la imagen corporal. Descubrir cómo la hemos construido. Conocer que nos hace mantener esta imagen corporal	Información de la psicología de apariencia. Historia de la apariencia personal. Análisis de la historia personal. Influencia de la moda en nuestro propio concepto corporal. Ejercicios de autoregistro.
Analizar la distorsión perceptiva. Mejorar en la percepción de diferentes partes del cuerpo.	Información. Visualización. Mediciones repetidas hasta ajustar la percepción. Ejercicios de comparación social.
Mejorar la manera de pensar acerca del cuerpo.	Autoobservación y autorregistro. Interrogación socrática. Pruebas de realidad.
Mejorar los sentimientos que nos produce la percepción y los pensamientos que tenemos acerca del cuerpo.	Desensibilización sistemática en cada una de las partes del cuerpo, frente al espejo, con ropa y sin ropa.
Cambiar los comportamientos de evitación y rituales.	Exposición preparada a las exposiciones temidas.
Prevenir las recaídas	Técnicas de prevención de recaídas

Dicho programa habría de ser implementado a través de una Unidad Didáctica integrada al menos, por doce sesiones de cincuenta minutos de duración cada una de ellas.

5. EVALUACIÓN PERCEPTIVA, EMOTIVA Y COMPORTAMENTAL DE LA IMAGEN CORPORAL.

Como hemos visto, la imagen corporal consta de varias facetas, especialmente las que se refieren a aspectos perceptivos, emocionales, cognitivos y comportamentales. Por tanto, una buena evaluación de ella deberá comprender todos estos factores. Hasta la fecha, la mayoría de las técnicas de evaluación se han focalizado en la estimación de dos de estos componentes, el perceptivo y el subjetivo. Sólo recientemente se han construido instrumentos para evaluar los aspectos conductuales. Veamos cada uno de ellos.

5.1. *Estimación perceptiva.*

Pretende analizar las diferencias que existen entre lo que el sujeto considera que mide su cuerpo o una parte de su cuerpo y la medición objetiva de este. Los estudios que evalúan las alteraciones perceptivas de la imagen corporal pueden subdividirse en dos grandes categorías:

- Métodos de estimación corporal global.
- Métodos de estimación de partes corporales.

5.1.1. *Métodos de estimación de partes corporales.*

Requiere que los sujetos estimen la anchura de una parte de su cuerpo entre dos puntos situados en una superficie. Se considera que existe una mayor distorsión en la medida que la diferencia de tamaño, el percibido y el real, es mayor.

5.1.2. *Métodos de estimación corporal global.*

En esta modalidad el sujeto se ve confrontado a una imagen real presentada en vídeo, fotografía o espejo. Es posible manipularla haciéndola mayor o menor que la realidad. Los sujetos deben seleccionar la figura que consideran que se adapta mejor a la suya. En esta línea se puede citar la técnica de distorsión de fotografía y la de distorsión de vídeo.

La conclusión más generalizada es que no existe por el momento un procedimiento óptimo de evaluación de la precisión perceptual. Slade y Brodi (1994), al realizar una revisión de los estudios que se han llevado a cabo en los últimos años sobre evaluación perceptiva en trastornos alimentarios, llega a la conclusión de que se ha de reconceptualizar el proceso, proponiendo lo siguiente:

- Las personas con trastornos alimentarios no tienen una imagen distorsionada fija e implacable, tal como Bruch había asegurado en

sus artículos que han presidido una gran parte del trabajo sobre estos trastornos.

- Por el contrario, poseen una imagen corporal incierta, inestable y débil.
- Cometan un error de medida en el sentido de la precaución y sobrestiman su medida corporal.

Esta reconceptualización presenta fuertes implicaciones a nivel terapéutico. En la antigua conceptualización de Brunch se llevaron a cabo muy pocos intentos de alterar la imagen corporal directamente, ya que era fija. Por el contrario la reconceptualización de la imagen corporal como incierta, inestable y débil, sugiere que no sólo es posible alterarla directamente, sino que puede aportar grandes beneficios al convertir los trastornos de la imagen corporal en el primer objetivo de la intervención.

