



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

**Toma de decisiones y
flexibilidad cognitiva en
mujeres con
insatisfacción corporal.**

Alumno: Noelia García Rubio

Tutor: Dra. Silvia Moreno Domínguez

Dpto: Psicología

Septiembre, 2014

ÍNDICE

1. Introducción	Página 5
2. Método	Página 8
2.1. Participantes	Página 8
2.2. Materiales	Página 9
2.3. Procedimiento	Página 11
2.4. Análisis estadísticos	Página 11
3. Resultados	Página 12
4. Discusión	Página 14
Referencias bibliográficas	Página 18
Anexos	Página 21

RESUMEN

Determinadas funciones cognitivas parecen estar deterioradas en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Aun se desconoce si el deterioro de las funciones cognitivas se produce como consecuencia de los síntomas de TCA o si son daños ya existentes que aumentan el riesgo de padecer TCA. El objetivo del presente estudio es comprobar si existe deterioro de las funciones cognitivas como la toma de decisiones y la flexibilidad en una muestra de mujeres que presenta uno de los factores de riesgo más importante de padecer TCA como es la insatisfacción corporal. Las participantes fueron 16 mujeres estudiantes de la Universidad de Jaén, con edades comprendidas entre los 20 y los 28 años. Del total de participantes 8 mujeres tenían altos niveles de insatisfacción corporal, y 8 bajos niveles de insatisfacción corporal. A todas ellas se les administró la tarea Iowa Gambling Taks y el Trail Making Test para medir la toma de decisiones y la flexibilidad mental respectivamente. Los resultados no muestran diferencias significativas entre ambos grupos, aunque sí se encontraron diferencias de tipo marginal en las puntuaciones obtenidas en la IGT. Las participantes con alta insatisfacción corporal presentaron un retraso en el aprendizaje de la IGT, indicativa de mayores dificultades en la toma de decisiones, con respecto al grupo de mujeres con baja insatisfacción corporal. Aunque los datos no son concluyentes, entre otras razones debido el pequeño tamaño de la muestra, si apuntan en la dirección de los obtenidos con muestras de mujeres afectadas de un TCA, lo que podría apoyar la hipótesis de que el deterioro cognitivo pueda ser una causa más que una consecuencia de los TCA.

Palabras Clave: insatisfacción corporal, flexibilidad cognitiva, toma de decisiones, funciones cognitivas.

ABSTRACT

Certain cognitive functions seem to be impaired in patients with eating disorders. It is not known yet if this deterioration of cognitive functions is a result of eating disorder symptoms or there are damages that increase the risk of the eating disorders. The aim of the present study is to test the existence impaired cognitive functions such as decision making skill and cognitive flexibility in a sample of women who have one of the most important factors of risk for having eating disorders such as body dissatisfaction. The participants were 16 female students of the University of Jaén, aged between 20 and 28 years. From the whole number of participants, 8 women have high levels of body dissatisfaction, and 8 low levels dissatisfaction. All participants made the Iowa Gambling Task and the Trail Making Test to measure decision making skill and mental flexibility respectively. The results do not show significant differences between the group members, although marginal differences were found in the IGT's scores. Participants with high body dissatisfaction showed a delay in ITG learning compared to those women with low body dissatisfaction. Although the data are inconclusive, due to the fact of the small size of the sample, these are similar to those obtained from the samples of women with eating disorders, which could support the hypothesis that cognitive impairment may be a cause rather than a consequence of an eating disorders.

Keywords: body dissatisfaction, cognitive flexibility, decision making, cognitive functions.

INTRODUCCIÓN

La insatisfacción corporal juega un papel muy importante en la adquisición, mantenimiento y recaídas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). (Baile, Guillén y Garrido, 2002; García, Solbes, Expósito y Navarro, 2012; Moreno y Rodríguez, 2012). Por ejemplo, Marco, Perpiñá y Botella (2013) encontraron que la introducción en el tratamiento de un componente que trató la insatisfacción corporal en pacientes con TCA, produjo cambios clínicamente significativos mayores que en el grupo en el que no se introdujo el componente. Esto justifica la importancia de la insatisfacción corporal sobre los TCA.

La insatisfacción corporal, dentro de los trastornos de conducta alimentaria, ha sido definida como un *óconjunto de alteraciones perceptivas, cognitivas, actitudinales y motivacionales que dan lugar al menosprecio del propio cuerpo* (Garner y Garfinkel, 1981). Siendo los componentes perceptivos y cognitivos aquellos que influyen en la estimación del tamaño y en la apariencia; y los componentes actitudinales y motivacionales aquellos que recogen los sentimientos y actitudes negativas hacia el propio cuerpo (Espina, Ortego, Ochoa de Alda, Yenes y Alemán, 2001).

El modo en el que uno se ve, piensa y se siente consigo mismo, está estrechamente relacionado con la imagen corporal que se tiene de sí mismo. Según Slade (1994), la imagen de la figura corporal, de su forma y su tamaño varían en función de las experiencias personales. Por lo que se centra en una representación mental, la cual proviene y se modifica por diversos factores psicológicos, individuales y sociales. Además, la imagen que tenemos sobre nosotros estará también influenciada por los cánones de belleza establecidos, es decir, los sentimientos y actitudes que uno tiene hacia su propio cuerpo dependerán de la forma en que estos se acerquen, o por el contrario se alejen de dichos cánones. Como demuestra un estudio realizado por Vázquez, Fuentes, Baéz, Álvarez y Mancilla (2002), que halló que pacientes con problemas de conducta alimentaria tenían interiorizado un modelo estético de delgadez. De manera que, cuanto más se aleje la representación mental que tenemos sobre nosotros mismos de los cánones o modelo estético establecido, más negativa será dicha imagen, lo que puede conllevar a un sentimiento negativo hacia el propio cuerpo que propiciaría a la aparición de conductas para controlar el peso. (Baile, Guillén y Garrido, 2002)

Uno de los aspectos que también han sido investigados en relación con los TCA son las funciones ejecutivas. En pacientes con anorexia nerviosa se han encontrado déficit

visuoespaciales y visuoconstructivos, problemas de memoria selectiva y alteración de funciones ejecutivas como inflexibilidad cognitiva, pobre capacidad de abstracción y alteraciones en la solución de problemas; en bulimia nerviosa se han encontrado déficit en la atención selectiva, y con respecto a la función ejecutiva déficit en el control inhibitorio (impulsividad) (Duchesne et al., 2004).

Las habilidades cognoscitivas de orden superior son necesarias para llevar a cabo procesos tales como; el desarrollo de planes de acción, la capacidad para establecer metas, flexibilidad mental, fluidez verbal, autorregulación emocional y comportamental e inhibición de respuestas automáticas. Es decir, son un conjunto de destrezas indispensables para la planificación y ejecución de actividades cerebrales, conocidas comúnmente como ófunciones ejecutivasô (Anderson, 2002; Rosselli, Jurado y Matute, 2008). De forma genérica, podemos definir estos procesos de control ejecutivo como una habilidad para captar información que pueda interferir en una tarea, procesarla, poner en marcha un plan de acción dirigido a un objetivo y anticiparse a las consecuencias, o dicho de otro modo, como aquellos procesos cognitivos que regulan el comportamiento dirigido a un fin (García, Enseñat, Ustároz y Roig, 2009).

Las funciones ejecutivas han sido relacionadas con la parte anterior de los lóbulos frontales (Ardila y Ostroksy-Solís, 2008). La corteza prefrontal es la que tiene un papel fundamental, aunque también participan otras áreas cerebrales (García et al., 2009), por lo que una alteración en dichas áreas puede provocar dificultades en cada una de las destrezas mencionadas anteriormente.

Con respecto a las funciones ejecutivas en los TCA los déficits que se han estudiado con más frecuencia son la flexibilidad mental, toma de decisiones e inhibición de respuesta y en la planificación y solución de problemas (Silva y Alvarado, 2013).

Fagundo et al., (2012), evaluaron la toma de decisiones en chicas con anorexia y bulimia y encontraron que las pacientes con TCA tenían un funcionamiento más pobre que las participantes del grupo control. Álvarez et al., (2009), utilizaron el test de Stroop para evaluar la flexibilidad cognitiva en pacientes con bulimia nerviosa. Encontraron que las mujeres con Bulimia presentaban más errores que las participantes sin Bulimia. Otro estudio realizado por Galderisi et al., (2003) halló en chicas con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa déficits en flexibilidad cognitiva y en coherencia central. También se encontró déficits en flexibilidad

mental y coherencia central en pacientes con TCA no especificado (Roberts, Demetriou, Treasure, y Tchanturia, 2007).

