

BODY IMAGE QUESTIONNAIRE FOR EARLY DETECTION OF EATING DISORDERS

CUESTIONARIO DE IMAGEN CORPORAL PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

CRISTINA JENARO¹, NOELIA FLORES¹, BELÉN G. BERMEJO² y MARIBEL CRUZ³

¹ Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos,
Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca

² Psicología Evolutiva y de la Educación, Facultad de Psicología,
Universidad Nacional de Educación a Distancia

³ Hospital Everardo Neumann. Soledad de Graciano Sánchez, San Luís Potosí, México

Resumen

El presente artículo presenta los resultados obtenidos tras desarrollar y validar el Cuestionario de Imagen Corporal, con una muestra de 395 personas pertenecientes a población clínica o general. El instrumento permite valorar la posible existencia de trastornos de la conducta alimentaria relacionados con la bulimia, anorexia, obesidad, vigorexia y ortorexia. Todos los factores y la escala en su conjunto mostraron adecuada consistencia interna y el análisis factorial confirmó la multidimensionalidad de la escala y por tanto, avala su validez de constructo. Los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento sugieren que la existencia de antecedentes personales o familiares relacionados con estos trastornos o con ansiedad o depresión, incrementan la probabilidad de presentar problemas de conducta alimentaria. Ello es consistente con la literatura y apoya su validez experimental.

Abstract

This paper presents the results obtained after developing and validating the Body Image Questionnaire with a sample of 395 persons belonging to clinical or general population. The instrument allows assessing probable eating di-

sorders related to bulimia, anorexia, obesity, orthorexia, and bigorexia. All the factors and total scale showed good internal consistency. Factor analysis confirmed the multidimensionality of the scale and therefore, its construct validity. The results of the instrument implementation suggest that the existence of personal or family history related to these disorders or to anxiety or depression, increase the likelihood of developing eating disorders. This is consistent with the literature and supports the experimental validity of the measure.

Cuestionario de Imagen Corporal para la detección temprana de trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un problema de salud que incide negativamente en las relaciones sociales y familiares, en el estado de ánimo, la salud física, la alimentación, los estudios, la vida laboral y en definitiva, en la calidad de vida de afectados y en su entorno (Etxeberria, González, Padierna, Quintana y Ruiz de Velasco, 2002; Quiles, Terol y Quiles, 2003). Cambios en la conducta alimentaria y aumento del sedentarismo, junto con otros factores familiares, sociales y culturales contribuyen a explicar el aumento de estos problemas (Gordon, Castro, Sitnikov y Holm-De-

noma, 2010; Henrickson, Crowther, y Harrington, 2010; M. Jiménez, 2006; Jiménez-Cruz y Silva-Gutiérrez, 2010; Leone, Sedory y Gray, 2005; Moreno, 1999; Rogers y Petrie, 2010; Saldaña y Tomas, 1999; Vázquez y Raich 1997)

En nuestro país, estimaciones de prevalencia de los TCA varían entre un 3% y un 6,2% (Peláez-Fernández, Labrador Encinas y Raich Escursell, 2008), a lo que hay que añadir un 12,4% de adolescentes que presentan actitudes potencialmente patológicas (Carbajo, Canals, Fernández-Ballart y Domenech, 1995). Otros trabajos obtienen porcentajes incluso más elevados especialmente en el caso de las mujeres (Sánchez et al., 2000), pues éstas son un grupo especialmente vulnerable a presentar estos trastornos (p.e. Keel, Baxter, Heatherton y Joiner, 2007; Vázquez, Estada, Claramonte, y Maiques, 1999), salvo en el caso de la vigorexia (Olivardia, 2001, 2009). Así, Sánchez et al., encuentran un riesgo de sufrir un trastorno de la alimentación, del 19,8% en las mujeres y del 1,76% en los hombres. Por su parte, Ramos et al., (Ramos, Rivera y Moreno, 2010) obtienen datos muy similares a los encontrados por Sánchez et al., (2000) y además concluyen que la razón que lleva a los chicos a realizar dietas para adelgazar no es el peso corporal real, sino la percepción que tienen de su cuerpo, mientras que en el caso de las chicas es el grado de satisfacción con el mismo (Ramos et al., 2010). Otros trabajos encuentran que, en cuanto a los hábitos de salud de los jóvenes, los hombres tienden a hacer ejercicio mientras las mujeres tienden a cuidar la alimentación, lo que ha de ser tenido en cuenta a la hora de desarrollar programas educativos de fomento de actitudes y conductas positivas hacia la salud en los jóvenes (Álvarez y López, 1999; Vera Guerrero, 1998; Villena y Castillo, 1999). En otras palabras, se trata no tanto de modificar conductas de riesgo sino de proporcionar estrategias personales para reducir la influencia de factores de riesgo asociados a los TCA (Casado y Helguera, 2008).

En los países desarrollados están apareciendo además otros TCA como la vigorexia (dismorfia muscular) y la ortorexia (obsesión por comida saludable) (Dudas y Tury, 2008; Kinzl, Hauer, Traweger y Kiefer, 2006; Zamora, Bonahecha, Sanchez y Rial, 2005). Incluso se distingue entre la vigorexia y la fobia a la grasa cor-

poral que constituyen un TCA en personas que practican culturismo (Ferenc y Andrea, 2006). Sin embargo otros autores rechazan la inclusión de la ortorexia y la vigorexia como TCA y reclaman la necesidad de criterios diagnósticos e instrumentos estandarizados (Meyer-Gross y Zaudig, 2007; Murray, Rieger, Touyz y De la Garza, 2010).

