

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y
Humanidades
Escuela Profesional de Psicología



**“CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA PARA EVALUAR
TRASTORNOS ALIMENTARIOS”.**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Tejeda Zuzunaga, Katerina Ysabel

Díaz Casapía, Adriana

para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Psicología

Asesor:

Mg. Guzmán Gamero, Raúl

AREQUIPA – PERÚ

2019



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ucsm@ucsm.edu.pe 🌐http://www.ucsm.edu.pe Apartado:1350

AREQUIPA - PERÚ

FACULTAD CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

INFORME DICTAMEN BORRADOR TESIS

VISTO

EL BORRADOR DE TESIS TITULADO:

"CONSTRUCCION Y VALIDACION DE UNA ESCALA PARA EVALUAR TRASTORNOS
DE CONDUCTA ALIMENTARIA "

SE RESUELVE:

PRESENTADO POR las BACHILLER (ES)

*TEJEDA ZUZUNAGA KATERINA YSABEL
DIAZ CASAPIA ADRIANA*

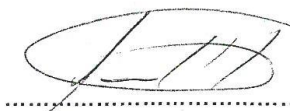
Del Dictamen:

Puedo pasar al proceso de sustentación

Observaciones:

Arequipa, *19 de octubre* del 2018


.....
Dr. Raúl Guzmán Gamero


.....
Mgter. Roger Puma Huacac

Agradecimientos

Agradecemos a la Universidad Católica de Santa María y a los miembros del comité de Jurados Evaluadores y en especial a nuestro asesor.

A los profesores y profesionales que enriquecieron nuestro intenso proceso de aprendizaje académico y personal a través de su retroalimentación, discusión científica y, en los momentos necesarios, su aliento invaluable.

A las entidades educativas, centros de salud, organizaciones y profesionales en general que fueron colaboradores de esta investigación facilitándonos acceso a data en pos del conocimiento científico.

Finalmente agradecemos a nuestras familias por el amor, aliento y apoyo incondicional durante todo el camino que nos guio hasta aquí, sin ellos nada de esto hubiera sido posible. A ustedes el mayor agradecimiento.

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria aquejan a muchas mujeres y en algunos casos pueden poner en gran riesgo su salud física e incluso su vida, por esto es necesario contar con los instrumentos idóneos para su evaluación. Con tal finalidad se realizó la creación y validación de una escala que mide tres componentes de la imagen corporal: componente afectivo, cognitivo y conductual, que están implicados en el desarrollo de trastornos alimenticios como la anorexia y bulimia nerviosa.

Para la elaboración del instrumento se realizó una revisión bibliográfica y redacción de los reactivos a ser incluidos los cuales luego fueron validados por cinco expertos y sometidos a la prueba de V. de Aiken. En la segunda fase se aplicó el instrumento, una escala de Likert conformada por 52 ítems, a 807 mujeres entre las edades de 12 a 24 años; de esta muestra, 781 sujetos no tienen ningún tipo de diagnóstico de TCA y 26 sí lo tienen.

A partir de los análisis se encontró que las correlaciones entre los componentes muestran una dependencia entre sí, indicando que el instrumento tiene validez. La confiabilidad del mismo fue calculada utilizando el coeficiente alfa de Cronbach que alcanzó un valor muy alto de .98 para el total de la escala. Además, el análisis factorial exploratorio corroboró la estructura del constructo que se propuso de acuerdo a la revisión bibliográfica. Los resultados estadísticos de esta investigación han sido significativos, permiten proponer este instrumento como válido y confiable para su aplicación y como punto de partida para implementar más estudios que expandan su alcance.

Palabras claves: Componentes de la imagen corporal, validación, trastornos alimentarios.

Abstract

Eating disorders attain many women and can put their physical health and even life at risk, therefore, it's necessary to have instruments that will allow psychologists to do a proper evaluation of them. With this in mind is that we created and validated a questionnaire that will measure three components of body image: emotional, cognitive and behavioral that have been connected to the development of Eating Disorders such as Anorexia and Bulimia nervosa.

To develop the instrument we performed a bibliographic review and redacted the items to be considered in the scale, which were then reviewed by five experts and put to the test using V. Aiken; in a second phase, the instrument was applied to a simple of 807 women between the ages of 12 and 24. From this sample, 781 women had never been diagnosed with an Eating disorder and 26 had.

The statistical analysis showed that correlations between factors of the instrument are present, existing a relationship and dependence between them, which indicates the validity of the questionnaire. The reliability of the instrument was measured using Cronbach's alpha coefficient, which reached a value of .98 for the whole test. On the other side, the exploratory factor analysis corroborated the structure of the construct that was proposed following the theory.

The statistical results to validate the questionnaire have been significant, allowing us to propose this instrument as valid to apply and to implement on further studies in order to broad the scope.

Keywords: Components of body image, validation, eating disorders.

Índice

Agradecimientos	
Resumen	
Abstract	
CAPÍTULO I.....	1
Introducción.....	1
Problema.....	3
Variables.....	3
Imagen corporal.....	3
Objetivo general.....	4
Objetivos específicos.....	4
Antecedentes Teórico-Investigativos.....	5
Trastornos de la conducta alimentaria.....	5
Historia.....	5
Diagnóstico.....	6
Epidemiología.....	9
Etiopatogenia de los TCA.....	11
Modelos explicativos.....	13
Imagen corporal.....	15
Evolución del concepto de imagen corporal.....	15
Componentes, dimensiones, variables o aspectos de la imagen corporal.....	17
Evaluación Psicométrica de los TCA.....	31
CAPÍTULO II.....	32
Diseño metodológico.....	32
Tipo o diseño de investigación.....	33
Técnicas, instrumentos, aparatos u otros.....	34
Población y muestra.....	34
Estrategias de recolección de datos.....	35
Criterios de procesamiento de información.....	35
CAPÍTULO III.....	37
Resultados.....	37
Validez.....	37
Confiabilidad.....	41

Validez de Criterio.....	42
Validez de Constructo	49
Estadísticos descriptivos.....	61
Discusión	64
Conclusiones.....	67
Sugerencias	68
Limitaciones	69
Referencias	70
Anexos.....	79



CAPÍTULO I

Introducción

Desde hace varios años se viene incrementando la preocupación por el impacto negativo de los modelos excesivamente delgados del cuerpo femenino que se muestran en los medios masivos de comunicación, en el modo en que las mujeres se perciben y se relacionan con su propio cuerpo.

El mensaje de cómo debe ser el cuerpo ideal y la idea de que sólo si se consigue tener un cuerpo perfecto se conseguirá el éxito tanto en lo personal como en lo profesional es internalizado por las personas (Thompson, 1990) y produce insatisfacción con la imagen corporal, la cual ha sido reconocida por muchos autores como uno de los factores de riesgo más importantes en el desarrollo de trastornos de conducta alimentaria (TCA).

En Perú se han realizado diversos esfuerzos en la investigación de los trastornos de conducta alimentaria (TCA) y los factores asociados; esfuerzos que se han visto limitados en la parte metodológica debido a que los instrumentos de evaluación que se han desarrollado en el área son insuficientes o no se adecuan a la realidad del país (Delgado, 2009; Tejada, 2009).

La fuerte tendencia social y cultural a considerar la delgadez como una situación ideal de aceptación por un lado y el rechazo por la obesidad por otro, está generando en la población adolescente, especialmente femenina, gran preocupación por su peso, lo que conlleva a sentimientos de profunda insatisfacción; problema que, según muestra la evidencia, en los últimos tiempos ha sufrido un incremento entre la población adolescente, etapa en la que el individuo es especialmente vulnerable. A la vez, esta insatisfacción pone a la mujer en situación de riesgo con respecto a su salud (Woodside y Garfinkel, 1989).

Dentro de esto, los Trastornos de Conducta Alimentaria configuran probablemente los problemas de salud más serios que pueden ser ocasionados de este modo.

Los últimos estudios muestran que los TCA representan en nuestra cultura actual como sociedades desarrolladas y occidentalizadas la tercera enfermedad crónica de mayor importancia entre la población femenina adolescente y juvenil, tanto por la incidencia de casos como por la gravedad de la sintomatología asociada y la resistencia al tratamiento (Pelaez Fernández, Labrador Encinas, y Raich Escursell, 2006).

En todas las áreas es labor del científico aportar en la producción de nuevos conocimientos a través de la investigación, su difusión y aplicación en la práctica. La Psicología ha sido históricamente juzgada por su subjetividad, lo que nos lleva a dirigir nuestros esfuerzos a tratar de medir del modo más objetivo posible nuestros planteamientos y para ello una herramienta importante son las pruebas psicológicas, ya que nos permiten medir atributos sin olvidar que en el proceso evaluativo no son suficientes por sí solas y se debe apoyar de otras técnicas, así como el criterio del profesional.

Con la finalidad de aportar tanto a la investigación como a la práctica psicológica, este trabajo pretende construir un instrumento para la evaluación de los componentes de la imagen corporal implicados en los trastornos de conducta alimentaria (TCA) que se ajuste a nuestra realidad y determinar sus propiedades psicométricas, lo que facilitará la recolección de datos en futuras investigaciones y en el diseño de proyectos de prevención e intervención en el área.

Problema

¿Cuáles son las propiedades psicométricas que presenta la escala para evaluar los componentes de la imagen corporal implicados en el desarrollo de trastornos alimenticios?

Variables

Imagen corporal

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Experiencia subjetiva de tipo valorativa, emocional, cognitiva y conductual sobre el cuerpo en relación al ideal hegemónico de delgadez transmitido socioculturalmente.

Componente afectivo

Grado de insatisfacción producida por una imagen corporal negativa derivadas de situaciones personales y sociales relacionadas con la importancia concedida a la apariencia física.

Componente cognitivo

Presencia de contenido cognitivo irracional implicados en la génesis de los desórdenes alimenticios

Componente conductual

Todas aquellas conductas encaminadas a alcanzar el ideal de delgadez interiorizado que incluyen prácticas alimentarias, prácticas de modificación del cuerpo, mensajes verbales e inversión de tiempo y dinero.

Objetivos

Objetivo general

Construir y validar una escala para evaluar los componentes de la imagen corporal implicados en los trastornos de conducta alimentaria.

Objetivos específicos

- Elaborar reactivos que conformarán la escala para medir los componentes de la imagen corporal implicados en los trastornos de conducta alimentaria (TCA).
- Determinar la validez de contenido de los ítems propuestos.
- Analizar la confiabilidad de la escala para evaluar trastornos alimentarios.
- Examinar la validez de constructo de la escala de trastornos alimentarios.
- Calcular la validez de criterio de la escala de trastornos alimentarios.
- Comparar los componentes de la imagen corporal en mujeres con y sin trastornos de la conducta alimentaria.

Antecedentes Teórico-Investigativos

Trastornos de la conducta alimentaria

Historia

Los primeros casos descritos que caben en la definición de anorexia los podemos apreciar en los estudios bibliográficos que han pasado a ser conocidos como “Santa Anorexia” que se pueden apreciar en personajes como Santa Catalina de Siena, Santa Rosa de Lima o Santa Wilgerfortis, Santa Catalina de Asís o Santa Teresa de Ávila. En todos estos casos, la motivación es religiosa y muy diferente, casi opuesta, a la descrita a partir del siglo XIX con la llegada de la época moderna.

Hemos de notar que el ideal estético se ha ido transformando a lo largo de los años. Así lo vemos en la representación del cuerpo femenino en las obras artísticas como las figuras elongadas de las ninfas en el “Juicio de París” de Pedro Pablo Rubens de la época Gótica, o más adelante en el Romanticismo con la búsqueda de la estrechez de la cintura como queda evidenciado en la vestimenta de la época. Mas no se debe confundir esta esbeltez del romanticismo con la imagen de delgadez de nuestra época, pues si bien se representaba la cintura pequeña, era también apreciada la celulitis en los glúteos y los hombros, brazos muslos y pantorrillas voluminosos (Seid, 1994).

Es a partir del último par de siglos que se empieza a desarrollar una obsesión con la delgadez y la anorexia toma un rumbo distinto cuando su motivación fue la búsqueda del atractivo físico. Es a partir de ese momento en que se describe por primera vez la anorexia en el ámbito médico con las aportaciones de William W. Gull y Charles Lasègue a fines del siglo XIX, denominándolas respectivamente “anorexia nerviosa” y “anorexia histérica” (Gil, 2005).

En el caso de la bulimia, ya existen reportes de una conducta relacionada con el atracón seguido del vómito autoinducido desde la época de la antigua Roma; más adelante, aparecen descripciones de la enfermedad y en el siglo XIX se introduce la denominación de *bulimia* en una enciclopedia médica, mas no se le da mayor importancia hasta que en 1979 que Russell publicó la primera descripción clínica exacta de la enfermedad que llamó "bulimia nerviosa", considerándola como una variante de la anorexia nerviosa" (Stein y Laakso, 1988).

Estos trastornos no fueron considerados en el Manual de Psiquiatría de la APA hasta 1980 en su tercera versión (DSM III), en que se agrega una categoría a la que se llama Trastornos de la Conducta Alimentaria que enmarca hasta ese momento a Anorexia y Bulimia Nerviosas únicamente.

Diagnóstico

A pesar de que los Trastornos alimenticios AN y BN han tenido un lugar en el manual diagnóstico y estadístico de trastornos psiquiátricos de la APA desde hace varias décadas, muchos autores coinciden en que los criterios no se ajustaban a la realidad clínica en la versión DSM-IV-TR, como lo mencionan Fairburn y Cooper (citado en Behar y Arancibia, 2014).

Lo anteriormente expuesto se ve también respaldado en muchas investigaciones que indican que la prevalencia del diagnóstico como tal es muy baja, sin embargo, hay una cantidad mucho más grande de casos con sintomatología similar pero que reciben el diagnóstico de Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificada (TCANE) por no cumplir con todos los criterios que el manual indica (Miranda, 2016).

Basada en la evidencia y el criterio de los profesionales es que se proponen los siguientes cambios en la siguiente versión; la DSM-V.

Tabla 1
Comparación de criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa según DSM-IV-TR y DSM-V.

Criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa según el DSM-IV-TR	Criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa según el DSM-V
<p>A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable)</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal</p> <p>C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que conlleva el bajo peso corporal</p> <p>D. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos</p>	<p>A. Restricción del consumo energético relativo a los requerimientos, que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo. Un peso marcadamente bajo es definido como un peso inferior al mínimo normal o, para niños y adolescentes, inferior a lo que mínimamente se espera para su edad y estatura</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, o una conducta persistente para evitar ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal</p> <p>C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o persistente negación del peligro que conlleva el bajo peso corporal actual</p> <p>D. Se elimina el criterio de amenorrea</p>

Fuente: Tomado de Behar, R.; Arancibia, M. DSM-5 y los trastornos de la conducta alimentaria. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría 52(1):22-33.

En cuanto a los subtipos de este trastorno, se mantiene bajo la misma denominación en la nueva versión del DSM (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) de la siguiente manera:

- Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tabla 2

Comparación de criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa según DSM-IV-TR y DSM-V.

Criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa según el DSM-IV-TR	Criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa según el DSM-V
<p>A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (ej. dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. 2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (ej. no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad de comida que se está ingiriendo). <p>B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.</p> <p>C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.</p> <p>D. Autoevaluación exageradamente influida por el peso y silueta corporales.</p>	<p>A. Se mantiene igual.</p> <p>B. Se mantiene igual.</p> <p>C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos una vez a la semana durante un período de tres meses</p> <p>D. Se mantiene igual.</p>

Fuente: Tomado de Behar, R., Arancibia, M. DSM-5 y los trastornos de la conducta alimentaria. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría 52(1):22-33.

Epidemiología

La prevalencia de los TCA varía considerablemente de cultura a cultura, de grupo a grupo y según el método de evaluación aplicado. A pesar de que los datos acerca de la prevalencia de estos trastornos en la población general están incompletos, según la Asociación Americana de Psiquiatría. (2014), los valores que se suelen aceptar en Norteamérica indicaban que el 0.5% de mujeres adolescentes reunían los requisitos para el diagnóstico de Anorexia Nerviosa y entre el 1 y el 5% para bulimia nerviosa. Por otra parte, hasta un 14% de jóvenes norteamericanos de 16 a 20 años presentaban actitudes anoréxicas o bulímicas que podrían ser premonitorias

Las investigaciones de Hoek y Van Hoeken (2003), y Favaro, Ferrara y Santonastaso (2003) coinciden en el 3% en promedio de prevalencia entre mujeres jóvenes y adolescentes de Europa y Norteamérica. En cuanto a la prevalencia de casos crónicos, Walters y Kendler (1995) han reportado entre el .5% y .6% en dos estudios populosos conducidos en Estados Unidos, y Garfinkel (1996) encontró datos similares en Canadá.

En el caso de la Bulimia Nerviosa la prevalencia según un estudio conducido en Nueva Zelanda (Bushnell, Wells, Hornblow, Oackley-Browne, y Joyce, 1990), y Canadá (Garfinkel, Lin, y Goering, 1996) se estima entre 1.1% y 2.8%. Existen muchas razones por las que los trastornos de conducta alimentaria no son reportados. Además, muchos individuos pueden presentar insatisfacción corporal y/o actitudes y comportamientos subclínicos de TCA (Stice, 2002).