Unos de los debates que se ha planteado en cuanto a la existencia de déficits cognitivos en los TCA es si dichas alteraciones es una consecuencia del trastorno, o por el contrario preexisten a dicho trastorno, lo que contribuiría al desarrollo del mismo (Idini, Márquez-Medina, Pifarré, Buj-Álvarez, y Castán-Campanera, 2012). En este sentido, se han llevado a cabo algunos estudios que han investigado el rendimiento de tareas de control ejecutivo en pacientes con riesgo de padecer anorexia y bulimia nerviosas (Alvarado, Silva y Salvador, 2009; Silva y Alvarado, 2013).

Por ejemplo, Silva y Alvarado (2013) recientemente han estudiado la flexibilidad cognitiva y la planificación en mujeres en riesgo de padecer un TCA. Los resultados mostraron que estas mujeres tenían más dificultades en las funciones ejecutivas que las participantes del grupo control sin riesgo de padecer TCA. Las revisiones teóricas sobre si el deterioro de las funciones ejecutivas son una consecuencia o una causa de los TCA, parecen mostrar resultados contradictorios y no concluyentes (Idini et al., 2012; Van den Eynden et al., 2011), por lo que es necesario llevar a cabo más estudios sobre las funciones ejecutivas en mujeres con riesgo de padecer un TCA.

Así, partiendo de la idea de que la insatisfacción corporal es un factor de riesgo de los TCA (Marco, Perpiña y Botella, 2013) y que el déficit de las funciones ejecutivas está presente en pacientes con dichos trastornos o en riesgo de padecerlos (Fagundo et al., 2012), el objetivo de este estudio es comprobar si existe deterioro de las funciones ejecutivas en mujeres que presentan uno de los factores de riesgo más importantes de padecer un TCA, como es la insatisfacción corporal. Más concretamente, el presente trabajo se centra en comparar las funciones ejecutivas de la toma de decisiones y la flexibilidad mental. Se ha investigado si existen diferencias en las dos funciones ejecutivas entre mujeres con altos niveles de insatisfacción corporal y baja insatisfacción corporal, sin síntomas de padecer un TCA.

Para evaluar la toma de decisiones se ha utilizado la Iowa Gambling Task (Bechara, Damasio, Damasio y Anderson, 1994). Esta es una prueba cuyos resultados se interpretan según la hipótesis del marcador somático de Damasio (1994). Esta hipótesis explica que la toma de decisiones es un proceso guiado por señales emocionales (marcadores somáticos), de manera que, la capacidad para percibir y expresar emociones, y la capacidad para tomar

decisiones adaptativas, anticipándose a los resultados, deben de estar vinculadas. Por lo que una alteración en el procesamiento emocional puede conducir a tomar decisiones desventajosas e inadecuadas (Márquez, Salguero, Paíno y Alameda, 2013)

Por otro lado, para medir la flexibilidad mental se ha utilizado el Trail Making Test (Reitán, 1958). Es una prueba neuropsicológica que nos permite detectar posibles déficit cognitivos. A pesar de que esta prueba mide varias variables, en el estudio solo analizaremos los resultados referentes a la flexibilidad mental.

A partir del debate sobre si los déficits neurocognitivos son causa o consecuencia de los TCA, si dichas alteraciones fueran una consecuencia del trastorno esperaríamos encontrar que no hubiera diferencias significativas entre mujeres con altos y bajos niveles de insatisfacción corporal; por el contrario, si los déficits fueran anteriores al trastorno, y por tanto fueran una causa más que una consecuencia, esperaríamos encontrar que hubiera diferencias significativas entre ambos grupos; más concretamente esperaríamos encontrar que la mujeres con alta insatisfacción corporal presentaran un peor funcionamiento en las dos tareas que la mujeres con baja insatisfacción corporal. En base a la revisión de la literatura, esperamos encontrar que los datos apoyen la segunda hipótesis.

2. MÉTODO

2.1. Participantes

La muestra de este estudio está compuesta por 16 mujeres estudiantes de diversas titulaciones de la universidad de Jaén, con edades comprendidas entre 20 y 28 años (Media = 23; Desviación Típica 3,60). Del total de participantes, 8 tenían altos niveles de insatisfacción corporal, y 8 bajos niveles de insatisfacción corporal.

Las participantes fueron seleccionadas de un estudio anterior de insatisfacción corporal a partir de las puntuaciones que obtuvieron en el cuestionario *Body Shape Questionnaire*, (BSQ), que mide insatisfacción corporal. Se contactó con mujeres con una puntuación en el test por encima de 120 (alta insatisfacción corporal), y con puntuaciones inferiores a 60 (baja insatisfacción corporal). Posteriormente, se solicitó su colaboración para participar en el presente estudio. De las mujeres que aceptaron participar, las primeras fueron asignadas al grupo alta insatisfacción (AI), y las segundas al grupo de baja insatisfacción (BI).

Las participantes proporcionaron información sobre su peso y altura.

La media del Índice de Masa Corporal es de 20.86, con una desviación típica de 2.77 ($M = 19.34$ y $DT = 2.09$ para el grupo BI; $X = 22.38$ y $DT = 2.62$ para el grupo AI).

Un criterio de inclusión en el estudio era que las participantes no podían tener ni haber tenido problemas de conducta alimentaria. Para confirmar que las participantes no presentaban un TCA, se les administró el cuestionario para evaluar la existencia de síntomas de TCA: el *Eating Attitude Test*; EAT (Garnel y Garfinkel, 1979).

2.2. Materiales

Los materiales utilizados para llevar a cabo la investigación han sido los siguientes:

Medidas psicológicas

- *Cuestionario de actitudes hacia la alimentación (Eating Attitude Test; EAT*, de Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982). Este cuestionario está formado por 40 ítems, con seis opciones de respuesta en una escala tipo Likert que va desde *ónuncaô* a *ósímpreô*. Evalúa las conductas, actitudes sensaciones y preocupaciones que son propias de los pacientes de TCA. En concreto evalúa: dieta restrictiva, motivación por la comida, preocupación para adelgazar, bulimia y presión social. La consistencia interna del cuestionario en este estudio es de 0.94.
- *Cuestionario sobre los Pensamientos Automáticos acerca de la Imagen Corporal* (Body Image Automatic Thoughts Questionnaire; BIATQ, de Cash, Lewis y Keeton, 1987). Se usó la versión española de Perpiñá, Borra, Baños, Botella, Quero y Jorquera (2003). Este cuestionario está formado por 52 ítems. Se utiliza para evaluar el componente cognitivo de la imagen corporal, es decir, la frecuencia con la que una persona tiene pensamientos positivos o negativos hacia su propio cuerpo. Está dividido en dos subescalas; 15 ítems que evalúan pensamientos positivos y 37 que evalúan pensamientos negativos. Con una escala de respuesta comprendida entre 1 (nunca), y 5 (muy a menudo). En el presente estudio se ha obtenido una consistencia interna de 0.92.
- *Test de Autoestima, AE*; (Rosenberg, 1965), se usó la versión española de Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo (2007). Es uno de los test más usados para la

evaluación global de la autoestima. Está compuesta por diez ítems que tratan de medir los sentimientos de respeto y aceptación hacia uno mismo. Cinco ítems recogen enunciados negativos, y los cinco restantes enunciados positivos. La puntuación total puede oscilar entre 10 y 40. Se puntúa con una escala tipo Likert de cuatro puntos (1 = muy de acuerdo, 2 = de acuerdo, 3 = en desacuerdo, 4 = totalmente en desacuerdo). Presenta una consistencia interna de 0.82.

- *Body Shape Questionnaire* (BSQ), de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn en 1987. El BSQ es un cuestionario para evaluar aspectos actitudinales sobre la imagen corporal. Tiene 34 ítems con 6 opciones de respuesta puntuadas del 1 al 6 (Siempre = 6, Normalmente = 5, Frecuentemente = 4, A veces = 3, Raramente = 2, Nunca = 1). En el presente estudio, el cuestionario tiene una consistencia interna de 0.98.