5.2. Procedimientos de evaluación de las emociones ligadas a la imagen corporal.

Los estudios sobre alteraciones de la emoción a causa de la imagen corporal evalúan básicamente satisfacción/insatisfacción corporal. Existen dos procedimientos, autoinformes basados en cuestionarios y autoinformes basados en entrevistas y medidas de discrepancia real/ideal. Los numerosos instrumentos que nos sirven para evaluar este aspecto están ampliamente descritos en Raich (2001). Como ejemplo mostramos aquel que valora la insatisfacción corporal por partes, jerarquizado en orden de mayor a menor malestar (Cash, 1990):

Escala de satisfacción de áreas corporales (Cash, 1990)

Usa esta escala de 1 a 5 para indicar cómo estás de satisfecho/a con cada una de las siguientes áreas de tu cuerpo.				
1	2	3	4	5
Muy insatisfecho/a	Bastante insatisfecho/a	Ni satisfecho/a ni insatisfecho	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
_____	1. Cara (rasgos faciales, complexión)			
_____	2. Cabello (color, espesor, textura)			
_____	3. Parte del cuerpo inferior a la cintura: nalgas, caderas, muslos, piernas,...			
_____	4. Cintura y estómago			
_____	5. Torax			
_____	6. Pecho			
_____	7. Hombros y brazos			
_____	8. Tono muscular			
_____	9. Peso			

_____	10. Altura
_____	11. Apariencia General
_____	12. Algún otro aspecto/forma desagradable de tu cuerpo:
	Específica: _____
	Específica: _____
	Específica: _____

5.3. Evaluación de las cogniciones.

Cash ha estudiado cuidadosamente el aspecto cognitivo del trastorno de la imagen corporal y ha propuesto una manera didáctica de valorar las distorsiones o errores cognitivos a causa de la apariencia.

Ítems del Body Image Automatic Thoughts Questionnaire (BIATQ, Cash y col., 1990)

Cuestionario de pensamientos automáticos de la imagen corporal

<p>La lista siguiente es una serie de pensamientos sobre la apariencia personal que a veces pasan por la cabeza en determinadas situaciones. Por favor, lea cada pensamiento e indique con qué frecuencia, si es el caso, tuvo el pensamiento en la última semana. Por favor, lea cada ítem atentamente y rellene el espacio correspondiente usando la siguiente escala como guía.</p>					
1	2	3	4	5	6
Nunca	Ocasional- mente	Moderada- mente	Con frecuencia	A menudo	Muy a menudo
<p>Pensamientos negativos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre pienso en mi apariencia. 2. Me siento incapaz de cambiar mi apariencia. 3. Mi vida es un desastre debido a mi apariencia. 4. Mi apariencia me hace ser un don nadie. 5. Mi aspecto no es lo suficientemente bueno para estar aquí. 6. ¿Por qué nunca tengo buen aspecto? 7. Es injusto que tenga esta apariencia. 8. Con este aspecto nadie se va a enamorar de mí. 9. Me gustaría haber sido más guapo/a. 10. Puedo decir que otras personas piensan que no soy atractivo/a. 11. Debo perder peso. 12. Los demás piensan que parezco gordo/a. 13. Se ríen de mi aspecto. 14. Quizás podría parecerme a él/ella. 15. No soy atractivo/a. 16. El no querrá sentarse conmigo porque no soy guapo/a. 17. Desearía parecerme a cualquier otra persona. 					

Pensamientos positivos:

1. Otras personas piensan que soy guapo/a.
2. Mi apariencia me ayuda a tener más confianza.
3. Estoy orgulloso/a de mi cuerpo.
4. Mi cuerpo tiene buenas proporciones.
5. Mi aspecto parece ayudarme socialmente.
6. Me gusta cómo es mi apariencia.
7. Con gente más atractiva yo pienso que soy atractivo/a.
8. Soy por lo menos tan atractivo/a como la mayoría de la gente.
9. No me importa que la gente me mire.
10. Estoy a gusto con mi apariencia.