Por otra parte, Pamies calculó el riesgo a desarrollar alguno de estos trastornos (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) entre 8,2 y 13% en mujeres jóvenes de

Barcelona, mientras que en los varones la cifra es menor, oscila entre un 1 y 2,5% (Pamies, Marcos, y Castaño, 2011).

En Latinoamérica se han efectuado varias investigaciones en las últimas décadas con resultados diversos. En Venezuela se realizó un estudio comparativo que mostró una frecuencia del 5,88% en mujeres y 0.79% en varones, en 1995; y 8.33% en mujeres y 0.46% en varones en 1997, de riesgo de desarrollar un TCA (Lugli y Vivas, 2006). Por otro lado, en Argentina, se reportó 19.2% de sospecha de TCA (Bay, Rausch, Kovalskys, Berner, Orellana, y Bergesio, 2005) y en Chile entre el 7.4% y 8.3% (Loreto, Zubarew, Silva, y Romero, 2006). En cuanto a la prevalencia de riesgo de TCA, en Colombia se reportaron los mayores porcentajes: 39.7% al evaluar a estudiantes universitarios de la ciudad de Cali (Fandiño, Giraldo, Martínez, Paola, y Espinosa, 2007).

En cuanto a los estudios epidemiológicos conducidos en Perú, cabe resaltar el realizado en 1999, que reportó entre 10.5% y 15.2 %, de riesgo de TCA en población escolar de Lima. Más tarde, en otro estudio realizado en Lima Metropolitana por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi Perú, llevado a cabo entre 2002 y 2003, se encontró que el 3.8% de adolescentes de 12 a 18 años presenta crisis bulímicas (Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, 2002).

Además, otro estudio realizado en la zona urbana de Lima encontró que el 25,6% de mujeres adolescentes presentaba alto riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria (Palpan, Jiménez, Garay, y Jiménez, 2007); y uno más reciente, llevado a cabo con estudiantes preuniversitarios reportó que el 17.53% de ellos presentaban riesgo de desarrollar una TCA, con una mayor incidencia en las mujeres (18.70%) que en los varones (16.38%) (Miranda, 2016).

Las conclusiones a las que se llegó fueron que, a pesar de su relativa rareza, los desórdenes alimenticios representan un importante riesgo para la salud pública, ya que están usualmente asociados con otras patologías y suelen no tratarse o restárseles importancia.

Etiopatogenia de los TCA

Según diversos estudios existe una etiología múltiple con factores asociados a la presencia de los TCA.

Factores Biológicos.

Entre los factores biológicos, las alteraciones de las funciones fisiológicas y procesos encargados de la ingesta alimentaria, tales como el sistema serotoninérgico son los más relacionados. La serotonina en el sistema nervioso central regula procesos de los ciclos sueño-vigilia, el apetito y la saciedad, la manifestación de náusea, la ansiedad, las emociones y los estados depresivos y de agresividad (Jorgensen, 2007). Los estudios en cromosomas y genética indican que el riesgo de vulnerabilidad en la anorexia nerviosa es entre el 60% y el 70% (Toro, 2004).

Factores socioculturales

Los factores sociocultural asociados son diversos, algunos estudios identifican como riesgo los modelos familiares caracterizados por la sobreprotección, rigidez, exigencia, son conflictivos, y de muy poca unión familiar (Fernández-Aranda, Krug, Granero, Ramon, Badia, Giménez 2007); así mismo, familias de padres divorciados con poca estructura familiar, antecedentes de trastornos afectivos y sintomatología obsesivo-compulsiva (Lilenfeld, y otros, 1998), madres y familias que realizan dieta y/o tienen una conducta alimentaria atípica donde prima la preocupación por el peso por parte

de los padres, obesidad presentada especialmente en madres (Strober, Freeman, Lampert, Diamond, y Kaye, 2000) (Bay, Rausch, Kovalskys, Berner, Orellana, y Bergesio, 2005) (Micali, y otros, 2007) consumo de alcohol en padres, practicas alimenticias poco regulares durante la infancia (Fernández-Aranda, y otros, 2007), ocupaciones y/o actividades que valoran de manera excesiva la delgadez y/o peso durante la infancia-adolescencia (Fairburn, Cooper, Doll, y Welch, 1999) (Toro, Salamero, y Martínez, 1994).

Un estudio de (Jaffe y Worobey, 2006) realizado en una muestra de 118 madres con hijo de 3 a 5 años de edad, relacionó la visión de las madres frente a su cuerpo y hacia la gordura con la actitud hacia la comida y el peso de sus hijos, donde se halló que las actitudes negativas de la madre hacia su propio peso afectarían las creencias sobre el peso de sus hijos.

Factores psicológicos

Diversos estudios clínicos y epidemiológicos han demostrado consistentemente que la mayoría de personas con anorexia nervosa o bulimia presentan uno o más trastornos de ansiedad (Kaye, Bulik, Thornton, Babarich, Masters, y Collaborative, 2004). Los trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, trastornos obsesivo-compulsivos y trastorno de control de impulsos pueden ser desencadenantes de los TCA (Bulik, Sullivan, Fear, y Joyce, 1997; (Fernández-Aranda, y otros, 2007; Álvarez-Moya, Jiménez-Murcia, Granero, Vallejo, Krug, Bulik, 2007) Anderluh, Tchanturia, Rabe-Hesketh, y Treasure, 2003; Fernández-Aranda, Pinheiro, Thornton, Berrettini, Crow, Fichter, 2008).

Modelos explicativos

El origen de los TCA responde a la interacción de muchos factores de carácter tanto psicológico como sociológico y cultural, por lo cual la investigación acerca de la etiología se centra principalmente en los factores precipitantes que pueden ser claves en el desarrollo de un trastorno. Sin embargo, los autores parecen coincidir en que es la insatisfacción con la imagen corporal la que se encuentra en el centro de ambos trastornos (AN y BN). Dicha variable puede estar motivada tanto por factores individuales como sociales y se ha encontrado presente en gran parte de la población adolescente.

Varios modelos teóricos se han utilizado para tratar de explicar cómo y por qué se producen los trastornos alimenticios, los que vienen tomando mayor relevancia son aquellos centrados en la influencia del medio social, entre ellos el más sobresaliente es el modelo sociocultural.

Modelo sociocultural.

El modelo sociocultural mantiene que la exposición de imágenes de cuerpos femeninos delgados que se presentan en los medios de comunicación produce en las espectadoras insatisfacción con su propio cuerpo. Dicha insatisfacción a su vez, motiva conductas “cuerpo ideal”. El riesgo que supone esto es que, el modelo que se nos incita a perseguir no es alcanzable por todas las mujeres de un modo saludable y podría ser la puerta de ingreso para desencadenar conductas alimenticias riesgosas o un trastorno más severo como la anorexia o la bulimia nerviosa (Polivy y Herman, 2004).

Los medios de comunicación “venden” la idea de que un cuerpo femenino delgado es el requisito para ser atractiva, deseable, o exitosa, al vincular estas

características a mujeres extremadamente delgadas e ignorar casi por completo a las que no entran en esta categoría (Stice, 2002). La repetición mediática de tal mensaje podría favorecer la internalización de este ideal. Además, existe una tendencia natural a compararse uno mismo a estas imágenes y esto resultar en dos efectos: causar insatisfacción con la propia imagen al encontrarla lejana a ese ideal o que la persona puede fantasear con tener esa imagen —fantasía que resulta placentera— e intentar emularla.

Por último, hemos de notar que la presencia del ideal de delgadez, a pesar de su relación con la presencia de insatisfacción con la imagen corporal, no explica por sí sola patologías como la Anorexia o Bulimia nerviosa. La mayoría de mujeres expuestas a éstas imágenes no desarrolla un trastorno de la conducta alimentaria; sin embargo, no se sabe con exactitud qué características del sujeto actúan como promotores o protectores contra dichos trastornos (Polivy y Herman, 2004).

Internalización del ideal de delgadez.

El concepto de “internalización” es introducido por Vygotsky y definido como la “transformación de los procesos interpersonales en intrapersonales” (Vigotsky, 1978); desde esta perspectiva constructivista se ha aportado mucho a la psicopedagogía para explicar la apropiación gradual y progresiva de gran cantidad de constructos de carácter social. De este modo explica también un importante proceso que sucede en el desarrollo de una imagen corporal negativa. Así lo considera Thompson que define como la internalización del ideal de delgadez al grado en que un individuo “acepta” cognitivamente el ideal hegemónico de belleza y atractivo, y se involucra en

comportamientos orientados a aproximarse a este ideal (Thompson J. , Heinberg, Altabe, y Tantleff-Dunn, 1999).

La internalización del ideal de delgadez tiene que ver, entonces, con la idea de vincular la delgadez en las mujeres con las características deseables como éxito, felicidad, reconocimiento social; todo esto como recompensa de la delgadez, realzando el “costo” de no alcanzarlo.

Más adelante, otros autores pusieron a prueba la teoría de la internalización en el ámbito de los trastornos de la conducta alimentaria y encontraron que resulta ser un potente predictor del desarrollo de síntomas bulímicos entre adolescentes mujeres inicialmente asintomáticas (Thompson y Stice, 2001).

Imagen corporal

Evolución del concepto de imagen corporal

A finales del siglo XIX se dan las primeras referencias sobre aspectos de la conciencia corporal procedentes de los avances neurológicos. El término *esquema corporal* fue descrito por primera vez por Boonnier en 1905 (citado por Sassano, 2003), quien describió un primer esquema, en el cual realiza una representación topológica del cuerpo distinguiendo dos aspectos; la “esquematia” refiriéndose a la pérdida de la percepción topológica, y la “paraquematia” cuando se confunden las regiones o la representación de partes del cuerpo; utilizó el término “esquema de nuestro cuerpo” para referirse a la figuración topográfica de corporalidad.

Head en 1920 señala que en los “esquemas corporales” son las impresiones espaciales (quinestésicas, táctiles, ópticas) las que forman modelos organizados de nosotros mismos (Eguíluz y Segarra, 2005).

Posteriormente el concepto de esquema corporal es ampliado por Schilder, convirtiéndose en "el saber, la experiencia y el conocimiento de nuestro propio cuerpo resultante de la síntesis de las diversas impresiones sensoriales" (Schilder, 1923).

El concepto “esquema corporal” no ha podido ser definido de manera concreta por lo que cada autor presenta un significado. Algunos autores sostienen que la noción de “esquema corporal” representa el conocimiento consciente del cuerpo, pero para otros es una forma de memoria o representación inconsciente (Berlucchi y Aglioti, 1997). Por otro lado, Pick refirió que “esquema corporal” es primariamente una representación visual y en este sentido se manifiestan recientes publicaciones (citado por Graziano, 1999).

Schilder (1950), introduce el término “imagen corporal” al área de las ciencias sociales. donde el concepto de “esquemas corporales” adquiere caracteres sociales y psicológicos, con hincapié en actitudes socialmente derivadas hacia determinadas formas corporales, así como experiencias intrapsíquicas como conflictos, defensas, creencias, ideas y emociones relacionadas con el cuerpo; de esta manera se describe la imagen corporal como la figura que se forma en nuestra mente y representa nuestro cuerpo. La imagen que formamos sobre nuestro propio cuerpo, total o segmentaria,

en estado estático o dinámico, en la relación de sus partes constitutivas entre sí, y sobre todo con el espacio y los objetos que nos rodean (Fisher, 1990).

Definir “imagen corporal” resulta complicado ya que es un constructo multidimensional e interactivo (Veale y Neziroglu, 2010). Raich (2000) afirma sobre la imagen corporal:

Es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos (p.25).

Skrzypek, Wehmeier y Renschmidt (2001) afirman:

El concepto de imagen corporal no ha sido definido todavía de forma concluyente, y la tarea de medir las alteraciones de la imagen corporal de una forma objetiva es todavía un desafío formidable (p.215).

Son diversas las definiciones del término “imagen corporal”, aún no se tiene un concepto único de esta; sin embargo, muchos autores coinciden en que la imagen corporal es la representación mental de la forma del cuerpo relacionado a lo que uno siente, piensa, percibe y actúa de acuerdo al propio cuerpo, por lo tanto, es una representación mental de la conciencia corporal de cada persona a modo de diagrama (Raich, 2004)

Componentes, dimensiones, variables o aspectos de la imagen corporal

Para la mayoría de autores la imagen corporal es un factor multidimensional. Esta abarca las experiencias perceptivas, subjetivas y

actitudes sobre el propio cuerpo, particularmente sobre la apariencia física (Jakatdar, Cash, y Engle, 2006) (Pruzinsky y Cash, 2002).

La idea de que la imagen corporal incluye aspectos perceptivos, cognitivos, emocionales y conductuales, y que a su vez estos incluyen diferentes contenidos es compartida por varios autores. Para comprender la imagen corporal es necesario conocer de qué manera está compuesta y cómo se manifiesta cuando presenta alteraciones.

La imagen corporal se refiere a “la experiencia psicológica multifacética de tener un cuerpo, especialmente, pero no exclusivamente, la propia apariencia física”, que implica, perceptivamente, imágenes y valoraciones sobre las características del cuerpo (forma, tamaño, etc.) y cognitivamente, la atención focalizada en el cuerpo, las creencias asociadas al cuerpo y la experiencia corporal; y emocionalmente las experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción y otros correlatos relacionados con la apariencia física y experiencia corporal (Cash y Pruzinsky, 1990) (Cash y Pruzinsky, 2002).

Thompson (1990) agrega el componente conductual a los anteriormente expuestos por Cash, incluidas conductas que tienen origen en cómo se considera la forma del cuerpo y el grado de satisfacción que nos produce. El concepto de imagen corporal está descrito en sus escritos como constituido por:

- Componente perceptual: es la manera en que se percibe el tamaño del cuerpo o partes del mismo. La sobrestimación (percepción del

cuerpo en dimensiones mayores a las reales), se da por la alteración de este componente.

- Componente subjetivo: se incluyen las actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo en respuesta a su tamaño, peso, partes o cualquier aspecto relacionado con la apariencia (satisfacción, insatisfacción, ansiedad, etc.)
- Componente conductual: son aquellas conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan.

Para Thompson (1990) la imagen corporal se compone de varias variables o aspectos:

Aspectos perceptivos: que se refieren a cómo se percibe el tamaño, la forma y el peso con respecto al cuerpo desde una percepción total o desde sus partes.

Aspectos cognitivos-afectivos: que incluyen aquellas actitudes, sentimientos, pensamientos y valoraciones en relación al cuerpo y los aspectos perceptivos. La imagen corporal desde este aspecto incluye experiencias de placer, insatisfacción, rabia, disgusto, etc.

Aspectos conductuales: referente a los comportamientos que derivan de los aspectos perceptivos y los cognitivos-afectivos; es decir, a la percepción y los sentimientos relacionados con el cuerpo.

Rodríguez (2013) indica que la imagen corporal tiene dos dimensiones:

- Dimensión evaluativa comparativa (emocional): caracterizada por un componente emocional o afectivo identificado por su carácter subjetivo personalizado, y centrado en el agrado-desagrado o la

satisfacción-insatisfacción con la apariencia (el peso, figura o cualquier otro componente de nuestro aspecto) en la llamada “autoestima corporal”. En esta dimensión participa el efecto de la internalización del ideal de belleza de la sociedad en la que vivimos, con la que nos valoramos por un proceso natural de comparación social.

Al interiorizar y esquematizar los contenidos de la imagen corporal, el procesamiento emocional tiende a ser automático antes que haya un significado relevante y consciente para la persona (Gilbert y Miles, 2002).

Los problemas en la imagen corporal comienzan por la importancia que adquiere el ideal físico internalizado frente a la propia valoración del cuerpo o la apariencia real, lo que favorece la insatisfacción corporal (Rodríguez, 2013).

En los trastornos de la conducta alimentaria se observa que se precipitan emociones (de sentirse gordas, asqueadas, avergonzadas) y pensamientos sobre el peso/figura justo después de comer ciertos alimentos (Delinsky, 2011).

- Dimensión dedicación, carga o inversión (cognitivo conductual) : en esta dimensión se incluyen los cuidados, atenciones y conductas en relación al cuerpo, y los autoesquemas corporales que proceden de la historia personal, de las experiencias interpersonales o sociales vividas por la persona, por lo tanto derivan de valoraciones y comparaciones cargadas de afecto. Los autoesquemas tienen mucho que ver con las creencias estereotipadas sobre el valor atractivo de

los demás y de la apariencia en general, ya que esta es un modelo y fuente de refuerzo social, producto cognitivo donde se aprecia la internalización del ideal de belleza (Rodríguez, 2013).

Cuando hablamos de alteraciones en la imagen corporal, Cash y Brown (1987) refieren que pueden presentarse en dos aspectos:

Alteración cognitiva y afectiva: insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que nuestro cuerpo provoca.

Alteraciones perceptivas: referente a la inexactitud con que se aprecia el cuerpo, su tamaño y forma. Estas alteraciones son las que conllevan a la distorsión de la imagen corporal.

Para Rosen (1995) cuando existen alteraciones de la imagen corporal, los síntomas se presentan en distintos niveles de respuesta que se manifiestan en situaciones en las cuales la persona puede ser observada.

Nivel psicofisiológico: son las respuestas de activación del sistema nervioso autónomo y se manifiestan en sudor, temblor, dificultades para respirar, etc.

Nivel conductual: representado por comportamientos de evitación, camuflaje, rituales de comprobación, realización de dietas, actividad física, etc.