Medidas neuropsicológicas

- *Iowa Gambling Task* (IGT), (Bechara et al., 1994). Es una prueba utilizada para la medición de la toma de decisiones. Consta de 100 ensayos. En esta tarea se presentan cuatro mazos de cartas enumerados con las letras A, B, C y D. Se caracteriza por tener que tomar decisiones en situaciones de riesgo e incertidumbre. Se instruye al individuo para que vaya eligiendo mazos, con el objetivo de ganar el máximo dinero virtual posible. Dos de los cuatro mazos (A y B), producen unas altas ganancias a corto plazo, pero mayores pérdidas a largo plazo, siendo al final desfavorables. Los otros dos mazos (C y D) se caracterizan porque producen ganancias inmediatas más pequeñas que las anteriores, pero también menos pérdidas a largo plazo, por lo que son favorables.
- *Trail Making Test* (TMT), (Reitán, 1958). Es una prueba utilizada para medir la velocidad de ubicación visual, la atención, la flexibilidad mental, la memoria de trabajo y la función motora. Consta de cinco partes, aunque nosotros nos centraremos en la condición número cuatro, ya que es la que mide flexibilidad mental. Las demás condiciones también las administramos para descartar que existiera algún déficit de tipo motor o visual.

A continuación pasamos a describir las cinco partes de la prueba:

- Condición 1. Escaneo visual: el sujeto debe tachar todos los treses en el menor tiempo posible. Cuenta con un máximo de 150 segundos para realizar la tarea.
- Condición 2. Secuenciación numérica: se le presenta al sujeto una serie de números y letras. La tarea consiste en unir los números (del 1 al 16) en el menor tiempo posible. Al igual que la anterior, cuenta con un máximo de 150 segundos para realizarla.
- Condición 3. Secuenciación de letras: también se le presenta al sujeto una serie de números y letras, pero esta vez la tarea consiste en unir las letras (de la A a la P) lo más rápido que pueda. Para esta parte también cuenta con 150 segundos.
- Condición 4. Cambio entre números-letras Switching: esta tarea consiste en una combinación de las dos anteriores. Se presenta una serie de números y letras, el sujeto debe unirlos de forma progresiva, pero alternando número y letra. Para esta prueba contará con un máximo de 240 segundos.
- Condición 5. Velocidad motora: se presenta una serie de círculos unidos entre sí, consiste en conectar todos los círculos en el menor tiempo posible con un máximo de 150 segundos.

2.3.Procedimiento

Una vez que las participantes fueron seleccionadas a partir de sus puntuaciones en el cuestionario BSQ y accedieron a participar en este estudio, se les explicó el objetivo del mismo. Todas fueron citadas individualmente y siguieron el mismo procedimiento.

Una vez en el laboratorio, las partícipes firmaron una hoja dónde indicaban su consentimiento de colaboración con el estudio. A continuación, se les instruyó para cada una de las pruebas y se procedió a administrar las mismas. En primer lugar, se paso el BIATQ, y en segundo lugar el *Test de Autoestima, AE*. Por último, se procedió a pasar las dos pruebas neuropsicológicas: el *Trail Making Test* (TMT) y la *Iowa Gambling Task* (IGT).

2.4.Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el programa SPSS (Statistical Ppackage for the Social Sciences) para Windows 19. Para valorar si existen diferencias significativas en

la ejecución de las pruebas IGT y TMT, entre el grupo con AI corporal y el grupo con BI, se ha realizado el análisis de la varianza de un factor (ANOVA). Por otro lado, también se ha realizado un ANOVA para observar las diferencias entre ambos grupos de los resultados obtenidos en las pruebas psicológicas (BSQ, BIAQT, y AE). Las decisiones estadísticas sobre los resultados se han determinado a un nivel de significación de 0.05. Por último, se ha calculado el análisis de la consistencia interna de los cuestionarios mediante el Alfa de Cronbach.

3. RESULTADOS

En relación con la variable IMC se hallaron diferencias significativas entre los dos grupos de mujeres [$F(1,15) = 6.54$, $p = .023$]. Los sujetos con AI presentan mayor IMC que los sujetos con BI..

Los resultados del ANOVA de las puntuaciones en el cuestionario BIATQ muestran que existen diferencias significativas entre los grupos AI y BI en la escala de pensamientos positivos [$F(1,15) = 24.08$, $p = .000$] y en la de pensamientos negativos [$F(1,15) = 115.36$, $p = .000$]. En concreto, encontramos que la media de las puntuaciones obtenidas en los ítems de pensamientos positivos para el grupo BI es mayor que para el grupo AI, e inversamente para las puntuaciones obtenidas en los ítems de pensamientos negativos (Ver tabla 1).

Tabla 1. Media y DT de las puntuaciones del cuestionarios BIATQ de los dos grupos de mujeres.

BIATQ	GRUPO	MEDIA	DT
Ítems positivos	AI	21.00	6.676
	BI	40.25	8.860
Ítems negativos	AI	94.88	14.613
	BI	18.38	13.866

Grupo AI = Alta insatisfacción corporal

Grupo AB = Baja insatisfacción corporal

En cuanto a las puntuaciones del óTest de Autoestimaô no se hallaron diferencias significativas entre los dos grupos, [F (1,15) = 2.42, p = .141] (Ver tabla 2).

Tabla 2. Media y DT de las puntuaciones del cuestionario AE de los dos grupos de mujeres.

AE	N	MEDIA	DT
BI	8	25.88	1.356
AI	8	27.50	2.619
TOTAL	16	25.69	2.182

Con respecto a las puntuaciones obtenidas óTrail Making Testô, los resultados de los ANOVAS mostraron que no existen diferencias significativas entre los grupos AI y BI [F (1,15) = .571, p = .452] (ver tabla 3).

Por último, en relación con la variable óIowa Gambling Taskô tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, aunque se encontró una diferencia marginal entre el grupo de AI y BI (ver tabla 3).

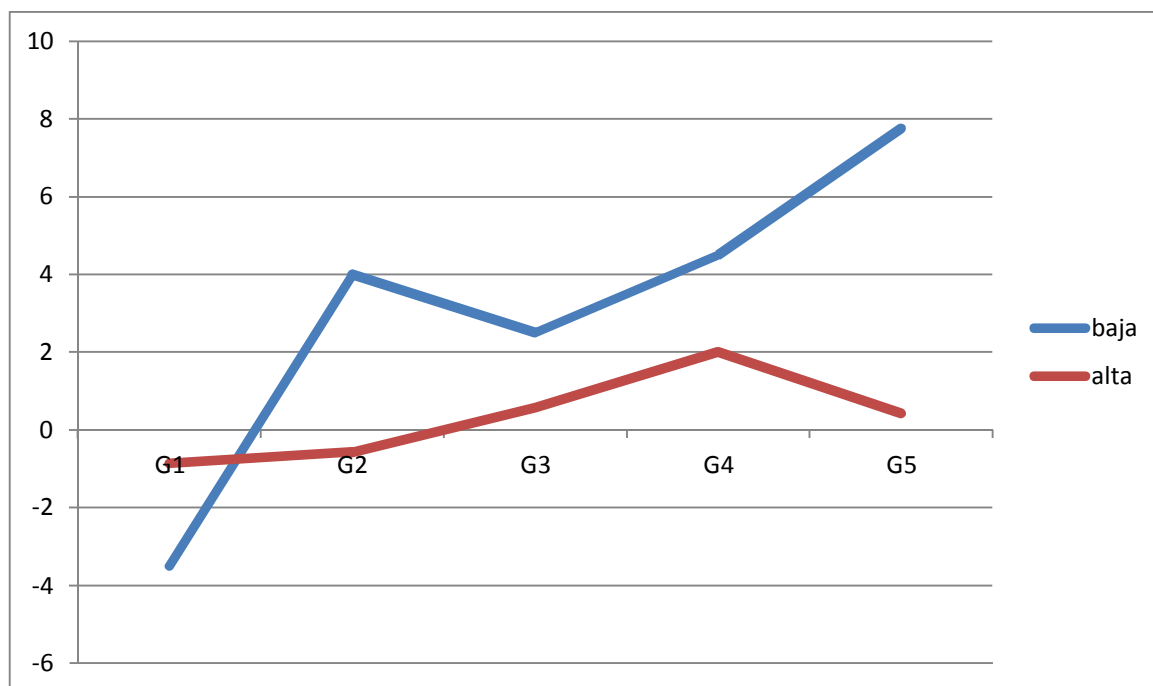
Tabla 3. Media y DT de las puntuaciones de las tareas TMT e IGT de los dos grupos de mujeres.

