



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**" VALIDACIÓN EN POBLACIÓN MEXICANA DEL
BODY SHAPE QUESTIONNAIRE: PARA
DETECTAR INSATISFACCIÓN CORPORAL "**

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA PRESENTA:

JESSIKA CECILIA GALÁN JULIO

DIRECTORA: DRA. ROSALÍA VÁZQUEZ ARÉVALO

ASESORES: MTRA. GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYÓN
DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ

PAPIIT IN301901



Tlalnepantla, Estado de México 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

*Por la vida y los milagros que realiza
segundo a segundo para disfrutarla.
Gracias **Dios**.*

*A ti que te debo gran parte de lo que soy,
gracias por no dejarme sola en ningún
momento, por darme un ejemplo de vida,
por tus consejos, tus regaños y por el
cariño que me demuestras todos los días,
te quiero **papá**.*

*A **Raksha**, por la responsabilidad que me
enseña a ejercer, y sobre todo por su
compañía.*

*A mi **mamá**, a quien dedico todo lo que he
logrado hasta este momento, gracias por
estar siempre conmigo, por apoyarme y
alentarme, pero sobre todo, gracias por
confiar en mi más que ninguna otra
persona. Te quiero mucho.*

*Para mis hermanos: **Rodolfo**, a quien
admiro por su perseverancia para lograr
todo lo que se propone. A **Lety** por su
paciencia y su cariño. A **Leo**, por
contagiarme sus loqueras y su rebeldía.
Gracias.*

*Por el amor, la confianza y la
comprensión que siempre me has
demostrado, Gracias **Israel**.*

Gracias, Adriana, Gina y Miriam por todos los momentos y los vicios que hemos compartido.

Al grupo Yeshúa y especialmente a Emmanuel, porque me han ayudado a encontrar la fuerza para seguir caminando. Gracias.

A mis amigas de la carrera, por su apoyo y su confianza. Gracias Bricia, Gaby, Miriam, Marisela y Norma.

A mi asesora Rosalía, por su confianza, su paciencia y todo lo que he aprendido de ella. Gracias.

A Gina, Juan Manuel, Xochitl y todas las personas que colaboran en el proyecto, por la ayuda que me han brindado para finalizar este trabajo y durante todo el tiempo que trabajé con ellos. Gracias.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
ANTECEDENTES TEÓRICOS	5
1. IMAGEN CORPORAL	5
1.1 Evolución de la estética corporal.....	5
1.2 Imagen corporal.....	6
1.3 Insatisfacción corporal.....	10
1.3.1 Factores involucrados en la insatisfacción corporal.....	13
1.4 Insatisfacción corporal y los Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	21
1.5 Evaluación de la imagen corporal.....	24
1.5.1 Evaluación del componente perceptual.....	25
1.5.2 Evaluación del componente conductual y subjetivo (cognitivo-afectivo)....	26
1.6 Body Shape Questionnaire (BSQ, Cuestionario de la figura corporal).....	30
2. PSICOMETRÍA EN LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	32
2.1 Psicometría.....	32
2.2 Confiabilidad.....	34
2.3 Validez.....	37
2.4 Propiedades psicométricas del BSQ.....	41
MÉTODO	49
Participantes.....	49
Instrumento.....	50
Procedimiento.....	50
Análisis de datos.....	51
RESULTADOS	53
DISCUSIÓN	68
CONCLUSIONES	77
REFERENCIAS	79

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue validar el instrumento Body Shape Questionnaire (BSQ), creado con la finalidad de evaluar la insatisfacción corporal, en población mexicana femenina. El estudio se llevó a cabo en dos fases. Para la primera se contó con una muestra comunitaria formada por 1310 estudiantes universitarias, en tanto que la muestra para la segunda fase incluyó un grupo de 215 mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria, y un grupo control de 256 mujeres. El rango de edad para las participantes de ambas fases fue de 11 a 30 años. Los resultados mostraron una excelente consistencia interna en las dos muestras ($\alpha = 0.95$ y $\alpha = 0.98$), así como una estructura de 2 factores que explicaron el 63.8% de la varianza total. Éstos son: 1) *Malestar con la imagen corporal*, y 2) *Insatisfacción corporal*. Respecto a la validez discriminante y predictiva, el BSQ mostró una buena capacidad de clasificar a individuos con Trastorno de la Conducta Alimentaria y control, en función de la insatisfacción corporal, y se observó que dicha capacidad es mayor cuando discrimina entre población que presenta trastorno alimentario específico (anorexia y bulimia) y control. Finalmente se exploraron 6 diferentes puntos de corte, de los cuales el de 110 fue el que demostró ser el más apropiado para la muestra mexicana, de acuerdo a sus valores de sensibilidad (84.3%) y especificidad (84.4%). En conclusión el BSQ posee una excelente confiabilidad, validez de constructo, discriminante y predictiva, por lo tanto, es un cuestionario de gran utilidad para detectar la insatisfacción corporal en población de mujeres mexicanas.

INTRODUCCIÓN

En la sociedad occidental actual se ha observado una creciente preocupación hacia la apariencia física, especialmente por cumplir con el estándar de "belleza" delgado, símbolo de éxito personal y profesional. Existen diversos factores involucrados en el surgimiento y mantenimiento de este fenómeno, tales como la cultura –quien juega un rol importante en la visión que se tiene de la apariencia del cuerpo– y la historia personal de los individuos, la cual incluye el contexto en el cual se desarrolla: familia, amigos, compañeros, quienes influyen en la conformación y valoración de la imagen corporal.

La imagen corporal está conformada por aspectos perceptivos, subjetivos y conductuales (Guthrie & Castelnuovo, 1994; Raich, 2000), mismos que pueden ser afectados por los factores internos y externos que rodean al individuo, permitiendo el nacimiento de la inconformidad con el aspecto físico. Dicha inconformidad puede ser manifestada a diferentes niveles: malestar normativo, insatisfacción corporal y Trastorno de la imagen corporal, citados éstos en orden de gravedad.

La insatisfacción corporal es un grado de malestar que no es considerado como normal, pero tampoco es tan severo como el Trastorno de la imagen corporal. Rosen (1992) la refiere como la devaluación de la apariencia física relativa a algún ideal (apariencia desagradable). La insatisfacción surge cuando el individuo rebasa el malestar normativo y su inconformidad se asocia o evoca conductas nocivas para la salud, incluso puede estar en riesgo de llegar a desarrollar un trastorno alimentario.

De acuerdo a ello se puede afirmar que la insatisfacción corporal es uno de los factores de riesgo más importantes para el surgimiento de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, ya que varios estudios han observado la relación que se mantiene entre ambos (Alvarez, Román, Manríquez & Mancilla, 1996; Mateo, 2002; Román, Mancilla, Alvarez & López, 1998). Por tal motivo el estudio acerca

de la insatisfacción corporal ha cobrado gran relevancia, especialmente vinculada a los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Uno de los cuestionarios más utilizados en la literatura orientado a la evaluación de la insatisfacción corporal relacionada a los Trastornos de la Conducta Alimentaria es el Body Shape Questionnaire (BSQ), el cual fue desarrollado en 1987 por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, en población estadounidense, mostrando ser un instrumento de gran utilidad en la detección de la insatisfacción corporal. Así mismo ha sido adaptado y validado en diversos estudios con muestras de mujeres españolas y muestras estadounidenses (incluyendo poblaciones masculinas), mostrando poseer excelentes propiedades psicométricas (confiabilidad y validez), tanto en su versión original (Raich, Mora, Soler, Avila, Clos & Zapater, 1996; Rosen, Jones, Ramírez & Waxman, 1996), como en versiones cortas (Raich, Deus, Muñoz, Pérez & Requena, 1991; Dowson & Henderson, 2001).

En México este cuestionario ha sido utilizado en diferentes estudios con muestras de mujeres que presentan sintomatología o Trastorno de la Conducta Alimentaria arrojando buenos resultados respecto a la relación entre éstos y la insatisfacción corporal, sin embargo no se ha llevado a cabo su validación, por lo que es conveniente realizar la valoración de la confiabilidad y validez del BSQ. De acuerdo a lo anterior, el objetivo de la presente investigación fue validar en población mexicana femenina el instrumento Body Shape Questionnaire (BSQ), dirigido a detectar la insatisfacción corporal.

En el capítulo 1 se presenta un panorama sobre el concepto de la imagen corporal, los diferentes niveles en que se puede manifestar una inconformidad hacia dicha imagen y especialmente el concepto de insatisfacción corporal, así como los factores involucrados en el surgimiento y mantenimiento en población femenina. Posteriormente se habla de cómo ha sido evaluada la insatisfacción

corporal, destacando la importancia del cuestionario BSQ para tal fin, del cual se presentan datos sobre su desarrollo y su uso a nivel nacional e internacional.

En el segundo capítulo se hace referencia a las cuestiones psicométricas más importantes que debe poseer toda medida de evaluación: confiabilidad y validez. Además se da una breve información de las cualidades psicométricas que ha mostrado el BSQ en diferentes estudios a partir de su desarrollo.

Finalmente, se presenta la información relacionada a la investigación que se llevó a cabo, es decir, el método, los resultados y la discusión, de acuerdo a los cuales se puede concluir que el instrumento BSQ presenta buena confiabilidad y validez en una población de mujeres mexicanas.

ANTECEDENTES TEÓRICOS

1. IMAGEN CORPORAL

1.1 Evolución de la estética corporal

Es evidente que cada cultura, de acuerdo a sus circunstancias históricas, conforma un ideal corporal que encierra sus concepciones de “la belleza”, de tal manera que dicho ideal se va transformando a través del tiempo.

Guillemot y Laxenaire (1994) mencionan que la representación más antigua que se conoce de la silueta femenina es de hace 20,000 a 30,000 años A. C., perteneciente a una estatua que muestra una mujer obesa, con el vientre enorme y pechos hipertrofiados, idéntica a otras figuras de la prehistoria. Esta imagen persiste durante el período neolítico, como se observa en las esculturas babilónicas, egipcias o griegas, aunque cabe aclarar que no se está seguro por completo de que estas representaciones sean fieles a las mujeres de la época, quizá sea hasta períodos posteriores, a través del arte grecorromano, que tales imágenes sean más representativas de la figura femenina real al apreciar mujeres con formas redondeadas, cara graciosa y altiva, sin exceso de grasa ni rodetes colgando, de carnes firmes y bien conservadas. Esta tendencia hacia las formas redondeadas predomina durante el siglo XVII y XVIII. Después de la revolución francesa aparece una estilización relativa: el talle erguido e imponente, las líneas puras y la mirada ardiente, lo cual señalaba la mujer del régimen imperial fuerte y vigorosa matrona, maciza y sólida. A lo largo del siglo XIX se exige una silueta femenina más rellena, de nalgas atractivas y pectorales generosos.

No obstante, la estética actual comienza a gestarse a finales del siglo XIX cuando se da una evolución de los patrones estéticos, desaparece el corsé y las

mujeres se ven obligadas a buscar un cuerpo naturalmente delgado y musculado. Asimismo la moda presenta prendas que sugieren una silueta delgada que no perdona ningún tipo de obesidad, “las mujeres se someten al nuevo imperativo: sus carnes deben sujetarse solas sin la ayuda de ningún artificio, por lo que hay que hacerlas desaparecer a favor de las masas musculares más firmes y más de acuerdo con la nueva estética” (Guillemot & Laxenaire, 1994, p. 54).

Aproximadamente a mediados del siglo XX se observa un claro descenso del peso ideal, tanto en las normas médicas como en las exigencias de la moda, ya que se reconoce un descenso de peso promedio de 130 gramos por año en las concursantes de belleza entre 1950 y 1980. El gusto por unas formas generosas, opulentas, con cintura estrecha y una notable cadera cambió radicalmente a un modelo de formas nada opulentas, el cual muestra claramente una anatomía rectilínea, o dicho de otro modo, prepuberal (Toro, 1996).

De acuerdo a lo anterior podemos entender cómo se ha ido construyendo culturalmente una gran preocupación por el aspecto físico, que a su vez converge con la historia personal del individuo influyendo en la conformación y valoración de su imagen corporal.

1.2 Imagen corporal

Dada la relevancia que ha venido cobrando la imagen corporal, en la literatura se puede encontrar una extensa variedad de conceptos que han intentado definirla, así como de los aspectos involucrados en su conformación.

Uno de los primeros intentos por definir la imagen corporal pertenece a Mead (1920, cit. en Buendía & Rodríguez, 1996), quien la refiere como una habilidad del cerebro para detectar peso, limitar forma y tamaño e incorporar éstos dentro de los esquemas mentales. Posteriormente en 1935 en el libro: “La imagen

y la apariencia del cuerpo humano”, escrito por el médico alemán Paul Schilder, aparece una definición afirmando que la imagen corporal es: “la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro propio cuerpo se nos manifiesta” (Dorian & Garfinkel, 2002, p. 1). Sin embargo, es en 1959 cuando Kolb añade aspectos emocionales y actitudinales en la percepción de imagen corporal y la define como un concepto complejo que incluye cuadros de la superficie, profundidad y postura del cuerpo, así como actitudes, emociones y reacciones personales de los individuos hacia su propio cuerpo (Buendía & Rodríguez, 1996).

Este concepto, sin lugar a dudas, tuvo relación con los trastornos alimentarios en 1962, cuando Bruch describe a la anorexia como una consecuencia de la insatisfacción corporal que presentan las pacientes con dicho trastorno (Buendía & Rodríguez, 1996); a partir de este hallazgo y hasta la fecha el concepto de imagen corporal se va a encontrar unido a los trastornos alimentarios. Por tal motivo muchas de las investigaciones en este campo se han dado a la tarea de explicar más a fondo la percepción que se tiene acerca de la apariencia, así como los factores involucrados en la formación, percepción y valoración de la misma.

En un intento por analizar la imagen corporal, Thompson (1990, cit. en Raich, 1998) hace referencia a ésta como un constructo formado por tres componentes:

- ❖ **Perceptual.** Precisión con la que se percibe el tamaño corporal tanto en sus diferentes partes como en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a la:
 - Sobrestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales).

- Subestimación (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde).

- ❖ **Subjetivo (Cognitivo–Afectivo).** Está relacionado con los sentimientos, actitudes, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, en especial el tamaño, peso o alguna parte específica de éste (satisfacción, preocupación, ansiedad, etc.).

- ❖ **Conductual.** Conductas que se provocan a partir de la percepción del cuerpo y sus sentimientos asociados (conductas de exhibición, conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás, etc.).

A partir de lo expuesto anteriormente, se puede observar que el constructo de imagen corporal contempla aspectos perceptivos, subjetivos y conductuales, es decir, que además de incluir la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, también incluye el movimiento y límites de éste, así como la expresión subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones, y por consiguiente el modo de comportarnos derivado de éstos mismos (Raich, 2000), dando como resultado la multidimensionalidad de la imagen corporal (Guthrie & Castelnuovo, 1994).

Sin embargo, cabe resaltar que la percepción de la imagen corporal es un proceso dinámico, ya que puede ser afectado por varios factores en diferentes niveles de inconformidad. Al respecto, Slade (cit. en Buendía & Rodríguez, 1996) considera que ésta se ve influenciada por al menos siete factores que contribuyen a su formación y/o revaloración:

- ❖ **Historia de los inputs sensoriales en la experiencia corporal.** A través de su vida los sujetos reciben inputs sensoriales de naturaleza visual, táctil y cinestésica, con respecto a la forma, el tamaño, tipo y apariencia de su cuerpo.
- ❖ **Historia de fluctuaciones o cambios de peso.** Precisamente son los sujetos obesos y las anoréxicas los que parecen tener una imagen corporal más variable. Tanto anoréxicas como obesos es más probable que hayan tenido mayores fluctuaciones en el peso, lo cual les ha llevado a construir una representación mental de su imagen corporal menos apegada a la realidad (distorsionada).
- ❖ **Normas culturales y sociales.** Refiere a la evidencia existente de que algunas personas son más propensas a dejarse influir por la exposición de las imágenes publicitarias de los medios de comunicación sobre estereotipos corporales delgados, por lo que al compararse con tales imágenes surge una gran inconformidad hacia su apariencia corporal.
- ❖ **Actitudes individuales hacia el peso y la forma.** Además de la importancia que las personas dan a las normas sociales y a la cultura, algunos individuos desarrollan actitudes personales más fuertes en torno al peso y la forma corporal.
- ❖ **Variables cognitivas y afectivas.** Se ha encontrado que las expectativas, tales como el consumo de calorías percibidas, influyen en los juicios que se hacen con respecto al cuerpo. Además, las cogniciones que los sujetos con trastornos alimentarios tienen sobre sus cuerpos suelen ser sistemáticas y estables. A esto se le añade que tales sujetos suelen ser particularmente

sensibles al efecto de las instrucciones, por lo que indican que se sienten más gordos de lo que realmente ellos creen ser.