En el terreno de la evaluación, la mayoría de los estudios emplean el Test de Actitudes Alimentarias (EAT) (Garner y Garfinkel, 1979), o el EDI en sus diferentes versiones (Carbajo et al., 1995; Casillo, Castro y Góngora, 1996; Cruz y Maganto, 2002; Herrero y Viña, 2005; Jiménez-Cruz y Silva-Gutiérrez, 2010; Machado et al., 2004; Toledo et al., 1999; Viña y Herrero, 2006). Los resultados indican que las mujeres puntúan de modo superior en las diferentes variables analizadas, relacionadas con el deseo de estar más delgadas, la percepción de sobrepeso u obesidad o la realización de dietas, entre otras variables (A. Sánchez et al., 2000). Conviene señalar aquí que mientras en algunas investigaciones la dieta es entendida como una conducta de riesgos de TCA, en otras se asocia a beneficios para la salud (Sánchez, López, Asens y Fauquet i Ars, 2008). En este sentido parece que la clave son las razones que llevan a las personas a ponerse a dieta (Chernyak y Lowe, 2010; Ramos et al., 2010; Stice, Bohon, Marti, y Fischer, 2008).

Esfuerzos adicionales se han realizado con otros instrumentos como el Cuestionario de Alimentación de Stunkard y Messick (Three-Factor Eating Questionnaire, TFEQ) (Stunkard y Messick, 1985) que ha sido adaptado preliminarmente a una muestra de estudiantes universitarias de España (n=335) y que encuentra tan sólo los factores: «Restricción» y «Desinhibición» como explicativos de la varianza del instrumento, pero no el tercer factor de la escala original denominado «Hambre» (Sanchez-Carracedo, Raich I Escursell, Figueras Piqueras, Torras Claraso, y Mora Giral, 1999). También se han desarrollado cuestionarios para la evaluación de estos trastornos y variables conceptualmente asociadas como la autoestima (Gila, Castro, Gómez, y Toro, 2005). De este modo, se ha encontrado una asociación entre alimentación, autoconcepto o autoestima, e imagen corporal (Esnaola, 2007; Gila et al., 2005; Gómez y Acosta, 2000; Lopes de Sousa, 2008; Sánchez, 2005).

Respecto a esta última variable, cabe destacar el trabajo realizado por Fernández et al (1994) en el que se pone de manifiesto que la distorsión corporal en pacientes con TCA debiera ser considerada como una autoevaluación negativa de sí mismos y de su cuerpo, más que como una distorsión perceptiva (Fernández y Probst, 1994), aspecto en el que coinciden en gran medida otros autores (Sepúlveda, Botella, y León, 2001).

De un modo similar, contamos en nuestro país con Inventarios como el de Autoeficacia Percibida para el Control del Peso, que muestra adecuadas propiedades psicométricas de sus tres subescalas: estilo de alimentación, influencia de los estímulos externos en la conducta de sobreingesta y patrones de actividad física (Alonso, 2006; Román, Díaz, Cárdenas y Lugli, 2007). En relación con la actividad física, si bien en estudios como el comentado o en otros se considera un factor de riesgo (Currie, 2007; Currie y Morse, 2005; Hulley, Currie, Njenga y Hill, 2007; Thompson y Sherman, 2010), en otros trabajos se encuentra sin embargo que ésta, junto con la práctica de actividades deportivas se encuentra asociado a estilos de vida saludables en adolescentes (Castillo, Balaguer Solá, y García Merita, 2007; R. Jiménez, Cervelló, García, Santos e Iglesias, 2007).

Pese a lo expuesto previamente, en la actualidad este campo ha de hacer frente a varios retos. En primer lugar, a la persistencia de problemas conceptuales relacionados con el propio diagnóstico de estos trastornos y sus criterios médicos de gravedad (p.e. Berrocal Moya, Rivas, Bersabé, y Castro, 2003). De especial relevancia son los escasos avances en la comprensión, clasificación y tratamiento de la anorexia nerviosa (Guisinger, 2008).

En segundo lugar, los estudios se han centrado en los TCA clásicos, dejando sin explorar otros trastornos. Por ejemplo, son muy escasos los estudios sobre la vigorexia (Cantón, Revert y Chávez, 2008). El trabajo de Cantón et al., pone de manifiesto la existencia de una asociación entre deportistas con un bajo nivel de autoestima o de insatisfacción con su imagen corporal y perfil vigorexíco. Igualmente escasos son las publicaciones sobre ortorexia. En este sentido, existen intentos en otros países por estudiar este TCA consistente en una obsesión maníaca por

alimentos saludables, que sugieren una prevalencia del 6,9% de la población (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale y Cannella, 2004)

En tercer lugar y en relación con la limitación previamente expuesta, los instrumentos más comúnmente utilizados para la evaluación de los TCA son el EAT y el EDI, que han sido validados en numerosos estudios (p.e. Castro, Toro, Salamero y Guimera, 1991; Merino, Godás y Pamba, 2002; Merino, Pombo y Godás, 2001). Sin embargo estos instrumentos se centran en los TCA más comunes, dejando de lado otros posibles trastornos relacionados. Son además y por lo general, adaptaciones de cuestionarios creados originalmente en otros países (Las Hayas Rodríguez et al., 2003).

A la vista de lo expuesto, en el presente estudio pretendemos contribuir a incrementar la tecnología de evaluación existente en el campo. Es también nuestra intención considerar los TCA desde una perspectiva más amplia, incluyendo trastornos escasamente estudiados hasta la fecha como la vigorexia y la ortorexia. Es por tanto un primer objetivo, la construcción de una escala con adecuadas propiedades psicométricas, para la evaluación de diversos trastornos relacionados con la conducta alimentaria. Además y tras su aplicación, esperamos encontrar diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en la escala en función de factores de riesgo de los participantes como el género, actividad profesional y el historial de salud propia y de familiares de primer grado.