TAREAS	GRUPO	N	MEDIA	DT
TMT. C4	BI	8	71.88	20.801
	AI	8	90.50	66.552
	TOTAL	16	81.19	48.594
IGT	BI	8	17.75	18.219
	AI	8	.000	21.481
	TOTAL	16	8.88	21.313

Como puede observarse en la figura 1, las participantes con AI aprenden ópeorô que las participantes con BI. El grupo de baja insatisfacción tiene un comportamiento normal, eligiendo en un primer momento los mazos más arriesgados (A y B) y posteriormente, tras

grandes pérdidas, cambiaron de patrón eligiendo aquellos más ventajosos (C y D). Por el contrario, el grupo con alta insatisfacción corporal no parece haber aprendido, pues en el último bloque muestran preferencia por los mazos más desventajosos.

Figura 1: Funcionamiento de la Iowa Gambling Task en el grupo con alta insatisfacción corporal y el grupo control.



4. DISCUSIÓN

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la toma de decisiones y la flexibilidad mental en mujeres con alta y baja insatisfacción corporal, pero sin síntomas de TCA, con el fin de comprobar si existen déficits cognoscitivos. Más concretamente, con el propósito de comprobar si existe deterioro de las funciones ejecutivas en mujeres que presenta uno de los factores de riesgo más importante de padecer TCA como es la insatisfacción corporal. En términos generales los resultados muestran que no existen diferencias significativas en la ejecución de las pruebas TMT e IGT entre ambos grupos. Únicamente encontramos una diferencia marginal en los resultados obtenidos en la prueba IGT, indicativa de mayores dificultades en la toma de decisiones en el grupo AI, con respecto al grupo control de mujeres BI.

Respecto a la variable IMC los resultados muestran que las mujeres con más insatisfacción corporal tienen mayor índice de masa corporal. Este dato se ha encontrado en estudios anteriores (Mirza, David y Yanovski, 2005; Wardle, Waller. Fox, 2002.), y se ha planteado que el hecho de tener más peso es una de las causas que provoca insatisfacción corporal debido a la imposición de un ómodelo estético basado en la delgadezô (Vázquez et al., 2002). La explicación se basaría en que a mayor sea el IMC, mayor diferencia habrá entre nuestro cuerpo y los cánones de belleza del momento, y como consecuencia mayor insatisfacción corporal. Por ejemplo, Casillas, Montaña, Reyes, Bacardí y Jiménez (2006), hallaron que el 84% de los participantes con un elevado IMC presentaban algún grado de Insatisfacción Corporal.

En cuanto a los resultados obtenidos en el BIATQ parecen demostrar que a mayor grado de insatisfacción corporal, mayor es el número de pensamientos negativos que una persona tiene hacia su propio cuerpo, y como consecuencia, menor es el número de pensamientos positivos. Resultados que podemos relacionar también con el ómodelo estético basado en la delgadezô, de manera que, cuanto más crea una persona que difiere su cuerpo con dicho modelo, mayor será el número de pensamientos negativos. (Gracia, Marcó, Fernández y Juan, 1999)

Sin embargo, en cuanto a la autoestima no se encuentran diferencias significativas entre los dos grupos de mujeres. Estos datos se contradicen con los hallados por Moreno y Ortiz (2009) quienes si hallan una correlación positiva entre Insatisfacción Corporal y autoestima. La discrepancia de estos resultados puede deberse al pequeño tamaño de la muestra.

Con respecto a los resultados obtenidos por las pruebas neuropsicológicas, inicialmente los datos parecen apoyar la primera hipótesis propuesta, es decir que las alteraciones neurocognitivas fueran una consecuencia del trastorno, al no haberse encontrado diferencias significativas entre mujeres con altos y bajos niveles de insatisfacción corporal en ningún de las dos tareas. Las diferencias entre el grupo de AI y el de BI, en la ejecución de las pruebas IGT y TMT, no son significativas. Sin embargo las diferencias de tipo marginal que se han encontrado entre ambos grupos en la IGT apuntan en la dirección de la segunda hipótesis de que la déficits neurocognitivos existan de forma previa a una TCA. Teniendo que en cuenta que el tamaño de la muestra es muy reducido y eso hace que sea muy difícil que las diferencias entre ambos grupos en este tipo de tareas alcancen la significación estadísticas, creemos conveniente analizar la diferencia mínima que hemos encontrado. Respecto a la toma

de decisiones, en la figura 1, claramente puede observarse un óptimo aprendizaje en el grupo de alta insatisfacción. Además, si tenemos en cuenta que se utiliza una puntuación de 10, en el total de los bloques de la IGT, como punto de corte para considerar una buena o mala ejecución en la tarea, considerando como buena ejecución aquellas puntuaciones que están por encima de 10 (Bechara y Damasio, 2002; Bechara, Damasio y Damasio, 2000), los resultados de las medias en las puntuaciones totales de los bloques en ambos grupos, si que muestran diferencias (Ver tabla 3). Si analizamos la ejecución de cada grupo, el grupo con AI obtiene una media de 0.00, mientras que el grupo con BI su media es de 17.75. En concreto, en el grupo AI el 90 por ciento de los sujetos obtienen puntuaciones totales por debajo de 10, mientras que en el grupo de BI lo hacen el 50 por ciento. Los datos del presente estudio, según Bechara y Damasio (2002), indican que ha habido una mala ejecución en las mujeres del grupo de alta insatisfacción corporal lo que apoyaría la segunda propuesta de hipótesis y lo que esperábamos encontrar. Es decir, los resultados apoyarían la hipótesis de que mujeres con alta insatisfacción corporal presentan déficits cognoscitivos que las haría más vulnerables a desarrollar un TCA. Resultados que coincidirían con los resultados encontrados en el estudio de Silva y Alvarado (2013) también realizado con mujeres con riesgo a padecer un TCA.

Considerando que la IGT mide funciones ejecutivas y que esta prueba se interpreta según la Hipótesis del Marcador Somático de Damasio (1994), a partir de estos resultados, diríamos que el grupo con alta insatisfacción corporal podrían presentar déficits en los mecanismos neurales que regulan la homeostasis y padecer daños en el córtex orbitofrontal, lo que las llevaría a elegir aquellos mazos que producen recompensas inmediatas, sin tener en cuenta las posibles consecuencias negativas para el futuro (Bechara et al., 2000). Una tendencia a funcionar así en mujeres con alta insatisfacción corporal aumentaría el riesgo de padecer TCA (Fagundo et al., 2012).

Estos resultados indicarían que el déficit en toma de decisiones estaría presente en chicas con AI, pero sin riesgo de padecer TCA, lo que supondría otro factor de riesgo para desarrollar TCA y no un efecto secundario de los mismos.

Sin embargo, estos resultados no pueden ser extrapolados al resto de la población puesto que el estudio presenta bastantes limitaciones. Entre otras, que el tamaño de la muestra es muy pequeño. El tamaño muestral puede explicar el hecho de que no se hayan encontrado las diferencias estadísticamente significativas, razón por la que las conclusiones del estudio son

altamente especulativas. Sería por tanto recomendable completar el estudio aumentando el tamaño de la muestra. Por otro lado, se debería de incluir otras pruebas que midan toma de decisiones y flexibilidad mental e incluso pruebas neuropsicológicas que impliquen a otras variables cognoscitivas., para analizar la correlación entre ellas.