Nivel cognitivo: se manifiesta a través de la preocupación intensa que puede ser patológica, obsesiva, sobrevalorada e incluso delirante, creencias irracionales, distorsiones perceptivas sobreestimación y subestimación, autoverbalizaciones negativas sobre el cuerpo.

Nivel emocional: referido a los sentimientos, emociones y actitudes que provocan las alteraciones y que pueden ser insatisfacción, asco, tristeza, vergüenza, etc.

En un estudio de 1990 se evaluó la percepción de la imagen corporal en 83 adolescentes de sexo femenino mediante la técnica del calibrador móvil. La muestra se dividió en tres grupos de "peso percibido": kilos de menos percibidos, peso justo percibido y kilos de más percibidos. Según los resultados del estudio, todos los sujetos (excepto el grupo de kilos de menos percibidos) mostraron sobrestimación con su peso. Así mismo en todos los grupos existía una tendencia generalizada a sobrestimar su tamaño corporal, pero esta era más marcada en los grupos que se alejaban de la "delgadez percibida". Se concluyó que la sobrestimación del tamaño corporal puede considerarse como un factor importante de insatisfacción con el propio cuerpo, insatisfacción que está más relacionada con el peso percibido que con el real, sobre todo en personas con delgadez percibida (Perpiñá y Baños, 1990).

Componente afectivo cognitivo

Insatisfacción con la imagen corporal.

Para estudiar la insatisfacción con la imagen corporal, diferentes autores han utilizado la teoría de la autodiscrepancia, por la cual se considera que la persona tiene un autoconcepto que forma a partir de la experiencia y el modo de relacionarse con su cuerpo, por un lado, y por otro un autoconcepto ideal que se refiere al modo en que la persona desearía que fueran sus atributos físicos. La discrepancia entre estas dos

causa un malestar con respecto a la imagen corporal (Ballester, De Gracia, Patiño, y Ferrer, 1999).

Cash y Pruzinsky definen el constructo de insatisfacción corporal como las “discrepancias entre la imagen corporal autopercebida y la imagen corporal ideal”. Dichas discrepancias a su vez tienen efectos en las percepciones, pensamientos, sentimientos y comportamientos referidos al propio cuerpo (Cash y Pruzinsky, 2002).

Se cree que la insatisfacción con la imagen corporal deriva principalmente de las presiones socioculturales para mantener una figura delgada, presión que está tan arraigada en la sociedad actual que algunos autores señalan que se trata de un descontento endémico entre mujeres jóvenes en poblaciones occidentales, que pasó a convertirse en la norma (Rodin, Silberstein, y Striegel-Moore, 1985).

En cuanto al grado de incidencia, se ha visto que afecta a niñas desde los 06 años de edad, como reportaron (Dohnt y Tiggemann, 2006); pero parece acentuarse durante la pre adolescencia, quizás debido al incremento de masa adiposa que acompaña el desarrollo sexual normal de esta etapa.

Mientras la insatisfacción corporal y la preocupación por el peso sea mayor existen más posibilidades de presentar sentimientos negativos y realizar conductas para controlar el peso (Smolak y Thompson, 2009). Son cada vez más las personas que se encuentran constantemente intentando cambiar su imagen corporal a través de conductas de riesgo como dietas estrictas, cirugías plásticas, entre otras, debido a su insatisfacción corporal (Davison y McCabe, 2006).

A pesar de ser la alta incidencia en la población normal, se ha encontrado que la insatisfacción con la imagen corporal es un factor precipitante de prácticas alimenticias poco saludables, por lo que debe ser considerada en el estudio de los desórdenes alimenticios; siguiendo este camino, un estudio conducido en Estados Unidos encontró que en las mujeres la insatisfacción con la imagen corporal se va acrecentado progresivamente a partir de los 09 años de edad; la misma es un importante predictor de puntajes clínicamente significativos en inventarios de trastornos alimenticios (Gardner R. , Stark, Friedman, y Jackson, 1999); estos resultados fueron replicados más tarde en España (Beato, Rodríguez, Belmonte, y Martínez, 2004).

Comparación social.

Festinger (1954) propone que las personas obtienen una valoración propia de sus características (salud, habilidades, estatus, etc.) como resultado de las comparaciones con otras personas; a lo que llamó teoría de la comparación social.

Si bien el término “comparación social” fue introducido por Festinger, anteriormente Hydman (1942) realizó el primer trabajo sobre el tema en el cual refirió que la valoración del propio estatus, en dimensiones como la posición económica, la capacidad intelectual y el atractivo físico, depende del grupo con el que uno se compare.

Para Buunk y Brenninkmeyer (2000) “comparación social” es la búsqueda de nosotros mismos, de información relevante para el yo y de

las formas en las que la gente consigue autoconocimiento y para descubrir la realidad sobre sí mismos.

El proceso de comparación social es un aspecto importante para diversas especies animales y para el humano (Gilbert, Price, y Allan, 1995); indicado como un rasgo esencial para el autoconocimiento y autoevaluación, así como para el perfeccionamiento y la autorrealización personal (Buunk y Gibbons, 2007) (Wood, 1996).

La importancia del análisis de este factor proviene de la evidencia hallada en la investigación, de que las personas con mayor tendencia a comparar su aspecto físico experimentan en mayor grado descontento con su propio cuerpo, lo que a su vez conlleva a adquirir malos hábitos alimenticios (Cattarin, Thompson, Thomas, y Williams, 2000).

Direcciones de comparación social

Festinger (1954) y Buunk (1997) postulan que hay tres direcciones de comparación social:

- Comparación lateral: se da cuando la persona se compara con otros individuos similares o iguales.
- Comparación ascendente: la persona se compara con aquellas que considera en mejor situación.
- Comparación descendente: la persona se compara con aquella que considera en peor estado

Según la dirección de la comparación social que se realiza se produce distintos efectos emocionales; la comparación lateral reduce la ansiedad y el sentimiento de anormalidad o unicidad (Buunk y

Gibbons, 1997), la comparación ascendente provoca sentimientos negativos y de frustración, y la comparación descendente produce sentimientos positivos, permite sentirse mejor con uno mismo y/o produce una sensación de alivio (Wills, 1981).

Distorsiones cognitivas.

Las distorsiones cognitivas son errores que comete nuestro pensamiento de manera sistemática, al procesar la información que proviene de todo aquello que nos rodea (Sacco y Beck, 1995).

Cash (1995) nos dice que la falta de satisfacción con la imagen corporal se refleja en pensamientos automáticos negativos sobre el cuerpo y la apariencia física y que se mantienen a través de los comportamientos de evitación y los errores cognitivos.

Las distorsiones cognitivas y creencias irracionales son las que mantienen las conductas de riesgo que se presentan en los TCA (Fairburn, 1995) (Matto, 1997).

Los pensamientos pueden no ser patológicos antes de presentar el trastorno, pero cuando este tipo de contenido aparece de manera recurrente se vuelven anómalos y producen altos grados de ansiedad (Toro y Vilardell, 1987).

Cash (1991) descubrió que a nivel cognitivo se presentan esquemas relacionados con la imagen corporal en aquellas personas con un alto grado de insatisfacción de la imagen corporal; algunas son:

- Las personas atractivas lo tienen todo.
- La gente nota los defectos en mi apariencia física, antes que nada.

- Mi apariencia física es un reflejo de cómo soy interiormente.
- Mi vida mejoraría sustancialmente si pudiera verme como quisiera.
- Si las personas supieran realmente como me veo, no les agradaría.
- Necesito controlar mi apariencia para tener control sobre mi vida social y emocional.
- Muchas cosas que me ocurren son consecuencia directa de mi apariencia.
- Tengo que saber cómo ser atractivo en todo momento.
- Solo modificando mi apariencia sería capaz de gustarme a mí misma.

Por otra parte, Cash identifica ocho distorsiones cognitivas de pensamiento o actitudes disfuncionales en relación con la imagen corporal (Cash, 2011):

1. El pensamiento polarizado o dicotómico: “si no soy hermosa, soy horrible”.
2. La tendencia a realizar comparaciones injustas entre la imagen de personas comunes con la del ideal mostrado en medios de comunicación.
3. La tendencia a enfocarse únicamente en aspectos que no nos gustan de nuestra apariencia conocida como la distorsión de la lupa o atención selectiva.
4. La idea de lo que no me gusta de mi apariencia son consecuencias de injusticias de experiencias pasadas.
5. Suponer que los demás realizan siempre interpretaciones negativas debido a mi falta de atractivo.

6. Pensar que mi apariencia puede ocasionar consecuencias negativas, incluso desgracias.
7. Creer que uno no puede realizar ciertas cosas en la vida si es que no es lo suficientemente atractivo.
8. Los sentimientos sobre mi apariencia se reflejan en mi estado general de ánimo.

Componente conductual

Conductas.

Existen variedad de conductas de riesgo que se distinguen en un trastorno de conducta alimentaria. Para Rodríguez (2016) las variables conductuales pueden resumirse en cuatro tipos:

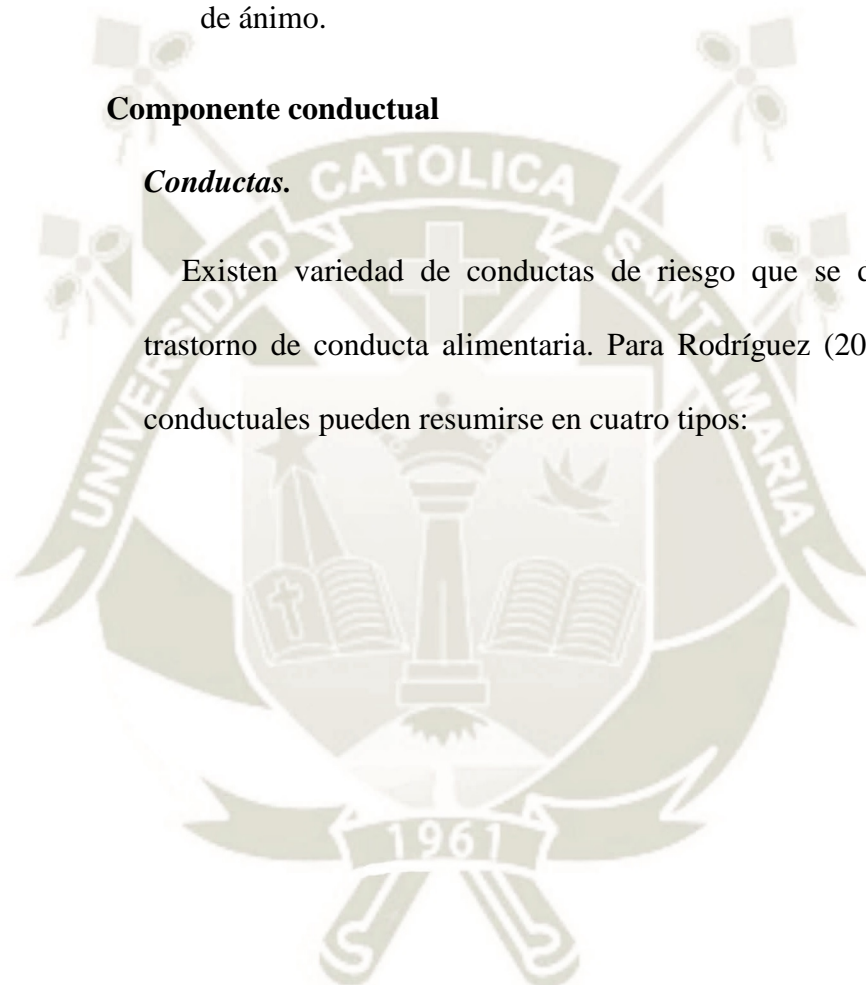


Tabla 3
Conductas de riesgo en TCA

Comprobación o escrutinio	<ul style="list-style-type: none"> • Mirar, ajustar, verificar la ropa. • Pellizcarse para observar la pérdida de peso. • Retocarse el maquillaje, pelo, etc. • Observar donde fijan los demás la mirada. • Mirarse en las superficies reflectantes. • Tocar el “defecto”. • Observar postura o movimiento “correctos”. • Medir la talla o partes del cuerpo. • Contar calorías, calcular IMC.
Evitación	<ul style="list-style-type: none"> • Eludir relaciones sexuales • No acudir a citas reuniones, trabajo • No mirarse Cambios de posturas para que no se dé contacto al espejo • Eludir el contacto ocular, cabeza baja • No salir de casa, dejar de salir • No desnudarse ante otros
Búsqueda de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar a los demás por algún defecto • Hablar constantemente acerca del cuerpo • Hablar solo con personas que conocen el problema • Convencer a otros por la falta de atractivo o para que los demás digan que no es para tanto • Buscar cirugía, dermatólogos, dentistas • Compararse con otros
Auto control o restricción	<ul style="list-style-type: none"> • No comer, no comer ciertos alimentos • Espejos solo en privado, no mirar ciertos espejos o solo los oscurecidos, tapar espejos • Limitar las horas de sueño • Recortar o destruir fotografías • Usar laxantes, diuréticos, anabolizantes • Ejercicio físico intenso • Mantener una distancia ante otros • Broncearse la piel • Rascar o tocar la piel para igualarla • Piercings o tatuajes para distraer la atención • Usar rellenos, camuflarse con la ropa • Al sentarse levantar los muslos para que no se produzca flacidez • Actividad física continúa

Fuente: Tomado de Rodríguez, J. (2016). *Alteraciones de la imagen corporal*. Madrid: Síntesis.

Según Unikel-Santoncini, Bojorquez-Chapela, y Garcia (2004) los comportamientos de riesgo alimentario incluyen las siguientes conductas:

- Preocupación por subir de peso
- Atracones
- Falta de control en lo que come
- Conductas alimentarias de tipo restrictivo como dietas
- Ejercicio excesivo
- Ayuno
- Consumo de pastillas y purgativos como vómito, laxantes y diuréticos.

Los comportamientos de riesgo alimentario se determinan en función de los síntomas del cuadro clínico de los TCA definidos en la Guía de Consulta de los Criterios de Diagnóstico del DSM-5.

Evaluación Psicométrica de los TCA

Para la medición de los diferentes componentes de la imagen corporal se diseñaron diferentes métodos de evaluación para cada componente, así como de manera general. A continuación, se citarán:

Tabla 4
Instrumentos para la medición de los TCA

El componente perceptual
<ul style="list-style-type: none"> • Métodos de estimación de partes del cuerpo concretas (índice de masa corporal, calibrador móvil, imagen marcada). • Métodos de estimación corporal global (video, fotografía, espejo flexible). • TSA. Test Siluetas para Adolescentes • BIA. Body Image Assessment • CIC. Cuestionario de Imagen corporal
El componente emocional
<ul style="list-style-type: none"> • Escala de satisfacción de áreas corporales • Escala de insatisfacción corporal del EDI-2 • BSQ, Cuestionario sobre la forma corporal • BAT. Cuestionario de actitud corporal • BES. Escala de autoestima corporal • ESC. Escala de satisfacción Corporal • EEICA. Escala de evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes • CBCAR. Cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo • Entrevista BDDE
Componente cognitivo
<ul style="list-style-type: none"> • ASI. Inventario sobre los esquemas acerca de la apariencia • BIATQ. Cuestionario de pensamientos automáticos de la imagen corporal • Entrevista BDDE
Componente conductual
<ul style="list-style-type: none"> • BIAQ. Cuestionario de evitación a causa de la imagen corporal • Entrevista BDDE
Métodos de evaluación multidimensional
<ul style="list-style-type: none"> • MBSRQ. Cuestionario multidimensional de relación con el propio cuerpo • IMAGEN. Evaluación de la insatisfacción con la imagen corporal • IICFA. Inventario de imagen corporal para féminas adolescentes • BIIQ. Body Image Ideal Questionnaire
Medición del modelo estético corporal
<ul style="list-style-type: none"> • CIMEC. Cuestionario de influencias del modelo estético corporal

Fuente: Tomado de Rodríguez, J. (2016). *Alteraciones de la imagen corporal*. Madrid: Síntesis.