Método

Participantes

La muestra estaba compuesta por 108 (27,3%) hombres y 287 (72,7%) mujeres, haciendo un total de 395 participantes que participaron voluntariamente tras asegurarles la confidencialidad de los resultados. El promedio de edad fue de 23,9 años (DT= 7,8; rango: 13 a 79). La mayoría se encontraban solteros (86,6%), si bien porcentajes pequeños incluían a participantes casados o conviviendo en pareja (11,4%), viudos (3%) o divorciados o separados (1,8%). Los análisis de la posible asociación entre las

variables género y estado civil no revelaron una asociación significativa (Chi cuadrado =4,103; $gl=3$; $p=0,251$).

Por lo que se refiere a la procedencia de los datos, un 21,8% fueron obtenidos de asistentes a gimnasios, centros de preparación física o equipos deportivos; un 5,8% se obtuvieron de herbolarios, parafarmacias o tiendas de dietética, un 7,1% se obtuvieron de centros de salud y/o asociaciones o clínicas de TCA, un 3,8% se obtuvieron de agencias de modelos, un 3,5% se obtuvieron de dependientas en tiendas de moda y un 58% correspondían a población general en la que, a priori, no existieran factores de riesgo. La asociación de esta variable con el género puso de manifiesto la existencia de una asociación significativa (Chi cuadrado =39,451; $gl=5$; $p=0,000$), siendo más frecuente que la muestra de hombres procediera de gimnasios, mientras que en el caso de las mujeres era más probable provenir de clínicas de TCA, agencias de modelo o tiendas de moda.

En cuanto a la situación laboral, un 52,1% de los participantes se encontraban estudiando, un 27,2% trabajando y un 20,8% estudiaban y trabajaban. En este caso los análisis chi cuadrado revelaron una asociación significativa entre esta variable y el género (Chi cuadrado= 8,454; $gl=2$; $p=0,015$), lo que sugiere que es más probable encontrarse estudiando a tiempo completo en el caso de las mujeres. Por lo que se refiere a la profesión de los participantes, un 63% no desempeñaba una profesión de riesgo, un 8,6% eran deportistas profesionales, un 4,1% modelos, un 9,4% desempeñaban una profesión que exigía gran forma física, un 14,4% desempeñaban una profesión en la que se exigía una apariencia física delgada o bien, musculosa, y un 0,5% eran a la vez deportistas profesionales y modelos. El análisis de la asociación entre ambas variables fue significativo (Chi cuadrado =45,334, $gl= 5$; $p=0,000$) y los datos sugieren que hay un porcentaje bastante más elevado de hombres deportistas profesionales o cuya profesión requiere una gran forma física. Por otro lado, hay más mujeres que trabajan como modelos.

En cuanto a los factores de riesgo de experimentar un TCA en la muestra objeto de estudio, 55 participantes (13,9%) habían tenido obesidad

en el pasado o en el presente, 205 (51,6%) habían realizado intentos repetidos de ponerse a dieta, 127 (32,2%) habían experimentado grandes oscilaciones de peso en poco tiempo, 104 (26,3%) habían experimentado problemas de ansiedad o depresión que habían requerido la consulta de un profesional, 79 (20%) habían presentado problemas relacionados con la alimentación que habían requerido la consulta de un profesional. Por otro lado 86 participantes (21,8%) tenían familiares de primer grado con problemas de ansiedad o depresión que habían requerido consulta profesional, mientras que 40 (10,1%) tenían familiares de primer grado con problemas relacionados con la alimentación que habían requerido la consulta de un profesional. En total, 88 participantes (22,3%) no mostraban factores de riesgo, 124 (53,7%) presentaban uno, 74 (18,7%) presentaban dos, 51 (12,9%) presentaban tres, 35 (8,9%) presentaban cuatro, 12 (3%) presentaban cinco, 7 (1,8%) presentaban seis, y 4 (1%) presentaban siete. Existe además una asociación significativa entre el número de factores de riesgo y el género (Chi cuadrado =25,518; $gl=7$; $p=0,001$), y los datos sugieren que es más común tener más factores de riesgo en las mujeres que en los hombres de la muestra.

Instrumento

El cuestionario aplicado, Cuestionario de Evaluación de la Imagen Corporal (CIC), fue construido para el presente estudio, ante la ausencia de instrumentos que nos permitieran identificar la percepción de dicha imagen corporal en TCA y en otros nuevos trastornos que tienen en la base una percepción desajustada de la imagen corporal. La escala en su versión inicial estaba compuesta por 27 ítems distribuidos en 9 ítems que evaluaban la anorexia, 7 ítems que evaluaban la bulimia, 5 ítems que evaluaban la vigorexia, y 4 ítems que evaluaban la ortorexia. Los ítems fueron seleccionados de instrumentos de evaluación empleados más comúnmente, a lo que se unieron criterios clínicos para la selección de ítems relativos a la vigorexia y ortorexia. Un equipo de cuatro profesionales con experiencia en el campo ejerció de jueces para valorar la adecuación de cada ítem y para evitar la inclusión de ítems que pudieran perte-

necer a más de una categoría de TCA. El CIC (véase Anexo) se puntúa en una escala tipo Likert de 6 puntos.

Análisis de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Imagen Corporal

Tras la aplicación del CIC, se procedió a determinar el poder discriminativo de los ítems, previa identificación de dos grupos en la muestra: un grupo alto (i.e. puntuaciones correspondientes al percentil 75 o superior) y un grupo bajo (i.e. puntuaciones correspondientes al percentil 25 o inferior). Se realizaron entonces pruebas T de Student y tres ítems cuyo poder discriminativo fue insuficiente fueron eliminados de posteriores análisis.