- ❖ **Psicopatología individual.** La presencia de algún trastorno alimentario o alguna otra psicopatología puede influir en la imagen corporal, debido a la falsa percepción que se tiene del propio cuerpo. Raich (2000) menciona al respecto que aquellas mujeres que padecen un trastorno alimentario mantienen una autoestima extremadamente baja, sentimientos de ser una persona poco valorable y un gran miedo al rechazo. Su valor depende de tener un cuerpo perfecto y, al no sentirse adecuadas, desarrollan una imagen corporal negativa.

- ❖ **Variables biológicas.** No debe olvidarse el posible papel de los factores biológicos sobre la imagen corporal, tal como los cambios físicos de la pubertad. La mayoría de las chicas consideran los cambios que observan en su cuerpo como grotescos o que les engordan, más que como una prueba de estar haciéndose mayores. Otro factor es el que se refiere a la menarquía (temprana o retardada). La diferencia en la aparición de ésta provoca que las chicas más precoces se sientan mal con su cuerpo desarrollado en comparación con las que siguen como niñas.

1.3 Insatisfacción corporal

Como se puede observar, en la mayoría de la población surgen sentimientos de inconformidad –en mayor o menor medida– relacionados al peso e imagen corporal, debido a las preocupaciones por cumplir con ideales corporales socialmente establecidos.

Para hacer referencia a estos sentimientos relacionados con la imagen corporal existen diversos términos que intentan definirlos, los más comúnmente

utilizados son: distorsión de la imagen corporal, sobrestimación y subestimación del tamaño corporal, insatisfacción corporal y malestar con la apariencia física. Cada uno de ellos se refiere a los sentimientos o las valoraciones que tienen los individuos hacia su cuerpo. Así mismo es de suma importancia resaltar que al tratar sobre la inconformidad con la apariencia corporal debe quedar claro que existen ciertos niveles de preocupación y desagrado por la misma.

Devlin y Zhu (2001) únicamente establecen una distinción entre la angustia patológica y un descontento normativo con el propio cuerpo. En términos generales podríamos observar tres grados de inconformidad con la apariencia corporal:

- ❖ Malestar (normativo) con la imagen corporal

- ❖ Insatisfacción corporal

- ❖ Trastorno de la imagen corporal

Malestar (normativo) con la imagen corporal

Al hablar de un malestar con la imagen corporal se hace referencia a cierta inconformidad que presenta la mayoría de la población hacia algún rasgo de la apariencia física (relacionado o no con el peso o la figura corporal), como pueden ser las manos, pies, cabello, partes de la cara, etcétera, pero no afecta de manera relevante la vida cotidiana del individuo, ya que se le considera una molestia normal.

Insatisfacción corporal

La insatisfacción corporal es otro de los niveles de descontento hacia la apariencia física que si bien no es considerado como normal, tampoco se presenta de forma tan severa como el caso de un trastorno de la imagen corporal. El interés por el estudio de este grado de inconformidad creció en forma considerable a partir de su asociación a los trastornos alimentarios. Por tal motivo, dicho fenómeno ha sido definido como una gran disconformidad personal con la forma y apariencia del cuerpo. Rosen (1992) menciona que generalmente la insatisfacción corporal se refiere a la devaluación de la apariencia física relativa a algún ideal, tal como la creencia que se es muy pesada, muy grande y muy ancha, y que por tal motivo la apariencia no es atractiva o es desagradable. Esta devaluación surge precisamente en el momento en que el individuo rebasa el malestar normativo y su inconformidad (insatisfacción) se asocia o evoca conductas nocivas para la salud, o incluso puede estar en riesgo de llegar a desarrollar un trastorno alimentario. Existen varias investigaciones que aportan mayor información al respecto; Toro, Nicolau, Luna, García y Puig (1997) observaron una frecuente presencia de inconformidad en torno al cuerpo en la población –especialmente la femenina–, ya que su estudio arrojó resultados los cuales muestran que actualmente un mayor número de mujeres presenta insatisfacción con su apariencia, creyendo que pesan demasiado y están tratando de perder peso.

Cabe hacer notar que la insatisfacción corporal no se presenta hacia cualquier parte del cuerpo indiscriminadamente, sino que es dirigida ya sea al peso corporal, como ya se ha citado, o hacia áreas particulares del cuerpo. De acuerdo a estudios realizados al respecto (Raich, 2000; Toro, 1996), se pueden observar las partes corporales por las que se presenta mayor preocupación tanto en población femenina como masculina, siendo dichas partes, los puntos sensibles de su autopercepción estética (Tabla 1A).

	Áreas por las que muestran preocupación		Sobrestimación del volumen de sus cuerpos
Mujeres	- Anchura de la cadera o muslos - Protusión del abdomen - Nalgas - Depósito de gordura en la parte trasera de las piernas	Mujeres	95 %, de las cuales: - 35% cintura - 17% cadera - 11% nalgas
Hombres	- Torso medio - Cintura – estómago - Pecho - Cabello - Nariz		

Tabla 1A. Partes corporales que mayormente causan preocupación a hombres y mujeres, y porcentaje de sobrestimación hacia el cuerpo en mujeres (Raich, 2000;Toro, 1996).

Así también es interesante observar que existen datos de que la liposucción es el procedimiento de cirugía cosmética más practicado, y la mayor parte de estas intervenciones se han llevado a cabo en dichas partes del cuerpo. Este hecho confirma que, el querer o tratar de perder peso (especialmente en dichas partes del cuerpo), está frecuentemente visto como indicador de insatisfacción corporal (Rosen,1992).

1.3.1 Factores involucrados en la insatisfacción corporal

Un punto que no se puede dejar de considerar en el surgimiento de la insatisfacción corporal es la existencia de factores que influyen en el nacimiento de la misma, y que además pueden llegar a mantenerla. Algunos de ellos son:

- a) Factores socioculturales (medios masivos de comunicación, amigos, compañeros, familia).
- b) Factores individuales (variables biológicas, psicopatologías).

Factores socioculturales

Generalmente, se ha observado que el entorno social promueve un ideal de delgadez y lleva a los individuos a interiorizar una imagen corporal negativa con suma facilidad, y por tal motivo provocar ansiedad ante la visión del propio cuerpo o la consideración de su representación imaginada (Toro, et al., 1997). Cabe resaltar que dicha ansiedad surge debido a un supuesto exceso de peso o excesivo tamaño de la cintura pelviana, aunque se debe puntualizar que muchas mujeres influenciadas por los factores culturales sobre la anatomía femenina, desean acomodarse al modelo estético ideal sin tomar en cuenta que su tipo morfofisiológico está alejado de éste por naturaleza (Baudet , Péan & Gauquelin, 1977).

Dentro de los factores culturales es notable la presión social para ser delgada. El contexto sociocultural premia a la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura; un ejemplo muy claro de ello se puede observar en el área de la medicina, en donde se asegura que la delgadez es garantía de buena salud, provocando un descenso regular en las normas médicas del peso ideal; durante mucho tiempo se ha constatado la responsabilidad de un exceso de peso y los factores asociados al mismo (sedentarismo, hiperlipidemia, etc.) en la patología cardiovascular, sin embargo se ha demostrado que no es posible correlacionar el peso con la mortalidad, lo cual muestra que las normas impuestas por la medicina se han vuelto algo severas en dirección hacia la exigencia de la delgadez difundida por la cultura, cayendo en cuenta que los mismos médicos se encuentran impregnados por esta misma cultura (Guillemot & Laxenaire, 1994).

Varios autores concuerdan en que esta responsabilidad de la idea perfecta de la mujer le pertenece a los medios masivos de comunicación, ya que ofrecen mensajes de mujeres delgadas, sexys, hermosas y triunfadoras, es decir, el bienestar, la salud, el éxito y la popularidad se relaciona con el hecho de ser

delgadas (Abraham & Derek, 1996; Crispo, Figueroa & Guelar, 1996; Herscovici & Bay, 1990; Raich, 2000; Stierlin & Weber, 1990).

Otros factores sociales que se pueden encontrar son los amigos, los compañeros de clase o trabajo y la familia, que muestran una gran influencia en la formación de las creencias o actitudes de los individuos hacia diversas áreas de su vida.

El papel que juegan el grupo de amigas o compañeras en la preocupación por el peso y la figura corporal es de gran relevancia, ya que éstas pueden particularizar para sus amigas los modelos sociales y/o amplificar los defectos de una persona. Al mismo tiempo pueden influir como modelos, ya que cuando una persona ve que sus amigos se preocupan por su físico aprende la importancia de este hecho preocupándose por sí misma (Raich, 2000). De esta manera, se ha observado que un elevado porcentaje de chicas adolescentes que han estado sometidas a seguir dietas o realizar ejercicio con el fin de adelgazar, dicen tener amigas o compañeras que practican estas mismas conductas, además reconocen que las conversaciones sobre el peso o el aspecto físico son sumamente frecuentes dentro de su grupo. Por ejemplo, Thelen, Lawrence y Powel (1992) citan estudios en los cuales se ha encontrado que las chicas muestran un gran interés por tener un aspecto similar al de sus compañeras delgadas y aversión por la figura obesa. Así mismo, Ricciardelli y McCabe (2001) mencionan que tanto las burlas de los compañeros hacia el aspecto corporal como las comparaciones entre ellos se encuentran involucrados en la preocupación hacia la apariencia corporal. Estos hechos ponen de manifiesto la naturaleza de las influencias que están teniendo las chicas al estar integradas en la vida de grupos en donde los valores y costumbres se viven colectivamente como señas de identidad y que se suelen defender apasionadamente, especialmente al tratar con factores relacionados a su persona, siendo el cuerpo uno de esos factores (Toro, 1996).

Otra área de influencia y de transmisión de valores y costumbres es el medio familiar. Toro (1996) subraya la importancia de la familia respecto a los valores y criterios que se forman en torno al cuerpo, especialmente relacionados a los hábitos alimentarios. Cabe hacer notar que los niños se desarrollan en la misma sociedad que comparten con adolescentes, jóvenes y adultos, por lo que también pueden percibir y experimentar las influencias del medio que los rodea. Dichas influencias parecen estar mediatizadas por las personas que están más cerca y que son las más significativas socio-afectivamente. Así también, observa que cuando existe una presión de los padres para que los niños controlen su peso existe mayor deseo de adelgazar y práctica de dietas alimentarias restrictivas. Y aún más preocupante resulta el hecho de que toda esta transmisión de valores y costumbres alrededor de la alimentación y la estética aumenta cuando las madres de los niños han padecido o padecen trastornos de la conducta alimentaria, en especial si cuentan con una historia de dietas restrictivas con el fin de perder peso.

Al respecto se ha encontrado que en particular las madres han mostrado actuar como modelos y reforzadores sociales de conductas y actitudes alimentarias en chicas adolescentes (Ricciardelli & McCabe, 2001; Ricciardelli, McCabe & Banfield, 2000). Asimismo, McFarland y Baker-Baumann (1990) subrayan que las madres son las primeras en transmitir la definición cultural de feminidad a sus hijos, ya sea directa o indirectamente. Además mencionan que a través de la identificación de la niña con su madre pueden crecer con una aversión o aceptación hacia su propio cuerpo, lo cual indica que las madres son la principal influencia en la formación de los sentimientos de sus hijas con relación a la apariencia corporal.

Factores individuales

Otros factores involucrados en el surgimiento y mantenimiento de la insatisfacción corporal se refiere a los individuales, por ejemplo la etapa en la

que se encuentra el individuo, especialmente la adolescencia, ya que es cuando comienzan los cambios físicos normales de la pubertad, tales como el desarrollo de las características sexuales secundarias, que pueden provocar preocupaciones iniciales acerca de la apariencia física (Rosen, 1992), debido a que se experimenta mayor orientación hacia ésta y tienden a hacer evaluaciones negativas de ella (Toro, 1996).

Al respecto, Cía (1995) presenta datos de diversas investigaciones que se han realizado en las cuales se ha observado que un gran porcentaje de adolescentes presentan insatisfacción con la apariencia corporal. De tal modo, algunos datos evidencian que más de un 70% de los adolescentes están insatisfechos con su cuerpo; otro estudio mostró que el 46% se preocupa por su aspecto o apariencia; un hallazgo más arrojó un resultado del 48% de adolescentes que exagera su percepción de imagen corporal o la distorsiona; y finalmente se observó, de entre una muestra de jóvenes, que el 28% de ellos hace las tres cosas. Además es importante mencionar que la edad en que comienzan a presentar la inconformidad es de los 17 a los 20 años.

No obstante, la insatisfacción corporal –particularmente en chicas– se presenta desde edades muy tempranas y va incrementando con la misma. Por ejemplo, Maloney (1989, cit. en Ricciardelli & McCabe, 2001) encontró que el porcentaje de chicas que desean ser delgadas aumenta de un 40% en niñas de 8 a 9 años a un 79% en edades de 11 a 12 años. De acuerdo a ello, Ricciardelli y McCabe (2001) mencionan que la autopercepción, el reconocimiento de ideales socioculturales y la preferencia por el ideal culturalmente aceptado sobre el atractivo físico es más preciso durante la adolescencia.

Otro ejemplo claro que evidencia la presencia de un grado mayor de insatisfacción ante la propia imagen corporal en la adolescencia es el hecho de que existe un alto porcentaje (60% de las poblaciones estudiadas) de chicas que

han realizado o realizan alguna dieta restrictiva con el fin de bajar de peso (Toro, 1996).

Por otro lado, existen datos interesantes que muestran una precocidad evolutiva sobre el deseo de adelgazar (Toro, 1996), ya que se ha encontrado una tendencia a la preocupación corporal/alimentaria en niños de edades muy tempranas (desde los 5 años). Thelen, et al. (1992) mencionan, en referencia a este hecho, que la edad en la cual se desarrolla una conciencia de las normas culturales respecto al peso es antes de la adolescencia, ya que al parecer los niños comienzan a ser conscientes de estos criterios a la edad de 6 años y esto se encuentra totalmente desarrollado a los 8 años de edad. Además, otro dato relevante es que mencionan que las niñas, en comparación de los niños, parecen ser las más interesadas en estos temas y sugieren que son ellas quienes prestan más atención a las cuestiones de peso y figura que poseen las demás chicas (Cohane & Pope, 2001). Este hecho quizá sea un reflejo del aprendizaje social en el que se encuentran inmersas las chicas en relación con la apariencia corporal.

Autoconcepto y autoestima

Ricciardelli y McCabe (2001) han encontrado que una mala imagen corporal y la insatisfacción corporal son facetas de una autoimagen y autoconcepto pobres. Se ha observado en niñas de 8 a 10 años que reportan altos niveles de insatisfacción corporal y preocupación por la imagen corporal, mantienen una baja autoestima y se encuentran insatisfechas con otras áreas de su vida, tal como el logro escolar.

De igual forma, McFarland y Baker-Baumann (1990), así como Cohane y Pope (2001) afirman la existencia de un vínculo entre imagen corporal y autoestima, aunque éste varía de persona a persona. Han observado que las mujeres que se perciben delgadas tienen una mejor autoimagen que aquellas que

se perciben con un peso normal (promedio), lo cual indica que la percepción del cuerpo es un factor importante en la percepción que tienen los individuos de sí mismos en general y por consecuencia en la formación del autoconcepto y la autoestima.

Trastorno de la imagen corporal

Finalmente, el nivel de desagrado más severo con la figura corporal que se ha observado es el Trastorno de la imagen corporal, el cual se define como una preocupación exagerada que produce malestar hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física (Rosen, 1990, cit. en Raich, 1998).

Esta definición coincide en cierta forma con la denominación del trastorno dismórfico corporal, cuyos criterios diagnósticos –de acuerdo al DSM–IV (APA, 1994)– son:

- ❖ Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- ❖ La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- ❖ La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).

Sin embargo, es necesario puntualizar que a pesar de que en los criterios diagnósticos del trastorno dismórfico corporal se habla de la preocupación por algún defecto en el aspecto físico, se hace referencia a cualquier parte del cuerpo (nariz, boca, pechos, pene, cabello, etcétera), mientras que cuando se habla del

término de trastorno de la imagen corporal, éste se encuentra utilizado comúnmente en relación con los trastornos alimentarios.

Raich (1998) menciona que el trastorno de la imagen corporal comprende aspectos perceptuales, cognitivos y conductuales:

- ❖ **Aspecto perceptual.** Las personas ven su defecto como mayor de lo que lo es en la realidad, a lo que se le llama distorsión perceptual.

- ❖ **Aspecto cognitivo.** Se observa cuando los individuos devalúan intensamente su apariencia, imaginan que la otra gente se fija y se interesa por su defecto, ponen mucho énfasis en el defecto de su apariencia y, cuando hacen una jerarquía de valores personales, lo suelen colocar en primer lugar. Creen que su defecto es una verdadera prueba de la imposibilidad de ser queridos o apreciados y una muestra de debilidad, pereza o de algún defecto de carácter. Esta preocupación puede presentarse en cualquier momento del día, aunque es más intensa en situaciones sociales en que la persona se siente autoconsciente y espera ser escudriñada por la otra gente.