Aún así, este estudio constituye una primera aproximación para contribuir al conocimiento de si los déficit neurocognitivos son una causa o consecuencia de los TCA, y apuntan tímidamente en una dirección concreta. A pesar de que los resultados obtenidos en el presente estudio no puedan extrapolarse al resto de la población, los datos hallados parecen darnos pistas de que los déficits cognoscitivos están presentes en chicas con una alta insatisfacción corporal pero sin riesgo de padecer TCA. Estos resultados nos sugieren la importancia de seguir con esta línea de investigación, pues si relacionamos estos datos con los problemas de alimentación, podría ser que los déficits cognoscitivos ya estén presentes antes del TCA y no sean una consecuencia del mismo, sino que más bien influyan en la aparición del trastorno y se agraven durante este, resultados que ya son apoyados por otros estudios como el de Alvarado et al., 2009 y Silva y Alvarado 2013.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado, N., Silva, C. y Salvador, J. (2009). Deficiencias en el proceso visoconstructivo y riesgo para trastornos de conducta alimentaria. *The Spanish Journal of psychology*, 12(2), 677-685.
- Álvarez-Moya, E.M., Jiménez-Murcia, S., Moragas, L., Gómez-Peña, M., Aymamí, M.N., Ochoa, C., Sánchez-Díaz, I., Menchón, J.M, y Fernández-Aranda, F. (2009). Executive functioning among female pathological gambling and bulimia nervosa patients: Preliminary findings. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(2), 302-306.
- Anderson, P. (2002). Assessment and development of executive function (EF) during childhood. *Child Neuropsychology*, 8, 71-82.
- Ardilla, A. y Ostrosky-Solís, F. (2008). Desarrollo histórico de las funciones ejecutivas. *Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 1-21.
- Baile, J., Guillén, F. y Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal con adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire, el sexo y la edad. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 439-450.
- Bechara, A., Bechara, A.R., Damasio, H. y Anderson, S.W (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50, 7-15.
- Bechara, A. y Damasio, H. (2002). Decision-making and addiction (par. I); Impaired activation of somatic states in substance dependent individuals when pondering decisions with negative future consequences. *Neuropsychology*, 40, 1675-1689.
- Bechara, A., Damasio, H. y Damasio A.R. (2000). Emotion, decisión-making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex*, 10, 295-307.
- Cash, T.F., Lewis, R.J. y Keeton, P. (1987). *Development and validation of the Body Image Automatic Thoughts Questionnaire*. Comunicación presentada en el Annual Meeting of the Southeastern Psychological Association, Atlanta, GA, EE.UU.
- Casillas-Estrella, M., Montañó-Castrejón, N., Reyes-Velázquez, V., Bacardí-Gascón, M. y Jiménez-Cruz, A. (2006). A mayor Índice de Masa Corporal mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Revista Biomédica*, 17(4), 243-249.
- Cooper, P.J., Tylor, M.J., Cooper, Z. y FairBurn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 108-116.
- Damasio, A.R. (2004). *El error de Descartes*. Barcelona. Crítica. (Orig. 1994).

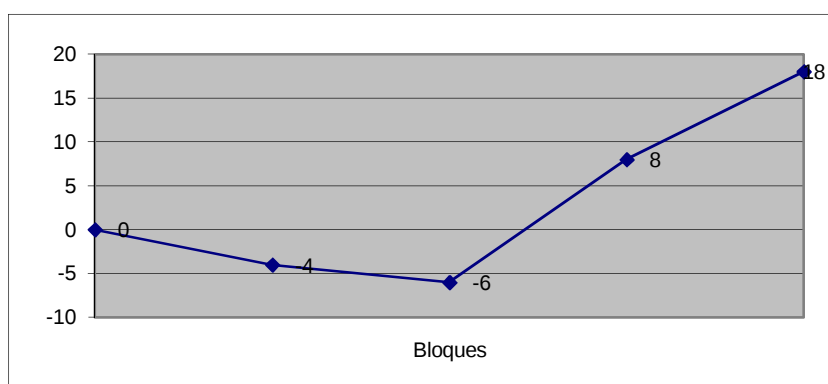
- Duchesne, M., Mattos, P., Fontenelle, L. F., Veiga, H., Rizo, L., & Appolinario, J. C. (2004). Neuropsychology of eating disorders: a systematic review of the literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2), 107-117.
- Espina, A., Ortego, M.A., Ochoa de Alda, I., Yenes, F. y Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, 13(14), 533-538.
- Fagundo, A.B., De la Torre, R., Jiménez-Murcia, S., Agüera, Z., Granero, R., Tárrega, S., Botella, C., Baños, R., Fernández-Real, J.M., Rodríguez, R., Forcano, L., Frühbeck, G., Gómez-Ambrosi, Javier., Tinahones, F.J., Fernández-García, J.C., Casanueva, F. y Fernández-Aranda, F. (2012). Executive Functions Profile in Extreme Eating/Weight Conditions: From Anorexia Nervosa to Obesity. *Plos One*, 7(8), 1-9.
- Galderisi, S., Mucci, A., Monteleone, P., Sonrentino, D., Piegari, G. y Maj, M. (2003). Neurocognitive fuctioning in subjects with eating disorders: the influence of neuroactive steroids. *Biological Psychiatry*, 53(10), 921-927.
- García, A., Enseñat, A., Tirapu, J. y Roig, T. (2009). Maduración de la corteza prefrontal y desarrollo de las funciones ejecutivas durante los primeros cinco años de vida. *Revista de Neurología*, 48(8), 435-440.
- García, J., Solbes, I., Expósito, E. y Navarro, E. (2012). Imagen Corporal y riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en población universitaria española: diferencias de género. *Revista de Orientación Educacional*, 26(50), 31-46.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1981). Body Image in anorexia nervosa: measurement, theory, and clinical implications. *The International Journal of Psychiatric in Medicine*, 11, 263-284
- Garner, D.M., Oldmstead, M.P., Bohr, Y. y Garfinkel P.E. The Eatings Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Gracia, M., Marcó M., Fernández, M.J. y Juan, J. (1999). Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes. *Psiquis*, 20(1), 15-26.
- Idini, E., Márquez-Medina, E., Pifarré, J., Buj-Álvarez, I. y Castán-Campanera, E. (2012). ¿Son las alteraciones neuropsicológicas de los trastornos de la conducta alimentaria endofenotipos de la enfermedad? Revision y estado actual del tema. *Revista de Neurología*, 55(12), 729-736.
- Marco, J., Perpiñá, C. y Botella, C. (2013). Tratamiento de la imagen corporal en los Trastornos Alimentarios: diferencias en la respuesta al tratamiento según el diagnóstico. *Behavioral Psychology*, 21(3), 491-509.

- Márquez, M., Salguero, P., Paíno, S. y Alameda, J.R. (2013). La hipótesis del Marcador Somático y su nivel de incidencia en el proceso de toma de decisiones. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 18(1), 17-36.
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (2), 458-467.
- Mirza, N.M., Davis, D. y Yanovski, J.A. (2005). Body dissatisfaction, selfesteem, and overweight among inner-city Hispanic children and adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 35(1), 267-283.
- Moreno, M.A. y Ortiz, G.R. (2009). Trastorno Alimentario y su relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27(2), 181-190.
- Moreno, S. y Rodríguez, S. (2012). La Insatisfacción Corporal: bases teóricas y mecanismos psicológicos implicados en el tratamiento basado en técnicas conductuales de exposición de espejo. *Mágina. Revista Universitaria*, 16, 47-59.
- Perpiñá, C., Borra, C., Baños, R. Botella, C. Quero, S. y Jorquera, M. (2003). *Psychometric properties of the Body Image Automatic Thoughts Questionnaire (BIATQ) in a Spanish population*. Póster presentado en 37th Annual Convention of Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston, EE.UU.
- Reitán, M.R. (1958). Validate of the Trail Making Test as a indicator of organic brain damage. *Perceptual Motor Skills*, 8, 271-276.
- Roberts, M.E., Demetriou, L., Treasure, J.L. y Tchanturia, K. (2007). Neuropsychological profile in the overweight population: an exploratory study of set-shifting and central coherence. *Therapy*, 4(6), 821-824.
- Rosselli, M., Jurado, M.B. y Matute, E. (2008). Las Funciones Ejecutivas a través de la vida. *Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 23-46.
- Silva, C. y Alvarado, N. Flexibilidad cognitiva y planificación en mujeres con riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. *Psicología y Salud*, 23(1), 5-14
- Slade, P. (1994). What is body image? Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: Cross-sectional and longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 3, 188-199.
- Vázquez, R., Fuentes, E.S., Baéz, M.V., Álvarez, G.L. y Mancilla, J.M. (2002). Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastornos alimentarios. *Psicología y Salud*, 12(1), 73-82.
- Wardle, J., Waller, J. y Fox, E. (2002). Age of onset and body dissatisfaction in obesity. *Addictive Behavior*, 27(4), 561-573.