En segundo lugar, se empleó el análisis factorial (método exploratorio, rotación Varimax, Normalización de Kaiser) para identificar agrupaciones relevantes de ítems. Así, el análisis resultó en cinco factores que explicaban conjuntamente el 63,18% de la varianza. El primer factor, con un valor propio de 6,23, explicaba un 25,94% de la varianza e incluyó los 7 ítems que valoraban la Bulimia, optando por tanto por denominarlo así. El segundo factor, con un autovalor de 3,50 explicaba un 14,59% de la varianza e incluía 5 ítems que valoraban la Anore-

xia. El tercer factor, con un valor propio de 2,36 explicaba un 9,84% de la varianza y se componía de los 5 ítems que medían la Ortorexia. El cuarto factor, con un valor propio de 1,64 explicaba un 6,84% de la varianza e incluía tres ítems relacionados con la Percepción de obesidad, pasando a denominarse de este modo. Finalmente el factor 5, con un autovalor de 1,43 explicaba el 5,97% de la varianza total e incluía tres ítems que evaluaban la Vigorexia.

En tercer lugar, procedimos a analizar la fiabilidad de cada una de las subescalas y del cuestionario considerado globalmente. En el apéndice se puede observar cómo los valores son plenamente satisfactorios para todas las subescalas y escala considerada globalmente, si bien sería recomendable mejorar los resultados de la Escala de Vigorexia.

En cuarto lugar, procedimos a realizar el cálculo de las correlaciones entre las diferentes escalas (véase Tabla 1). En la Tabla 1 se puede observar cómo las correlaciones entre las subescalas son bajas o no significativas en la mayoría de los casos, y más elevadas respecto al total de la escala. Estos resultados avalan la multidimensionalidad de los TCA y su relativa independencia. Suponen también un apoyo a la validez de constructo de estos trastornos.

La escala en su versión definitiva de 24 ítems, ha sido la empleada en los posteriores análisis.

Tabla 1. Correlaciones entre los factores del CIC y el total de la escala

	Anorexia (F2)	Ortorexia (F3)	Percepción de Obesidad (F4)	Vigorexia (F5)	CIC_tot
Bulimia (F1)	0,293**	0,346**	0,284**	0,001	0,728**
Anorexia (F2)		0,106*	0,557**	-0,175**	0,692**
Ortorexia (F3)			0,116*	0,264**	0,581**
Percepción de Obesidad (F4)				-0,082	0,685**
Vigorexia (F5)					0,153**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Procedimiento

Los datos fueron recogidos en un periodo de cuatro meses, a lo largo del año 2007. Se trató de recoger una muestra de la que la mitad reflejara distintos escenarios donde es más probable la presencia de estos trastornos objeto de interés, mientras que la otra mitad se refiriera a población general sin riesgo a priori. Así pues, se solicitó la participación a personas que acudían a gimnasios, centros de salud, agencias de modelo, o que trabajaban en tiendas de moda. En las instrucciones escritas para solicitar la participación se indicaba el objetivo era ayudar a los participantes a determinar la posibilidad de tener un trastorno alimentario que requiera de atención profesional. Se insistía en que la herramienta era sólo orientativa y no estaba diseñada para realizar diagnósticos de trastornos alimentarios, ni para sustituir al diagnóstico o asesoramiento profesional.

Análisis

Para realizar los análisis se utilizó el programa SPSS v.15.01 (2006). Se realizaron análisis descriptivos y se emplearon pruebas paramétricas para el contraste de hipótesis tras comprobar el cumplimiento de supuestos paramétricos de normalidad de la distribución y homogeneidad de varianzas. El nivel de significación establecido fue de Alfa =0,05.

Resultados

Tras computar las puntuaciones en cada factor y en el total de la escala, analizamos en primer lugar las posibles diferencias entre grupos en función de factores de riesgo. En primer lugar, el género. En este sentido, los análisis realizados no evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en función de esta variable.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en las puntuaciones en el CIC en función de la existencia o no de obesidad

	N	M	D.T.	F	p
Bulimia (F1)				20,219	0,000
No obesidad	340	2,26	1,07		
Obesidad	55	2,97	1,22		
Anorexia (F2)				2,990	0,085
No obesidad	340	3,71	1,31		
Obesidad	55	4,03	1,06		
Ortorexia (F3)				5,065	0,025
No obesidad	340	3,09	1,08		
Obesidad	55	3,43	,92		
Percepcion de Obesidad (F4)				6,914	0,009
No obesidad	340	2,25	1,10		
Obesidad	55	2,67	1,12		
Vigorexia (F5)				6,224	0,013
No obesidad	340	3,40	1,44		
Obesidad	55	3,91	1,11		
CIC_TOT				22,483	0,000
No obesidad	340	2,90	,71		
Obesidad	55	3,39	,68		

En segundo lugar, el análisis del posible impacto de la profesión del respondiente (profesión sin riesgo, modelo, deportista profesional, etc.) no arrojó tampoco diferencias significativas. En tercer lugar, analizamos la existencia de posibles diferencias en función de haber tenido o no o tener obesidad. Se puede observar (véase Tabla 2) cómo los 55 participantes (13,92%) que responden afirmativamente puntúan significativamente más elevado en los factores bulimia, ortorexia, percepción de obesidad, vigorexia y en el total de la escala.