- ❖ **Aspecto conductual.** Los individuos con trastorno de la imagen corporal organizan su estilo de vida alrededor de su preocupación corporal. Pueden consumir gran cantidad de horas al día comprobando su defecto ante el espejo o ante cualquier superficie reflejante. Algunos utilizan lupas para observar mejor el defecto. Puede haber limpieza y aseo excesivo. Otros evitan mirarse al espejo, así como solicitan continuamente información tranquilizadora sobre su defecto y se comparan con otros individuos. Utilizan ropas holgadas entre otras, y ante todo evitan situaciones sociales en donde creen que se fijarán en su defecto o serán rechazados por su apariencia.

1.4 Insatisfacción corporal y los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Como se pudo observar al hablar sobre la insatisfacción corporal, existen diversos factores involucrados en el surgimiento y mantenimiento de la misma, y un hecho que resulta relevante es que las personas que experimentan insatisfacción por su apariencia han encontrado como una vía de solución para modificar su cuerpo (y la más difundida), la restricción alimentaria. Es importante mencionar que el porcentaje de personas que han practicado o practican alguna dieta adelgazante es mayor en individuos de peso normal e infrapeso que las personas con sobrepeso (Toro, 1996), aunque cabe aclarar que muchas de estas personas, aún cuando tienen un bajo peso, se perciben como gordas o llenas de alguna parte de su cuerpo. Al respecto, Raich (2000) ha encontrado que las mujeres con bajo peso desean estar aún más delgadas o permanecer en ese peso, por su parte, las mujeres que presentan peso normal buscan perder peso al igual que las mujeres con sobrepeso. Mientras tanto, los hombres suelen desear pesar más, aún cuando presenten sobrepeso, no porque quieran estar gordos sino porque quieren tener mayor masa muscular. Partiendo de estos datos se considera que la preocupación por el peso corporal no necesariamente va unido a presentar sobrepeso u obesidad.

A partir de lo expuesto anteriormente, es viable considerar que la insatisfacción corporal se encuentra estrechamente relacionada a los trastornos alimentarios como un factor de riesgo para el surgimiento de éstos. Un dato importante de notar es que dentro de los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, según el DSM-IV (APA, 1994), se encuentra el de la distorsión de la imagen corporal (Tabla 2A), de ahí la relevancia de su relación con los trastornos alimentarios.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA ANOREXIA NERVIOSA	
A)	Negativa a mantener un peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla, esto es, pérdida de peso o mantenimiento de éste por debajo del 15% esperado.
B)	Miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, aún estando emaciada (excesivamente delgada).
C)	Alteraciones de la percepción del peso corporal o la silueta, y exageración de su importancia en la autoevaluación, así como negación del peligro que comporta dicho bajo peso.
D)	Ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea).

Tabla 2A. Criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa según el DSM-IV (APA, 1994)

Existen varias investigaciones aplicadas, realizadas recientemente, que dan apoyo a tales afirmaciones, ya que están enfocadas a evaluar dicha relación, por ejemplo, Román, Mancilla, Alvarez y López (1998) realizaron un estudio en el que pretendían evaluar la asociación entre los trastornos alimentarios y la insatisfacción corporal, así como determinar si existen diferencias entre grupos con sintomatología anoréxica y bulímica, al compararlos con un grupo control; para cumplir con dicho objetivo se utilizaron los cuestionarios CIMEC, BSQ, EAT-40 y BULIT. En sus resultados se observa que la imagen corporal está asociada a los trastornos alimentarios, debido a que la muestra con sintomatología de anorexia y bulimia obtuvo mayores puntuaciones que la muestra control en los instrumentos dirigidos a evaluar insatisfacción corporal. Respecto a la comparación entre los grupos con sintomatología anoréxica y bulímica no se encontraron diferencias significativas.

De igual forma en 1996, Alvarez, Román, Manríquez y Mancilla llevaron a cabo una investigación en la cual, además de evaluar la relación entre la sintomatología de Trastorno de la Conducta Alimentaria y la insatisfacción corporal, a la par se evaluó la relación entre la primera con la influencia social del modelo estético corporal en una muestra de jóvenes mexicanas. Los instrumentos utilizados para cumplir con el objetivo del estudio fueron el cuestionario de

influencias sobre el modelo estético corporal (CIMEC), dirigido a discriminar entre población clínica y no clínica en relación con el peso de la influencia social del modelo estético corporal; y el Cuestionario de la imagen corporal (BSQ) que se dirige a medir la insatisfacción corporal. Sus resultados mostraron correlaciones positivas significativas ($p < 0.001$) entre la presencia de sintomatología de trastorno alimentario con la insatisfacción corporal y la influencia social del modelo estético corporal.

Por otra parte, Mateo (2002) llevó a cabo un estudio con el fin de detectar la presencia de trastorno alimentario y algunos factores asociados en una población de jóvenes hombres y mujeres, así como analizar las diferencias entre estos últimos. Sus resultados muestran datos interesantes respecto a la insatisfacción corporal. A partir de la administración del cuestionario de la imagen corporal (BSQ) se observó que las mujeres con sintomatología de trastorno alimentario y con trastorno alimentario obtuvieron puntuaciones elevadas rebasando el punto de corte (≥ 105) del instrumento en comparación con el grupo control y el grupo de varones. Al aplicar el análisis de correlación se observó una asociación significativa entre la sintomatología y la insatisfacción corporal. Asimismo al realizar el análisis de regresión simple se identificó a la insatisfacción como un factor de riesgo que puede predecir tanto la sintomatología como la presencia de trastorno alimentario en la muestra estudiada. Lo anterior indica que las mujeres que presentan gran insatisfacción con su cuerpo, son más vulnerables a la aparición de un trastorno de la conducta alimentaria.

Otros autores, por ejemplo, Rosen (1992) ha presentado una vasta revisión de la literatura referente a la imagen corporal y los trastornos alimentarios para determinar la relación existente entre tales puntos. Rosen afirma que al parecer los síntomas del trastorno de la imagen corporal contribuyen a incrementar la sintomatología de trastorno alimentario.

Por su parte, Gómez (1998) presenta resultados similares en un estudio en el cual trabajó con las variables: autopercepción corporal, satisfacción/insatisfacción y los factores de riesgo para trastorno alimentario, con el propósito de saber si la variable satisfacción/insatisfacción puede mediar la relación entre autopercepción y los trastornos alimentarios, es decir, que si se controla la variable satisfacción/insatisfacción, en consecuencia la autopercepción corporal pierde su efecto o su relación con los factores de riesgo para trastornos alimentarios. Los resultados muestran que la variable satisfacción/insatisfacción, en efecto, tiene un papel mediador entre la autopercepción y los factores de riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, es decir que los factores de riesgo pueden presentarse dependiendo de la satisfacción que exista con la imagen corporal.

Otras investigaciones, como es la de Borel, Maldonado, Mato y Leiderman (1996) han dado por hecho la relación entre la conducta alimentaria y la insatisfacción corporal (además de la autoestima y el perfeccionismo), y se han enfocado a evaluar el grado de relación entre la autoestima, el perfeccionismo y la insatisfacción corporal en pacientes con trastorno alimentario. Para tal fin, utilizaron el Inventario de Trastornos de la Alimentación (EDI), obteniendo que la disminución de autoestima está asociada al grado de insatisfacción corporal en bulímicas, y el grado de perfeccionismo no tiene relación con la disminución de la autoestima, ni con la insatisfacción corporal.

1.5 Evaluación de la imagen corporal

Una gran parte de la investigación acerca de la imagen corporal y su evaluación se debe a la relación que se le ha encontrado con los trastornos de la conducta alimentaria, ya que ha sido considerada como una característica central de éstos. Generalmente dentro de la evaluación de la imagen corporal se distinguen dos componentes relevantes: el perceptivo y el subjetivo (Perpiña,

1996), sin embargo, Raich (2000) menciona que para realizar una buena evaluación de la imagen corporal es necesario comprender también los aspectos comportamentales, aún cuando la mayoría de técnicas se han centrado en los dos primeros y sólo recientemente han sido construidos instrumentos que atienden el aspecto conductual. De acuerdo a ello se pueden encontrar una gran variedad de procedimientos dirigidos a la evaluación de los tres componentes de la imagen corporal.

1.5.1 Evaluación del componente perceptual

Los procedimientos que evalúan este componente se dirigen al análisis de las diferencias que existen entre lo que el sujeto considera que mide su cuerpo y la medición objetiva de éste (Raich, 1998). A su vez éstos pueden clasificarse en dos categorías:

- ❖ Estimación del tamaño de distintas partes del cuerpo.

- ❖ Estimación global de la figura.

Los primeros requieren que los individuos estimen la anchura de distintas partes de su cuerpo entre dos puntos situados sobre una superficie. Se considera que existe una mayor distorsión, en la medida que la diferencia del tamaño es mayor (Raich, 2000). Una de las técnicas más utilizadas es el calibrador móvil en la que el sujeto estima el tamaño de partes corporales moviendo dos luces simétricas a lo largo de un calibrador. La proporción de la distorsión se calcula al restar el tamaño real del tamaño estimado por el sujeto y dividiendo este resultado por el tamaño real (Slade & Russell, 1973, cit. en Perpiña, 1996).

Respecto a los métodos que estiman la distorsión corporal global, se dice que a través de ellos el sujeto se ve confrontado a una imagen real presentada en

video, fotografía, etc. (Raich, 1998). De éstos se pueden destacar la técnica de la fotografía distorsionada de Gluksman y Hirsch de 1969; la cámara de video como medio para adelgazar o engordar la imagen real del sujeto, de Freeman, Thomas, Solyom y Koopman de 1985; el uso de dibujos de siluetas estandarizadas que varían en su corpulencia para elegir y discriminar entre lo que el sujeto cree que representa su forma actual y su figura real (Perpiña, 1996). No obstante, los resultados que se obtienen con tales técnicas han demostrado una considerable variabilidad en la autoestimación del tamaño del cuerpo entre las mujeres en general (Dorian & Garfinkel, 2002).

1.5.2 Evaluación del componente conductual y subjetivo (cognitivo–afectivo)

Los procedimientos dirigidos a las alteraciones del aspecto cognitivo–afectivo respecto de la imagen corporal evalúan la satisfacción o insatisfacción corporal. Raich (2000) menciona que existen dos métodos:

- a) Autoinformes: entrevistas y medidas de discrepancia real/ideal
- b) Autoinformes: cuestionarios

Autoinformes: entrevistas y medidas de discrepancia real/ideal

Las entrevistas permiten una mejor evaluación y de tal forma la posibilidad de establecer un diagnóstico. Existe una entrevista focalizada a evaluar la imagen corporal y los síntomas del trastorno dismórfico, llamada BDDE, Body Dysmorphic Disorder Examination (Examen del trastorno dismórfico) de Rosen y Reiter (1995, cit. en Raich, 2000), la cual ha resultado adecuada para hombres y mujeres. Abarca aspectos cognitivos y conductuales, valora la insatisfacción, así como discrimina las ideas sobrevaloradas respecto de la apariencia. Es calificada como

una entrevista adecuada, ya que cubre con los criterios de confiabilidad (buena consistencia interna y fiabilidad test-retest entre evaluadores) y validez (concurrente y predictiva) requeridos. En su estudio, Raich, Torras y Mora (1997, cit. en Raich, 2000) obtuvieron una buena consistencia interna ($\alpha = 0.94$) y al aplicar un Análisis de Componentes Principales (ACP), se mostró una estructura de un solo factor, con lo cual afirman, que éste estudia la insatisfacción, el descontento corporal y en último término el trastorno dismórfico, aunque posteriormente se agruparon los ítems en tres factores por medio de la *rotación varimax*, teniendo en cuenta tres aspectos: insatisfacción/preocupación con el defecto físico, conductas de evitación y defecto físico observable/conocimiento social. De igual forma, en otro estudio de estos mismos autores (en prensa, cit. en Raich, 2000) la entrevista mostró una estructura de un solo factor (influencia del defecto físico en la relación con los demás) al ser sometida a un análisis factorial, aunque, aclaran que, a modo explicativo, fueron añadidos otros cuatro: preocupación por el defecto físico/conducta social, conductas de evitación, verificación/reducción de problemas y autoestima.

Por su parte, las medidas de discrepancia real/ideal se pueden obtener por medio de los métodos de estimación del tamaño. Las personas deben estimar la dimensión corporal que les gustaría poseer. La diferencia entre ésta y su dimensión percibida aporta el índice de insatisfacción corporal (Raich, 1998).

Autoinformes: cuestionarios

Los cuestionarios aportan una serie de ventajas, ya que han sido desarrollados para evaluar una amplia variedad de problemas objetivos y se pueden utilizar en un gran número de poblaciones, por lo que se obtiene una considerable cantidad de información con una inversión mínima de tiempo, ya sea del paciente o del terapeuta, además de que son fáciles de puntuar de manera objetiva, eliminando la necesidad de inferencias (Jensen, 1996), aunque siempre

se deben de tener en cuenta las propiedades psicométricas que posee el cuestionario, ya que de ello depende que los datos obtenidos por medio de éste sean utilizados de forma más apropiada.

Entre los cuestionarios que evalúan la imagen corporal se pueden encontrar, por un lado, los que miden el grado de malestar o ansiedad que producen determinadas partes del cuerpo, mientras que otros se han enfocado a valorar las situaciones que hacen sentir mal a las personas (situaciones en las que sienten que su cuerpo es evaluado). Algunos de ellos son (Raich, 2000):

- ❖ **Body Cathexis Scale, BCS** (Escala de la catexia corporal) de Secord y Jourard (1953), el cual consta de 46 ítems que evalúan el grado de satisfacción que la persona tiene con respecto a distintas partes y funciones de su cuerpo.

- ❖ **Body Esteem Scale** (Mendelson & White, 1982). Ésta ha sido utilizada con niños y adolescentes de 7 a 11 años. Sus reactivos reflejan el cómo una persona valora su apariencia y cómo se ve.

- ❖ **MBSRQ Multidimensional Body-self Relations Questionnaire** (Cuestionario multidimensional de relación con el propio cuerpo; Cash, 1990). Es una prueba diseñada para abordar múltiples aspectos subjetivos de la imagen corporal. Se constituye de 72 ítems divididos en tres escalas actitudinales (evaluación, atención/importancia, conducta) en tres dominios somáticos (apariencia, destreza física y salud). Ha sido usada extensamente en la investigación de la imagen corporal mostrando buenos resultados.

- ❖ **OSIQ, Offer self- image questionnaire** (Offer, Ostrov & Howard, 1982). El OSIQ es una prueba para adolescentes de 14 a 18 años. Está constituido por 130 ítems y 11 escalas; una de éstas refiere al cuerpo y la autoimagen que puede utilizarse como una medida de evaluación general de la apariencia.

Además de los ya mencionados hay cuestionarios cuyo foco de atención no es precisamente la insatisfacción corporal, no obstante presentan subescalas que refieren tal aspecto, un ejemplo de ellas es:

- ❖ **EDI, Eating Disorder Inventory** (Inventario de los trastornos alimentarios.; Garner, Polivy & Olmstead, 1983, cit. en Raich, 2000), el cual fue elaborado para valorar trastornos alimentarios. Presenta una subescala llamada *Insatisfacción corporal* formada por 9 reactivos que evalúan la creencia de que determinadas partes corporales son demasiado grandes.

Ahora bien, respecto a la evaluación del componente conductual, se dice que hay pocas medidas construidas con tal propósito. Dentro de los instrumentos utilizados para medir las cogniciones o emociones en torno a la figura corporal se pueden encontrar ítems que hacen alusión a las conductas asociadas a la imagen corporal, aunque sólo se conoce una medida que se ocupa específicamente de dicho aspecto ya que indaga acerca de la práctica de ciertas conductas de evitación activa y pasiva de situaciones relacionadas con la imagen corporal. La prueba a la que se hace referencia es el BIAQ, Body Image Avoidance Questionnaire (Cuestionario de evitación a causa de la imagen corporal; Rosen, Salzberg, Srebnik & Went, 1990, cit. en Raich, 2000).

1.6 Body Shape Questionnaire (BSQ, Cuestionario de la figura corporal).

Resulta evidente que los instrumentos citados anteriormente han demostrado ser apropiados y de gran utilidad en la identificación, evaluación y tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal, ya sea cognitiva-afectiva o conductual, sin embargo son escalas que, aunque evalúan insatisfacción corporal y pueden ser utilizadas en relación a los trastornos alimentarios, no surgieron desde y con el propósito de su evaluación dentro de los mismos, ya que sus objetivos no abarcan algunos aspectos involucrados con los trastornos alimentarios en relación a la imagen corporal; cabe mencionar que algunos cuestionarios, como es el caso del EDI están dirigidos específicamente a evaluar los trastornos alimentarios y sólo abarcan de manera parcial (subescalas) a la insatisfacción corporal.

Un cuestionario que ha sido diseñado con el propósito de valorar la insatisfacción corporal en personas con algún trastorno alimentario (anorexia y bulimia nerviosas) es el Body Shape Questionnaire (BSQ; Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987). Asimismo ha mostrado su capacidad para evaluar el malestar por la apariencia en personas que no padecen algún tipo de problema con la alimentación. La finalidad de la prueba es evaluar aspectos actitudinales de la imagen corporal (insatisfacción/preocupación por el peso y la figura). Ha sido utilizado a nivel nacional e internacional mostrando buenos resultados, indicadores de su gran utilidad.