5.4. Evaluación de las conductas.

Aunque algunos de los aspectos conductuales se midan en los instrumentos anteriores, el único que valora los aspectos comportamentales de los trastornos de la imagen corporal específicamente es el *Cuestionario de evitación a causa de la imagen corporal* (Rosen y col., 1990, cit. por Raich, 2001). Lo relacionamos a continuación:

Rodee con un círculo el número que mejor describa las frecuencia con que realiza actualmente las siguientes conductas.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Algunas veces	A veces	Frecuentemente	Siempre
0 1 2 3 4 5	1.	Llevo ropas muy holgadas.			
0 1 2 3 4 5	2.	Llevo ropas que no me gustan			
0 1 2 3 4 5	3.	Llevo ropas de color oscuro.			
0 1 2 3 4 5	4.	Llevo un tipo especial de ropas: "Mis ropas de gorda/o".			
0 1 2 3 4 5	5.	Restrinjo la cantidad de comida que tomo.			
0 1 2 3 4 5	6.	Sólo como frutas, verduras u otras comidas bajas en calorías.			
0 1 2 3 4 5	7.	Ayuno durante un día o más.			
0 1 2 3 4 5	8.	No voy a citas sociales si pienso que voy a ser examinada/o.			
0 1 2 3 4 5	9.	No voy a reuniones sociales si la gente con la que voy a estar hablará de peso.			
0 1 2 3 4 5	10.	No voy a reuniones sociales donde sé que habrá personas más delgadas que yo.			
0 1 2 3 4 5	11.	No voy a reuniones sociales si esto implica comer.			
0 1 2 3 4 5	12.	Me peso.			
0 1 2 3 4 5	13.	Estoy inactivo/a.			
0 1 2 3 4 5	14.	Me miro al espejo.			
0 1 2 3 4 5	15.	Evito relaciones íntimas.			
0 1 2 3 4 5	16.	Llevo ropas que disimulan mi peso.			

0 1 2 3 4 5	17. Evito ir a comprar ropa.
0 1 2 3 4 5	18. No llevo ropas destapadas como trajes de baño, tops, y pantalones cortos.
0 1 2 3 4 5	19. Me arreglo y me maquillo.

Ítems del Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ, Rosen y col., 1990)

Cuestionario de evitación a causa de la imagen corporal

6. PERSPECTIVAS DE FUTURO.

Sobre las mencionadas bases un grupo de profesores en ejercicio de Enseñanza Primaria y Secundaria en colaboración con profesores de la Universidad de Castilla-La Mancha de la Facultad de Ciencias del Deporte y de la Escuela de Magisterio de Albacete confeccionaron un programa de intervención constituido por una Unidad Didáctica integrada por diez sesiones cuya finalidad es la de la prevención de los trastornos alimentarios a través de la correcta percepción de la imagen corporal, cuyos objetivos son los siguientes:

SESIONES	OBJETIVOS DE LA SESIÓN
I SESIÓN	Entender que cualquier tipo de deporte o ejercicio físico sin exceso beneficia la salud corporal y por tanto la belleza física, comprendiendo que el trabajo se ha de llevar a cabo con un nivel básico de la frecuencia cardíaca máxima, sin preocuparnos que nuestra figura nos haga pensar en que deberíamos hacer ejercicio físico.
II SESIÓN	Comprender que preocuparse excesivamente por la figura te lleva a ponerte a dieta olvidando que una buena alimentación aporta equilibrio entre la edad/altura/peso, generando una buena salud y por tanto una buena belleza física.
III SESIÓN	Tomar conciencia de que no hay que jugar con la figura corporal y que hay que ayudar a los amigos/as a hacer lo mismo.
IV SESIÓN	Descubrir cómo es cada uno y aceptarse tal como es cada uno, expresándose con el cuerpo como a cada uno le guste.
V SESIÓN	Comprender que la ropa que uno lleva expresa algo importante de cada uno. Hay que crear nuestra propia expresión, nuestro estilo propio, no obsesionándose por las tallas, comprendiendo que una buena higiene personal produce belleza.
VI SESIÓN	Vivenciar que no hay que hacer caso a los modelos de belleza que nos venden los medios de comunicación. Existen otras formas de belleza que no las muestran. Hay que presumir del cuerpo que cada uno tiene tal como es, elegir el propio aspecto físico.
VII SESIÓN	Reconocer la belleza en los demás sin juzgar por los modelos que nos venden los medios de comunicación marcados por la sociedad. No hay que permitir que otros nos impongan la moda.
VIII SESIÓN	Comprender que la belleza física no es un privilegio de la juventud. Hay que ser capaz de salirse de los modelos establecidos y descubrir la belleza también en cada etapa de nuestra vida.
IX SESIÓN	Separar lo que a uno no le gusta de su cuerpo. Según como sea cada uno se puede conseguir la belleza personal sin tener que seguir los modelos de publicidad.
X SESIÓN	Tomar conciencia que la forma de ser enriquece la belleza física y te convierte en una persona que tienen mucho que aportar a la sociedad.

Asimismo, los contenidos de enseñanza son compatibles con el currículum establecido por las enseñanzas mínimas. Dichas sesiones de trabajo se están poniendo en práctica experimentalmente en los siguientes IES de la ciudad de Albacete IES Tomas Navarro Tomas, IES Ramón y Cajal, Colegio Sagrado Corazón y Colegio Santo Ángel y cuyos resultados daremos a conocer a las audiencias en otro momento.

La evaluación del programa se realizará a través de dos instrumentos con mediciones pre y postest. Dichos instrumentos son el *Body Shape Questionnaire (BSQ)* de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn y la denominada *Escala de valoración de la imagen corporal* de Gardner, Stark, Jackson y Freedman.

7. BIBLIOGRAFÍA.

- Anshel, M.H. (2004): "Sources of Disordered Eating Patterns Between Ballet Dancers and Non-dancers". *Journal of Sport Behaviour*, 27(2), 115-133.
- Bray, A. (1996): "The anorexic body: mending disorders". *Cultural Studies*, 10(3), 413-430.
- Brunch, H. (1962): "Perceptual and conceptual distur Brunchbances in anorexia nervosa. *Psicosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Byrne, J. y McLean, E. (2002): "Elite Athletes: effects of pressure to be thin". *Journal of Scientific Medicine Sport*, 5, 80-94.
- Cash, T.F. y Pruzinky, T. (1990) (eds.): *Body images: Development, desviace and change*. New Cork: The Guilford Press.
- Cash, T.F.; Counts, B. y Huffine, C.E. (1990). "Current and vestigial effects of overweight among women: fear of fat, attitudinal body image and eating behaviors". *International Psychopathology and Behavioral Assessment*, 12 (2), 157-167
- Dess, N.K. (May/June 2000): "Killer workout: The dark side of diet and exercise". *Psychology Today*, 32, 26.
- Dsm-Iv-R. (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Evans, J.; Rich, E. y Holroyd, R. (2004): "Disordered Eating and Disordered Schooling: What schools do to middle class girls". *British Journal of Sociology of Education*. 25(2), 123-142.
- Evans, J.; Rich, E. y Allwood, R. (2005): "Fat Fabrications". *British Journal of Teaching in Physical Education*, en prensa.
- Fulkerson, J.A.; Keel, P.K.; Leon, G.R., Dorr, T. (1999): "Eating disordered behaviours and personality characteristics of high school athletes and nonathletes". *International Journal of Eating Disorders*, 26, 73-79.
- Grandjean, A.C. (1991): "Eating disorders: the role of the athletic trainer". *J Athl Train.*, 26, 105-112.
- Jhonson, J.G.; Powers, P.; y Dick, R. (1999): "Athletes and Eating Disorders: The National Collegiate Athletic Association Study". *International Journal of Eating Disorders*, 26, 179-188.
- Hausenblas, H.A. y McNally, K.D. (2004): "Eating disoreder Prevalence and Symptoms for Track and Field Athletes and Nonathletes". *Journal of Applied Sport Psychology*, 16, 274-286.