ANEXO I

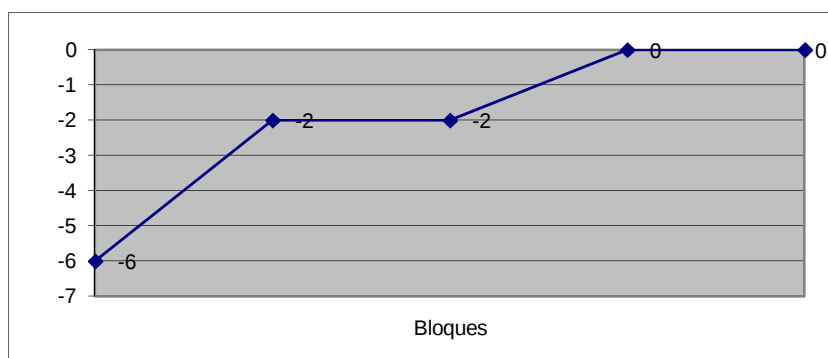
Ejecución de los sujetos en la prueba IGT. Grupo Baja Insatisfacción Corporal.

SUJETO 1	BLOQUE 1	BLOQUE 2	BLOQUE 3	BLOQUE 4	BLOQUE 5	TOTAL
MAZO A	7	6	4	3	0	
MAZO B	3	6	9	4	1	
MAZO C	5	4	4	8	7	
MAZO D	5	3	3	6	12	
TOTAL	0	-4	-6	8	18	16



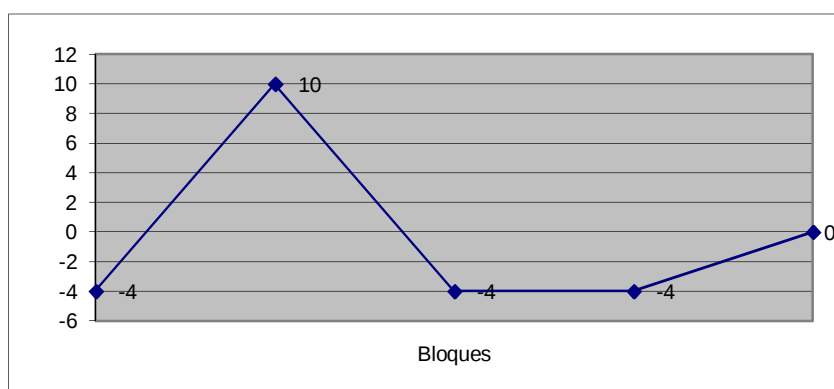
Ejecución Sujeto 1.

SUJETO 2	BLOQUE 1	BLOQUE 2	BLOQUE 3	BLOQUE 4	BLOQUE 5	TOTAL
MAZO A	8	5	5	4	1	
MAZO B	5	6	6	6	9	
MAZO C	3	4	3	4	5	
MAZO D	4	5	6	6	5	
TOTAL	-6	-2	-2	0	0	-10



Ejecución Sujeto 2.

SUJETO 3	BLOQUE 1	BLOQUE 2	BLOQUE 3	BLOQUE 4	BLOQUE 5	TOTAL
MAZO A	3	0	4	8	4	
MAZO B	9	5	8	4	6	
MAZO C	5	2	3	6	6	
MAZO D	3	13	5	2	4	
TOTAL	-4	10	-4	-4	0	-2



Ejecución Sujeto 3.

SUJETO 4	BLOQUE 1	BLOQUE 2	BLOQUE 3	BLOQUE 4	BLOQUE 5	TOTAL
MAZO A	3	4	2	1	0	
MAZO B	6	4	4	1	2	
MAZO C	7	5	5	9	9	
MAZO D	4	7	9	9	9	
TOTAL	2	4	8	16	16	46



Ejecución Sujeto 4.

SUJETO 5	BLOQUE 1	BLOQUE 2	BLOQUE 3	BLOQUE 4	BLOQUE 5	TOTAL
MAZO A	5	4	4	4	4	
MAZO B	9	5	3	7	3	
MAZO C	3	4	8	4	4	
MAZO D	3	7	5	5	9	
TOTAL	-8	2	6	-2	6	4



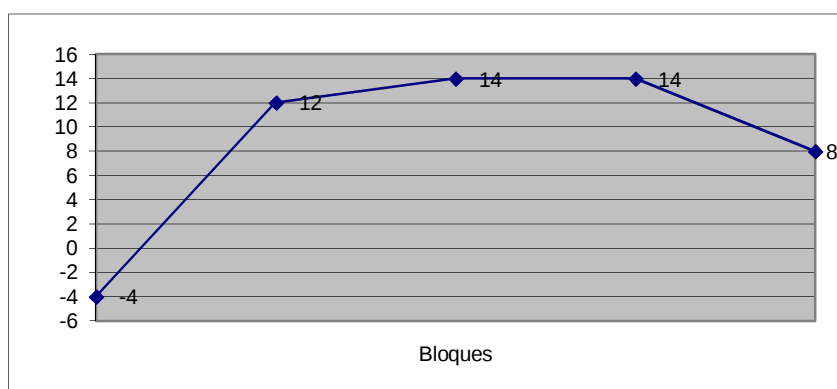
Ejecución Sujeto 5

SUJETO 6	BLOQUE 1	BLOQUE 2	BLOQUE 3	BLOQUE 4	BLOQUE 5	TOTAL
MAZO A	5	3	2	2	4	
MAZO B	8	3	5	7	9	
MAZO C	3	6	2	2	2	
MAZO D	4	8	11	9	5	
TOTAL	-6	8	6	2	-6	4



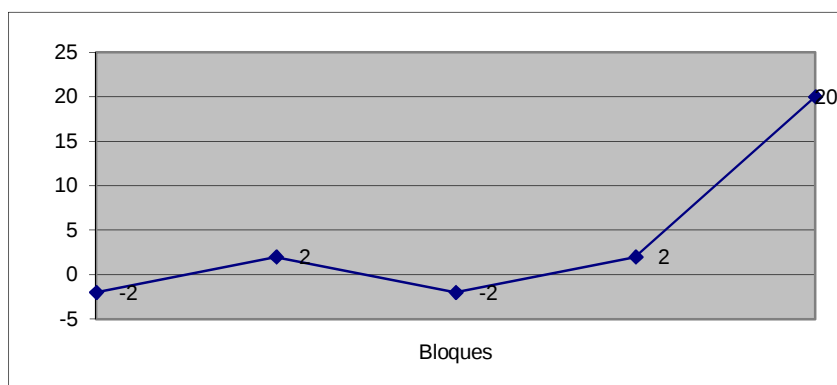
Ejecución Sujeto 6

SUJETO 7	BLOQUE 1	BLOQUE 2	BLOQUE 3	BLOQUE 4	BLOQUE 5	TOTAL
MAZO A	3	1	2	2	2	
MAZO B	9	3	1	1	4	
MAZO C	3	4	9	11	7	
MAZO D	5	12	8	6	7	
TOTAL	-4	12	14	14	8	44



Ejecución Sujeto 7

SUJETO 8	BLOQUE 1	BLOQUE 2	BLOQUE 3	BLOQUE 4	BLOQUE 5	TOTAL
MAZO A	2	5	8	3	0	
MAZO B	9	4	2	6	0	
MAZO C	1	10	9	10	3	
MAZO D	8	1	0	1	17	
TOTAL	-2	2	-2	2	20	20

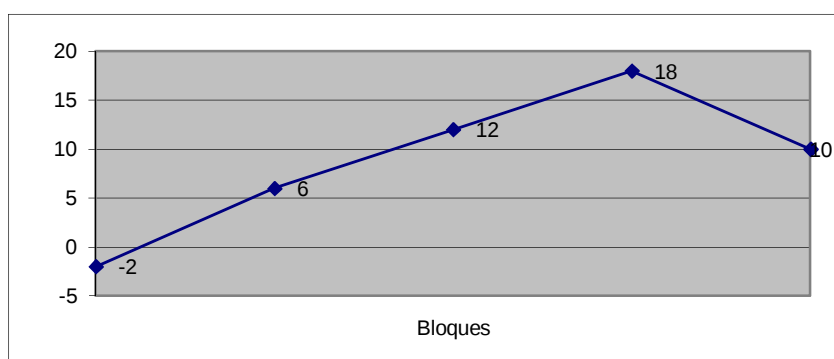


Ejecución Sujeto 8.