Existen investigaciones en las cuales se ha utilizado el BSQ con diversos objetivos. Uno de ellos fue el de detectar la relación existente entre la insatisfacción corporal y los trastornos de la conducta alimentaria. El estudio realizado por Mateo (2002) tuvo como finalidad analizar la presencia de trastorno alimentario y los factores asociados a éste. De acuerdo a sus resultados las mujeres con sintomatología de trastorno alimentario o el trastorno en sí puntúan

de forma elevada en el instrumento BSQ, rebasando incluso el punto de corte; además se observó que existe una asociación significativa entre la insatisfacción corporal y la sintomatología de trastorno alimentario. A partir de este hecho se identificó a la insatisfacción corporal como un factor de riesgo en la aparición de una trastorno de la conducta alimentaria.

Asimismo, en un estudio realizado en España para la adaptación del BSQ (Raich, et al., 1996), encontraron mayores puntuaciones en el instrumento por parte de las personas con algún problema de la conducta alimentaria (anorexia o bulimia) a diferencia de las personas control (ausencia de trastorno). Además fue evidente la capacidad del BSQ para discriminar entre ambos grupos. Dicha capacidad también fue observada incluso entre mujeres con bulimia comparadas con mujeres que padecen anorexia (Bunnell, Cooper, Hertz & Shenker, 1992, cit. en Perpiña, 1996).

Investigaciones realizadas en México al respecto han observado que, en efecto, en poblaciones femeninas mexicanas la imagen corporal se encuentra asociada a los trastorno de la conducta alimentaria (Román, et al., 1998). Estos resultados fueron similares a los hallados por Alvarez, et al. en 1996 al obtener asociaciones positivas significativas entre la presencia sintomatología de Trastorno de la Conducta Alimentaria y la insatisfacción corporal. Ambos estudios utilizaron el BSQ como instrumento de evaluación.

A partir de lo expuesto anteriormente, en la presente investigación se pretende analizar si el BSQ resulta ser un instrumento apropiado y útil para la población mexicana femenina, para lo cual se observará si cumple con los criterios psicométricos requeridos respecto a los cuestionarios enfocados en la evaluación psicológica.

2. PSICOMETRÍA EN LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

2.1 Psicometría

La Psicología, como otras ciencias empíricas tiene como finalidad describir, predecir y explicar los fenómenos empíricos de su área de interés (Martínez, 1995a). Para cumplir con esta meta se ha de valer de procedimientos tales como la medición, la cual consiste en asignar números (calificaciones o medidas) a las propiedades o atributos de los participantes (unidades experimentales), estableciendo reglas específicas sobre las que se fundamentan tales asignaciones (Morales, 1993).

La utilidad o validez de las medidas en Psicología es estudiada mediante la psicometría, la cual tiene como objetivo principal “desarrollar modelos, principalmente de índole cuantitativa para la transformación de los hechos en datos y fundamentalmente proporcionar métodos idóneos para la aplicación de esos modelos con objeto de asignar valores numéricos generalmente a los sujetos, sobre la base de sus respuestas, y/o a los estímulos presentes en la situación” (Cliff, 1973, cit. en Martínez, 1995a, p. 21).

Se han desarrollado una gran cantidad de instrumentos dirigidos a la medición de las características psicológicas humanas, éstos se conocen como pruebas psicométricas y son técnicas metodológicas que se producen artificialmente y permiten llegar a obtener información objetiva acerca de la expresión de los fenómenos que suceden en esa unidad biológica, social y psicológica que es la conducta humana; además de que coloca al o a los individuos en condiciones experimentales, con el fin de extraer el segmento del comportamiento a estudiar y que permita la comparación estadística conductora a la clasificación cualitativa, tipológica o cuantitativa de la característica (s) que se está evaluando (Morales, 1993).

La elaboración de los tests psicométricos implica una serie de pasos a seguir, algunos mencionados por Martínez (1995b) son:

- ❖ Identificar el propósito o finalidad para el que se ocuparán las puntuaciones del test.
- ❖ Especificar las principales restricciones con las que deberá operar el instrumento: tiempo, medios, situaciones, etc.
- ❖ Identificar conductas observables representativas del constructo (dominio o atributo de interés).
- ❖ Preparar un conjunto de especificaciones de contenidos, que establecen conductas o tópicos a cubrir, destrezas, etc.
- ❖ Especificación del formato de los ítems del test, indicando la naturaleza de los materiales estímulo, tipo de respuesta y procedimiento de puntuación.
- ❖ Especificar un plan para el tratamiento de los ítems propuestos y para seleccionar los que se incluirán en el instrumento en su forma definitiva, así como especificar y llevar a cabo el estudio piloto.
- ❖ Especificar los valores de los estadísticos que se calcularán para la versión definitiva del test, fijando niveles deseados de dificultad del ítem así como estándares de fiabilidad y validez mínimos.
- ❖ Planificar los procedimientos que se usarán en la tipificación o construcción de normas del test.
- ❖ Diseñar la recogida de datos y técnicas de análisis que se utilizarán para evaluar fiabilidad, validez, análisis de sesgos del ítem y del test, etc.
- ❖ Diseñar el manual del test y los posibles materiales auxiliares necesarios.

Aún cuando los instrumentos han resultado adecuados para su utilización, Coolican (1997) menciona que éstos son muy sensibles a las tendencias predeterminadas de factores culturales, de clase y otros factores sociales, por lo que deben seguir siendo valorados periódicamente. De acuerdo a ello se considera de suma importancia determinar si tales instrumentos son apropiados para cada situación particular. Los requisitos mínimos que se puntualizan en la

literatura (Morales, 1993) son: confiabilidad, validez, especificidad y sensibilidad, así como la estandarización del instrumento y –cuando sea necesario– su adaptación.

La importancia de ello se debe a que una medición defectuosa puede invalidar cualquier investigación científica, Kerlinger (1975) subraya la relevancia de examinar en especial la confiabilidad y validez en forma crítica y empírica de todos los instrumentos de medición, pese a las dificultades que esto entraña. Por lo cual es de consideración revisar más a fondo los aspectos involucrados con dichos conceptos.

2.2 Confiabilidad

El término confiabilidad se refiere a la consistencia y exactitud de un instrumento para medir lo que pretende medir (Jensen, 1996; Herriot, 1980; Silva, 1992a). Es decir, que los resultados obtenidos con el instrumento en una determinada ocasión deben ser los mismos si se vuelve a medir el mismo rasgo en condiciones similares (Magnusson, 1977a).

La falta de confiabilidad se puede observar en la inestabilidad de los resultados de una evaluación psicológica, aunque se debe tener presente que tal inestabilidad puede también deberse a otros aspectos del sujeto que ha contestado la prueba como es el contexto en el momento de la medición, ya que en dicho caso, ésta se liga a errores aleatorios no sometidos a control y por consecuencia, no predecibles que están asociados al proceso de medición (Kerlinger 1975; Martínez 1995c).

Para calcular la confiabilidad se utilizan los métodos de correlación. Al coeficiente de correlación se le conoce como coeficiente de confiabilidad, el cual puede tomar valores entre 0 y 1, pero no puede ser negativo (Magnusson, 1977a).

Mientras que el cálculo empírico de un coeficiente de fiabilidad puede obtenerse por medio de diferentes métodos, Martínez (1995c) menciona 3 de ellos:

- a) Método de las formas paralelas
- b) Método de la repetición del test o test– retest
- c) Métodos basados en una sola aplicación del test

Método de formas paralelas o alternativas

Se construyen dos formas paralelas del test, se aplican las dos formas a una muestra amplia y representativa de la población de sujetos a la que se destina el test, y se calcula el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson con los dos conjuntos de poblaciones.

Las formas alternativas son dos formas del test que se construyeron en un esfuerzo de hacerlas paralelas y pueden tener varianzas iguales o muy similares en las puntuaciones observadas, medias iguales y correlaciones iguales con otras medidas. La correlación entre las puntuaciones de las formas alternativas estima el coeficiente de fiabilidad de cualquiera de las dos formas.

El valor del coeficiente de correlación refleja la fiabilidad en cuanto ausencia de errores aleatorios y el grado de paralelismo de las formas. Es decir que una correlación entre puntuaciones observadas sobre formas alternativas proporcionará una buena estimación del coeficiente de fiabilidad si las formas alternativas son paralelas, tau-equivalentes o esencialmente equivalentes y si los efectos de la práctica no afectan al coeficiente de correlación.

Método de la repetición del test o test–retest

En este caso se requiere la aplicación del mismo test en dos ocasiones a la muestra de sujetos. La correlación entre las puntuaciones en las dos ocasiones es un estimador del coeficiente de fiabilidad que refleja la estabilidad de las puntuaciones. Igual que en el anterior se calcula el producto-momento de Pearson entre las dos puntuaciones.

Muñiz (1998a) menciona que en este método una cuestión difícil de solucionar es delimitar el tiempo óptimo que debe transcurrir entre ambas aplicaciones, ya que no existe una regla universal, sino que depende en gran parte del tipo de test, es evidente que hay algunos tests más propensos a ser recordados que otros. Por ello las estimaciones por el método test–retest son más apropiadas para pruebas que miden rasgos poco afectables por los efectos de la práctica y que son estables a lo largo del intervalo de tiempo transcurrido.

Métodos basados en una sola aplicación del test

Estos procedimientos se denominan métodos de consistencia interna, los cuales se utilizan con el fin de establecer hasta qué punto se puede generalizar el conjunto de ítems al dominio o universo de contenidos. Para ello se valora el grado de consistencia interna con el que los examinados contestan los ítems o subconjuntos de ítems del test, en una única aplicación del mismo.

- ❖ **Método de división por mitades:** Una prueba psicológica que consiste de diversos reactivos o preguntas se puede separar para que los reactivos se dividan de manera aleatoria, en pares o nones, en dos conjuntos que comprenden la mitad de la prueba completa cada uno. Si la prueba es confiable, las puntuaciones de las personas en cada mitad deberían ser

similares, y el grado de similitud se evalúa utilizando un coeficiente de correlación (Coolican, 1997).

- ❖ Otro método es por medio de la **estimación de la consistencia interna** realizando el cálculo del coeficiente alfa (α) propuesto por Cronbach en 1951, el cual más que la estabilidad de las medidas, refleja el grado en el que covarían los ítems que constituyen el test, siendo así, un indicador de la consistencia interna del test (Muñiz, 1998a).

La confiabilidad es una condición necesaria, pero no suficiente, del valor de los resultados de la investigación y de su interpretación (Kerlinger, 1975). Por lo cual es importante examinar otro de los requisitos mínimos con los que debe cumplir un instrumento de medida y es el que se refiere a la validez.

2.3 Validez

En términos generales la validez de un instrumento consiste en que éste cumpla el propósito con el que fue diseñado (Nunnally, 1987), es decir el grado en que realmente mide lo que pretende medir (Coolican, 1997; Magnusson, 1977b; Silva, 1992b). De acuerdo a Kerlinger (1975) existen tres tipos de validez a evaluar:

- ❖ Validez de contenido
- ❖ Validez de criterio
- ❖ Validez de constructo

Validez de contenido

Este tipo de validez alude a la necesidad de garantizar que el test constituye una muestra adecuada y representativa de los contenidos que se

pretenden evaluar con él (Muñiz, 1998b). Es decir que el contenido del instrumento es representativo del contenido o del universo de contenido de la propiedad que se va a medir. La validez de contenido no puede expresarse por un coeficiente de validez (Magnusson,1977b), sino que se procede por análisis racionales de los contenidos posibles y consultas cruzadas a expertos en el área de que se trate (juez crítico), (Muñiz, 1998b). Su evaluación se realiza de acuerdo al grado en que la muestra de ítems del test es representativa de la población total (Nunnaly & Bernstein, 1995, cit. en Alvarez, 2000).

Validez de criterio

Se estudia mediante la comparación de las puntuaciones de una prueba o escala con una o más variables, o criterios externos que, según se sabe o se cree, miden el atributo del cual se trata. La validez de criterio tiene a su vez tres subclasificaciones:

- **Validez concurrente:** La nueva prueba se valida por comparación con un criterio actual existente (Coolican, 1997).
- **Validez predictiva:** Se puede hacer una predicción relacionada con un criterio externo y recurre a la comprobación del instrumento de medición en comparación con algún otro resultado o medida (Kerlinger, 1975).
- **Validez discriminante:** Es “cuando una misma estrategia de medición aplicada a individuos o características distintas, proporciona resultados distintos. Un test discrimina más en cuanto más capaz es de clasificar u ordenar a los individuos en función de la característica que se está midiendo” (Viladrich, Prat, Doval & Vall-Ilovera, 1997, p. T5-36).

La sensibilidad y especificidad de la medida son casos particulares de este tipo de validez. La sensibilidad hace referencia a la capacidad de un test para

detectar la presencia de una determinada característica en un sujeto; mientras que la especificidad se refiere a la capacidad de una medida para detectar la presencia de una característica sólo en el caso de que esté presente (Viladrich, et al., 1997).

Validez de constructo

La validez de constructo supone la demostración del poder de éste para explicar una red de hallazgos de investigación y para predecir relaciones posteriores. Si un constructo es correcto entonces está en la posibilidad de sustentar los argumentos de su existencia con una variedad de mediciones de sus efectos, o en relación con otras variables. La validez de constructo se sustenta por la abundancia de apoyos experimentales (Coolican, 1997).

Muñiz (1998b) cita a la validez factorial (análisis factorial) como un procedimiento metodológico utilizado con mucha frecuencia en el ámbito de la psicología con la finalidad de obtener datos sobre la validez de constructo. Al hablar de validez factorial de un constructo es necesario que todas las medidas diseñadas para evaluarlo muestren coherencia factorial al ser sometidas a un análisis factorial. Bajo el concepto de análisis factorial se suelen presentar dos diferentes métodos (Kerlinger, 1975):

- **Análisis de componentes principales (ACP):** el cual se describe como una técnica estadística que permite analizar relaciones de interdependencia en una matriz de datos donde las variables tienen el mismo estatus.
- **Análisis factorial (AF):** es una técnica para representar las variables en un espacio de pequeña dimensión, denominado espacio factorial; para ello se reduce un gran número de mediciones a un número menor llamado factor, mediante el descubrimiento de aquellas que miden las mismas cosas y de las relaciones que existen entre estas agrupaciones.

Ambos son descritos como métodos de factorización dirigidos a reducir la dimensionalidad de un conjunto de variables y son aplicados al mismo tipo de datos. No obstante, Viladrich, et al. (1997) mencionan que el objetivo del ACP se dirige a resumir las variancias y covariancias originales, en tanto que el propósito del AF es el de resumir las covariancias. Es decir que el análisis factorial le da mayor importancia a la estructura de correlaciones entre los datos, mientras que el análisis de componentes principales le da la misma importancia a los elementos de la diagonal que a los que se encuentran fuera de ella. Así mismo citan que “el ACP pretende describir la variabilidad total de la nube de puntos atendiendo a que una parte de dicha variabilidad es covariación entre variables. En cambio, el AF pretende analizar la variabilidad que tienen en común diferentes variables métricas, describiendo por separado la variabilidad que cada una de ellas no comparte con el resto” (pag. T3- 3).

Además de los métodos ya descritos, existe uno de igual importancia y es el que se refiere a la **Rotación Varimax** de los factores, definido como un tipo de rotación ortogonal de los factores que trata de minimizar el número de variables con saturaciones altas en un factor. Su objetivo principal consiste en obtener una solución más interpretable con respecto a que las variables fuertemente correlacionadas entre sí presenten saturaciones altas sobre un mismo factor y bajas sobre el resto (Ferrán, 1996a).

Por otra parte, se pueden encontrar otros procedimientos para estimar la validez de constructo (Álvarez, 2000), siendo éstos:

- **Validez convergente:** cuando el test presenta altas correlaciones con otros tests que miden el mismo rasgo con métodos diferentes.
- **Validez divergente:** se establece cuando un test presenta correlaciones bajas con tests que, utilizando el mismo método, miden distintos rasgos.

La presente investigación tiene la finalidad de analizar la validez de una prueba enfocada a detectar la insatisfacción corporal en relación con los trastornos alimentarios en población mexicana, partiendo del hecho de que la utilidad de los instrumentos de medición psicológica depende de sus propiedades psicométricas, es decir qué tan fiables y validos resultan para la población a la que se pretende aplicar. La prueba que se someterá a estudio es el Body Shape Questionnaire (BSQ).

2.4 Propiedades psicométricas del BSQ

El Body Shape Questionnaire (BSQ) es una prueba desarrollada y validada en población estadounidense por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn en 1987. Su objetivo es explorar la autopercepción respecto a la imagen corporal y específicamente identificar la presencia de insatisfacción con la imagen corporal.