CAPÍTULO II

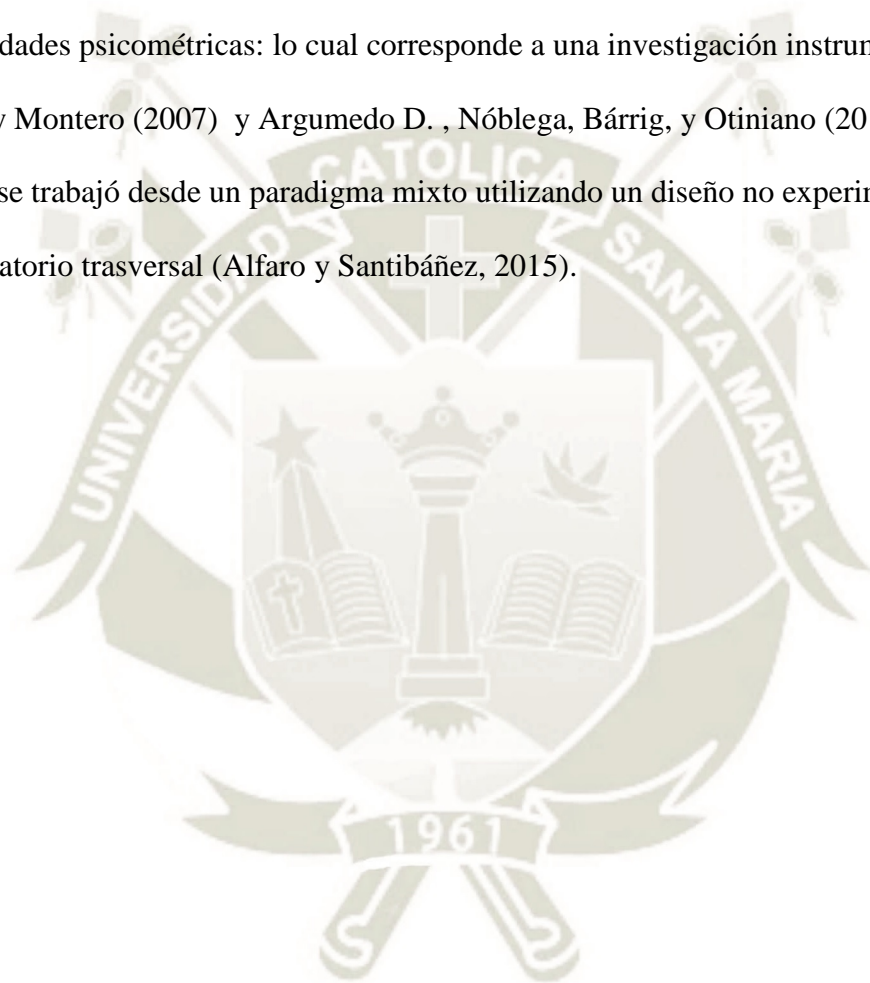
Diseño metodológico

La investigación se inició con una fase de exploración del fenómeno a través de la revisión bibliográfica de los trastornos de conducta alimentaria y la entrevista con expertos para consolidar las variables más relevantes para la comprensión de estos. Como conclusión de la exploración teórica se decidió considerar solo tres de los cuatro componentes de la imagen corporal: Componente afectivo, que incluye la insatisfacción corporal como la presencia de sentimientos de insatisfacción y desagrado producidos por una autoevaluación negativa del cuerpo y la comparación social que son las valoraciones y sentimientos de insatisfacción y desagrado hacia el propio cuerpo producidas por las comparaciones ascendentes (comparaciones con sujetos considerados más atractivos que uno); Componente cognitivo relacionado con las distorsiones cognitivas implicadas en los desórdenes alimenticios; Componente conductual considerando los comportamientos dirigidos sobre la delgadez que se subdividieron en: Prácticas alimenticias que es el conjunto de conductas relativas al control y restricción del consumo de alimentos diarios, Prácticas de modificación del cuerpo referente a aquellas conductas orientadas a la transformación y/o alteración del cuerpo o partes del mismo. Mensajes verbales que es la participación activa en conversaciones sobre el cuerpo. Inversión de tiempo y dinero: que es la preocupación por el cuerpo y su influencia en el manejo del tiempo y dinero. No se consideró el componente perceptual ya que su evaluación debe estar orientada a la valoración del tamaño, silueta y peso estimada por el sujeto a través de siluetas con imágenes corporales de tamaño ascendente. De acuerdo a Thompson (1995) en su revisión de instrumentos desarrollados para medir este componente, las escalas que presentan un formato tipo Likert en cuanto a siluetas han sido muy criticadas ya que distorsionan la

fiabilidad para medir la variable porque presentan limitación en el rango de siluetas que seleccionan (Thompson,1995).

Tipo o diseño de investigación

La presente investigación aplicada con carácter psicométrico se dirige a la creación y validación de un instrumento para evaluar anorexia y bulimia nerviosa y al estudio de sus propiedades psicométricas: lo cual corresponde a una investigación instrumental según León y Montero (2007) y Argumedo D. , Nóblega, Bárrig, y Otiniano (2016). Por otra parte, se trabajó desde un paradigma mixto utilizando un diseño no experimental exploratorio trasversal (Alfaro y Santibáñez, 2015).



Técnicas, instrumentos, aparatos u otros

Se utilizaron las siguientes técnicas para la evaluación de validez y confiabilidad:

- La validez de contenido se halló a través de juicio de expertos procesados por la V. de Aiken.
- La confiabilidad se obtuvo a través de la aplicación del Coeficiente de Cronbach.
- La validez de criterio, se midió por correlaciones mediante el estadígrafo de Pearson y Spearman.
- La validez de constructo se consiguió por el análisis de ítems mediante correlaciones ítem-test, calculadas con el estadígrafo de Pearson y el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), a través de la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y rotación Varimax.

Población y muestra

Los participantes fueron 807 mujeres de edades entre 12 a 24 años del área urbana de Arequipa y Lima Metropolitana. Se tomaron dos muestras, una clínica (n=26) y una no clínica (n=781). Para la primera, se contactó a 07 centros de salud y profesionales en psicología, psiquiatría, nutrición y gastroenterología. Para la segunda, se consideró escolares de nivel secundario de colegios representativos para los cuales se solicitó el consentimiento de los padres; y estudiantes universitarias de las áreas de ingeniería, ciencias sociales y ciencias de la salud. La participación fue anónima y voluntaria. Por otra parte, el tipo de muestreo utilizado es no probabilístico intencional.

Criterios de exclusión:

- Se excluyó a aquellos sujetos que no se encontraban dentro del rango de edad considerado.
- Cuando la prueba no fue completada a cabalidad y/o se respondió de modo inadecuado marcando más de una respuesta en uno o más reactivos.
- En cuanto a la muestra clínica, se excluyó a los sujetos que se encontraban en una etapa de remisión.

Estrategias de recolección de datos

Se solicitó el permiso de los principales centros de salud para la aplicación de la prueba en pacientes diagnosticadas con algún TCA; de la misma manera en instituciones educativas con nivel secundario y de alumnado femenino de universidades, para obtener resultados que nos permitan elaborar análisis especializados y obtener su confiabilidad y validez.

Criterios de procesamiento de información

Se procedió a la aplicación de la prueba ECIC, EDI-3 Y BSQ en muestra clínica con TCA en Hospitales y en muestra no clínica en colegios y Universidades; los datos que se obtuvieron fueron ingresados en el Software Office Microsoft Excel 2013 y SPSS 25.0. Se procedió con el análisis de la información a través de la estadística descriptiva y de la estadística inferencial.

Con la finalidad de garantizar la validez de contenido se sometió la prueba a Juicio de Expertos para lo cual se contó con un panel de jueces de 05 Psicólogos clínicos siguiendo la metodología propuesta por Delgado-Rico, Carretero-Dios, y Ruch (2012), que requiere un mínimo de tres expertos. Estos evaluaron cada ítem calificándolo con las siguientes

puntuaciones: 1. No cumple con el criterio, 2. Bajo nivel, 3. Moderado nivel, 4. Alto nivel, 5. Muy alto nivel, de acuerdo a dos criterios: la relevancia, evaluando su importancia y la necesidad de incluirlo; y la coherencia indicando la relación lógica de estos con la dimensión que pretende medir.

Obtenidos los resultados de los expertos se utilizó a la prueba V de Aiken para analizar el grado de concordancia que indicaría la confiabilidad de los juicios, tomándose como válidos los ítems con valores iguales o mayores a 0.80 (Guilford, 1954). Luego de la eliminación y modificación de los ítems se procedió a realizar una nueva numeración.

Posteriormente se realizaron correlaciones (de Pearson y Spearman) entre ECIC y EDI 3 y BSQ para evaluar la validez de contenido. La validez de constructo se dio a través de un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) analizando la varianza mediante adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el análisis de la homogeneidad de las varianzas a través de la prueba de esfericidad de Bartlett.

Para la confiabilidad de la escala se evaluó la consistencia interna con el coeficiente Alpha de Cronbach en la escala general y por componentes.

CAPÍTULO III

Resultados

Validez

Validez de contenido

Tabla 05

Coefficiente de Aiken para la coherencia de los ítems

Subcategoría	Ítem	Coefficiente de V de Aiken
Insatisfacción corporal	1	0.8
	7	0.9
	13	0.9
	19	0.8
	25	0.9
	31	0.8
	36	0.6
	49	0.9
	54	0.8
	45	0.8
	56	0.9
	40	0.8
	58	0.9
	60	0.7
Comparación social	8	0.9
	2	0.8
	14	0.6
	20	0.6
	26	0.8
	61	0.9
Distorsiones cognitivas	50	0.8
	3	0.7
	27	0.9
	33	0.9
	9	0.8
	21	0.8
	42	0.8
	46	0.9
	15	0.7
	51	0.9
	55	0.9
59	0.9	
Prácticas alimenticias	41	0.8
	4	0.8
	11	0.9
	10	0.9
	16	0.9
	22	0.9
	28	0.9
	38	0.8
	43	0.9
	52	0.9
30	0.9	
Prácticas de modificación del cuerpo	6	0.6
	44	0.8
	35	0.9
	57	0.8
	53	0.9
Mensajes verbales	24	0.7
	12	0.9
	48	0.9
	32	0.6
Inversión de tiempo y dinero	34	0.7
	23	0.6
	5	0.8
	29	0.7
	17	0.8
	18	0.9
	37	0.9
	39	0.9
	47	0.9

Tabla 06

Coefficiente de Aiken para la relevancia de los ítems

Subcategoría	Item	Coefficiente de V de Aiken
Insatisfacción corporal	1	0.8
	7	0.9
	13	0.9
	19	0.8
	25	0.9
	31	0.8
	36	0.8
	49	0.9
	54	0.8
	45	0.8
	56	0.9
	40	0.8
	58	0.9
	60	0.7
Comparación social	8	0.9
	2	0.8
	14	0.6
	20	0.6
	26	0.8
	61	0.9
	50	0.8
Distorsiones cognitivas	3	0.7
	27	0.9
	33	0.9
	9	0.8
	21	0.8
	42	0.8
	46	0.9
	15	0.7
	51	0.9
	55	0.9
	59	0.9
	41	0.8
Prácticas alimenticias	4	0.8
	11	0.9
	10	0.9
	16	0.9
	22	0.9
	28	0.9
	38	0.8
	43	0.9
	52	0.9
	30	0.9
Prácticas de modificación del cuerpo	6	0.6
	44	0.8
	35	0.9
	57	0.8
	53	0.9
	24	0.7
Mensajes verbales	12	0.9
	48	0.9
	32	0.6
Inversión de tiempo y dinero	34	0.7
	23	0.6
	5	0.8
	29	0.7
	17	0.8
	18	0.9
	37	0.9
	39	0.9
	47	0.9

Los resultados del juicio de los cinco expertos fueron procesados con el estadístico de V de Aiken, tomando como válidos los ítems con valores iguales o mayores a 0.80 (Guilford, 1954), lo cual indica que dichos ítems son considerados válidos y tienen relación lógica con lo que se está midiendo.

Según la prueba, los ítems 45 y 60 del indicador de Insatisfacción Corporal, el 14 y 32 de Comparación Social, 3,15 y 21 de Esquemas de Apariencia, 23 y 34 de Prácticas de Consumo y 44 de Prácticas de Modificación del Cuerpo obtuvieron una calificación menor a 0.80 en los criterios tanto de relevancia como de coherencia, y el ítem 36 perteneciente a Insatisfacción Corporal obtuvo calificación menor en cuanto a la coherencia.

Luego del análisis estadístico y de las sugerencias recibidas se decidió eliminar los ítems 3, 6, 20, 23, 24, 29, 32, 34 y 60 por considerarse innecesarios o no relacionados con la dimensión; y modificar los ítems 14, 40, 45, y 58.

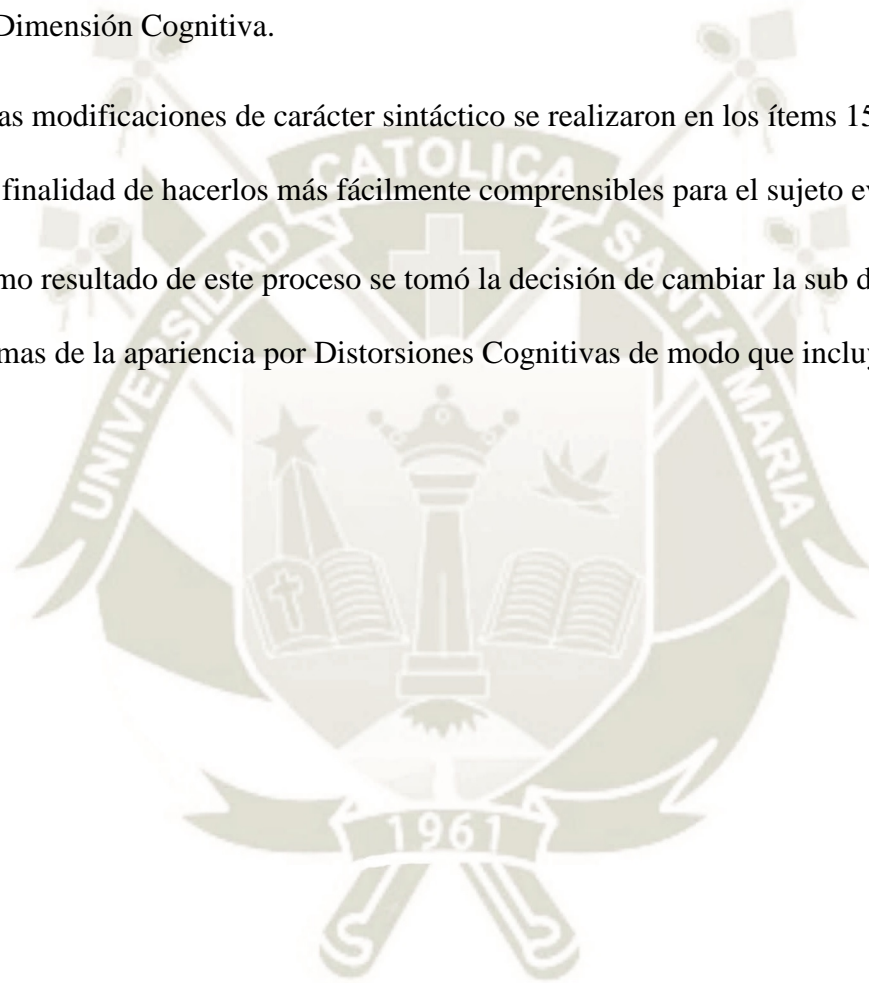
- El ítem 14 originalmente se leía “Ver a una mujer más delgada que yo me hace pensar en las zonas de mi cuerpo que desearía reducir” fue modificada a “Ver a una mujer más delgada que yo me hace sentir insegura conmigo misma” de modo que hubiera una mayor alusión el sentimiento producto de la comparación.
- El ítem 40 originalmente se leía “Me preocupa la cantidad de alimentos que pueda verme obligada a comer” y estaba considerado en la Dimensión Emocional, fue modificado a “Las personas se están fijando constantemente en la cantidad de alimentos que consumo” de acuerdo a la sugerencia de uno de los expertos de considerarla dentro de la Dimensión Cognitiva.
- El ítem 45 originalmente se leía “Me siento presionada a comer más de lo que me gustaría cuando estoy en público” y estaba considerado en la Dimensión Emocional, fue modificado a “La gente me insiste para que coma más porque intentan sabotear

mi dieta” de acuerdo a la sugerencia de considerarla dentro de la Dimensión Cognitiva.

- El ítem 58 originalmente se leía “Me preocupa cómo me ven los demás” y estaba considerado en la Dimensión Emocional, fue modificado a “La gente constantemente se fija y juzga mi cuerpo” de acuerdo a la sugerencia de considerarlo dentro de la Dimensión Cognitiva.

Otras modificaciones de carácter sintáctico se realizaron en los ítems 15, 27, 36, 59 y 61 con la finalidad de hacerlos más fácilmente comprensibles para el sujeto evaluado.

Como resultado de este proceso se tomó la decisión de cambiar la sub dimensión de Esquemas de la apariencia por Distorsiones Cognitivas de modo que incluya los nuevos ítems.



Confiabilidad

Tabla 07

Confiabilidad de la escala de componentes de la imagen corporal

ESCALA	Alfa de Crombach	Número de ítems
Emocional	.962	16
Cognitivo	.933	14
Conductual	.957	22
Total	.980	52

El análisis de la fiabilidad de la escala se estimó a través de la aplicación del Coeficiente de Cronbach que arrojó un resultado de .980 para el total de sus 52 ítems lo cual se considera elevado según Sampieri (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2014)

En la tabla 07 se presenta el índice de confiabilidad del instrumento y cada una de sus escalas. Como se puede apreciar, los valores para los componentes Emocional (.962) Cognitivo (.933) y Conductual (.957) son todos mayores a .9 lo cual indica que la escala cuenta con un índice de confiabilidad elevado.