- Kirk, D. (1999): "Physical culture, physical education and relational analysis". *Sport, Education and Society*, 4(1), 63-75.
- Krane, V., Stiles-ShIPLEY, J. A., Waldron, J., y Michalenok, J. (2001): Relationships among body satisfaction, social physique anxiety and eating behaviors in female athletes and exercisers. *Journal of Sport Behavior*, 24, 247-264.
- Madison, J.K. y Ruma, S.L. (2003): "Exercise and Athletic Involvement as Moderators of Severity in Adolescents with Eating Disorders". *Journal of Applied Psychology*, 15, 213-222.
- McDonald, K., y Thompson, J. K. (1992): "Eating disturbance, body image dissatisfaction, and reasons for exercising: Gender differences and correlational findings". *International Journal of Eating Disorders*, 11, 289-292.
- Penas-Lledo, E.; Vaz Leal, F. J.; y Waller, G. (2002): "Excessive exercise in anorexia nervosa and bulimia nervosa: relation to eating characteristics and general psychopathology". *International Journal of Eating Disorders*, 31(4), 370-375.
- Raich, R.M^a (2001): *Imagen corporal*. Ediciones Pirámide. Madrid.
- Rich, E.; Holroyd, R. y Evans, J. (2004): Hungry to be noticed. Young women, anorexia and schooling. En Evans, J.; Davies, B.; y Wright, J. (eds.) *Body Knowledge and Control. Studies in the Sociology of Physical Education and Health*. London: Routledge, 173-190.
- Rosen, J.C. (1990): Body Image disturbance in Eating Disorder. En *Bodyimages: Development, deviance and change*. New Cork: The Guilford Press.
- Rosen, J.C. (1992): "Body Image Disorder: definition, development and contribution to eating disorder. En J.H. Growcer (eds.): *The etiology of bulimia: the individual and familiar context*. Washington D.C.: Hemisphere Publishing Corporation.
- Rosen, J.C. (1992): "Tratamiento cognitivo- conductual para el trastorno dismórfico". En V. Caballo (eds.): *Manual para el tratamiento cognitivo- conductual de los trastornos psicológicos*, volumen I. Madrid: Siglo XXI.
- Sandford-Martens, T.C.; Davidson, M.M.; Yakushko, O.F.; Martens, M.P.; Hinton; P. y Beck N. (2005): "Clinical and Subclinical Eating Disorders: An Examination of Collegiate Athletes". *Journal of Applied Psychology*, 17, 79-86.
- Sherman, R. T., y Thompson, R. A. (2001): "Athletes and disordered eating: Four major issues for the professional psychologist". *Professional Psychology: Research & Practice*, 32, 1.
- Slade, P.D. y Brodi, D. (1994): Boda Image distortion and eating disorder: A reconceptualizacion based of recente literatura. *Eating Disorder Rewiew*, 1, 32-46.
- Stoutjesdyk, D., y Jevne, R. (1993). "Eating disorders among high performance athletes". *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 271-282.
- Sundgot-Borgen, J. (1994). "Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female athletes". *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 26, 414-419.
- Sundgot-Borgen, J. y Torsveit, M.K. (2004): "Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in general population". *Clinical Journal of Sport Medicine*, 14, 25-32.
- Thompson, J.K. (1990): *Body imagesdisturbance: Assessment and treatment*. New Cork: Pergamon Press.
- Thompson, R. A., y Sherman, R. T. (1993): *Helping athletes with eating disorders*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.