Para desarrollar el cuestionario en un principio se entrevistaron a 28 mujeres:

- ❖ 10 presentaban Trastorno de la Conducta Alimentaria (Anorexia ó Bulimia nerviosa),
- ❖ 7 mujeres que realizaban dieta para reducir de peso,
- ❖ 3 mujeres practicantes de ejercicio físico, y
- ❖ 8 estudiantes universitarias.

Las entrevistas hacían referencia a la experiencia de sentirse gordas, las circunstancias que provocan estas sensaciones, así como sus consecuencias conductuales y emocionales. La información fue organizada en categorías conceptuales, a partir de las cuales se formularon 51 preguntas que dieron origen a un primer cuestionario constituido bajo una escala Likert de 6 opciones de respuesta: a) nunca, b) raramente, c) algunas veces, d) a menudo, e) muy a menudo, y f) siempre.

Posteriormente se procedió a la aplicación de este cuestionario a una muestra de 573 mujeres divididas en 4 grupos:

1. 38 pacientes con bulimia nerviosa,
2. 331 asistentes a una clínica de planificación familiar,
3. 119 estudiantes de terapia ocupacional, y
4. 85 estudiantes universitarias.

A partir de los resultados de esta aplicación fueron eliminados 17 ítems por las siguientes razones: el contenido de las preguntas fue considerado estrechamente relacionado (coeficientes de correlación altos); no hubo diferencias significativas entre el grupo de pacientes y los no pacientes al aplicar una *t* de student; y finalmente, en algunos casos se consideró incierta la información proporcionada. De tal modo, el cuestionario final incluyó 34 reactivos y fue llamado Body Shape Questionnaire (BSQ).

Para realizar la validación de esta versión final se recurrió a la información obtenida de la muestra anteriormente citada, sin embargo fueron sumados otros instrumentos, de forma tal que el grupo de pacientes con bulimia nerviosa (grupo 1) respondió el EAT y la subescala de insatisfacción corporal del EDI (IC-EDI), mientras que los estudiantes de terapia ocupacional (grupo 3) respondieron sólo el EAT.

El estudio se dirigió a evaluar la validez concurrente y discriminante. Para la validez concurrente el BSQ fue correlacionado con la IC-EDI y con el EAT; en el caso de las pacientes con bulimia nerviosa se obtuvieron coeficientes de correlación moderado ($r = 0.35$, $p < 0.02$) y alto ($r = 0.66$, $p < 0.001$) respectivamente. Asimismo en el grupo de estudiantes de terapia ocupacional se observó una correlación moderadamente alta entre el BSQ y el EAT ($r = 0.61$, $p < 0.001$).

Con respecto a la evaluación de la validez discriminante, se derivaron 2 grupos de la muestra de los no pacientes –de acuerdo a sus respuestas en el BSQ–; el primero de ellos mostró preocupación por el peso y la figura, en tanto que el segundo se mostraba despreocupado en estos aspectos. A continuación fueron comparadas la puntuaciones promedio del BSQ del primero y el segundo grupo (\bar{X} = 109, DE= 21.2 y \bar{X} = 55.9, DE= 14.4, respectivamente) las cuales resultaron significativamente diferentes ($t = 19.6$, $p < 0.0001$).

Asimismo, de la muestra de los no pacientes se derivaron otros dos grupos, el primero de ellos se conformó por personas que cumplían con criterios diagnósticos para bulimia nerviosa, llamado “casos definidos de bulimia nerviosa”; el resto de la muestra formó el segundo grupo nombrado como “casos no definidos de bulimia nerviosa”. Las puntuaciones promedio del BSQ fueron comparadas entre ambos grupos mostrando una diferencia significativa. Además, se comparó la puntuación del BSQ del grupo de casos definidos de bulimia nerviosa contra la puntuación promedio obtenida por la muestra de pacientes con bulimia nerviosa y se observó que éstos no fueron significativamente diferentes (Tabla 3A).

GRUPOS	\bar{X}	D. E.	Casos definidos vs Casos no definidos	Casos definidos vs pacientes con bulimia
Casos definidos de bulimia nerviosa	129.3	17	7.62*	1.00
Casos no definidos de bulimia nerviosa	71.9	23.6		
* $p < .0001$				

Tabla 3A. Comparación entre las puntuaciones promedio del BSQ entre los casos no definidos y definidos de bulimia nerviosa, así como con el grupo de pacientes con bulimia.

A partir de los resultados obtenidos, el BSQ es considerado como una medida del alcance de la psicopatología ya establecida y no como una medida de

detección de casos, así como un medio de investigación adecuado respecto al rol que juega la preocupación por la figura corporal en el desarrollo, mantenimiento y tratamiento de la anorexia y bulimia nerviosas.

Ahora bien, el BSQ ha sido valorado en sus propiedades psicométricas a nivel internacional. Se han encontrado dos investigaciones realizadas en población española que contemplan dicho objetivo.

Una de ellas es la de Raich, et al. (1991), cuyo estudio fue de exploración y no de significación estadística. Su objetivo fue evaluar en qué medida la preocupación por la figura afecta a la población adolescente. La muestra estuvo constituida por 1441 chicas de edades entre los 14 y 17 años de escuelas públicas y privadas. El cuestionario se utilizó en una versión reducida constituido por 29 reactivos, debido a que la información de los ítems referentes a uso de laxantes y ejercicio físico se obtuvo con el cuestionario EAT, y en segundo lugar porque el resto de los ítems eliminados redundan en temas ya evaluados dentro del cuestionario.

A partir de los análisis realizados se observó que el BSQ presenta una buena consistencia interna ($\alpha = 0.96$) y por tanto una fiabilidad elevada. Asimismo 25 de los ítems mostraron una correlación útil para predecir ($r = 0.56$) y los 4 restantes una correlación moderada ($r = 0.31$).

Además fue evaluada la validez factorial a través del método de ACP y rotación varimax, obteniendo una estructura de 3 factores que incluyó los 29 ítems y que en conjunto explican el 56.6% de la variabilidad total. El factor 1 hace alusión a la *preocupación por la figura corporal y sentirse gorda*, muestra un alfa de 0.94 y sus 17 ítems explican el 26.6% de la variabilidad total. El segundo factor incluye 7 ítems que se refieren a la *autodesvalorización al comparar la propia figura con la de otros*, observa un alfa de 0.86 y explica el 17.6% de la variabilidad total; y el tercer factor se constituye de 5 reactivos que explican el 12.5% de la

variabilidad total y muestra un alfa de 0.75, haciendo referencia a *las conductas consecuentes con la insatisfacción corporal por la figura*.

De acuerdo a estos resultados, las autoras mencionan que el BSQ, versión reducida, es una medida de autoinforme que permite evaluar la insatisfacción y preocupación por la figura.

Otra investigación posterior de Raich, et al. (1996) comprendió la realización de 5 estudios en España aplicando el instrumento BSQ con el fin de proporcionar información sobre diferentes aspectos de la fiabilidad y validez en su comunidad y de tal forma aportar métodos de evaluación sobre la imagen corporal.

Las muestras con las que se trabajó en los diferentes estudios se presentan en la tabla 4A. Los instrumentos que se les administraron a cada una de ellas además del BSQ fueron, el EAT y la subescala de insatisfacción corporal del EDI (IC-EDI), la entrevista estructurada BDDE, que evalúa imagen corporal y síntomas del trastorno de la imagen corporal; el autoinforme BIAQ, que refiere conductas de evitación de situaciones relacionadas con la imagen corporal; el TCA, que expone síntomas diagnósticos propios de anorexia y bulimia nerviosa según el DSM III-R; el Rosenberg Self- Esteem Scale, que presenta una medida global de autoestima; y el BSI, que mide sintomatología psicopatológica.

ESTUDIO	MUESTRAS	INSTRUMENTOS
1	-Estudiantes universitarias	-EAT, IC-EDI y BSQ
	-Pacientes con Bulimia nerviosa	-BSQ
2	-Estudiantes universitarias	- BSQ
3	-Estudiantes universitarias	-BSQ, Entrevista estructurada BDDE, el BIAQ, el TCA, el Rosenberg Self- Esteem Scale y el BSI
4	-Pacientes con Anorexia y Bulimia nerviosa	-BSQ
	-Estudiantes universitarias	-BSQ
5	-Estudiantes universitarias (derivadas del estudio 3) con altas puntuaciones en el BSQ.	- Fueron sometidas a una terapia para el trastorno de la imagen corporal.

Tabla 4A. Muestras correspondientes a cada uno de los estudios, así como los instrumentos aplicados a cada una de ellas.

De acuerdo a los resultados se observó que el BSQ presenta una gran consistencia interna, ya que los coeficientes alfa de Cronbach obtenidos en los estudios 1, 2 y 3 son muy elevados (0.97, 0.96 y 0.95, respectivamente), lo cual proporciona el indicio de una buena fiabilidad.

Asimismo fue evaluada la validez de constructo (factorial y convergente) y la validez de criterio (discriminante) del BSQ. Para estimar la validez factorial se recurrió al método de ACP (estudios 1 y 2), el cual arrojó estructuras que explican gran parte de la variabilidad total (69.6% para 5 factores y 48.7% para 1 factor) y además mostraron que existe una gran coherencia entre los contenidos del BSQ.

Respecto a la validez convergente se observó que existen correlaciones altas ($r = 0.78$) entre el BSQ y la IC-EDI (estudio 1), lo cual confirma que ambas escalas miden lo mismo, y que el BSQ es apto para valorar la insatisfacción corporal. Así mismo, al comparar los resultados del BSQ con otras pruebas de trastorno de la imagen corporal (estudio 3), se encontró una correlación alta con la entrevista BDDE ($r = 0.74$, $p < 0.001$) y moderadamente alta con el BIAQ ($r = 0.69$, $p < 0.001$); mientras que la correlación con las otras pruebas que miden ajuste psicológico fue inferior a las anteriores obteniendo una r de Pearson de 0.56 con el Rosenberg self- esteem scale, y de 0.43 con el BSI. Lo anterior permite afirmar que el instrumento mide aspectos relacionados con la insatisfacción corporal y con los sentimientos, pensamientos y conductas producto de una imagen corporal determinada. Por su parte la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y la insatisfacción corporal resultó evidente (estudios 1 y 3), esto se reflejó en la alta correlación que presentaron los resultados del BSQ con los del TCA ($r = 0.74$), se observada también con el EAT ($r = 0.71$).

En lo que se refiere a la validez de criterio, ésta se determinó al estimar la validez discriminante con el objetivo de evaluar la capacidad del cuestionario para discriminar entre personas con trastorno alimentario y población general (estudio 4). Para ello se compararon las medias de las puntuaciones observadas en el

BSQ tanto en población de estudiantes universitarias como en una muestra de bulímicas, obteniendo una diferencia significativa ($p < 0.001$). Así mismo fueron comparadas las puntuaciones promedio de sujetos con alta y baja insatisfacción corporal de acuerdo al resultado del BSQ y la BDDE, observando diferencias significativas ($p < 0.001$) entre ambos grupos. Y en una tercera evaluación se compararon las respuestas del BSQ entre grupos de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia y anorexia de tipo purgativo), encontrando que no existen diferencias significativas, mientras que al ser comparadas con un grupo de estudiantes universitarias si hubo diferencia significativa ($p < 0.001$).

Finalmente se observó que el BSQ presenta sensibilidad al cambio (estudio 5), ya que las puntuaciones de los sujetos al seguir un tratamiento para el trastorno de la imagen corporal presentaron respuestas claramente diferentes y más bajas al finalizar la terapia (pre-terapia: $\bar{X} = 128.4$, $DE = 22.9$; post-terapia: $\bar{X} = 74.7$, $DE = 28.2$, $p < 0.001$).

De acuerdo con los análisis realizados, las autoras concluyen que el BSQ es un buen instrumento en el campo de la evaluación de la insatisfacción con la imagen corporal en su sociedad.

OBJETIVO GENERAL:

Analizar la confiabilidad y validez en población mexicana femenina del Body Shape Questionnaire (BSQ), dirigido a detectar la insatisfacción corporal relacionada a los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ❖ Evaluar la confiabilidad (consistencia interna) del BSQ.
- ❖ Analizar y determinar la estructura factorial del BSQ (validez factorial).
- ❖ Estimar la validez discriminante y predictiva del BSQ.
- ❖ Derivar el punto de corte del BSQ, idóneo para población femenina mexicana.

MÉTODO

Participantes

Fase I La muestra comunitaria fue de tipo no probabilística, formada por 1310 estudiantes de sexo femenino, con un rango de edad de 14 a 26 años (\bar{X} = 19.1, DE= 1.9). Se incluyeron estudiantes pertenecientes a instituciones públicas y privadas de la Ciudad de México (Tabla 1M).

Institución	n	%	Nivel educativo	n	%
Pública	911	69.5	Medio superior	236	18.0
Privada	399	30.5	Superior	1074	82.0

Tabla 1M. Tipo de institución y nivel educativo al que pertenecían los participantes.

Fase II La muestra fue no probabilística de tipo intencional, constituida por 472 personas de sexo femenino previamente definidas con presencia o ausencia de Trastorno de la Conducta Alimentaria por medio de la Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (IDED, Interview for the Diagnosis of Eating Disorders-IV, Kustlesic, Williamson, Gleaves y Barbin, 1998). De este modo 216 mujeres –procedentes del Instituto Nacional de Psiquiatría– conformaron el grupo clínico; su rango de edad se encontraba entre los 13 y 30 años (\bar{X} = 20.5, DE= 3.9), se incluyeron jóvenes que presentaron Trastorno de la Conducta Alimentaria, específico y no específico (Tabla 2M).

Por su parte, el grupo control estuvo constituido por 256 mujeres con un rango de edad de 11 a 26 años (\bar{X} = 15.9, DE= 3.2) correspondientes a instituciones públicas y privadas del nivel educativo medio básico, medio superior y superior.

Tipo de trastorno alimentario	Frecuencia de casos	Porcentaje %
Anorexia Nerviosa Restrictiva	22	10.1
Anorexia Nerviosa Purgativa	17	7.9
Bulimia Nerviosa Purgativa	87	40.3
TANE	90	41.7
Total	216	100.0

Tabla 2M. Frecuencia de casos para cada tipo de trastorno del comportamiento alimentario en el grupo clínico (n= 216).

Instrumento

Body Shape Questionnaire (BSQ). Cuestionario que evalúa la presencia de preocupación e insatisfacción con la imagen corporal. Fue creado y validado en población estadounidense por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn en 1987. Ha sido validado en población española por Raich, Mora, Soler, Avila, Clos y Zapater en 1996. Raich (2000) señala el punto de corte de 105. No posee factores. Consta de 34 preguntas directas con seis opciones de respuesta:

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- A menudo
- Muy a menudo
- Siempre

PROCEDIMIENTO

Se presentó el proyecto a las diversas instituciones de las que provienen los participantes de la muestra. Una vez aceptado se llevó a cabo la aplicación del instrumento de forma grupal (aproximadamente 20 personas por grupo). Para ello

se les entregó una hoja de respuestas en donde debían marcar una de las 6 opciones posibles. Las preguntas del cuestionario fueron leídas al grupo. El tiempo utilizado para contestar el cuestionario fue de aproximadamente 15 minutos por grupo. Posteriormente se calificó el instrumento y estos datos se capturaron en las bases de datos del programa SPSS.

Análisis de los datos

CONFIABILIDAD. El análisis de la confiabilidad se calculó en las muestras de la fase I (N= 1310) y la fase II (N= 472). Para ello se utilizó el método basado en una sola aplicación del instrumento, calculando el coeficiente *Alpha de Cronbach* para la estimación de la consistencia interna. Así mismo se establecieron correlaciones entre cada uno de los ítems con la puntuación total de la prueba por medio del estadístico *r de Pearson*.

VALIDEZ. Se llevó a cabo la evaluación de la validez de constructo en las dos muestras empleando el método de **validez factorial**, con la finalidad de obtener la estructura factorial del BSQ.

Posteriormente, se estimó la validez de criterio (**validez discriminante y predictiva**) en la muestra de la segunda fase, con el propósito de evaluar el grado en que el BSQ es capaz de discriminar y predecir poblaciones con y sin Trastorno de la Conducta Alimentaria, en función de la insatisfacción corporal. Para ello, se realizaron comparaciones de las puntuaciones promedio obtenidas en el BSQ (por puntuación total, por ítem y por factor) entre el grupo clínico y control, utilizando la prueba *t de Student* para muestras independientes.