ANEXO II

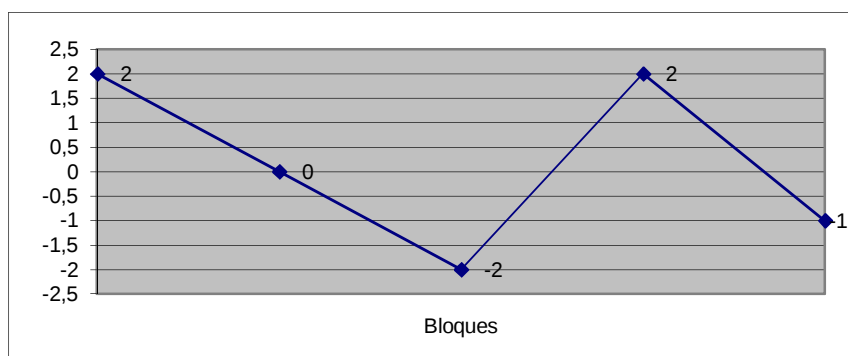
Ejecución de los sujetos en la prueba IGT. Grupo Alta Insatisfacción Corporal.

SUJETO 9	BLOQUE 1	BLOQUE 2	BLOQUE 3	BLOQUE 4	BLOQUE 5	TOTAL
MAZO A	5	4	3	1	2	
MAZO B	6	3	1	0	3	
MAZO C	4	3	2	2	2	
MAZO D	5	10	14	17	13	
TOTAL	-2	6	12	18	19	44



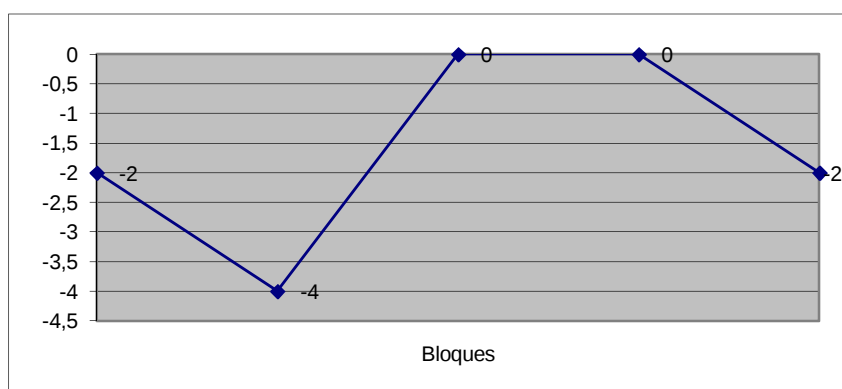
Ejecución Sujeto 9.

SUJETO 10	BLOQUE 1	BLOQUE 2	BLOQUE 3	BLOQUE 4	BLOQUE 5	TOTAL
MAZO A	5	5	5	5	5	
MAZO B	4	5	6	4	5	
MAZO C	6	5	5	6	4	
MAZO D	5	5	4	5	5	
TOTAL	2	0	-2	2	-1	1



Ejecución Sujeto 10.

SUJETO 11	BLOQUE 1	BLOQUE 2	BLOQUE 3	BLOQUE 4	BLOQUE 5	TOTAL
MAZO A	5	4	3	5	3	
MAZO B	6	8	7	5	8	
MAZO C	5	5	5	6	6	
MAZO D	4	3	5	4	3	
TOTAL	-2	-4	0	0	-2	-8



Ejecución Sujeto 11.

SUJETO 12	BLOQUE 1	BLOQUE 2	BLOQUE 3	BLOQUE 4	BLOQUE 5	TOTAL
MAZO A	5	5	4	4	4	
MAZO B	6	6	5	7	4	
MAZO C	5	5	5	4	5	
MAZO D	4	4	6	4	7	
TOTAL	-2	-2	2	-4	4	-2



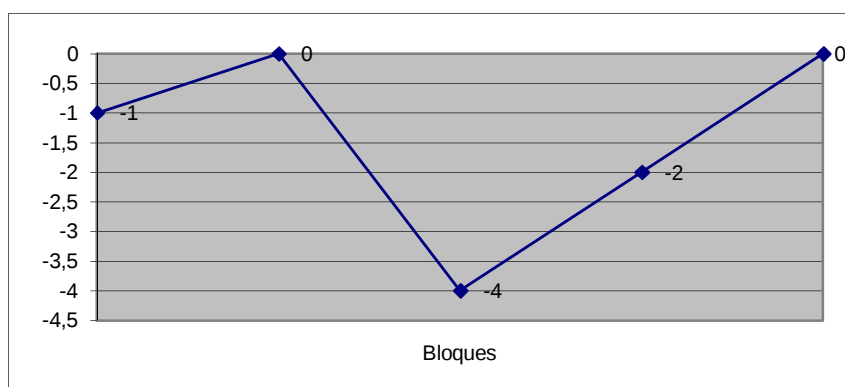
Ejecución Sujeto 12.

SUJETO 13	BLOQUE 1	BLOQUE 2	BLOQUE 3	BLOQUE 4	BLOQUE 5	TOTAL
MAZO A	5	2	2	4	2	
MAZO B	4	8	7	5	9	
MAZO C	5	4	4	5	6	
MAZO D	6	6	7	6	3	
TOTAL	2	0	2	2	-2	4



Ejecución Sujeto 13.

SUJETO 14	BLOQUE 1	BLOQUE 2	BLOQUE 3	BLOQUE 4	BLOQUE 5	TOTAL
MAZO A	6	5	6	6	6	
MAZO B	4	5	6	5	4	
MAZO C	5	5	5	5	6	
MAZO D	4	5	3	4	4	
TOTAL	-1	0	-4	-2	0	-7



Ejecución Sujeto 14.

SUJETO 15	BLOQUE 1	BLOQUE 2	BLOQUE 3	BLOQUE 4	BLOQUE 5	TOTAL
MAZO A	5	3	5	6	5	
MAZO B	7	8	10	8	10	
MAZO C	5	5	3	4	3	
MAZO D	3	4	2	2	2	
TOTAL	-4	-2	-10	-8	-10	-34



Ejecución Sujeto 15.

SUJETO 16	BLOQUE 1	BLOQUE 2	BLOQUE 3	BLOQUE 4	BLOQUE 5	TOTAL
MAZO A	3	4	4	3	3	
MAZO B	9	7	6	5	5	
MAZO C	4	5	6	5	5	
MAZO D	4	4	4	7	7	
TOTAL	-4	-2	0	4	4	2



Ejecución Sujeto 16.

ANEXO III

BSQ

Desearíamos saber cómo te has sentido respecto a tu cuerpo las últimas cuatro semanas. Lee por favor cada una de las afirmaciones o preguntas que siguen y marca la opción a la derecha con la que mejor te identifiques. Contesta por favor a todas las preguntas.

DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS	Siempre	Normal-mente	Frecuente-mente	A Veces	Rara-mente	Nunca
1. El aburrimiento ha hecho que te preocupes más por tu silueta						
2. Has estado tan preocupada por tu silueta como para pensar que has de hacer dieta						
3. Has pensado que tus caderas, nalgas o muslos son demasiado grandes respecto al resto de tu cuerpo						
4. Has estado con miedo a volverte gorda o a engordar aún más						
5. Has estado preocupada porque tu cuerpo no es suficientemente firme						
6. Sentirte llena (p.e. después de una comida abundante) te ha hecho sentir gorda						
7. Te has sentido tan mal por tu figura como para llorar por ello						
8. Evitas correr porque las carnes te bambolean						
9. Estar con mujeres delgadas te ha hecho tomar mayor conciencia de tu silueta						
10. Te preocupa observar la forma de tus muslos cuando estas sentada en una silla						
11. Te hace sentir llena el comer incluso pequeñas cantidades de comida						
12. Te has fijado en la silueta de otras mujeres y al compararla con la tuya el balance es negativo						
13. Pensar en tu silueta ha interferido con tu capacidad de concentración (p.e. mirando la tele..)						
14. Desnudarte (p.e. para bañarte en la ducha) te hace sentir gorda						
15. Has evitado llevar ropas que te hagan ser especialmente consciente de tu silueta						