Por lo que se refiere a la variable, haber realizado intentos repetidos de ponerse a dieta, 204 participantes respondieron afirmativamente (51,65%), encontrándose diferencias estadísticamente significativas en el total de la escala. Quienes manifestaron haber realizado intentos repetidos de ponerse a dieta, obtuvieron puntuaciones más elevadas. Por lo que se refiere a la variable haber experimentado grandes oscilaciones de peso en poco tiempo, 127 participantes (32,15%) respondieron afirmativamente. Además los datos indicaron la presencia de diferencias significativas en el factor Vigorexia y

Tabla 3. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en las puntuaciones en el CIC en función de familiares de primer grado con problemas de ansiedad o depresión

	N	M	D.T.	F	p
Bulimia (F1)				5,752	0,017
Sin antecedentes	308	2,29	1,13		
Familiares con ansiedad o depresión	86	2,61	1,03		
Anorexia (F2)				,009	0,923
Sin antecedentes	308	3,75	1,30		
Familiares con ansiedad o depresión	86	3,77	1,23		
Ortorexia (F3)				6,173	0,013
Sin antecedentes	308	3,07	1,05		
Familiares con ansiedad o depresión	86	3,39	1,08		
Percepcion de Obesidad (F4)				,062	0,804
Sin antecedentes	308	2,30	1,12		
Familiares con ansiedad o depresión	86	2,33	1,12		
Vigorexia (F5)				,016	0,899
Sin antecedentes	308	3,46	1,44		
Familiares con ansiedad o depresión	86	3,49	1,31		
CIC_TOT				4,529	0,034
Sin antecedentes	308	2,93	,74		
Familiares con ansiedad o depresión	86	3,12	,66		

Tabla 4. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en las puntuaciones en el CIC en función de familiares de primer grado con problemas de alimentación

	N	M	D.T.	F	p
Bulimia (F1)				7,106	0,008
Sin Antecedentes	350	2,30	1,11		
Familiares con TCA	40	2,79	1,04		
Anorexia (F2)				,880	0,349
Sin Antecedentes	350	3,73	1,30		
Familiares con TCA	40	3,93	1,15		
Ortorexia (F3)				5,209	0,023
Sin Antecedentes	350	3,10	1,04		
Familiares con TCA	40	3,50	1,18		
Percepcion de Obesidad (F4)				,007	0,931
Sin Antecedentes	350	2,32	1,12		
Familiares con TCA	40	2,30	1,07		
Vigorexia (F5)				1,424	0,233
Sin Antecedentes	350	3,43	1,42		
Familiares con TCA	40	3,71	1,37		
CIC_TOT				6,371	0,012
Sin Antecedentes	350	2,93	,73		
Familiares con TCA	40	3,24	,71		

en el total de la escala. En ambos casos quienes afirmaron haber experimentado grandes oscilaciones de peso, obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas.

En cuanto a la posible influencia de la variable: tener familiares de primer grado con problemas de ansiedad o depresión que han requerido tratamiento profesional, 104 participantes se manifestaron afirmativamente al respecto (26,33%). Los datos indicaron diferencias significativas en los factores Bulimia y Ortorexia así como en el total de la escala (Tabla 3). En todos los casos, las personas que respondieron afirmativamente, obtuvieron puntuaciones sustancialmente más elevadas.

Los mismos resultados se obtienen tras el análisis de posibles diferencias en función de

tener familiares de primer grado con problemas de alimentación (Tabla 4), aspecto que fue respondido afirmativamente por 40 participantes (10,13%).

Por otro lado, en aquellos casos en los que los encuestados indican haber tenido o tener algún problema relacionado con la alimentación que ha requerido de ayuda profesional, los resultados indican diferencias significativas en las variables Vigorexia y total de la escala, y las personas que responden afirmativamente, un total de 79 (20%) puntúan más elevado en dichas variables.

Finalmente y dado nuestro interés por utilizar este Cuestionario como instrumento de cribaje de posibles TCA, procedimos a identificar el porcentaje de participantes con puntuacio-

nes iguales o superiores en las diferentes subescalas. Así, encontramos que 24 participantes (6,08%) se encuentran en riesgo de presentar bulimia, 117 (29,62%) de presentar Anorexia, 47 (11,9%) de presentar ortorexia, 29 (7,34%) de percibir obesidad, y 112 (28,35%) de presentar Vigorexia. Logicamente, estos casos de riesgo son muy superiores a los casos declarados o diagnosticados.

Discusión

En el presente trabajo hemos tratado de dotar, al campo de los TCA, de un instrumento que permita la detección temprana de problemas relacionados con la conducta alimentaria, incluyendo trastornos de reciente consideración como la vigorexia o la ortorexia. Los análisis de fiabilidad y validez de la escala avalan la adecuación de la misma. Contar con instrumentos validados es crítico para justificar un diagnóstico y realizar un adecuado seguimiento de los progresos terapéuticos (Anderson, Lundgren, Shapiro, y Paulosky, 2004). No obstante, estudios posteriores, y análisis de la validez discriminante, predictiva, etc., del instrumento, confirmarán su utilidad.

Varios resultados merecen la pena ser destacados. En primer lugar, en este trabajo hemos encontrado una escasa asociación entre trastornos de la conducta alimentaria, lo que apoya la existencia de mecanismos distintos que subyacen a los diversos trastornos. En segundo lugar y en contra de nuestras predicciones, no hemos encontrado diferencias en función del género, así como tampoco en función de la profesión de los participantes. Posibles explicaciones pudieran relacionarse con las características de la muestra. Esto es, la muestra estaba compuesta por personas que voluntariamente decidieron participar e informar o no de un posible TCA. En este sentido, creemos que un porcentaje sustancial de la muestra estaba compuesto por casos probables de trastornos de la conducta alimentaria. Así lo sugiere el hecho de que un 13,92% de los participantes indicara tener una historia de obesidad, más del 50% indicara haber intentado ponerse a dieta, un 32,15% informara de haber experimentado grandes oscilaciones de peso en poco tiempo, un 26,33%

informara de antecedentes familiares de psicopatología y un 10% de antecedentes familiares de TCA. También llama la atención que un 20% indicaran tener algún problema relacionado con la conducta alimentaria. En este sentido, el hecho de contar con una muestra fundamentalmente clínica ha podido ejercer un papel unificador en los análisis efectuados.