Validez de Criterio

Tabla 08

Correlaciones entre las escalas de ECIC y la puntuación total de la escala de índice de riesgo de TCA del EDI-3

Componente	EDI-3
Emocional	.792**
Cognitivo	.699**
Conductual	.657**
Escala general	.750**

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Los resultados de la correlación de las puntuaciones de las escalas de ECIC y el índice de riesgo de TCA del EDI-3 que se realizó mediante el estadígrafo de Pearson, en una muestra de 807 mujeres, evidencian que correlaciona significativamente en ambos tests. En la presente investigación se utilizaron únicamente las tres escalas del índice de riesgo de conducta alimentaria del EDI- 3

. En la tabla 08 se puede observar una correlación muy fuerte de (.750) en la escala general, así mismo correlaciones de un nivel elevado en el componente afectivo (.792), cognitivo (.699) y conductual (.657)

Tabla 09

Correlaciones entre las escalas de ECIC y la puntuación total de la escala de obsesión por la delgadez (DT) del EDI-3

Componente	(DT) EDI-3
Emocional	.818**
Cognitivo	.711**
Conductual	.748**
Escala general	.812**

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Las correlaciones entre la escala Obsesión por la delgadez (DT) del EDI-3 y el componente afectivo (.818) presentan un nivel elevado; la escala (DT) evalúa la preocupación por el peso y el temor a ganarlo, y el componente afectivo evalúa los sentimientos de insatisfacción y desagrado hacia el propio cuerpo, ambos orientados al malestar psicológico que se produce en los TCA. El componente cognitivo (.711) muestra correlaciones significativas con la escala (DT); la insatisfacción corporal se refleja en errores cognitivos acerca del cuerpo y su apariencia y la importancia que tiene en el aspecto emocional y social de la persona, así la presencia de las distorsiones cognitivas influye considerablemente en el malestar. El componente conductual (.748), de la misma manera, presenta correlaciones elevadas con la escala (DT), ya que el grado de preocupación por el cuerpo se manifiesta en comportamientos dirigidos hacia la delgadez.

Tabla 10

Correlaciones entre las escalas de ECIC y la puntuación total de la escala de bulimia (B) del EDI-3

Componente	(B) EDI-3
Emocional	.535**
Cognitivo	.529**
Conductual	.461**
Escala general	.537**

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Los resultados de la escala principal de Bulimia (B) del EDI-3 en correlación con las puntuaciones de las escalas del ECIC, indican niveles significativos en la escala general (.537); la Escala bulimia está dirigida a evaluar la tendencia de pensar en realizar un atracón y a ejecutarlo, pero como respuesta a estados emocionales negativos. El componente afectivo (.535) y el cognitivo (.529) muestran correlaciones significativas y media en el conductual (.461). Aunque las correlaciones no son tan altas como en las otras escalas principales, siguen teniendo puntuaciones relevantes para considerarlas.

Tabla 11

Correlaciones entre las escalas de ECIC y la puntuación total de la escala de insatisfacción corporal (BD) del EDI-3

Componente	(BD) EDI-3
Emocional	.673**
Cognitivo	.538**
Conductual	.477**
Escala general	.598**

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 11 encontramos las correlaciones entre las escalas de insatisfacción corporal (BD) y las escalas del ECIC que muestran un nivel significativo en la escala general (.598); asimismo, con el componente afectivo (.673) una correlación considerable en el cognitivo (.538) y media en el conductual (.477). La escala de insatisfacción corporal en el EDI-3 evalúa la insatisfacción con la forma del cuerpo y el tamaño de sus partes a diferencia del componente afectivo del ECIC que mide el malestar producido por una autoevaluación negativa del cuerpo relacionada al peso y su forma mas no de partes específicas, y que se manifiesta en sentimientos de insatisfacción y desagrado.

Tabla 12

Correlaciones entre las escalas de ECIC y la puntuación total de la escala general del BSQ

Componente	BSQ
Emocional	.843**
Cognitivo	.728**
Conductual	.724**
Escala general	.826**

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

La prueba ECIC muestra correlaciones más elevadas en las escalas del BSQ, a diferencia del EDI-3. El BSQ explora la autopercepción de la imagen corporal para identificar la presencia de insatisfacción con dicha imagen y la preocupación que esta genera. Las correlaciones entre las puntuaciones de las escalas de ECIC y la escala general del BSQ se realizaron a través del estadígrafo de Spearman, y se correlacionan significativamente. En la tabla 12 se puede apreciar una correlación muy fuerte de (.826) en la escala general, que incluye la insatisfacción corporal y la preocupación por el peso, muy similar a lo que evalúa el componente afectivo en el ECIC, por lo que el nivel más alto de correlaciones es en el componente afectivo (.843), aun así, los componentes cognitivo (.728) y conductual (.724) se muestran elevados.

Tabla 13

Correlaciones entre las escalas de ECIC y la puntuación total de la escala de insatisfacción corporal del BSQ

Componente	Insatisfacción corporal BSQ
Emocional	.821**
Cognitivo	.702**
Conductual	.694**
Escala general	.795**

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Las puntuaciones de la subescala de insatisfacción corporal del BSQ y las escalas de ECIC muestran correlaciones fuertes en la escala general (.795); es el componente afectivo el que presenta un nivel más elevado (.821), y los componentes cognitivos (.702) y conductual (.694) también muestran correlaciones significativas, lo cual confirma que la escala evalúa el aspecto emocional relacionado al malestar e insatisfacción con el cuerpo.

Tabla 14
Correlaciones entre las escalas de ECIC y la puntuación total de la escala de preocupación por el peso del BSQ

Preocupación por el peso	
Componentes	BSQ
Emocional	.836**
Cognitivo	.728**
Conductual	.728**
Escala general	.827**

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Las correlaciones en la subescala de preocupación por el peso del BSQ y las escalas de ECIC que se presentan en la tabla 14 muestran puntuaciones muy elevadas en la escala general (.827), así como en los componentes emocional (.836) cognitivo (.728) y conductual (.728), lo cual es altamente significativo.

Los resultados obtenidos corroboran que el cuestionario de ECIC presenta un grado aceptable de validez, con lo que se puede concluir que es efectivo para medir lo que pretende.

Validez de Constructo

Análisis de ítems

El análisis de los ítems de ECIC en una muestra de 807 en mujeres, mediante correlaciones ítem-test, calculadas con el estadígrafo de Pearson, señala que la escala es válida, ya que los 52 ítems que lo constituyen muestran índices de correlación muy significativos ($p < .01$), cuyos resultados según los componentes de la imagen corporal se presentan a continuación.



Componente afectivo

Tabla 15

Correlaciones ítem-test del componente afectivo

Componente afectivo		
Ítem	N	Ritc
1	807	,683**
5	807	,751**
11	807	,777**
17	807	,804**
20	807	,767**
25	807	,778**
28	807	,777**
41	807	,790**
46	807	,802**
48	807	,714**
2	807	,753**
6	807	,708**
12	807	,802**
21	807	,753**
42	807	,805**
52	807	,760**

Ritc: Coeficiente de correlación ítem-test corregido

ND: Nivel de discriminación ** : $p < .01$

Los índices ítem-test de los 16 que constituyen el componente afectivo se correlacionan directamente y muy significativamente, lo que evidencia un coeficiente de discriminación muy bueno, con valores que fluctúan entre el rango de variación de .683 en el ítem 1, y de .805, en el ítem 42 (Tabla 15). Por lo tanto, los ítems del componente afectivo son coherentes y apuntarían a medir el mismo rasgo.

Componente cognitivo

Tabla 16

Correlaciones ítem-test del componente cognitivo

Componente cognitivo		
Ítem	N	Ritc
7	807	,764**
13	807	,793**
18	807	,523**
32	807	,663**
37	807	,673**
22	807	,749**
26	807	,582**
50	807	,693**
34	807	,619**
38	807	,640**
34	807	,619**
47	807	,741**
49	807	,584**
51	807	,675**

Ritc: Coeficiente de correlación ítem-test corregido

ND: Nivel de discriminación ** : $p < .01$

La Tabla 16, presenta los índices de correlación del componente cognitivo, que muestran que los índices presentan un nivel de discriminación muy bueno y de contribución altamente significativa ($p < .01$); con valores que fluctúan entre el rango de variación de .523 en el ítem 18, y de .793, en el ítem 13.



Componente conductual

Tabla 17

Correlaciones ítem-test del componente conductual

Componente conductual		
ítem	N	Ritc
3	807	,541**
9	807	,628**
8	807	,727**
14	807	,735**
19	807	,740**
23	807	,725**
30	807	,632**
35	807	,774**
44	807	,722**
24	807	,753**
36	807	,635**
27	807	,645**
45	807	,637**
49	807	,584**
10	807	,612**
40	807	,590**
4	807	,664**
15	807	,723**
16	807	,781**
29	807	,574**
31	807	,739**
39	807	,776**

Ritc: Coeficiente de correlación ítem-test corregido

ND: Nivel de discriminación ** : $p < .01$

Los coeficientes ítem-test de los ítems del componente conductual, correlacionan directa y muy significativamente ($p < .01$), presentando un nivel de discriminación muy bueno, con valores entre .541 en el ítem 3 a .781 en el ítem 16 (Tabla 17). Por lo tanto, se podría indicar que todos los ítems son indicadores del mismo rasgo.



Análisis factorial

Para hacer el análisis de la Validez de Constructo de nuestra prueba se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE); para esto se hizo un primer análisis de la proporción de la variancia de los datos que puede ser considerada común a todas las variables y por ende atribuida a uno o más factores, a través de la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para la cual los valores más próximos a la unidad indican la mayor adecuación de los datos a ser sometidos al análisis factorial; dicho esto, se consideran apropiados los valores que oscilan entre 0,5 y 1,0 y bajos por menos de 0,5, en cuyo caso puede ser inadecuada la aplicación de dicho procedimiento (Cerny & Kaiser, 1977). El valor obtenido para nuestra muestra es de .981 lo cual cumple con el requisito de idoneidad de los datos para ser factorizables.

Por otro lado, se hizo un análisis de la homogeneidad de las varianzas a través de la prueba de esfericidad de Bartlett. Para este estadístico se compara el p - valor obtenido del test con el nivel de significancia escogido, en este caso el 5%, y se acepta la hipótesis de igualdad de las varianzas si el primero es menor (Bartlett, 1950), pues de otro modo:

Si Sig. (p-valor) < 0.05 aceptamos H_0 (hipótesis nula) > se puede aplicar el análisis factorial.

Si Sig. (p-valor) > 0.05 rechazamos H_0 > no se puede aplicar el análisis factorial.

Los resultados obtenidos para nuestro estudio fueron significativos ($\chi^2 = 34852.1$; g.l. = 1326; $p \leq 0.001$), indicio de que existen correlaciones entre los ítems debido a la existencia de factores latentes extraídos, y no al azar.

Obtenidos resultados óptimos en ambas pruebas preliminares, se decidió utilizar el método de extracción de componentes principales que nos permite facilitar la visualización de las relaciones entre las variables al reducirlas a un conjunto de nuevas variables que no

tenga redundancia de información, utilizando combinaciones lineales de las variables originales. Además, el tipo de rotación utilizada es Varimax.

Tabla 18

Varianza total explicada y acumulada

Componente	% de varianza explicada			% de varianza acumulada					
1	50.303			50.303					
2	5.770			56.073					
Varianza total explicada									
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	26.158	50.303	50.303	26.158	50.303	50.303	16.000	30.800	30.800
2	3.000	5.770	56.073	3.000	5.770	56.073	13.142	25.273	56.073

Método de extracción: análisis de componentes principales.

La tabla 18 muestra la varianza explicada por cada uno de los componentes extraídos. En ella podemos ver que el porcentaje explicado por el primer componente es del 50.303%, con lo cual podemos concluir que el fenómeno de estudio es unidimensional.

Tabla 19

Saturaciones según componente rotado

		Componente	
		1	2
ítem 1	Me siento mal conmigo misma porque no tengo la figura que quiero.	.672	.268
ítem 2	Estar alrededor de personas más delgadas que yo reduce mi confianza.	.732	.309
ítem 3	Controlo la cantidad de calorías de los alimentos que voy a consumir.	.056	.742
ítem 4	Dedico mi tiempo a buscar imágenes de mujeres que tengan el cuerpo que quiero obtener.	.534	.400
ítem 5	Siento un miedo intenso ante la idea de engordar.	.554	.501
ítem 6	"Envidia" la figura de las modelos publicitarias o de pasarela.	.693	.285
ítem 7	Los hombres se fijarían en mí si fuera más delgada.	.719	.340
ítem 8	Sigo una dieta drástica cuando necesito perder peso rápidamente.	.365	.687
ítem 9	Al elegir mis alimentos me aseguro de que sean bajos en calorías.	.133	.791
ítem 10	Cada vez que bajo de peso, pregunto a mis amigas si lo notan.	.404	.471
ítem 11	Me avergüenzo de mi figura.	.785	.289
ítem 12	Ver a una mujer más delgada que yo, me hace sentir insegura conmigo misma.	.782	.331
ítem 13	Me iría mejor en la vida si tuviera el cuerpo de las modelos publicitarias y de pasarela.	.775	.325
ítem 14	He seguido dietas adelgazantes en varias ocasiones durante el último año.	.365	.701
ítem 15	Mi lista de compras ha cambiado para adecuarse a una dieta adelgazante.	.280	.778
ítem 16	En mis tiempos libres busco información sobre métodos para bajar de peso.	.516	.600
ítem 17	Me siento frustrada por no poder tener la figura que deseo.	.773	.340
ítem 18	Cuando veo a alguien con sobrepeso pienso que probablemente es una persona descuidada.	.442	.274
ítem 19	Intento reducir la sensación de hambre bebiendo líquidos en lugar de comer.	.451	.606
ítem 20	Me sentiría mal conmigo misma si subiera de peso.	.608	.464
ítem 21	Generalmente me siento menos atractiva que las personas a mi alrededor.	.785	.249
ítem 22	Tener kilos de más arruina las oportunidades de éxito en la vida.	.695	.347
ítem 23	He eliminado alimentos de mi dieta (grasas y carbohidratos) para perder peso.	.286	.771
ítem 24	Evito en lo posible comer alimentos que engorden.	.350	.741
ítem 25	Siento ansiedad a la hora del almuerzo porque me asusta excederme en mi consumo de calorías.	.538	.574
ítem 26	Las personas deberían preocuparse más por su figura.	.437	.371
ítem 27	He utilizado productos para reducir medidas o grasa localizada.	.363	.569
ítem 28	Siento un miedo intenso ante la idea de haber subido de talla	.674	.410
ítem 29	Controlar el propio peso diariamente es una buena práctica.	.313	.499
ítem 30	Cuando salgo a comer o al cine pido bebidas light.	.237	.684
ítem 31	Constantemente estoy planificando actividades que me ayuden a bajar de peso.	.382	.680
ítem 32	Las personas se están fijando constantemente en la cantidad de alimentos que consumo.	.466	.473

ítem 33	Si una mujer no es delgada es porque no se esfuerza lo suficiente.	.615	.361
ítem 34	Las mujeres sólo deberían usar bikini si están en forma.	.577	.274
ítem 35	Ayuno y/o como muy poco para perder peso rápidamente.	.542	.562
ítem 36	He usado laxantes o diuréticos para bajar de peso, durante el último año.	.386	.533
ítem 37	La gente insiste para que coma más porque intentan sabotear mi dieta.	.407	.561
ítem 38	La gente prefiere a las mujeres delgadas.	.699	.168
ítem 39	Dedico bastante tiempo para buscar y preparar una dieta baja en calorías.	.410	.715
ítem 40	Mis amigas y yo compartimos dietas o tips para reducir medidas.	.322	.530
ítem 41	Me siento incómoda con mi cuerpo cuando escucho conversaciones sobre el peso.	.736	.362
ítem 42	No puedo dejar de sentirme nerviosa ante la presencia de personas delgadas.	.758	.364
ítem 43	Las mujeres que no son delgadas, no son atractivas.	.666	.302
ítem 44	Limito la cantidad de alimentos que consumo durante el día.	.337	.709
ítem 45	Intento aumentar mi actividad física cada día, para bajar de peso.	.304	.612
ítem 46	Me siento culpable si como alimentos que me puedan engordar.	.546	.592
ítem 47	Las mujeres delgadas son más felices en sus relaciones de pareja.	.736	.289
ítem 48	Paso mucho tiempo en el espejo observando mi cuerpo.	.619	.375
ítem 49	Después de haber comido suelo vomitar para no ganar peso	.366	.473
ítem 50	La gente constantemente se fija y juzga mi cuerpo.	.620	.344
ítem 51	Todas las mujeres delgadas, siempre son atractivas.	.717	.209
ítem 52	"Envidia" a las personas que pueden dejar de comer para bajar de peso.	.679	.386

En la tabla 19 observamos que las saturaciones oscilan entre .056 y .785. Podemos observar también que algunos de los reactivos tienen capacidad para evaluar ambos componentes, como son los ítems 5, 10, 16, 19, 20, 22, 24, 25, 28, 32, 35, 37, 39, y 46.

Si bien encontramos que algunos de los reactivos alcanzan saturaciones válidas para evaluar ambos componentes, en el siguiente análisis vamos a referirnos únicamente a las mayores puntuaciones de cada ítem.

La solución factorial nos muestra entonces que el primer componente, formado por los ítems 1, 2, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 17, 18, 20, 21, 22, 26, 28, 33, 34, 38, 41, 42, 43, 47, 48, 50, 51 y 52 agrupa los reactivos de carácter emocional y cognitivo, es decir, tanto aquellos que se relacionan con sentimientos de insatisfacción y auto rechazo producidas por una evaluación negativa del propio cuerpo y la comparación a la alza con otras mujeres, como

por los errores cognitivos producto de la internalización de un ideal de belleza delgado fomentado socialmente, y explica el 50.3% de la varianza total; mientras que el segundo, compuesto por los ítems 3, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 19, 23, 24, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 39, 40, 44, 45, 46 y 49 se centra en aquellos orientados a medir las conductas realizadas por el sujeto con intención de bajar de peso, como dietas, ejercicio, conductas purgativas, etc., y explica un 5.8% de la varianza.