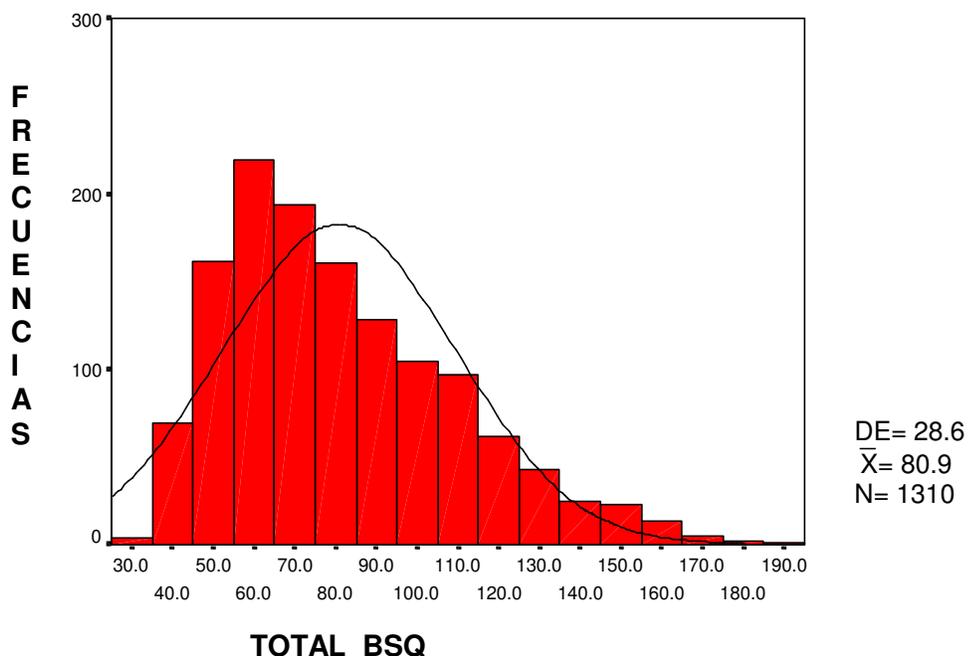
A continuación se realizó un análisis discriminante con la finalidad de determinar la capacidad del BSQ para clasificar de modo correcto a cada individuo.

Finalmente, con el propósito de determinar el punto de corte adecuado a la población femenina mexicana se tomó como referencia el 105 señalado por Raich (2000). Fueron exploradas las puntuaciones 110, 115, 117, 120 y 124 como posibles puntos de corte analizando sus valores de sensibilidad y especificidad, los cuales fueron comparados por medio de una Curva ROC (Receiver operating characteristic) para seleccionar el óptimo.

RESULTADOS

FASE I

En primer lugar se realizó la distribución de frecuencia de la población (N= 1310) respecto a la puntuación total del BSQ (Gráfica 1R), teniendo un promedio de 80.9 (DE= 28.6). El pico de la frecuencia de la puntuación total se encuentra en un rango de 55 a 65, mientras que el de la curva de normalidad se situó en un rango de 75 a 88. De las 1310 estudiantes, el 20.7% rebasó el punto de corte establecido en el BSQ de ≥ 105 (Raich, 2000).



Gráfica 1R. Distribución de frecuencias y curva de normalidad de la puntuación total del BSQ.

Análisis de confiabilidad

El análisis de la confiabilidad del instrumento se llevó a cabo a través del cálculo del *Alpha de Cronbach* obteniendo un coeficiente de 0.95, lo cual muestra que la prueba BSQ tiene un excelente grado de consistencia interna.

Con respecto a la correlación que existe entre cada uno de los reactivos con la puntuación total del BSQ, evaluada por medio del coeficiente *r de Pearson*, se encontró que todos los ítems correlacionaron positivamente y de manera significativa ($p \leq 0.0001$).

De acuerdo a las indicaciones de MacRae (1994) en relación a la interpretación de las correlaciones, se pudo observar que sólo 12 de los ítems mostraron un coeficiente de correlación que se considera bueno para predecir ($r \geq 0.70$), no obstante existe una correlación útil para predecir ($r \geq 0.50$) en 18 de los reactivos de la prueba, mientras que las 4 preguntas restantes mostraron una correlación moderada ($r \geq 0.30$) con la puntuación total del BSQ (Tabla 1R).

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN <i>r de Pearson</i>	NÚMERO DE ÍTEM
$r \geq 0.70$	2, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 21, 24, 29
$r \geq 0.50$	3, 5, 7, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 22, 23, 25, 27, 28, 30, 31, 33, 34
$r \geq 0.30$	1, 8, 26, 32

$p \leq 0.0001$

Tabla 1R. Grado de correlación que obtuvo cada ítem con la puntuación total del BSQ, así como su nivel de significancia.

Análisis de la validez de constructo

La validez de constructo se determinó por medio de la validez factorial. Para realizar el análisis factorial se tomaron en cuenta los criterios citados por Yela (1997, cit. en Alvarez, 2000) respecto a la conformación de factores:

1. El ítem debe tener una saturación igual o superior a 0.40. Pero debido a que en el análisis realizado en esta investigación, la ponderación obtenida para todos los reactivos resultó alta, se decidió tomar sólo los ítems con una saturación igual o superior a 0.60.
2. Un ítem sólo se incluye en un factor, aquél en el que presente un mayor nivel de saturación.
3. Debe existir congruencia conceptual entre todos los ítems que se incluyen en un factor.
4. Un factor para ser considerado como tal debe comprender al menos tres reactivos.

En un principio se llevó a cabo el análisis de componentes principales en la muestra comunitaria (N= 1310), del cual fueron extraídos 5 factores que explican el 57.5% de la variabilidad total. Sin embargo, esta estructura no cumplió con el criterio referente a que: un factor debe comprender al menos tres reactivos para considerarlo como tal, por lo que se optó por aplicar un análisis factorial, forzando a estructuras de 4, 3 y 2 factores. Una vez arrojados los resultados se observó que la estructura de 4 factores no cumplía con el criterio antes mencionado, mientras que con 3 factores existe una relación tan estrecha respecto al contenido de los ítems que al nombrar cada factor resultaba difícil diferenciarlos entre sí, por lo que se decidió conservar la estructura de 2 factores, la cual agrupa 15 de los 34 reactivos de la prueba y explica el 46.7% de la variabilidad total (Tabla 2R).

FACTOR	VALOR PROPIO	% EXPLICADO DE LA VARIANZA	% ACUMULADO
1	8.820	25.941	25.941
2	7.071	20.796	46.737

Tabla 2R. Estructura factorial obtenida a partir del Análisis Factorial y comprobada por la Rotación Varimax de los factores.

Los factores que componen dicha estructura son los siguientes:

Factor 1. Está constituido por 9 reactivos, los cuales explican el 25.9% de la variabilidad total y presentan un coeficiente *alpha de Cronbach* de 0.91 (Tabla 3Ra). Su contenido conceptual hace referencia al *malestar con la imagen corporal*, el cual se refiere a la inconformidad que presenta la mayoría de la población hacia algún rasgo de la apariencia física (relacionado al peso o la figura corporal), pero que no afecta de manera relevante la vida cotidiana del individuo, ya que se le considera una molestia normal.

Ítem	Contenido del ítem	$\alpha = 0.91$	Ponderación
2	¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?		.777
4	¿Has tenido miedo de engordar?		.761
5	¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?		.656
6	Sentirte llena (después de una gran comida) ¿te ha hecho fijarte en tu figura?		.608
9	¿Estar con chicas delgadas te ha hecho fijarte en tu figura?		.660
17	Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gorda?		.604
21	Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho ponerte a dieta?		.662
24	¿Te ha preocupado que otra gente vea llantitas alrededor de tu cintura o estomago?		.755
34	La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?		.739

Tabla 3Ra. Contenido y ponderación de cada ítem incluido en el factor 1.

Factor 2. En este segundo factor se incluyen 6 reactivos que muestran un coeficiente alfa de 0.84 y explican el 20.8% de la variabilidad total (Tabla 3Rb). Sus ítems hacen alusión a *la insatisfacción corporal*, es decir, a la devaluación de la

aparición física relativa a algún ideal (creer que es muy pesada, muy grande o muy ancha), la cual surge en el momento en que el individuo rebasa el malestar (normativo) y su inconformidad se asocia o evoca conductas nocivas para la salud, ó incluso puede estar en riesgo de llegar a desarrollar un trastorno alimentario.

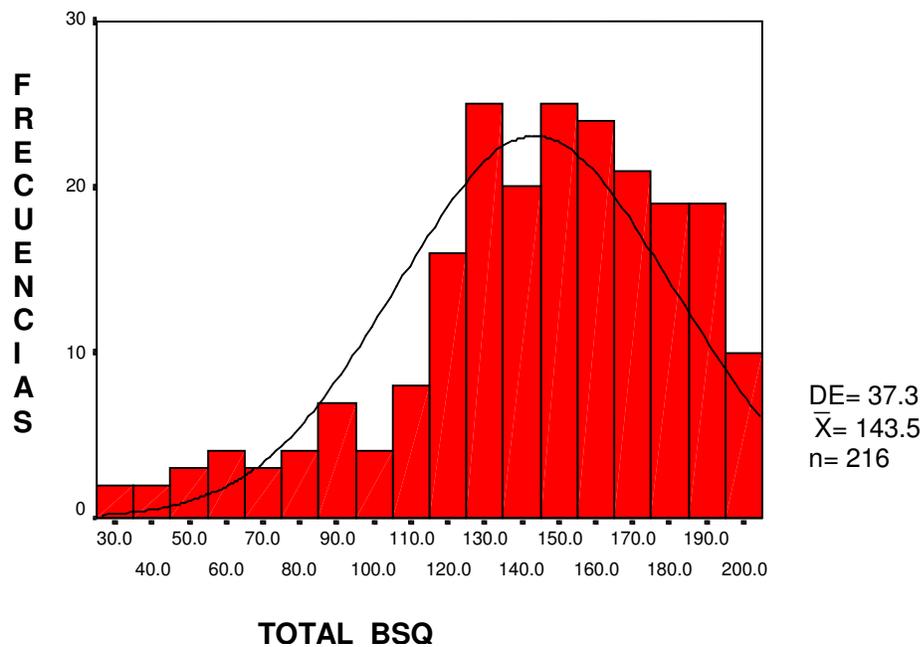
Item	Contenido del ítem	$\alpha = 0.84$	Ponderación
7	¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?		.609
11	El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gorda?		.631
13	Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la TV, lees o mantienes una conversación)?		.622
18	¿Has evitado ir a eventos sociales (por ejemplo una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?		.678
19	¿Te has sentido excesivamente gorda o redondeada?		.607
27	Cuando estás con otras personas ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo sentándote en un sofá o en el autobús)?		.680

Tabla 3Rb. Contenido y ponderación de cada ítem incluido en el factor 2.

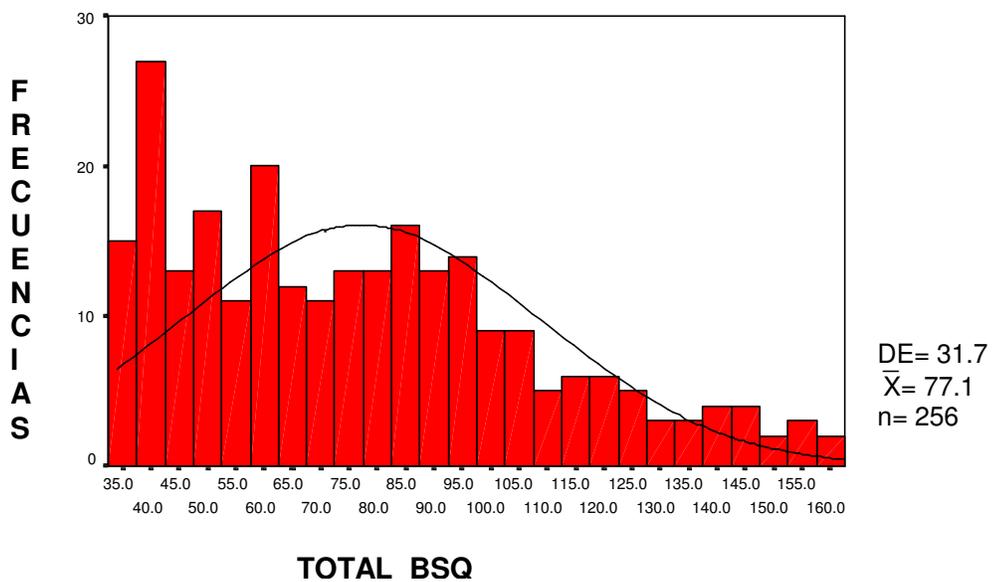
FASE II

En la muestra correspondiente a esta fase (N= 472) se analizó la distribución de la frecuencia respecto a la puntuación total del BSQ por cada uno de los grupos (control y clínico). La puntuación promedio para el grupo clínico (anorexia, bulimia y TANE, n= 216) fue de 143.5 (DE= 37.3). El pico de frecuencia está en un rango de puntuación de 125 a 135 y de 145 a 155, en tanto que el de la curva de normalidad se encuentra entre 135 y 153 (Gráfica 2R). El porcentaje de la muestra que rebasó el punto de corte ≥ 105 fue de 86.6%.

En el caso del grupo control (n= 256) se observa una puntuación promedio de 77.1 (DE= 31.7). El pico de la frecuencia se situó entre 40 a 45 de la puntuación y el de la curva de normalidad está situado en un rango de 73 a 87 (Gráfica 3R). Únicamente el 19.5% de la muestra rebasó el punto de corte.



Gráfica 2R. Distribución de frecuencias y curva de normalidad de la puntuación total del BSQ en el grupo clínico.



Gráfica 3R. Distribución de frecuencias y curva de normalidad de la puntuación total del BSQ en el grupo control.

Análisis de la confiabilidad

Al calcular el *Alpha de Cronbach* se obtuvo un coeficiente de 0.98, lo cual indica un excelente grado de consistencia interna para el BSQ en la muestra constituida por personas clínicas y controles.

Por su parte se encontró que todos los ítems correlacionaron de manera positiva y significativa ($p \leq 0.0001$) con la puntuación total del BSQ (Tabla 4R). Fueron 28 reactivos los que mostraron un coeficiente de correlación considerado como bueno para predecir ($r \geq 0.70$). Mientras que los 6 reactivos restantes presentan una correlación útil para predecir ($r \geq 0.50$).

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN r de Pearson	NÚMERO DE ÍTEM
$r \geq 0.70$	1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34
$r \geq 0.50$	3, 8, 15, 16, 26, 32
$p < 0.0001$	

Tabla 4R. Grado de correlación que obtuvo cada ítem con la puntuación total del BSQ, así como su nivel de significancia.

Análisis de la validez de constructo

La validez factorial se estimó con el propósito de comprobar la estructura factorial obtenida en la fase I, para lo cual, se llevó a cabo, en primer lugar, el Análisis de Componentes Principales en la muestra de la segunda fase (N= 472), el cual extrajo 2 factores. De igual manera que en la muestra comunitaria, sólo se tomaron en cuenta los ítems con saturación igual o mayor a 0.60, quedando agrupados 27 de los 34 reactivos, que en conjunto explican el 63.8% de la

variabilidad total (Tabla 5R). Dicha estructura fue confirmada por medio del método de Rotación Varimax de los factores.

FACTOR	VALOR PROPIO	% EXPLICADO DE LA VARIANZA	% ACUMULADO
1	11.645	34.251	34.251
2	10.058	29.582	63.834

Tabla 5R. Estructura factorial obtenida a partir del Análisis de Componentes Principales y comprobada por la Rotación Varimax de los factores.

FACTOR 1. Explica 34.3% de la variabilidad total y observa un coeficiente alfa de 0.97. Está compuesto por 17 ítems que hacen alusión al *malestar con la imagen corporal* (Tabla 6Ra). Debido a que el contenido conceptual de los reactivos 1, 14, 25, 28, 29 y 33 resultó repetitivo, respecto a los demás agrupados en el factor, éstos fueron eliminados, obteniendo una estructura similar a la del Factor 1 de la muestra comunitaria, excepto por los reactivos 12 y 22 que se conservaron, ya que su contenido refiere características que complementan al factor en general.

Por su parte, el ítem 21 fue cambiado al segundo factor, debido a que posee un contenido relacionado a la insatisfacción corporal. Cabe mencionar que en ambas muestras (Fase I y II) aparece agrupado en este primer factor, aunque obtiene una carga ponderal mayor a 0.40 en el segundo factor (0.511), además, considerando el valor de *t de student* obtenido para este reactivo se puede ver que es alto ($t = 17.13$, $p = 0.0001$), por lo tanto, es un reactivo que discrimina considerablemente entre sujetos con Trastorno de la Conducta Alimentaria y sujetos control.

La agrupación del factor 1 que se conservó finalmente incluye 10 reactivos (2, 4, 5, 6, 9, 12, 17, 22, 24 y 34) y observa un coeficiente alfa de 0.95.

Ítem	Contenido del ítem	Ponderación
1	Cuando no tienes nada que hacer, ¿te has preocupado por tu figura?	.768
2	¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	.751
4	¿Has tenido miedo de engordar?	.772
5	¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	.712
6	Sentirte llena (después de una gran comida) ¿te ha hecho fijarte en tu figura?	.732
9	¿Estar con chicas delgadas te ha hecho fijarte en tu figura?	.716
12	Al fijarte en la figura de otras chicas ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?	.636
14	Estar desnuda (por ejemplo cuando te bañas) ¿te ha hecho sentir gorda?	.633
17	Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gorda?	.649
21	Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho ponerte a dieta?	.648
22	¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago está vacío (por ejemplo por la mañana)?	.660
24	¿Te ha preocupado que otra gente vea llantitas alrededor de tu cintura o estómago?	.793
25	¿Has pensado que no es justo que otras chicas sean más delgadas que tu?	.607
28	¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?	.666
29	Verte reflejada en un espejo o en un aparador, ¿te ha hecho sentirte mal con tu figura?	.616
33	¿Te has fijado en tu figura estando en compañía de otras personas?	.671
34	La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?	.814

Tabla 6Ra. Contenido y ponderación de cada ítem incluido en el factor 1.