En tercer lugar y en cuanto a los principales factores de riesgo asociados a un TCA, destacan la obesidad y la existencia de parientes de primer grado con problemas de ansiedad, depresión, o problemas de alimentación. Estos resultados coinciden con un gran número de estudios previos (Allen, Byrne, Forbes, y Oddy, 2009; Anderson y Paulosky, 2004; Eddy et al., 2007; García, Arrondo, Guillén, y Aguinaga, 2006)

Caben señalar varias limitaciones del presente estudio. En primer lugar, la muestra está compuesta por personas que voluntariamente decidieron participar y que, del mismo modo, decidieron informar o no de un posible TCA. En este sentido, y como hemos indicado creemos que un porcentaje sustancial de la muestra estaba compuesto por casos probables de trastornos de la conducta alimentaria. En segundo lugar, en posteriores estudios sería necesario contrastar o triangular la información aportada por los entrevistados con datos procedentes de otros informantes. De especial relevancia es la obtención de información sobre diagnósticos de la muestra, datos del índice de masa corporal, etc. Por otro lado, atendiendo a la multidimensionalidad del propio concepto de imagen corporal (Hrabosky, 2006), es necesario recoger información sobre los elementos cognitivos, afectivos, comportamentales y perceptivos asociados.

Pese a las limitaciones expuestas, creemos que el instrumento puede ser empleado para la detección precoz de posibles problemas relacionados con la conducta alimentaria. Dicha detección ha de ir seguida de acciones educativas que fomenten la salud nutricional (Pérez Lancha, 2007), a través del fomento de actitudes y conductas positivas hacia la salud (Álvarez y López, 1999; Vera Guerrero, 1998; Villena y Castillo, 1999).

Referencias

- Allen, K. L., Byrne, S. M., Forbes, D., y Oddy, W. H. (2009). Risk Factors for Full- and Partial-Syndrome Early Adolescent Eating Disorders: A Population-Based Pregnancy Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 48(8), 800-809.
- Alonso, J. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y deporte. *Trastornos de la conducta alimentaria*(4), 368-385.
- Álvarez, J., y López, M. (1999). Características y explicaciones de los hábitos de salud de los jóvenes. *Revista de Psicología Social*, 14(2-3), 271-296.
- Anderson, D. A., Lundgren, J. D., Shapiro, J. R., y Paulosky, C. A. (2004). Assessment of eating disorders: review and recommendations for clinical use. *Behavior Modification*, 6, 763-782.
- Anderson, D. A., y Paulosky, C. A. (2004). Psychological Assessment of Eating Disorders and Related Features. In J. K. Thompson (Ed.), *Handbook of eating disorders and obesity*. (pp. 112-129). Hoboken, NJ, US: John Wiley y Sons Inc.
- Berrocal Moya, C., Rivas, T., Bersabé, R., y Castro, S. (2003). Análisis de las diferencias clínicas entre la bulimia nerviosa y la bulimia por debajo del umbral. *Psicología Conductual*, 11(2), 239-259.
- Cantón, E., Revert, F., y Chávez, A. (2008). Estudio del perfil psicológico del vigorético en el deporte. *Información Psicológica*(93), 26-40.
- Carbajo, G., Canals, J., Fernández-Ballart, J., y Domenech, E. (1995). Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: dos años de seguimiento. *Psiquis*, 16(4), 21-26.
- Casado, M. I., y Helguera, M. (2008). Prevención de trastornos de alimentación. Un programa de prevención en dos fases: adolescentes y padres. *Clínica y Salud*, 19(1), 5-26.
- Casillo, M., Castro, A., y Góngora, V. (1996). El uso de la escala EDI-2 (Eating Disorders Inventory) con estudiantes secundarios argentinos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*(2), 45-73.
- Castillo, I., Balaguer Solá, I., y García Merita, M. L. (2007). Efecto de la práctica de actividad física y de la participación deportiva sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia en función del género. *Revista de Psicología del Deporte*, 16(2), 201-210.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M., y Guimera, E. (1991). Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación: validación de la versión española. *Evaluación Psicológica/ Psychological Assessment*, 7(2), 175-189.
- Chernyak, Y., y Lowe, M. R. (2010, 2010//). *Motivations for dieting: Drive for thinness is different from drive for objective thinness*.
- Cruz, S., y Maganto, C. (2002). Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55(3), 455-473.
- Currie, A. (2007). A psychiatric perspective on athletes with eating disorders. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 1(4), 329-339.
- Currie, A., y Morse, E. D. (2005). Eating Disorders in Athletes: Managing the Risks. *Clinics in Sports Medicine*, 24(4), 871-883.
- Donini, L., Marsili, D., Graziani, M., Imbriale, M., y Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders*, 9(2), 151-157.
- Dudas, K., y Tury, F. (2008). Orthorexia nervosa: Dependence on healthy food, as one of the newest eating disorders. *Mentalhigiene es Psichosomatika*, 9(2), 125-137.
- Eddy, K. T., Tanofsky-Kraff, M., Thompson-Brenner, H., Herzog, D. B., Brown, T. A., y Ludwig, D. S. (2007). Eating disorder pathology among overweight treatment-seeking youth: Clinical correlates and cross-sectional risk modeling. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2360-2371.
- Esnaola, I. (2007). Alimentación, autoconcepto e imagen corporal. *Revista de Psicología Social*, 22(2), 149-163.
- Etxeberria, Y., González, N., Padierna, J. Á., Quintana, J. M., y Ruiz de Velasco, I. (2002). Calidad de vida en pacientes con trastornos de alimentación. *Psicothema*, 14(2), 399-404.
- Ferenc, T., y Andrea, G. (2006). Body fat phobia. A