Tabla 20

Ítems que saturan en otro componente

		AFE	
		Componente	
			Emocional/ Cognitivo
			Conductual
ítem 25	Siento ansiedad a la hora del almuerzo porque me asusta excederme en mi consumo de calorías.	EMOCIONAL	.538 .574
ítem 32	Las personas se están fijando constantemente en la cantidad de alimentos que consumo.	COGNITIVO	.466 .473
ítem 37	La gente me insiste para que coma más porque intentan sabotear mi dieta.	COGNITIVO	.407 .561
ítem 46	Me siento culpable si como alimentos que me puedan engordar.	EMOCIONAL	.546 .592

En la tabla 20 hacemos un resumen de estos ítems como originalmente pensados, y las saturaciones en este proceso halladas.

En esta última parte cabe detenerse en algunos de los ítems a los cuales el análisis estadístico coloca en una categoría diferente a la hipotetizada. Esto sucede con los ítems 25, 32, 37 y 46, sin embargo, en todos estos casos podemos ver también que saturan en ambos componentes y a pesar de que la puntuación más alta se presenta en el segundo componente, la diferencia es suficientemente pequeña como para concluir que se trata de reactivos con la habilidad de medir efectivamente la variable que pretenden pero que también están presentes como base en los comportamientos orientados a perder peso, probablemente porque se trata de emociones y cogniciones relacionadas con el momento en que se realiza dicha conducta.

Estadísticos descriptivos

Tabla 21

Estadísticos descriptivos para la muestra clínica y no clínica

	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Muestra clínica	26	187.15	59.988	11.765	162.92	211.38	64	260
Muestra no clínica	781	58.61	50.889	1.821	55.03	62.18	0	240

La tabla 21 muestra los estadísticos descriptivos hallados en el estudio para la muestra clínica, haciendo una diferenciación entre los sujetos que tienen un diagnóstico de Anorexia o Bulimia Nerviosa (n=26) y aquellos que no tienen diagnóstico de ningún tipo de trastorno de conducta alimentaria. Asimismo, vemos que el promedio de los puntajes para la muestra no clínica es 58.61 con una desviación estándar de 50.889 puntos mientras que para la muestra clínica es 187.15 con una desviación estándar de 59.988; es decir, existe una diferencia de 128.54 puntos entre ambas.

Por otra parte, vemos que los puntajes en la muestra no clínica oscilan entre 0 y 240 puntos y en la muestra clínica estos se encuentran entre 64 y 260.

Tabla 22

Estadísticos descriptivos según subcomponentes

		Estadísticos descriptivos ^a				
		N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Componente afectivo	INSATISFACCION CORPORAL					
	Muestra clínica	26	14	50	39.19	10.744
	Muestra no clínica	781	0	50	14.39	12.627
	COMPARACIÓN SOCIAL					
Componente cognitiva	Muestra clínica	26	7	30	22.65	7.980
	Muestra no clínica	781	0	30	6.94	7.486
	DISTORSIONES COGNITIVAS					
	Muestra clínica	26	4	70	48.96	18.451
Componente conductual	Muestra no clínica	781	0	66	15.99	14.253
	PRÁCTICAS ALIMENTICIAS					
	Muestra clínica	26	10	50	37.35	11.778
	Muestra no clínica	781	0	50	10.86	11.059
Componente conductual	PRÁCTICAS DE MODIFICACIÓN DEL CUERPO					
	Muestra clínica	26	0	20	12.73	6.341
	Muestra no clínica	781	0	19	3.07	3.606
	MENSAJES VERBALES					
Componente conductual	Muestra clínica	26	0	10	5.08	3.520
	Muestra no clínica	781	0	10	1.26	1.942
	INVERSIÓN DE TIEMPO Y DINERO					
	Muestra clínica	26	1	30	21.19	8.741
Componente conductual	Muestra no clínica	781	0	30	6.10	6.327

En la tabla 22 vemos los estadísticos descriptivos de la escala ECIC desglosados de acuerdo a los subcomponentes que la conforman haciendo una diferenciación entre las dos muestras: clínica y no clínica. De este modo podemos apreciar que existe una diferencia significativa entre las medias obtenidas para los dos grupos y son en todos los casos los puntajes mayores en el grupo de mujeres diagnosticadas con alguno de estos dos trastornos alimenticios (AN o BN) que aquellas que no tienen ningún trastorno de este tipo.

Si desglosamos este análisis de acuerdo a los componentes podemos ver que dentro del *componente afectivo* existe una diferencia de 24.8 (muestra clínica = 39.19; muestra no clínica = 14.39) puntos entre las medias correspondientes al subcomponente de “Insatisfacción con la imagen corporal” conformado por 10 ítems y de 15.71 en el subcomponente de “Comparación social” con 6 ítems (muestra clínica = 22.65; muestra no clínica = 6.94). El *componente cognitivo* conformado por 14 ítems correspondientes a las “distorsiones cognitivas” muestra una diferencia de 32.97 entre las medias de ambos grupos (muestra clínica = 48.96; muestra no clínica = 15.99).

El último componente, el *componente conductual*, está conformado por los subcomponentes “Prácticas Alimentarias” que cuenta con 10 ítems, en donde se aprecia una diferencia entre las medias de los puntajes obtenidos en ambos grupos de 26.49 (muestra clínica = 37.35; muestra no clínica = 10.87); el subcomponente “Prácticas de Modificación del Cuerpo” con 4 ítems, en donde esta diferencia es de 9.66 (muestra clínica = 12.73 ; muestra no clínica = 3.07); el subcomponente “Mensajes Verbales” con el menor número de reactivos (2) para el cual la diferencia de las medias es también la más baja; 3.82 (muestra clínica = 5.08; muestra no clínica = 1.26); y por último, el subcomponente “Inversión de tiempo y dinero” que consta de 6 ítems y en el cual la diferencia entre el promedio para la muestra clínica y no clínica es de 19.09 (muestra clínica = 21.19; muestra no clínica = 6.10).

Discusión

El instrumento en su carácter formal es una escala de tipo Likert que consta de 52 reactivos orientados a medir la imagen corporal en los trastornos de conducta alimentaria, Anorexia (AN) y Bulimia Nerviosa (BN). La escala puede ser administrada de forma individual o colectiva; en promedio, los sujetos evaluados se demoraron entre 8 y 12 minutos en completarla.

Los reactivos fueron diseñados basándose en la revisión bibliográfica detallada del fenómeno, utilizando métodos lógicos para crear un modelo.

La tabla es un resumen en el cual se presenta la cantidad de ítems de acuerdo a su estructura:

Estructura del ECIC

COMPONENTES	INDICADORES	SUB INDICADORES	N° DE ÍTEMS
Componente Afectivo	Insatisfacción con la Imagen corporal	Comparación social	10
			6
Total			16
Componente Cognitivo	Distorsiones cognitivas		14
Total			14
Componente Conductual	Conductas	Prácticas alimenticias	10
		Prácticas de modificación del cuerpo	4
		Mensajes Verbales	2
		Inversión de tiempo y dinero	6
Total			22

COMPONENTES	INDICADORES	SUB INDICADORES	ITEMS
Componente afectivo	Insatisfacción con la Imagen corporal		1,5,11,17,20,25,28,41,46,48
	Comparación social		2,6,12,21,42,52
Componente cognitivo	Distorsiones cognitivas		7,13,18,32,33,37,22,26,50,34,38,43,47,51
		Prácticas alimenticias	3,9,8,14,19,23,30,35,44,24
		Prácticas de modificación del cuerpo	36,27,45,49
Componente conductual	Conductas	Mensajes Verbales	10, 40
		Inversión de tiempo y dinero	4,15,16,29,31,39

Los análisis conducidos en este estudio se basan en la Teoría Clásica de los Test de acuerdo a la cual resultados obtenidos avalan la adecuación de las propiedades psicométricas de los ítems para medir el constructo en cuestión, y la validez y confiabilidad del instrumento como tal.

Los distintos análisis realizados indican que la Imagen Corporal es un constructo que tiene un comportamiento unidimensional; es decir, se ha encontrado un solo rasgo latente en la base de todos los reactivos evaluados coincidiendo con lo hallado en el análisis de otras pruebas que miden constructos similares como el Body Shape Questionnaire (BSQ); sin embargo, hemos de recordar que esto no quiere decir que respondan a un único proceso psicológico, si no que existe una gama de procesos implicados de la misma forma en las respuestas al conjunto total de ítems (Bejar, 1983).

La prueba que hemos diseñado está encaminada a medir tres de los cuatro componentes en los que coinciden en resaltar la mayor parte de la teoría al respecto: afectivo o emocional, cognitivo y conductual; dejando de lado el aspecto perceptual dado que haría falta otro tipo de instrumento para medirlo. Así, los resultados del análisis de los componentes principales de la prueba como generalidad apuntan a organizar los reactivos en dos factores, el primero de los cuales agrupa aquellos destinados a la evaluación de los aspectos emocionales y cognitivos, y el segundo, de los conductuales. Esta distribución se asemeja teóricamente a lo propuesto por Thompson (1990) .

Los resultados de validez de criterio evidencian que existe una correlación alta con las dos pruebas de tamizaje (EDI-3 y BSQ), sin embargo las correlaciones más significativas se presentan en dos escalas principales del EDI-3 , escala de Obsesión por la delgadez y escala Insatisfacción corporal; en los resultados se observa que en la escala principal Bulimia (B) correlacionado con los componentes del ECIC, muestran puntuaciones no tan elevadas como esperábamos pero continúan siendo significativas para evaluar bulimia nerviosa; sin embargo. las correlaciones con el BSQ son de un nivel mucho más elevado que las del EDI-3, demostrando que la ECIC puede evaluar aspectos de insatisfacción corporal y preocupación por el peso manifestado en malestar psicológico, sentimientos de desagrado e insatisfacción con respecto a cuerpo, errores cognitivos acerca del cuerpo y conductas de riesgo.

Conclusiones

PRIMERA. Los valores obtenidos en el análisis de las propiedades psicométricas de la prueba la validan como una herramienta de evaluación adecuada del riesgo de desarrollar Anorexia o Bulimia nerviosa.

SEGUNDA. El producto final es una escala que cuenta con 52 ítems que miden los aspectos emocionales (16), cognitivos (14) y conductuales (22) que convergen para formar la Imagen Corporal.

TERCERA. Los ítems pertenecientes al ECIC son considerados válidos en contenido y tienen relación lógica y coherente con lo que se pretende medir.

CUARTA. La escala es confiable ya que alcanza un valor muy alto (alfa de Cronbach = .982).

QUINTA. La escala ECIC es confiable. Además, se pudo comprobar que la Imagen Corporal es fundamentalmente unidimensional y posee dos componentes: Emocional-Cognitivo y Conductual que explican el constructo.

SEXTA La escala ECIC muestra una alta correlación con dos pruebas de tamizaje que evalúan Trastornos de la Conducta Alimentaria del mismo tipo, el EDI-3 y BSQ es alto en ambas (.750 y .861 respectivamente) indicando que la escala ECIC es una prueba de confianza a la hora de evaluar posibles trastornos alimentarios, en específico Anorexia y Bulimia Nerviosa.

SÉPTIMA. Existe una diferencia significativa en la Imagen Corporal de la muestra de mujeres diagnosticadas con Anorexia o Bulimia Nerviosa y la población sin ningún tipo de trastorno.

Sugerencias

PRIMERA Analizar las propiedades psicométricas de ECIC expandiendo la muestra a otros grupos etarios para poder ampliar el rango de aplicación de la prueba, especialmente en mujeres mayores de 24 años, el límite superior de nuestra muestra.

SEGUNDA Se sugiere promover investigaciones relacionadas con la construcción y validación de instrumentos psicológicos que midan la influencia del modelo estético corporal, con el objetivo de contar con pruebas estandarizadas que aporten en el diagnóstico, prevención e intervención de los TCA.

TERCERA Realizar en análisis factorial confirmatorio con la finalidad de determinar si el número de factores obtenidos y sus cargas factoriales en la estructura interna establecida en el análisis factorial exploratorio corresponden a la teoría sobre los TCA.

CUARTA Se sugiere analizar las propiedades psicométricas de ECIC en muestra clínica que presente patología dual o comorbilidad con el trastorno.

Limitaciones

PRIMERA Al estudiar los trastornos de la conducta alimentaria nos encontramos con la tarea de afrontar la tendencia a la negación o minimización del problema que son características del trastorno lo que hace el acceso del investigador a este tipo de población tanto más complicado. Por este motivo, así como por la relativamente baja prevalencia de la Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN) es que nuestra muestra clínica representa un porcentaje mucho menor comparado a la muestra no clínica.

SEGUNDA No existen muchas investigaciones relacionadas con la construcción de instrumentos en nuestro país.

Referencias

- Alfaro, J., y Santibáñez, J. (2015). Diseño y propiedades psicométricas de un instrumento para evaluar habilidades de comprensión lectora en estudiantes de tercer año básico. *Estudios pedagógicos. Universidad Austral de Chile*, 9-23.
- Alvárez-Moya, E., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Vallejo, J., Krug, I., y Bulik, C. (2007). Comparison of personality risk factors in bulimia nervosa and pathological gambling. *Compr Psychiatry*, 452-457.
- Anderluh, M., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., y Treasure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. *Am J Psychiatry*, 242-247.
- Argumedo, D., Nóbrega, M., Bárrig, P., y Otiniano, F. (2016). *Criterios Homologados de Investigación en Psicología (CHIP) Investigaciones instrumentales. Versión 1.0*. Lima: Departamento de Psicología PUCP.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ballester, D., De Gracia, M., Patiño, J. S., y Ferrer, M. (1999). Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes:.
- Bartlett, M. (1950). Tests of significance in factor analysis. *British Journal of Psychology*, 77-85.
- Bay, L., Rausch, C., Kovalskys, I., Berner, E., Orellana, L., y Bergesio, A. (2005). Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. *Archivos de Pediatría*, 305-316.
- Beato, L., Rodríguez, T., Belmonte, A., y Martínez, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents. A Spanish community-based longitudinal study. *European child & adolescent psychiatry*, 287-294.
- Behar, R., y Arancibia, M. (2014). DSM-V y los trastornos de conducta alimentaria . *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 22-33.
- Bejar, I. (1983). *Achievement testing: Recent advances*. California: Sage.
- Berlucchi, G., y Aglioti, S. (20 de Diciembre de 1997). The body in the brain: neural bases of corporeal awareness. *Trends Neurosciences*, págs. 560-564.
- Bulik, C., Sullivan, P., Fear, J., y Joyce, P. (1997). Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatr Scand*, 101-107.
- Bushnell, J., Wells, J., Hornblow, A., Oackley-Browne, M., y Joyce, P. (1990). Prevalence of three Bulimia Syndromes in the general population. *Psychological Medicine*, 671-680.

- Buunk, A., y Gibbons, F. (2007). Social comparison: The end of a theory and the emergence of a field. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 3-21.
- Buunk, B., y Brenninkmeyer, V. (2000). *Social comparison processes among depressed individuals: Evidence for the evolutionary perspectiva on involuntary subordinate strategies? en Subordination and defeat*. Londres:: Lawrence Erlbaum Associates.
- Buunk, B., y Gibbons, F. (1997). Social Comparison in Health and Illness: A Historical Overview. *Perspectives from social comparison theory*, 1-20.
- Cash, T. (1991). *Body image therapy: a program for self-directed change*. Nueva York: Guilford.
- Cash, T. (1995). *What do you see when you look in the mirror? Helping yourself to a positive body image*. New York: Bantam books.
- Cash, T. (2011). Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image. En C. y. (Eds.), *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (págs. 39-47). New York: Guilford Press.
- Cash, T. F., y Pruzinsky, T. (2002). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press: Guilford Press.
- Cash, T. P. (1990). *Body images: development, deviance and changes*. Nueva york: Guilford Press.
- Cash, T., y Brown, T. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behavior Modification*, 487-521.
- Cash, T., y Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance and changes*. Nueva york: Guilford Press.
- Cash, T., y Pruzinsky, T. (2002). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press: Guilford Press.
- Cash, T., y Smolack, L. (2011). *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention (2nd edition)*. New York: Guilford Press.
- Cattarin, J., Thompson, J., Thomas, C., y Williams, R. (2000). Body image,mood, and televised images of attractiveness: The role of social comparison. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 220-239.
- Cerny, B., y Kaiser, H. (1977). A Study Of A Measure Of Sampling Adequacy For Factor-Analytic Correlation Matrices. *Multivariate Behavioral Research*, 43-47.
- Cooper, P. T. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 485-495.