FACTOR 2. Explicó el 29.6% de variabilidad total y mostró un alfa de 0.93. Son 10 los ítems incluidos que hacen referencia a *la insatisfacción corporal* (Tabla 6Rb). Esta estructura resultó mejor que la obtenida en la muestra comunitaria, ya que incluye 4 reactivos más (15, 16, 26 y 32), que hacen referencia a conductas estrechamente relacionadas con la insatisfacción corporal, y dos de ellos en específico (26 y 32) indagan acerca de conductas de riesgo para un Trastorno de la Conducta Alimentaria; además se observa que estos ítems obtuvieron un valor de *t de student* alto y estadísticamente significativo ($p = 0.0001$), mostrando así su capacidad de clasificar entre sujetos con y sin trastorno de la conducta alimentaria,

por lo que se decidió conservar dicha agrupación, agregando además el ítem 21 por las razones citadas anteriormente. Los 11 reactivos incluidos en este factor obtuvieron un coeficiente alfa de 0.94.

Ítem	Contenido del ítem	Ponderación
7	¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?	.697
11	El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gorda?	.658
13	Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la TV, lees o mantienes una conversación)?	.657
15	¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	.602
16	¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?	.717
18	¿Has evitado ir a eventos sociales (por ejemplo una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?	.791
19	¿Te has sentido excesivamente gorda o redondeada?	.668
26	¿Has vomitado para sentirte más delgada?	.631
27	Cuando estás con otras personas ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo sentándote en un sofá o en el autobús)?	.717
32	¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada?	.648

Tabla 6Rb. Contenido y ponderación de cada ítem incluido en el factor 2.

Análisis de la validez discriminante y predictiva

Con la finalidad de evaluar si el instrumento BSQ identifica a la población con Trastorno de la Conducta Alimentaria en función de la insatisfacción corporal, se llevó a cabo un análisis en el cual se compararon las puntuaciones promedio obtenidas en el BSQ entre el grupo clínico y control, y así observar si existen diferencias significativas. Para ello se utilizó la prueba “t de student” para dos muestras independientes, cuyo objetivo es contrastar la hipótesis nula de que las muestras proceden de dos subpoblaciones en las que la media de las puntuaciones observadas es la misma (Ferrán, 1996).

Los resultados de dicho análisis muestran que las puntuaciones del BSQ registradas en el grupo control y el grupo clínico (\bar{X} = 77.1, DE= 31.7; \bar{X} = 143.4, DE= 37.3, respectivamente) presentan diferencias significativas ($t = 20.83$, $p =$

0.0001). Al aplicar la prueba “t de student” a cada ítem entre los dos grupos se observa que las respuestas promedio de los 34 reactivos son diferentes a un nivel de significación de 0.0001. El valor de “t” correspondiente a cada reactivo se puede observar en la tabla 7R.

ÍTEM	Grupo Clínico n= 216		Grupo Control n= 256		t	ÍTEM	Grupo Clínico n= 216		Grupo Control n= 256		t
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE			\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	
1	4.95	1.29	3.24	1.50	13.17	18	3.53	1.69	1.46	0.91	16.11
2	4.87	1.49	2.80	1.63	14.34	19	4.31	1.63	1.91	1.26	17.68
3	3.77	1.87	2.16	1.38	10.44	20	4.57	1.72	2.37	1.36	15.14
4	5.33	1.37	3.36	1.78	13.57	21	4.53	1.57	2.15	1.40	17.13
5	4.90	1.39	2.82	1.56	15.27	22	4.69	1.55	2.43	1.61	15.39
6	5.15	1.37	2.49	1.55	19.76	23	4.45	1.58	2.43	1.56	13.88
7	4.21	1.82	1.68	1.19	17.50	24	5.04	1.43	3.11	1.79	13.05
8	2.80	1.79	1.50	1.01	9.43	25	4.26	1.87	2.23	1.65	12.38
9	4.63	1.65	2.70	1.69	12.49	26	3.88	2.10	1.15	0.54	18.54
10	3.43	1.93	2.07	1.41	8.53	27	3.22	1.79	1.54	1.09	12.01
11	3.56	1.75	1.45	0.90	15.99	28	4.38	1.71	2.58	1.72	11.38
12	4.61	1.58	2.75	1.55	12.84	29	4.41	1.53	2.43	1.40	14.59
13	4.01	1.56	1.82	1.13	17.19	30	4.20	1.69	2.38	1.50	12.31
14	4.25	1.67	2.27	1.46	13.59	31	4.17	1.65	2.51	1.56	11.17
15	3.87	1.60	2.39	1.41	10.49	32	2.76	1.99	1.09	0.43	12.11
16	3.33	1.99	1.71	1.17	10.55	33	4.20	1.50	2.51	1.41	12.57
17	4.74	1.57	2.13	1.32	19.36	34	4.80	1.47	3.50	1.79	8.69

p= 0.0001

Tabla 7R. Comparación entre grupo control y clínico en cada ítem del BSQ.

Así mismo, se contrastó la media de las puntuaciones en cada uno de los factores obtenidos a partir del análisis factorial realizado previamente, encontrando que en el factor 1 *Malestar con la imagen corporal*, las puntuaciones promedio (\bar{X} = 79.7, DE= 18.9, para el grupo clínico; y \bar{X} = 45.8, DE= 20.1, para el grupo control) observaron una diferencia estadísticamente significativa ($t = 18.80$, $p = 0.0001$). De igual manera, las puntuaciones promedio del grupo clínico y control en el factor 2 *Insatisfacción corporal*, (\bar{X} = 64.2, DE= 19.6; \bar{X} = 31.3, DE= 12.7, respectivamente) fueron significativamente diferentes ($t = 21.13$, $p = 0.0001$).

Por otra parte, se llevó a cabo un análisis discriminante con el propósito de evaluar la capacidad del BSQ para discriminar y clasificar a los individuos con algún tipo de trastorno alimentario de quienes no lo presentan. Dicho análisis se realizó a partir de tres combinaciones entre los grupos:

- ❖ **Grupo 1.** El cual incluye los casos: 1) Control, 2) Trastornos alimentarios (anorexia y bulimia nerviosas, TANE)
- ❖ **Grupo 2.** Incluye: 1) Control 2) Trastornos alimentarios específicos (anorexia y bulimia nerviosas)
- ❖ **Grupo 3.** Constituido por: 1) Control 2) Trastorno alimentario no especificado (TANE)

De acuerdo a los resultados del análisis discriminante aplicado al BSQ se observa que tiene la capacidad de discriminar y clasificar de forma significativa, –dependiendo de su puntuación total obtenida en el instrumento– a los individuos que presentan insatisfacción corporal en relación con algún tipo de Trastorno de la Conducta Alimentaria respecto de los que no la presentan (Tabla 8R).

Como se puede observar, es la segunda combinación entre grupos (Trastorno específico y Control) en donde se obtuvo una Lambda de Wilks menor, y por lo tanto explica un mayor porcentaje de la varianza (50.9%), lo cual indica que el BSQ clasificará mejor entre sujetos que presenten un Trastorno de la Conducta Alimentaria específico (Anorexia o Bulimia nerviosa) y sujetos controles.

BSQ Combinaciones entre grupos	Lambda de Wilks	Significación	% Varianza Explicada
Grupo 1	0.520	0.0001	48
Grupo 2	0.491	0.0001	50.9
Grupo 3	0.625	0.0001	37.5

Tabla 8R. Análisis discriminante estimado en el BSQ, a partir de las tres combinaciones entre los grupos.

Asimismo, al analizar los resultados de la clasificación en porcentajes (Tabla 9R) se observa que el BSQ discrimina de forma más eficaz a los sujetos con Trastorno de la Conducta Alimentaria específico de los controles (grupo 2), en comparación con las otras dos combinaciones entre los grupos. Esto se observa en el porcentaje de casos correctamente clasificados mayor para este grupo (85.8%).

El segundo grupo que se observó mejor clasificado por el instrumento fue el grupo 1, que incluyó a personas con Trastorno de la Conducta Alimentaria (específico y no específico) y controles (84.3%); y finalmente el tercero mejor clasificado fue el grupo 3, conformado por sujetos control y sujetos con TANE (82.1%).

Grupo de Pertenencia (N)	Grupo Predicho	
	Grupo clínico	Grupo control
Grupo clínico 215 (A N, BN y TANE)	181 84.2%	34 15.8%
Grupo control 256	40 15.6%	216 84.4%
Porcentaje de casos correctamente clasificados: 84.3%		
Grupo clínico 125 (AN Y BN)	109 87.2%	16 12.8%
Grupo control 256	38 14.8%	218 85.2%
Porcentaje de casos correctamente clasificados: 85.8%		
Grupo clínico 90 (TANE)	71 78.9%	19 21.1%
Grupo control 256	43 16.8%	213 83.2%
Porcentaje de casos correctamente clasificados: 82.1%		

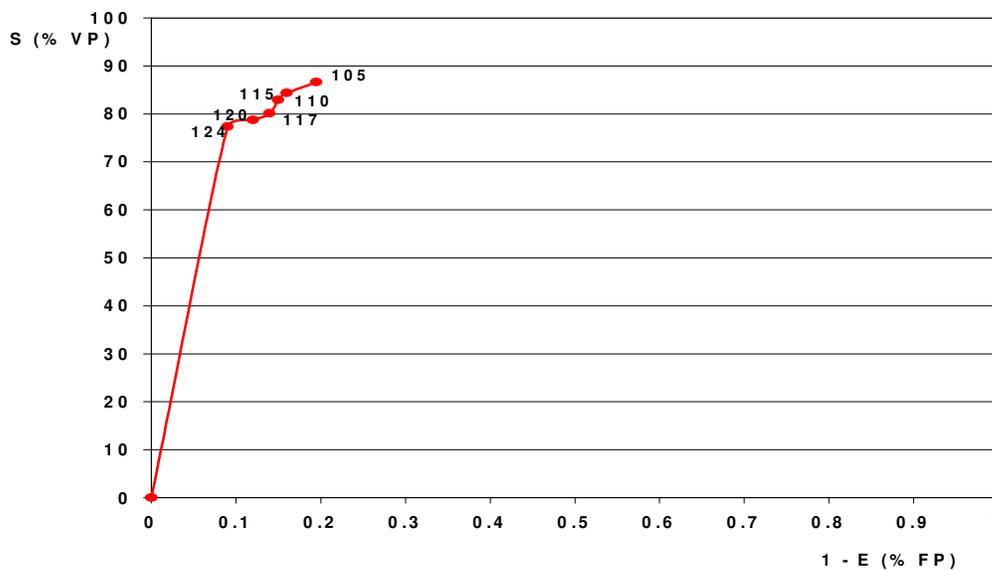
Tabla 9R. Porcentaje de casos correctamente clasificados por el BSQ.

Finalmente, con el objetivo de determinar el punto de corte del BSQ, adecuado para la población mexicana femenina, fueron explorados 6 diferentes puntos de corte: 105, 110, 115, 117, 120 y 124 (Tabla 10R), analizando la sensibilidad y especificidad de la prueba. Estos se eligieron previamente, observando las puntuaciones más frecuentes obtenidas por las participantes del grupo clínico y control, tomando como referencia el punto de corte de 105.

PUNTOS DE CORTE EXPLORADOS		
PUNTO DE CORTE \geq	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD
105	86.6	80.5
110	84.3	84.4
115	82.9	85.2
117	80.1	86.3
120	78.7	88.3
124	77.3	90.2

Tabla 10R. Valores de la sensibilidad y especificidad de cada uno de los puntos de corte explorados.

Una vez obtenidos los valores de sensibilidad y especificidad, estos fueron graficados por medio de una Curva ROC (Curva de Rendimiento Diagnóstico), observando que el punto de corte de 110 es el que parece más adecuado para identificar a los sujetos con insatisfacción corporal de los que no la tienen (Gráfica 4), ya que presentó el mejor equilibrio entre sensibilidad (84.3%) y especificidad (84.4%). A partir de esto se puede afirmar que el BSQ con el punto de corte de 110 mostró una adecuada especificidad y sensibilidad para mujeres mexicanas.



Gráfica 4R. Puntos de corte explorados para el BSQ en población mexicana.

DISCUSIÓN

El Body Shape Questionnaire (BSQ) es un cuestionario dirigido a explorar la autopercepción de la imagen corporal y específicamente identificar la presencia de insatisfacción relacionada a los trastornos de la conducta alimentaria. Es uno de los más utilizados en investigación a nivel nacional e internacional, de ahí la relevancia de valorar sus características psicométricas que posee en población mexicana.

Al realizar el análisis de confiabilidad se observó que el BSQ es un instrumento altamente confiable, es decir que posee una excelente consistencia interna al medir la insatisfacción corporal. Esto debido a que, las muestras de la primera y la segunda fase, mostraron un elevado coeficiente alpha de Cronbach ($\alpha = 0.95$ y $\alpha = 0.98$, respectivamente). Dichos resultados son apoyados al observar que en ambas muestras cada uno de los 34 reactivos de la prueba mantienen una relación positiva y significativa con la puntuación total del BSQ: en la muestra comunitaria 12 de los ítems mostraron un coeficiente de correlación considerado como bueno para predecir ($r \geq 0.70$), 18 resultaron útiles para predecir ($r \geq 0.50$) y los otros 4 reactivos presentaron una correlación moderada ($r \geq 0.30$); mientras que en la segunda muestra, 28 ítems mostraron un coeficiente de correlación bueno para predecir ($r \geq 0.70$), en tanto que los 6 restantes observaron una correlación útil para predecir ($r \geq 0.50$).

Los resultados encontrados en este estudio no se pudieron comparar con los de Cooper, et al. (1987), ya que éstos no presentan dicha información. Sin embargo, se han llevado a cabo validaciones del BSQ en diferentes poblaciones, las cuales han arrojado datos que confirman el excelente grado de consistencia interna que mantiene la prueba en su forma original, tal como lo muestran Raich, et al. (1996) en tres diferentes estudios realizados con la finalidad de adaptar el instrumento a la población española ($\alpha = 0.97$, $\alpha = 0.96$ y $\alpha = 0.95$). Así mismo Rosen, Jones, Ramírez y Waxman (1996) utilizaron el BSQ en hombres y mujeres

estadounidenses de diferentes edades, incluyendo personas obesas, obteniendo un coeficiente de fiabilidad de 0.88. Por su parte Evans y Dolan (1993), también reportaron una excelente consistencia interna en mujeres británicas ($\alpha = 0.97$).

Del mismo modo el BSQ se ha utilizado en diferentes versiones cortas evaluando sus propiedades psicométricas y ha mostrado poseer excelente confiabilidad al obtener coeficientes de 0.96 en una versión de 29 ítems con una muestra española (Raich, et al., 1991) y un coeficiente de 0.93 sobre una versión de 14 ítems en muestras estadounidenses, de pacientes con bajo peso y sintomatología anoréxica (Dowson & Henderson, 2001). También se han puesto a prueba versiones cortas de formas alternativas, en población británica; una de ellas de 16 ítems que mostró valores de alpha de 0.93 a 0.96; y otra de 8 reactivos la cual mostró coeficientes alpha de Cronbach de 0.87 a 0.92 (Evans y Dolan, 1993).

Al comparar los datos de estos diferentes estudios con los obtenidos en el presente se observa que el BSQ es un instrumento confiable para las poblaciones españolas, estadounidenses, británicas y mexicanas, al ser empleado en su forma original, y como lo demostraron diversos autores, mantiene un buen grado de confiabilidad al ser utilizado en versiones cortas.

La validez de constructo se determinó por medio de la validez factorial, obteniendo estructuras de dos factores tanto en la muestra comunitaria (Fase 1), como en la muestra de la segunda fase. Cabe hacer notar que en la muestra comunitaria el Análisis de Componentes Principales (ACP) arrojó en un principio una estructura de 5 factores, misma que no cumplía con el primer criterio citado por Yela (cit. en Alvarez, 2000) para conformar un factor, el cual hace alusión a que un factor debe poseer al menos tres reactivos para considerarse como tal. Por esta razón, se decidió aplicar un Análisis Factorial (AF), forzando estructuras de 4, 3 y 2 factores, observando que los 4 factores, no cumplieron con el criterio antes citado, en tanto que la estructura de 3 mantenía una relación estrecha respecto al

contenido de los ítems, es decir, que al intentar nombrar cada factor resultaba difícil diferenciarlos entre sí. Por tal motivo, se optó por la estructura de dos factores, que al igual que la obtenida en la segunda muestra por medio del ACP, agrupó a los 34 reactivos de la prueba contemplando una saturación igual o superior a 0.40, ahora bien, si tomamos en consideración que el propósito principal del Análisis de Componentes Principales y el Análisis factorial es reducir la dimensionalidad de un conjunto de variables, es visible que en ambos casos, no se cumple como tal, ya que se agrupan los 34 reactivos debido a sus altas cargas ponderales, por lo cual, se decidió tomar únicamente los reactivos con una saturación igual o superior a 0.60.