- modern form of disordered eating: The eating disorder body builder type. *Mentalhigiene es Pszichoszomatika*, 8(3), 203-210.
- Fernández, F., y Probst, M. (1994). Evaluación de la imagen corporal en pacientes con trastornos de la alimentación y controles: técnica de distorsión de la imagen de video. *Revista de Psicología de la Salud*, 6(2), 59-73.
- García, A., Arrondo, M., Guillén, F., y Aguinaga, E. I. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria en una población adolescente de un instituto de enseñanza secundaria. *Enfermería Clínica*, 16(2), 77-83.
- Garner, D. M., y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279.
- Gila, A., Castro, J., Gómez, M. J., y Toro, J. (2005). Autoestima social y corporal en sujetos con trastornos de la alimentación. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 5(1), 63-71.
- Gómez, G., y Acosta, M. V. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: una comparación transcultural entre México y España. *Clínica y Salud*, 11(1), 35-58.
- Gordon, K. H., Castro, Y., Sitnikov, L., y Holm-De-noma, J. M. (2010). Cultural body shape ideals and eating disorder symptoms among white, latina, and black college women. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 16(2), 135-143.
- Gordon, K. H., Castro, Y., Sitnikov, L., y Holm-De-noma, J. M. (2010, 2010/). *Cultural body shape ideals and eating disorder symptoms among White, Latina, and Black college women*.
- Guisinger, S. (2008). Competing paradigms for anorexia nervosa. *American Psychologist*, 63(3), 199-200.
- Henrickson, H. C., Crowther, J. H., y Harrington, E. F. (2010). Ethnic identity and maladaptive eating: Expectancies about eating and thinness in African American women. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 16(1), 87-93.
- Herrero, M., y Viña, C. M. (2005). Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de Secundaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 67-83.
- Hrabosky, J. I. (2006). Multidimensional assessment of body image in eating disorders, body dysmorphic disorder, obesity, and clinical controls. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 5684.
- Hulley, A., Currie, A., Njenga, F., y Hill, A. (2007). Eating disorders in elite female distance runners: Effects of nationality and running environment. *Psychology of Sport and Exercise*, 8(4), 521-533.
- Jiménez, M. (2006). Cuando barbie se come a Garfield. Publicidad y alimentación: niños obesos buscando la perfección del cuerpo adulto. *Trastornos de la conducta alimentaria*(3), 245-263.
- Jiménez, R., Cervelló, E., García, T., Santos, F. J., y Iglesias, D. (2007). Estudio de las relaciones entre motivación, práctica deportiva extraescolar y hábitos alimenticios y de descanso en estudiantes de Educación Física. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 385-401.
- Jiménez-Cruz, B. E., y Silva-Gutiérrez, C. (2010). Riesgo para trastorno alimentario, ansiedad, depresión y otras emociones asociadas a la exposición de imágenes publicitarias. *Anales de Psicología*, 26(1), 11-17.
- Keel, P. K., Baxter, M. G., Heatherton, T. F., y Joiner, T. E., Jr. (2007). A 20-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol.116(2), pp.
- Kinzl, J. F., Hauer, K., Traweger, C., y Kiefer, I. (2006). Orthorexia nervosa in dieticians. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(6), 395-396.
- Las Hayas Rodríguez, C., Quintana López, J. M., Padierna Acero, Á., Muñoz, P., Urresti, B., y Madrazo, A. (2003). Revisión de la literatura sobre medidas psicométricas para personas con un trastorno de la alimentación. *Clínica y Salud*, 14(2), 221-243.
- Leone, J. E., Sedory, E. J., y Gray, K. A. (2005). Recognition and Treatment of Muscle Dysmorphia and Related Body Image Disorders. *Journal of Athletic Training*, 40(4), 352-335.
- Lopes de Sousa, P. M. (2008). Imagen corporal y obesidad en la adolescencia: estudio comparativo de aspectos sociodemográficos, psicológicos y conductuales. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 551-563.