- Davison, T. M. (2006). Adolescent body image and psychosocial functioning. *Journal of social psychology*. , 15-30.
- Davison, T., y McCabe, M. (2006). Adolescent body image and psychosocial functioning. *Journal of social psychology*., 15-30.
- Delgado, A. (2009). *Severidad de síntomas de trastornos alimenticios, estrato socioeconómico y exposición a los medios de comunicación (tesis de licenciatura)*. Arequipa: Universidad Católica de Santa María.
- Delgado-Rico, E., Carretero-Dios, H., y Ruch, W. (2012). Content validity evidences in test development: An applied perspective. *Intern J Clin Health Psych*, 449-460.
- Delinsky, S. (2011). Body image and anorexia nervosa . En T. S. Cash, *Body Image, Second Edition: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (págs. 279-287). New York : Guilford Press.
- Dohnt, H. K. (2006). Body image concerns in young girls: The role of peers and media prior to adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 141-152.
- Dohnt, H., y Tiggemann, M. (2006). Body image concerns in young girls: The role of peers and media prior to adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 141-152.
- Domecq, G. (2010). *“Construcción y Validación de una escala para medir el Compromiso Paterno”*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Eguíluz, U., y Segarra, R. (2005). *Introducción a la Psicopatología*. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación.
- Fairburn, C. (1995). *Overcoming Binge Eating*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. Z. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry*, 468-476.
- Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H., y Welch, S. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry*, 468-476.
- Fandiño, A., Giraldo, S., Martínez, C., Paola, C., y Espinosa, R. (2007). Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 344-351.
- Favaro, A., Ferrara, S., y Santonastaso, P. (2003). The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. *Psychosomatic Medicine*, 701-708.
- Feingold, A., y Mazzella, R. (1 de Mayo de 1998). Gender Differences in Body Image Are Increasing. *Psychological Science*, págs. 190-195.

- Fernández-Aranda, F. (2007). Individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: an analysis of associated eating disorder factors. *Appetite*, 476-485.
- Fernández-Aranda, F. (2007). Symptom profile of major depressive disorder in women with eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 24-31.
- Fernández-Aranda, F. (2008). Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Res*, 147-157.
- Fernández-Aranda, F., Krug, I., Granero, R., Ramon, J., Badia, A., y Giménez, L. (2007). Individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: an analysis of associated eating disorder factors. *Appetite*, 476-485.
- Fernández-Aranda, F., Pinheiro, A., Thornton, L., Berrettini, W., Crow, S., y Fichter, M. (2008). Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Res*, 147-157.
- Fernández-Aranda, F., Pinheiro, A., Tozzi, F., Thornton, L., Fichter, M., Halmi, K., (2007). Symptom profile of major depressive disorder in women with eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 24-31.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 117-140.
- Fisher, S. (1990). *The Evolution of Psychological Concepts about the Body*". New York: The Guilford Press.
- Gardner, R., Stark, K., Friedman, B., y Jackson, N. (1999). Body-size estimations in children six through fourteen: a longitudinal study. *Perceptual and motor skills*, 199-205.
- Garfinkel, P., Lin, E., y Goering, P. (1996). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *AM. J. Psychiatry*, 1052-1058.
- Garner, D. (2010). *EDI-3 Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-3*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gil, E. (2005). *Anorexia y Bulimia: discursos médicos y discursos de las mujeres diagnosticadas (tesis doctoral)*. Granada: Universidad de Granada.
- Gilbert, P. P. (1995). Social comparison, social attractiveness and evolution: How might they be related? 149-165. *New Ideas in Psychology*, 149-165.
- Gilbert, P., y Miles, J. (2002). *Body Shame : Conceptualisation, research and treatment*. New York: BrunnerR-Routledge.
- Gilbert, P., Price, J., y Allan, S. (1995). Social comparison, social attractiveness and evolution: How might they be related? 149-165. *New Ideas in Psychology*, 149-165.

- Graziano, M. (1999). Where is my arm? The relative role of vision and proprioception in the neuronal representation of limb position. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 1041-1042.
- Guerrero, D. (2008). *Adaptación del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) en una muestra de adolescentes de 16 a 20 Años De Lima Metropolitana (Tesis de Pregrado)*. Lima.
- Guilford, J. (1954). *Psychometrics Methods*. New York: McGraw-Hill.
- Hernandez, R., Fernandez, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación. 6ta. Ed.* México: McGraw Hill.
- Hoek, H., y Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 383-396.
- Hyman, H. (1942). The psychology of status. *Archives of Psychology*, 269 - 94.
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. (2002). *Estudio Epidemiológico Metropolitano En Salud Mental 2002: Informe General*, . Arequipa: Anales de Salud Mental.
- Jaffe, K., y Worobey, J. (2006). Mother´s attitudes toward fat, weight, and dieting in themselves and their children. *Elsevier Body Image*, 113-120.
- Jakatdar, T., Cash, T., y Engle, E. (2 de Noviembre de 2006). Body-image thought processes: The development and initial validation of the Assessment of Body-Image Cognitive Distortions. *National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine*, págs. 325-333.
- Jorgensen, H. (2007). Studies on the neuroendocrine role of serotonin. *Dan Med Bull.*, 266-88.
- Kaye, W., Bulik, C., Thornton, L., Babarich, N., Masters, K., y Collaborative, G. T. (2004). Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 2215-2221.
- León, I., y Montero, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 847-862.
- Lilenfeld, L., Kaye, W., Greeno, C., Merikangas, K., Plotnicov, K., Pollice, C., (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*, 603-610.
- Loreto, M., Zubarew, T., Silva, P., y Romero, M. (2006). Prevalencia De Riesgo De Trastornos Alimentarios En Adolescentes Mujeres Escolares De La Región Metropolitana. *Revista Chilena de Pediatría*, 153-160.

- Lugli, Z., y Vivas, E. (2006). Conductas Y Actitudes Sugestivas De Riesgo De Trastornos Del Comportamiento Alimentario En Estudiantes Universitarios Venezolanos. *Revista de la Facultad de Medicina*.
- Matto, H. (1997). An integrative approach to the treatment of women with eating disorders. *Arts in Psychotherapy*, 346-354.
- Micali, N., Holliday, J., Karwautz, A., Haidvogel, M., Wagner, G., Fernández-Aranda, F., y al., e. (2007). Childhood eating and weight in eating disorders: a multi-centre European study of affected women and their unaffected sisters. *Psychother Psychosom*, 234-241.
- Miranda, L. (2016). *Prevalencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo en enero del 2016 (Tesis de pregrado) Universidad Mayor de San Marcos*. Lima.
- Palpan, J., Jiménez, C., Garay, J., y Jiménez, V. (2007). Factores Psicosociales Asociados A Los Trastornos De Alimentación En Adolescentes De Lima. *Psychology*, 18(4):1-25.
- Pamies, A., Marcos, Y., y Castaño, M. (2011). Study of risk of eating disorders in a representative sample of adolescents. *136-139*, Med Clin-Barcelona.
- Pelaez Fernández, M., Labrador Encinas, F., y Raich Escursell, R. (2006). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. En J. M. Mancilla, *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica* (págs. 89-122). Buenos Aires: Manual Moderno.
- Perpiñá, C., y Baños, R. (1 de Junio de 1990). Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes. *Anales de psicología de Universidad de Murcia*, págs. 1-9.
- Polivy, J., y Herman, P. (2004). Sociocultural Idealization of Thin Female Body Shapes: An Introduction to the Special Issue on Body Image and Eating Disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*.
- Prieto, A., y Muñoz Najar, A. (2015). *Bienestar subjetivo e Imagen Corporal en estudiantes universitarias de Arequipa (Tesis de Pregrado)*. Universidad Católica Santa María. Arequipa.
- Pruzinsky, T., y Cash, T. (1990). *Integrative themes in body-images development, deviance, and change*. New York: Guilford Press.
- Pruzinsky, T., y Cash, T. (2002). *Understanding body images: Historical and contemporary perspectives*. New York: T. F. Cash & T.
- Raich, R. (2000). Imagen corporal. En R. Raich, *Imagen corporal* (pág. 5). Madrid: Pirámide.

- Raich, R. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, (págs. 15-27).
- Rodin, J., Silberstein, L., y Striegel-Moore, R. (1985). Women and weight: A normative . *Nebraska Symposium on Motivation*, 267-307.
- Rodriguez, J. (2016). *Alteraciones de la imagen corporal*. Madrid: Sintesis.
- Rosen, J. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 143-166.
- Sacco, W., y Beck, A. (1995). *Handbook of depression*. New York: The Guilford Press.
- Sassano, M. (2003). *Cuerpo tiempo y espacio: Principios básicos de las psicomotricidad*. Buenos Aires: Stadium.
- Schilder, P. (1923). *Das Korper Schema. En Beitragzur Lehre von Bewusstsein des eigenenen Korpers*. . Berlín: J Springer.
- Schilder, P. (1935). *The image and appearance of the human body: Studies in the constructive energies of the psyche*. New York: N.Y: International Universities Press.
- Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press.
- Seid, R. P. (1994). Too "close to the bone" the historical context for women's obsession with slenderness. En M. A. Patricia Fallon, *Feminist Perspectives on Eating Disorders* (págs. 3-16). Nueva York: The Guilford Press.
- Smolak, L., y Thompson, J. (2009). Body image, eating disorders, and obesity in youth. *American Psychological Association: Washington DC*, 389.
- Stein, D., y Laakso, W. (1988). Bulimia: A historical perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 201-210.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for Eating Pathology: a Meta-Analysis review. *Psychological Bulletin*, 825-848.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., y Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am J Psychiatry*, 393-401.
- Tejada, L. F. (2009). *insatisfacción corporal, distorsión en la percepción del peso e índice de masa corporal en adolescentes universitarias (tesis de licenciatura)*. Arequipa: Universidad Católica de Santa María.
- Thompson, J. (1990). *Body image disturbances: assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.

- Thompson, J. H.-D. (1999). *Exacting beauty: Theory, assesment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., y Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assesment, and treatment of body image disturbance*. Washington DC: American Psychological Association.
- Thompson, J., y Heinberg, J. (2002). The Media's Influence on Body Image Disturbance and Eating Disorders: We've Reviled Them, Now Can We Rehabilitate Them? *Journal of Social Issues* , 339-353.
- Thompson, J., y Stice, E. (2001). Thin-Ideal Internalization: Mounting Evidence for a New Risk Factor for Body-Image Disturbance and Eating Pathology. *Current Directions in Psychological Science*, 181-183.
- Thompson, J., Heinberg, L., Altabe, M., y Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assesment, and treatment of body image disturbance*. Washington DC: American Psychological Association.
- Thompson, J. (1995). Assessment of body image. En: Allison DB, editor. Handbook of assessment methods for eating beha-viors and weight related problems. Thousand Oaks: Sage 119-44.
- Thompson, J.(1995) Gray JJ. Development and validation of anew body-image assessment scale. *J Pers Assess* 258-69.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. S. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand*, 147-151.
- Toro, J., y Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Toro, J., Salamero, M., y Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand*, 147-151.
- Unikel-Santoncini, I., Bojorquez-Chapela, S., y Garcia, C. (2004). Validacion de un cuestionario breve paramedir conductas alimentarias de riesgo. (pág. 509). *Salud Pública de México*.
- Veale, D., y Neziroglu, F. (2010). *Body Dysmorphic Disorder: A Treatment Manual*. John Wiley & Sons.Ltd.
- Vigotsky, L. (1978). *El desarrollo de los procesos psicologicos superiores*. Barcelona: Grupo editorial Grijalbo.
- Walters, E., y Kendler, K. (1995). Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. *Am. J. Psychiatry*, 64-71.

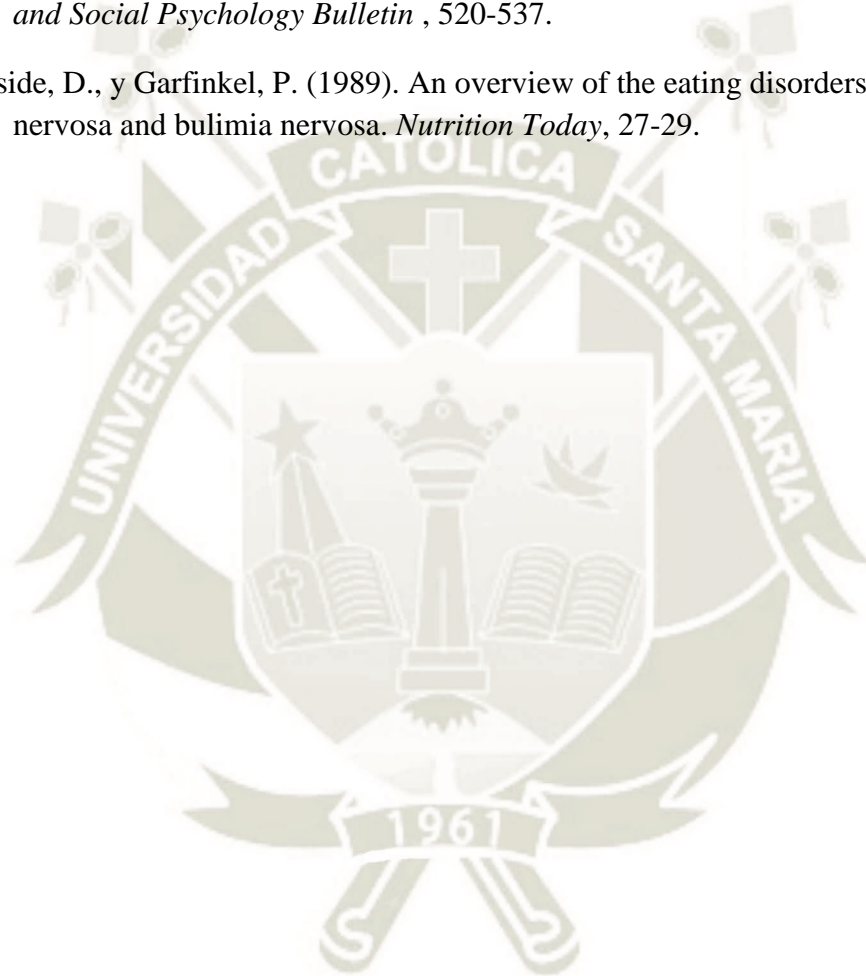
Wills, T. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological Bulletin*, 245-271.

Wood, J. (1996). What is social comparison and how should we study it? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 520-537.

Wood, J. V. (1989). Theory and research concerning social comparisons of personal attributes. *Psychological Bulletin*, 231-248.

Wood, J. V. (1996). What is social comparison and how should we study it? . *Personality and Social Psychology Bulletin* , 520-537.

Woodside, D., y Garfinkel, P. (1989). An overview of the eating disorders anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Nutrition Today*, 27-29.



Anexos

ESCALA PARA EVALUAR COMPONENTES DE LA IMAGEN CORPORAL

IMAGEN CORPORAL:

Representación mental de la conciencia corporal de cada persona a modo de diagrama (Raich, 2004) que implica, perceptivamente, imágenes y valoraciones sobre las características del cuerpo (forma, tamaño, etc.); cognitivamente, la atención focalizada en el cuerpo, las creencias asociadas al cuerpo y la experiencia corporal; y emocionalmente, las experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción y otros correlatos relacionados a la apariencia física y experiencia corporal. (Cash, 1990)

Definición operacional:

Experiencia subjetiva de tipo valorativa, emocional, cognitiva y conductual sobre el cuerpo en relación al ideal hegemónico de delgadez transmitido socioculturalmente.

TABLA RESUMEN DEL INSTRUMENTO INICIAL

COMPONENTES	INDICADORES	SUB INDICADORES	ITEMS
Componente afectivo	Insatisfacción con la Imagen corporal		1,7,13,19,25,31,36,49,54,45,56,40,58,60
	Comparación social		2,8,14,20,26,61,50
Componente cognitivo	Distorsiones cognitivas		3,27,33,9,21,42,46,15,51,55,59,41
Componente conductual	Conductas	Prácticas alimenticias	4,11,10,16,22,28,38,43,52,30
		Prácticas de modificación del cuerpo	6,44,35,57,53,24
		Mensajes Verbales	12,48,32
		Inversión de tiempo y dinero	34,23,5,29,17,18,37,39,47

VALIDACIÓN POR JUECES

Nombre:..... Años de experiencia profesional:.....

Lugar de

trabajo:.....Especialidad:.....