16.Te has imaginado sacando lonchas de carne de tu cuerpo						
17.Te has sentido gorda al comer dulces, pasteles y otras comidas de algún contenido calórico						
18.Has evitado ir a actos sociales porque te sentías mal con tu cuerpo						
19.Te has sentido excesivamente grande y redonda en tus formas						
20.Te has sentido avergonzada de tu cuerpo						
21.Las preocupaciones acerca de tu silueta te han hecho empezar una dieta para adelgazar						
22.Te has sentido más contenta con tu figura cuando tu estómago estaba vacío						
23.Has pensado que tienes la silueta que tienes por una falta de autocontrol						
24.Te preocupa que otra gente vea que tienes celulitis en el abdomen o en las caderas						
25.Has pensado que no es justo que otras mujeres sean más delgadas que tú						
26.Has vomitado para sentirte más delgada						
27.Estando con otra gente, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio?						
28.¿Te ha preocupado que tus carnes tengan surcos?						
29.Ver tu imagen te ha hecho sentir mal respecto a tu figura						
30.Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para comprobar la grasa que tenías						
31.Has evitado situaciones en las que la gente pudiera ver tu cuerpo						
32.Has tomado laxantes para sentirte más delgada						
33.Has sido especialmente consciente de tu silueta estando con otra gente						
34.Las preocupaciones acerca de tu silueta te han hecho pensar que debes hacer ejercicio						

ANEXO IV

BIATQ

A continuación encontrarás una serie de pensamientos sobre el aspecto personal, que a veces, surgen de repente en la cabeza de las personas en diversas situaciones. Por favor, lee cada pensamiento e indica con cuanta frecuencia has tenido ese pensamiento a lo largo de la semana pasada. Lee cada frase atentamente y señala lo que se corresponda en tu caso siguiendo la siguiente escala:

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Siempre o casi siempre

1. Soy muy consciente de mi aspecto, de cómo es mi ólookô	
2. Me siento indefensa para cambiar mi aspecto	
3. Los demás piensan que soy guapa	
4. Mi vida es espantosa debido a mi aspecto	
5. Mi aspecto me hace ser una ódon nadieô	
6. Mi aspecto me ayuda a estar más segura de mí	
7. Mi aspecto no es lo suficientemente bueno para estar aquí	
8. ¿Por qué nunca puedo tener buen aspecto?	
9. Estoy orgullosa de mi cuerpo	
10. Simplemente no es justo que mi aspecto sea el que es	
11. Con mi aspecto nadie va a quererme nunca	
12. Mi cuerpo está bien proporcionado	
13. Ojalá fuera más guapa	
14. Sé que la gente piensa que no soy atractiva	
15. Mi aspecto parece ayudarme socialmente	
16. Tengo que perder peso	
17. Pienso en que estoy gorda	
18. Me gusta el aspecto que tengo	
19. Se ríen de mi aspecto	
20. Quizá pueda parecerme a él/ella	
21. Sigo pensando que soy atractivo incluso cuando estoy con gente más atractiva que yo	
22. No soy atractiva	
23. No querrá sentarse a mi lado porque no soy guapa	
24. Soy al menos tan atractiva como la mayoría de la gente	
25. Ojalá me pareciera a otra persona	
26. Creo que no le gustaré a los demás a causa de mi aspecto	
27. No me importa que la gente me mire	
28. Nunca seré atractiva	
29. Odio mi cuerpo	
30. Estoy cómoda con mi apariencia	
31. Algo en mi aspecto tiene que cambiar	
32. Mi aspecto me está arruinando en todo	
33. Tengo un aspecto saludable	

34. Nunca puedo tener el aspecto que yo quiero	
35. Estoy muy decepcionada con mi aspecto	
36. Me siento cómoda con el aspecto que tengo en bañador	
37. Todo el mundo tiene mejor aspecto que yo	
38. Me siento poco atractiva, asique debe de haber algo raro en mi aspecto	
39. Esa ropa me queda bien	
40. Ojalá no me importara mi aspecto	
41. Los demás se dan cuenta enseguida de lo que hay de raro en mi cuerpo	
42. Mi cuerpo no es perfecto pero creo que es atractivo	
43. La gente piensa que no soy atractiva	
44. Soy muy fea	
45. No necesito cambiar el aspecto que tengo	
46. Los demás tienen mejor aspecto que yo	
47. Pienso que no soy atractiva, sobretodo cuando estoy con gente atractiva	
48. No se vestir con estilo	
49. Mi cuerpo necesita más definición	
50. La ropa simplemente no me queda bien	
51. Ojalá que los demás no me miraran	
52. No puedo soportar mi aspecto ni un momento mas	

ANEXO V

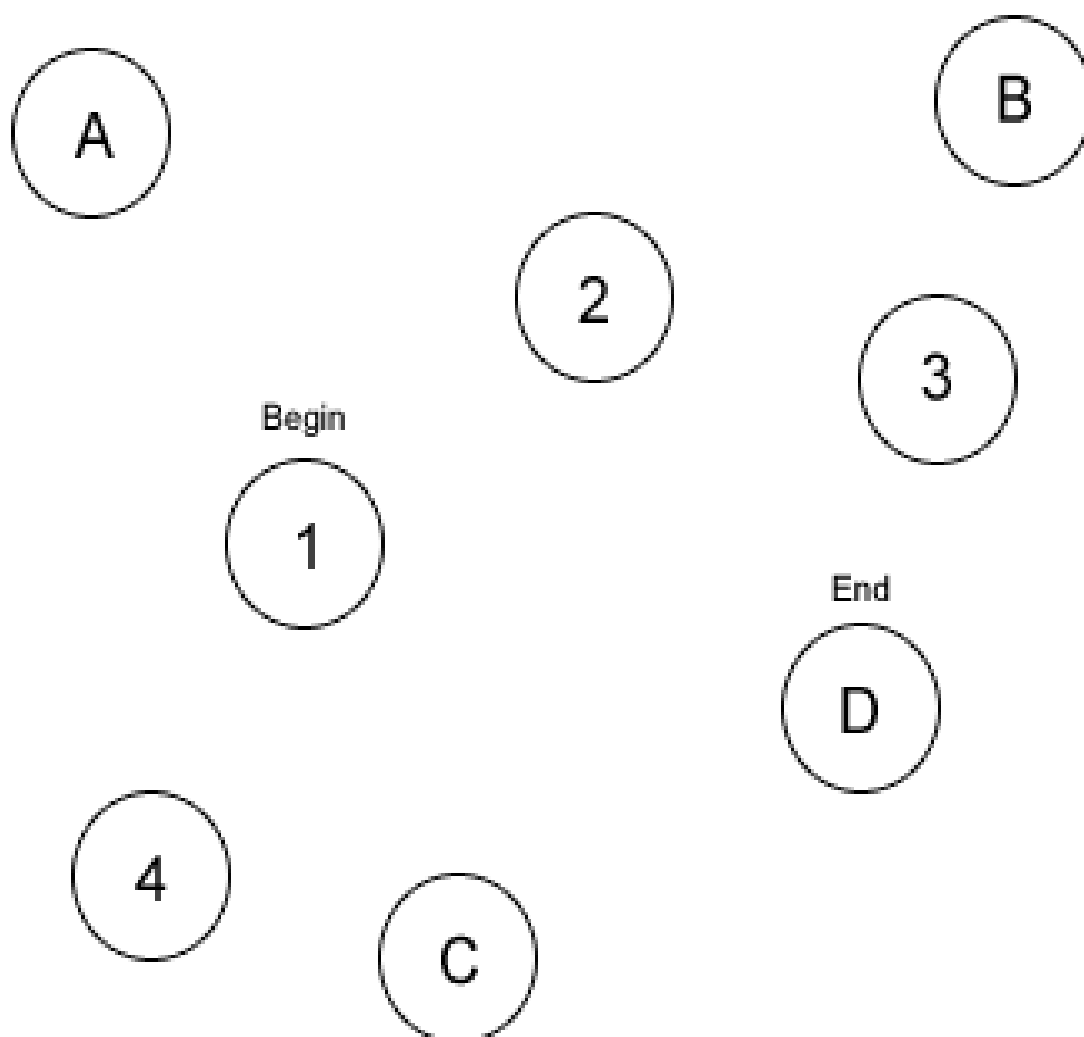
AE

A continuación se presentan 10 frases en las que se expresan una serie de pensamientos y sentimientos. Señala con una X el casillero que más se aproxime a cómo te percibes a ti misma de acuerdo con la escala siguiente:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Estoy satisfecha conmigo misma				
2. A veces pienso que no sirvo para nada				
3. Creo tener varias cualidades buenas				
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
5. Creo que no tengo muchos motivos para enorgullecerme				
6. A veces me siento realmente inútil				
7. Siento que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás				
8. Desearía sentir más respeto por mí misma				
9. Me inclino a pensar que soy un fracaso				
10. Asumo una actitud positiva hacia mí misma				

ANEXO VI

Trail Making Test



ANEXO VII

Iowa Gambling Task