- Machado, P. P. P., Lameiras, M., Gonçalves, S., Martins, C., Calado, M., César, B., et al. (2004). Trastornos de la alimentación en alumnos universitarios de la península Ibérica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(3), 495-504.
- Merino, H., Godás, A., y Pamba, G. (2002). Alexitimia y características psicológicas asociadas a actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(1), 35-44.
- Merino, H., Pombo, M. G., y Godás, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 13(4), 539-545.
- Meyer-Gross, G., y Zaudig, M. (2007). Orthorexia nervosa: Status quo of scientific literature and nosological considerations. *PTT: Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie*, Vol.11(2), pp.
- Moreno, M. E. (1999). El impacto de los factores socioculturales en los trastornos alimentarios. *Informació Psicológica*(70), 50-54.
- Murray, S. B., Rieger, E., Touyz, S. W., y De la Garza Garcia, Y. (2010). Muscle dysmorphia and the DSM-V conundrum: Where does it belong? A review paper. *International Journal of Eating Disorders*, 43(6), 483-491.
- Olivardia, R. (2001). Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harvard Review of Psychiatry*, Vol.9(5), 254-259.
- Olivardia, R. (2009). Review of The invisible man: A self-help guide for men with eating disorders, compulsive exercise and bigorexia. *Eating Disorders: The Journal of Treatment y Prevention*, 17(5), 447-448.
- Peláez-Fernández, M. Á., Labrador Encinas, F. J., y Raich Escursell, R. M. (2008). Comparación de diseños de una y doble fase en la estimación de la prevalencia de trastornos de la alimentación en muestras comunitarias. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 542-550.
- Pérez Lancho, C. (2007). Alimentación y Educación Nutricional en la Adolescencia. *Trastornos de la conducta alimentaria*(6), 600-634.
- Quiles, Y., Terol, M. C., y Quiles, M. J. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(2), 313-333.
- Ramos, P., Rivera, F., y Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22(1), 77-83.
- Rogers, N. A., y Petrie, T. A. (2010). Body dissatisfaction, ethnic identity, and disordered eating among African American women. *Journal of Counseling Psychology*, Vol.57(2), pp.
- Román, Y., Díaz, B., Cárdenas, M., y Lugli, Z. (2007). Construcción y validación del Inventario Autoeficacia Percibida para el Control de Peso. *Clínica y Salud*, 18(1), 45-56.
- Saldaña, C., y Tomas, I. (1999). Importancia de la alimentación en la obesidad. *Anuario de Psicología*, 30(2), 117-130.
- Sánchez, A., Hurtado, F., Colomer, J., Saravia, S., Monleón, J., y Soriano, A. (2000). Actitud alimentaria anómala y su relación con la imagen corporal en una muestra urbana de adolescentes valencianos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5(3), 191-206.
- Sánchez, M. J. (2005). Anorexia nerviosa y perfiles de riesgo. *Gazeta de Antropología*(21), 16.
- Sanchez-Carracedo, D., Raich I Escursell, R. M., Figueras Piqueras, M., Torras Claraso, J., y Mora Giral, M. (1999). Adaptación preliminar del cuestionario de alimentación de Stunkard y Messick (Three Factor Eating Questionnaire, Tfeq) con una muestra española universitaria. *Psicología Conductual*, 7(3), 393-416.
- Sánchez-Carracedo, D. D., López Guimerà, G., Asens Campmany, E., y Fauquet i Ars, J. (2008). Dieta: efectos, defectos y significados. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*(86-87), 37-51.
- Sepúlveda, A. R., Botella, J., y León, J. A. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*, 13(1), 7-16.
- Stice, E., Bohon, C., Marti, C., y Fischer, K. (2008). Subtyping women with bulimia nervosa along dietary and negative affect dimensions: Further evidence of reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1022-1033.

- Thompson, R. A., y Sherman, R. T. (2010). *Eating disorders in sport*. New York, NY, US.: Routledge/Taylor y Francis Group.
- Toledo, M., Ferrero, J., Capote, J., Roger, L., Sánchez, M., Donet, E., et al. (1999). Incidencia de comportamientos anoréxicos y bulímicos en la Comunidad Valenciana. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*(51/52), 38-48.
- Vázquez, M. L., Estada, C., Claramonte, R. M., y Maiques, P. (1999). Estudio epidemiológico y propuesta de programa de una unidad de trastornos de la alimentación. *Psiquiatría Pública*, 11(4), 72-79.
- Vázquez, R., y Raich, R. M. (1997). El papel de la familia en los trastornos alimentarios. *Psicología Conductual*, 5(3), 391-407.
- Vera Guerrero, M. N. (1998). El cuerpo, ¿culto o tiranía? *Psicothema*, 10(1), 111-125.
- Villena, J., y Castillo, M. (1999). La prevención primaria de los trastornos de alimentación. *Anuario de Psicología*, 30(2), 131-143.
- Viña, C. M., y Herrero, M. (2006). Conductas y actitudes hacia la alimentación medida a través del EDI-2 y el consumo de sustancias. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(144), 497-520.
- Zamora, M. L. C., Bonaechea, B., Sanchez, F., y Rial, B. (2005). Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? *Actas Espanolas de Psiquiatria*,

Apéndice I. Cuestionario de Imagen Corporal: Items y fiabilidad

Num.	Items	Alfa
1.	Como con moderación ante otros y me atraco cuando se han ido	0,827
2.	Como y bebo a escondidas	0,823
6.	Cuanto estoy preocupado, como	0,854
7.	Estoy preocupado por comer demasiado	0,845
8.	Pierdo el control antes o durante los atracones	0,821
9.	He pensado en vomitar para perder peso	0,840
12.	Me harto de comida	0,857
	Total Factor 1 (Bulimia):	0,858
4.	Creo que las proporciones de mis caderas son las justas	0,834
11.	Me gusta la forma de mi trasero	0,837
14.	Me siento satisfecho con mi físico	0,820
16.	Mi estómago tiene el tamaño adecuado	0,867
18.	Mis muslos tienen el tamaño justo	0,841
	Total Factor 2 (Anorexia):	0,868
10.	Limito el tipo de alimentos que ingiero	0,726
13.	Me siento culpable cuando me salto mis convicciones dietéticas	0,708
19.	Paso más de tres horas al día pensando en comida saludable	0,731
22.	Planifico con antelación el menú de cada día	0,712
23.	Trato de comer únicamente comida biológicamente pura	0,731
	Total Factor 3 (Ortorexia):	0,765
5.	Creo que mis músculos son demasiado gruesos	0,839
17.	Mi trasero es demasiado grande	0,792
20.	Pienso que mi estómago es demasiado grande	0,808
21.	Pienso que mis caderas son demasiado anchas	0,768
	Total Factor 4 (Percepción de Obesidad):	0,844
3.	Creo que estoy demasiado escuálido	0,436
15.	Mi dieta se caracteriza por una elevada ingesta excesivas de proteínas e hidratos de carbono, y escasas grasas	0,635
24.	Utilizo anabolizantes, testosterona, esteroides o aminoácidos	0,361
	Total Factor 5 (Vigorexia):	0,574
	Total Escala:	0,851