Hoja de instrucciones para la evaluación

Colocar en las casillas el número 1, 2, 3, 4 y/o 5 según su apreciación certificado

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2. Bajo nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este por tanto puede ser remplazado
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante, pero puede ser reemplazado por otro ítem
	4. Alto nivel	El ítem es relevante y puede ser incluido
	5. Muy alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2. Bajo nivel	El ítem tiene una relación secundaria con la dimensión

dimensión o indicador que están midiendo	3. Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo
	4. Alto nivel	El ítem tiene relación lógica con la dimensión
	5. Muy alto nivel	El ítem tiene relación principal y fundamental con la dimensión



COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	N°	ITEM	RELEVANCIA	COHERENCIA
EMOCIONAL	INSATISFACCIÓN CORPORAL	1	Me siento mal conmigo misma porque no tengo la figura que quiero.	0.8	0.8
		7	Siento un miedo intenso ante la idea de engordar.	0.9	0.9
		13	Me avergüenzo de mi figura.	0.9	0.9
		19	Me siento frustrada por no poder tener la figura que deseo.	0.8	0.8
		25	Me sentiría mal conmigo misma si subiera de peso.	0.9	0.8
		31	Siento ansiedad a la hora del almuerzo porque me asusta excederme en mi consumo de calorías.	0.8	0.8
		36	Siento un miedo intenso ante la idea de haber subido de talla	0.8	0.7
		49	Me siento incómoda con mi cuerpo cuando escucho conversaciones sobre el peso.	0.9	0.8

		54	Me siento culpable si como alimentos que me puedan engordar.	0.8	0.8
		45	Me siento presionada a comer más de lo que me gustaría cuando estoy en publico	0.8	0.8
		56	Me siento incomoda observando mi cuerpo en el espejo	0.9	0.9
		40	Me preocupa la cantidad de alimentos que pueda verme obligada a comer	0.8	0.8
		58	Me preocupa cómo me ven los demás	0.9	0.9
		60	Alguna vez he sentido miedo de que mi pareja se fije en alguien más delgada	0.7	0.7
	COMPARACIÓN	8	"Envidia" la figura de las modelos publicitarias o de pasarela.	0.9	0.9

		2	Estar alrededor de personas más delgadas que yo reduce mi confianza.	0.8	0.8
		14	Ver a una mujer delgada me hace pensar en las zonas de mi cuerpo que desearía reducir	0.6	0.6
		20	Observo en otras personas las partes que no me agradan de mi cuerpo	0.6	0.6
		26	Generalmente me siento menos atractiva que las personas a mi alrededor.	0.8	0.8
		61	"Envidia" a las personas que pueden dejar de comer para bajar de peso.	0.9	0.9
		50	No puedo dejar de sentirme nerviosa ante la presencia de personas delgadas.	0.8	0.8
COGNITIVO	DISTORCIONES COGNITIVA	3	A la mayoría de hombres les resulta más atractiva una mujer de cuerpo delgado	0.7	0.7

	27	Las mujeres delgadas tienen más oportunidades de éxito	0.9	0.9
	33	Las personas deberían preocuparse más por su figura.	0.9	0.9
	9	Los hombres se fijarían en mí si fuera más delgada.	0.8	0.8
	21	Cuando veo a alguien con sobrepeso pienso que probablemente es una persona descuidada.	0.8	0.8
	42	Las mujeres sólo deberían usar bikini si están en forma.	0.8	0.8
	46	La gente prefiere a las mujeres delgadas.	0.9	0.9
	15	A menudo pienso que me iría mejor si mi cuerpo se viera como el de las modelos.	0.7	0.7
	51	Las mujeres que no son delgadas, no son atractivas.	0.9	0.9
	55	Las mujeres delgadas son más felices en sus relaciones de pareja.	0.9	0.9

		59	Nadie me va considerar atractiva si no estoy “en forma”	0.9	0.9
		41	Si una mujer no es delgada es porque no se esfuerza lo suficiente.	0.8	0.8
CONDUCTUAL	PRÁCTICAS ALIMENTICIAS	4	Controlo la cantidad de calorías de los alimentos que voy a consumir.	0.8	0.8
		11	Al elegir mis alimentos me aseguro de que sean bajos en calorías.	0.9	0.9
		10	Sigo una dieta drástica cuando necesito perder peso rápidamente.	0.9	0.9
		16	He seguido dietas adelgazantes en varias ocasiones durante el último año.	0.9	0.9
		22	Intento reducir la sensación de hambre bebiendo líquidos en lugar de comer.	0.9	0.9
		28	He eliminado alimentos de mi dieta (grasas y	0.9	0.9

		carbohidratos) para perder peso.			
	38	Cuando salgo a comer o al cine pido bebidas light.	0.8	0.8	
	43	Ayuno y/o como muy poco para perder peso rápidamente.	0.9	0.9	
	52	Limito la cantidad de alimentos que consumo durante el día.	0.9	0.9	
	30	Evito en lo posible comer alimentos que engorden.	0.9	0.8	
	PRÁCTICAS DE MODIFICACIÓN DEL CUERPO	Me he sometido a tratamientos o cirugías estéticas para reducir el tamaño de mi cintura	0.6	0.6	
		44	He usado laxantes o diuréticos para bajar de peso, durante el último año.	0.8	0.8
		35	He utilizado productos para reducir medidas o grasa localizada.	0.9	0.9

		57	Después de haber comido suelo vomitar para no ganar peso	0.8	0.8
		53	Intento aumentar mi actividad física cada día, para bajar de peso.	0.9	0.9
		24	Realizo ejercicios enfocados en reducir medidas de zonas puntuales de mi cuerpo	0.7	0.7
	MENSAJES VERBALES	12	Cada vez que bajo de peso, pregunto a mis amigas si lo notan.	0.9	0.9
		48	Mis amigas y yo compartimos dietas o tips para reducir medidas.	0.9	0.9
		32	Converso con mis amigas frecuentemente acerca del peso	0.6	0.6

INVERSIÓN DE TIEMPO Y DINERO	34	Compro prendas de vestir que me hagan ver más delgada	0.7	0.7
	23	Compro ropa que oculte mi cuerpo	0.6	0.6
	5	Dedico mi tiempo a buscar imágenes de mujeres que tengan el cuerpo que quiero obtener.	0.8	0.8
	29	He comprado uno o más productos que he visto en infomerciales para reducir medidas	0.7	0.7
	17	Mi lista de compras ha cambiado para adecuarse a una dieta adelgazante.	0.8	0.8
	18	En mis tiempos libres busco información sobre métodos para bajar de peso.	0.9	0.9
	37	Controlar el propio peso diariamente es una buena práctica.	0.9	0.9

		39	Constantemente estoy planificando actividades que me ayuden a bajar de peso.	0.9	0.9
		47	Dedico bastante tiempo para buscar y preparar una dieta baja en calorías.	0.9	0.9

¿Hay alguna dimensión que forma parte del constructo y no fue evaluada? ¿Cuál?

.....

SUGERENCIAS

.....

.....
FIRMA

Arequipa, Febrero del

2017

Inventario de trastornos de conducta alimentaria EDI-3

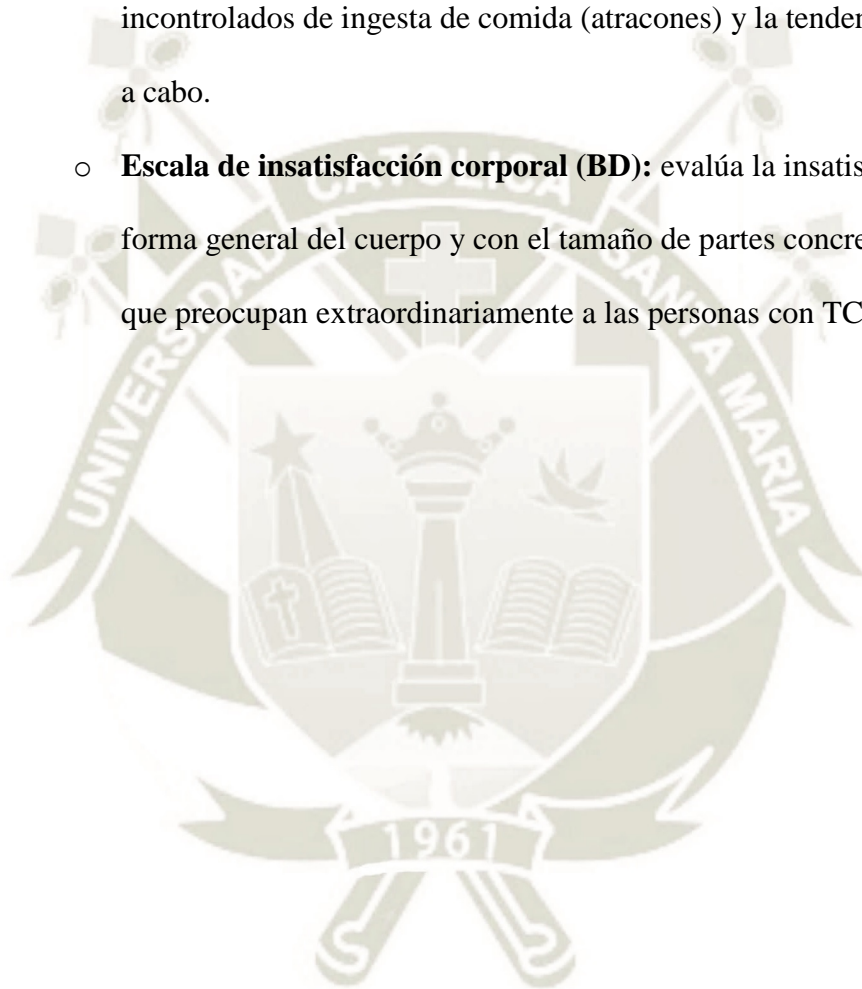
Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI-3 fue creado por Garner (2010), es un autoinforme utilizado para evaluar los rasgos y constructos psicológicos que son clínicamente relevantes en personas con TCA, consta de 91 ítems divididos en índices y escalas (tabla 5) con respuestas en escala Likert, de 1 el mínimo y 6 el máximo. La prueba puede ser aplicada desde los 12 años en adelante en muestra clínica y desde los 10 años en muestra no clínica.

Escalas e Índices del EDI-3

Escala	Índice
Obsesión por la delgadez (DT)	Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (EDRC)
Bulimia(B)	
Insatisfacción corporal(BD)	
Baja Autoestima(LSE)	Ineficacia (IC)
Alienación personal(PA)	
Inseguridad interpersonal(II)	Problemas interpersonales (IPC)
Desconfianza interpersonal(IA)	
Déficits interoceptivos(ID)	Problemas afectivos (APC)
Desajuste emocional(ED)	
Perfeccionismo(P)	Exceso de control (OC)
Ascetismo(A)	
Baja autoestima(LSE)	
Alienación personal(PA)	
Inseguridad interpersonal(II)	
Desconfianza interpersonal(IA)	
Déficit introceptivo(ID)	Desajuste psicológico general (GPMC)
Desajuste emocional(ED)	
Perfeccionismo(P)	
Ascetismo(A)	
Miedo a la madurez(MF)	

Escalas utilizadas en la investigación:

- **Escala Obsesión por la delgadez (DT):** Esta escala está orientada a evaluar el deseo extremo de estar delgado, la preocupación por la alimentación, la preocupación por el peso y el intenso temor a ganarlo.
- **Escala Bulimia (B):** evalúa la tendencia a pensar en realizar ataques incontrolados de ingesta de comida (atracones) y la tendencia de llevarlos a cabo.
- **Escala de insatisfacción corporal (BD):** evalúa la insatisfacción con la forma general del cuerpo y con el tamaño de partes concretas del mismo que preocupan extraordinariamente a las personas con TCA.



BSQ, Cuestionario sobre la forma corporal creado por Cooper, adaptación de Prieto y Muñoz Najar (Prieto & Muñoz Najar, 2015)

El BSQ fue creado para evaluar la distorsión por la imagen corporal, centrándose en la preocupación por la forma del cuerpo (Cooper, 1987). El instrumento consta de 34 ítems orientados en preguntas sobre la imagen corporal en una escala Likert, que se puntúa de 1 como puntaje mínimo y 6 el puntaje máximo.

Los puntajes del BSQ tienen un rango de 34 a 204 puntos en la escala total, la cual se utilizó para el presente estudio, con la validación que realizó (Prieto & Muñoz Najar, 2015) en la ciudad de Arequipa; se evaluó a 100 estudiantes mujeres de la Universidad La Salle, Arequipa; los resultados mostraron que es un instrumento válido, con un alfa de Cronbach de 0.921 para la escala total. Para el factor 1, insatisfacción corporal, el alfa resultó 0.871 y para el factor 2, preocupación por el peso, el alfa resultó 0.876, haciendo al BSQ un instrumento confiable.

ESCALA DE LOS COMPONENTES DE LA IMAGEN CORPORAL

FECHA DE EVALUACIÓN _____

EDAD _____ PESO _____ TALLA _____

Lea con atención los siguientes ítems y marque con una cruz (x) su respuesta de acuerdo a que tanto, o no, se identifica típicamente con lo enunciado. Tiene 6 opciones de respuesta: (0) totalmente en desacuerdo, (1) medianamente en desacuerdo, (2) ligeramente en desacuerdo, (3) ligeramente de acuerdo, (4) medianamente de acuerdo, (5) totalmente de acuerdo. Es importante que recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, responda con la mayor sinceridad posible y asegúrese de no dejar ítems sin responder.

N°		TOTALMENTE EN DESACUERDO	MEDIANAMENTE EN DESACUERDO	LIGERAMENTE EN DESACUERDO	LIGERAMENTE DE ACUERDO	MEDIANAMENTE DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
1	Me siento mal conmigo misma porque no tengo la figura que quiero	0	1	2	3	4	5
2	Estar alrededor de personas más delgadas que yo reduce mi confianza	0	1	2	3	4	5
3	Controlo la cantidad de calorías de los alimentos que voy a consumir	0	1	2	3	4	5
4	Dedico mi tiempo a buscar imágenes de mujeres que tengan el cuerpo que quiero obtener	0	1	2	3	4	5
5	Siento un miedo intenso ante la idea de engordar	0	1	2	3	4	5
6	"Envidio la figura de las modelos publicitarias o de pasarela	0	1	2	3	4	5
7	Los hombres se fijarían más en mi si fuera más delgada	0	1	2	3	4	5
8	Sigo una dieta drástica cuando necesito perder peso rápidamente	0	1	2	3	4	5
9	Al elegir mis alimentos me aseguro que sean bajos en calorías	0	1	2	3	4	5
10	Cada vez que bajo de peso pregunto a mis amigas si lo notan	0	1	2	3	4	5
11	Me avergüenzo de mi figura	0	1	2	3	4	5
12	Ver a una mujer delgada me hace sentir insegura conmigo misma	0	1	2	3	4	5
13	Me iría mejor en la vida si tuviera el cuerpo de la mujeres publicitarias y de pasarela	0	1	2	3	4	5
14	He seguido dietas adelgazantes en varias ocasiones durante el último año	0	1	2	3	4	5
15	Mi lista de compras ha cambiado para adecuarse a una dieta adelgazante	0	1	2	3	4	5
16	En mis tiempos libres busco información sobre métodos para bajar de peso	0	1	2	3	4	5
17	Me he sentido frustrada por no poder obtener la figura que deseo	0	1	2	3	4	5
18	Cuando veo alguien con sobrepeso pienso que probablemente es una persona "descuidada"	0	1	2	3	4	5

19	Intento reducir la sensación de hambre bebiendo liquido en lugar de comer	0	1	2	3	4	5
20	Me sentiría mal conmigo misma si subiera de peso	0	1	2	3	4	5
21	Generalmente me siento menos atractiva que las personas a mi alrededor	0	1	2	3	4	5
22	Tener kilos de más arruina las oportunidades de éxito en la vida	0	1	2	3	4	5
23	He eliminado alimentos de mi dieta(grasa, carbohidratos...)para perder peso	0	1	2	3	4	5
24	Evito en lo posible comer alimentos que engorden	0	1	2	3	4	5
25	Siento ansiedad a la hora del almuerzo porque me preocupa excederme en mi consumo de calorías	0	1	2	3	4	5
26	Las personas deberían preocuparse más por su figura	0	1	2	3	4	5
27	He utilizado productos para reducir medidas o grasa localizada	0	1	2	3	4	5
28	Siento un miedo intenso ante la idea de haber subido de talla	0	1	2	3	4	5
29	Controlar el propio peso continuamente es una buena práctica	0	1	2	3	4	5
30	Cuando salgo a comer o al cine pido bebidas light	0	1	2	3	4	5
31	Constantemente estoy planificando actividades que me ayuden a bajar de peso	0	1	2	3	4	5
32	Las personas se están fijando constantemente en la cantidad de alimentos que consumo	0	1	2	3	4	5
33	Si una mujer no es delgada es porque no se esfuerza lo suficiente	0	1	2	3	4	5
34	Las mujeres solo deberían usar bikini si están en forma	0	1	2	3	4	5
35	Ayuno y/o como muy poco para perder peso rápidamente	0	1	2	3	4	5
36	He usado laxante o diuréticos para bajar de peso, durante el último año	0	1	2	3	4	5
37	La gente me insiste para que coma más porque intentan sabotear mi dieta	0	1	2	3	4	5
38	La gente prefiere a las mujeres delgadas	0	1	2	3	4	5
39	Dedico bastante tiempo para buscar y preparar una dieta baja en calorías	0	1	2	3	4	5
40	Mis amigas y yo compartimos dietas o tips para reducir medidas	0	1	2	3	4	5
41	Me siento incomoda con mi cuerpo cuando escucho conversaciones sobre el peso	0	1	2	3	4	5
42	No puedo dejar de sentirme inquieta antes la presencia de personas delgadas	0	1	2	3	4	5
43	Las mujeres que no son delgadas no son atractivas	0	1	2	3	4	5
44	Restrinjo la cantidad de alimentos que consumo durante el día	0	1	2	3	4	5
45	Intento aumentar mi actividad física cada día, para bajar de peso	0	1	2	3	4	5
46	Me siento culpable si como alimentos que me puedan engordar	0	1	2	3	4	5
47	Las mujeres delgadas son más felices en sus relaciones de pareja	0	1	2	3	4	5
48	Me siento incomoda observando mi cuerpo en el espejo	0	1	2	3	4	5
49	Después de haber comido suelo vomitar para no ganar peso	0	1	2	3	4	5
50	La gente constantemente se fija y juzga mi cuerpo	0	1	2	3	4	5
51	Nadie me va considerar atractiva si no estoy en "forma"	0	1	2	3	4	5
52	Me gustaría tener la fuerza de voluntad de las personas que realizan dieta y ejercicios	0	1	2	3	4	5