De acuerdo a ello, la agrupación que resultó más adecuada fue la obtenida en la segunda muestra, debido al contenido conceptual de los ítems incluidos en cada uno de los dos factores. Dicha estructura explica en conjunto el 63.8% de la variabilidad total. Se debe subrayar que los factores que la conforman incluyen ítems cuyo contenido hace alusión a aspectos estrechamente relacionados con la inconformidad hacia la imagen corporal, y que sin embargo marcan una diferencia entre lo que se llamó malestar (normativo), con la imagen corporal, que puede presentar la población general, sin afectar de manera relevante su vida cotidiana, y la insatisfacción corporal propiamente dicha, que se refiere a un grado de malestar patológico, el cual se asocia a conductas nocivas para la salud, capaces de llegar a afectar diversas áreas de la vida de la persona que la presenta. Por tal motivo, se puede afirmar que el diferenciar el grado de inconformidad con la apariencia corporal presente en la población es una de las ventajas de tal estructura. Cabe resaltar el hecho de que esta diferencia ya había sido vislumbrada en anteriores investigaciones (Gutiérrez, 2002; Garduño & Nieto, 2002), las cuales subrayan el cuidado y la importancia que se debe tener al hablar de la insatisfacción corporal, ya que se puede estar incluyendo dentro de esta categoría al malestar no patológico con la imagen corporal.

De esta forma, el Factor 1 fue nombrado *Malestar con la imagen corporal*. Este incluyó 9 ítems en la muestra comunitaria a diferencia de la segunda muestra, en donde se agruparon 17, de los cuales se eliminaron 6 por ser repetitivos en su contenido, y el ítem 21 fue cambiado al segundo factor, ya que hace alusión a una característica de la insatisfacción corporal. De este modo quedaron 10 reactivos –los cuales coincidieron con los que se habían agrupado en la muestra comunitaria– que mostraron una excelente consistencia interna ($\alpha=0.95$), indicio de una buena confiabilidad del factor.

Por su parte el segundo factor hace referencia a la *Insatisfacción corporal* y se pudo observar que, a diferencia de la muestra comunitaria, en la población que incluye personas clínicas y controles fueron agrupados 4 reactivos más que refieren conductas de riesgo comúnmente observadas en casos de Trastorno de la Conducta Alimentaria, y por tal motivo relacionadas ampliamente a la insatisfacción corporal. También fue anexado el reactivo 21, cuyo contenido, como se mencionó anteriormente, se asocia a la insatisfacción corporal, además de mostrar buenas propiedades estadísticas en este factor, es decir, un nivel de saturación superior a 0.40, y un valor alto del coeficiente *t de student* (17.13, $p = 0.0001$), lo cual indica la capacidad de discriminar adecuadamente a la población con insatisfacción corporal de la población que no la presenta. De tal forma, el factor incluyó 11 reactivos que presentaron una buena confiabilidad ($\alpha= 0.94$).

De acuerdo a lo anterior, la estructura que finalmente se conservó estuvo conformada por 21 de los 34 reactivos que posee el BSQ.

Esta agrupación de los reactivos no había sido observada en investigaciones anteriores; Raich, et al. (1996), llevaron a cabo un Análisis de Componentes Principales en dos de sus estudios, en donde se arrojaron estructuras de 5 y 1 sólo factor. La estructura de 5 factores obtenida explica un 69.6% de la variabilidad total, y sus factores hacen alusión a: la preocupación por el peso en relación con la ingesta; preocupación por los aspectos antiestéticos de

la obesidad; insatisfacción y preocupación corporal general; insatisfacción corporal respecto a la parte inferior del cuerpo; y empleo de vómitos y laxantes para reducir la insatisfacción corporal; sin embargo, dos de los factores que la componen están formados por sólo dos reactivos cada uno, lo cual, como se citó anteriormente es un inconveniente en la formación de factores. Por su parte, la estructura de un sólo factor incluyó 17 reactivos que explican gran parte de la variabilidad total (48.7%) y hace referencia a la insatisfacción corporal. Cabe mencionar que la elección de esta estructura se debió a que la distancia entre el primer factor y los siguientes era muy grande (el segundo explicaba el 5.3% y el tercero el 3.9% de la variabilidad total), por lo que no fueron considerados, en tanto que con un sólo factor se confirma la gran coherencia del instrumento. Como se puede observar ambas estructuras explican un alto porcentaje de variabilidad total, al igual que la obtenida en el presente estudio, lo cual indica que el BSQ abarca cuestiones fuertemente relacionadas. Respecto a los factores arrojados, es clara la diferencia en cuanto a la forma de agrupación, la cual podría deberse a que sus muestras estaban constituidas por estudiantes universitarias, mientras que en el presente estudio se incluyeron pacientes con trastornos de comportamiento alimentario.

Asimismo, en un estudio anterior, Raich, et al. (1991) llevaron a cabo un ACP y Rotación Varimax para determinar la estructura factorial del BSQ, utilizando una versión reducida de 29 reactivos, obteniendo 3 factores que explican el 56% de la variabilidad total y agrupan a todos los ítems.

Ahora bien, en el presente estudio, se llevaron a cabo diversos análisis que permitieran evaluar la validez discriminante y predictiva del BSQ, con el propósito de determinar su capacidad para discriminar a la población que presenta insatisfacción corporal, en relación con los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

En primer lugar, se llevó a cabo una comparación de las puntuaciones promedio obtenidas por los grupos clínico y control (\bar{X} = 143.4, DE= 37.3, y \bar{X} = 77.1, DE= 31.7, respectivamente) de la muestra correspondiente a la Fase 2, por

medio de la prueba *t de student* para 2 muestras independientes. A partir de los resultados arrojados se puede observar que existen diferencias significativas entre ambos grupos ($t = 20.83$, $p= 0.0001$). Las puntuaciones medias obtenidas resultaron similares a las que presentó Cooper, et al. (1987) para la muestra de pacientes con bulimia nerviosa ($\bar{X}= 136.9$, $DE= 22.5$) y para la muestra control ($\bar{X}= 81.5$, $DE= 28.4$), asimismo sus análisis mostraron diferencias significativas entre los grupos ($t = 11.7$, $p< 0.0001$).

Por su parte Raich, et al. (1996) obtuvo resultados similares en 3 estudios que llevó a cabo, en los cuales comparó estudiantes universitarias con pacientes bulímicas, y con pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria (anorexia, bulimia y anorexia de tipo purgativo), así como estudiantes universitarias con puntuaciones altas y bajas en el BSQ. Sus resultados observaron diferencias significativas ($p< 0.001$, en los 3 casos) mostrando una buena validez discriminante del instrumento entre población general y con Trastorno Alimentario.

Dowson y Henderson (2001) presentan resultados que observan diferencias significativas entre un grupo de personas con historia de vómito autoinducido y un grupo sin historia de vómito autoinducido, respecto de sus puntuaciones promedio obtenidas en el BSQ.

Ahora bien, además de comparar las puntuaciones medias del BSQ entre los dos grupos, se realizó una comparación de los promedios de respuesta a cada ítem, obteniéndose de igual forma, diferencias significativas ($p< 0.0001$) para los 34 reactivos.

También se aplicó la prueba *t de student* para comparar las puntuaciones promedio por factor entre los dos grupos, observando diferencias significativas tanto en el Factor 1 ($t = 18.80$, $p= 0.0001$), como en el Factor 2 ($t =21.13$, $p= 0.0001$).

Cabe mencionar que la puntuación promedio obtenida en el Factor 1 ($\bar{X}=79.7$, $DE=19.6$ para el grupo clínico; $\bar{X}=45.8$, $DE=20.1$ para el grupo control) fue ligeramente mayor que la que se observó en el Factor 2 ($\bar{X}=64.2$, $DE=19.6$ para el grupo clínico; $\bar{X}=31.3$, $DE=12.7$ para el grupo control), esto quizá podría atribuirse al contenido conceptual de los reactivos correspondientes a cada factor, ya que es más común que una gran parte de la población presenten malestar moderado (normativo) hacia la apariencia corporal, y de ahí que haya puntuaciones mayores en los reactivos incluidos en el Factor 1. Ahora bien, considerando como cierto este hecho, se puede decir que los factores obtenidos por medio del análisis factorial, en efecto, establecen una diferencia entre las conductas que señalan un malestar normal (poco severo) y aquellas que indican la presencia de insatisfacción corporal

Por otra parte, se realizó un análisis discriminante para conocer el poder discriminante del BSQ de acuerdo al diagnóstico. Para ello se formaron tres grupos de comparación: Grupo 1. Control vs Trastorno de la Conducta Alimentaria, específico y no específico; Grupo 2. Control vs Anorexia y Bulimia nerviosa; Grupo 3. Control vs TANE). De acuerdo con este análisis se observó que el BSQ discriminó y clasificó de forma adecuada a los sujetos en las tres diferentes condiciones, aunque la mejor clasificación se logró en el grupo 2, al observar un porcentaje de casos correctamente clasificados mayor (85.8%), en comparación con los grupos 1 y 3 (84.3% y 82.1%, respectivamente).

A partir de dichos resultados se puede afirmar que el BSQ es un cuestionario capaz de discriminar y clasificar a los sujetos que presentan algún tipo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (específico o no específico), de los sujetos control, en función de sus puntuaciones totales obtenidas en el instrumento; sin embargo su capacidad es mayor cuando clasifica u ordena a grupos de sujetos con un Trastorno Alimentario específico de los sujetos control. No fue posible realizar una comparación con otros resultados ya que no se

encontraron datos de algún estudio que llevara a cabo este tipo de análisis para determinar la validez discriminante.

Ahora bien, de acuerdo a los resultados de estos análisis podemos observar que el BSQ efectivamente tiene la capacidad de discriminar entre población con insatisfacción corporal, relacionada a los Trastornos de la Conducta Alimentaria, de la población que no la presenta. Así mismo sugieren que esta insatisfacción es un factor de riesgo muy importante dentro de la investigación de los trastornos alimentarios debido a la asociación que se encontró entre dicho factor y el grupo con Trastorno de la Conducta Alimentaria. Un hallazgo similar fue presentado por Mateo (2002), quien observó una gran asociación entre el factor *insatisfacción corporal* y sintomatología de trastorno alimentario, así como la capacidad de este factor para predecir tanto la sintomatología, como la presencia del trastorno alimentario en una muestra de mujeres mexicanas.

Finalmente con el objetivo de determinar cuál es el punto de corte más adecuado para la población mexicana en el BSQ se estimó la sensibilidad y especificidad del instrumento explorando 6 diversos puntos de corte (105, 110, 115, 117, 120 y 124). Una vez valorada la sensibilidad y especificidad para cada uno de éstos, se procedió a graficar dichos valores por medio de una Curva ROC, obteniendo el mejor equilibrio entre sensibilidad (84.3) y especificidad (84.4) para el punto de corte de 110.

Estos resultados, además de aportar el punto de corte más apropiado a la población mexicana, indican la capacidad que tiene el BSQ para detectar la presencia de insatisfacción corporal en mujeres jóvenes mexicanas, sólo en el caso de que en verdad la presente y confirman su poder de discriminar y predecir a la población con Trastorno de la Conducta Alimentaria, de la que no la presenta, en función de dicha insatisfacción, lo cual determina que este instrumento posee una buena validez discriminante y predictiva.

Como se puede observar, a partir de los resultados arrojados en cada uno de los análisis, el instrumento BSQ posee buenas propiedades psicométricas, tanto en una muestra comunitaria, como en la muestra que incluye individuos clínicos y controles, sin embargo, cabe mencionar que en la segunda muestra, existe una diferencia considerable, respecto al promedio de edad correspondiente a cada uno de los grupos, lo cual podría representar una limitación al presente estudio, aun cuando se hayan asegurado sus características como control y clínico por medio de la entrevista realizada. Esto debido a que la edad se ha catalogado como un factor importante dentro del surgimiento y mantenimiento de la insatisfacción corporal, por lo cual, se sugiere en futuros estudios tener mayor cuidado al seleccionar las muestras.

Otra cuestión importante es en cuanto a la evaluación de la capacidad del BSQ para discriminar entre población con Trastorno de la Conducta Alimentaria clínica y control, en función de la insatisfacción corporal, ya que los resultados mostraron que dicho instrumento posee tal capacidad, en especial, al clasificar a las personas con trastorno específico (anorexia y bulimia), sin embargo, podría ponerse a prueba su capacidad de discriminar y predecir, entre poblaciones con trastorno específico y con TANE, lo cual no fue realizado en este estudio. Asimismo, sería conveniente evaluar la utilidad de la estructura factorial derivada, con el fin de corroborar los resultados obtenidos en la presente investigación.

CONCLUSIONES

- ❖ El BSQ es un instrumento confiable, ya que posee una excelente consistencia interna, indicada por los coeficientes *alpha de Cronbach* ($\alpha= 0.95$ y $\alpha= 0.98$), además de observar correlaciones significativas entre todos sus reactivos con la puntuación total de la prueba.
- ❖ A partir de los análisis realizados el BSQ mostró ser un cuestionario válido para población mexicana femenina, debido a que cumple el propósito para el que fue creado, esto es, identificar la presencia de insatisfacción con la imagen corporal, en relación a los Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- ❖ La estructura factorial obtenida en el BSQ indica que el contenido de los reactivos está ampliamente relacionado al concepto de insatisfacción corporal, asimismo, sus dos factores marcan una diferencia entre el malestar y la insatisfacción con la imagen corporal.
- ❖ A través de la evaluación de la validez discriminante y predictiva, se observa que el BSQ tiene la capacidad de discriminar y predecir a los individuos como grupo clínico y control, en función de las puntuaciones totales obtenidas en el instrumento, es decir, que la insatisfacción corporal es un factor adecuado para predecir la presencia de Trastorno de la Conducta Alimentaria.
- ❖ Una vez explorados 6 distintos puntos de corte para el BSQ, se determinó que el más adecuado para la población mexicana femenina es el de 110, ya que observa el mejor equilibrio entre sus valores de sensibilidad y especificidad.

- ❖ El BSQ es un cuestionario confiable, válido y por tanto, útil para detectar la insatisfacción corporal relacionada a los Trastornos de la Conducta Alimentaria en poblaciones de mujeres mexicanas.

REFERENCIAS

Abraham, S. & Derek, L. (1996). Anorexia y bulimia. Madrid: Alianza.

Alvarez, R. G. (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT. Tesis para Maestría en Psicología Clínica. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.

Alvarez, R. G., Román, F. M., Manríquez, R.E. & Mancilla D. J. M. (1996). Imagen corporal y trastornos alimentarios: En una muestra de universitarias mexicanas. La Psicología Social en México, 6, 536- 541.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association.

Baudet, S., Péan, M. C. & Gauquelin, F. (1977). El cuerpo. España: Mensajero.

Borel, M., Maldonado, M., Mato, L. & Leiderman, E. (1996). Autoestima, perfeccionismo e insatisfacción corporal en los pacientes con trastornos alimentarios. (En Red). Disponible en: <http://www.apsa.org.ar/desa510.htm>.

Buendía, J. & Rodríguez, M. C. (1996). Anorexia nerviosa e imagen corporal. En J. Buendía (Ed.) Psicopatología en niños y adolescentes, (411-425). Madrid: Pirámide.

Cía, A. H. (1995). Trastorno de dismorfia corporal y de despersonalización: Disorexias. Trastorno obsesivo-compulsivo y síndromes relacionados, (315- 342). Buenos Aires: El Ateneo.

Cohane, G.H. & Pope, H.G. (2001). Body image in boys: A review of the literature. International Journal of Eating Disorder, 29 (4), 373- 379.

Coolican, H. (1997). Planteamiento de preguntas II: Cuestionarios, escalas y pruebas. Métodos de investigación y estadística en psicología, (161- 190). México: Manual Moderno.

Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. & Fairburn, CH. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. International Journal of Eating Disorders, 6 (4), 485- 494.

Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1996). Anorexia y bulimia: Lo que hay que saber. Madrid: Gedisa.

Devlin, M. J. & Zhu, A. J. (2001). Body Image in the Balance. The Journal of the American Medicinal Association, 286 (17), 2159- 2161.

Dorian, L. & Garfinkel, P. E. (2002). Culture and body image in Western Society. Eating and Weight Disorders: Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 7 (1), 1- 19.

Dowson, J. & Henderson, L. (2001). The validity of a short version of the Body Shape Questionnaire. Psychiatric Research, 102, 263- 271.

Evans, C. & Dolan, B. (1993). Body Shape Questionnaire: Derivation of Shortened "Alternate forms". International Journal of Eating Disorders, 13 (3), 315- 321.

Ferrán, A. M. (1996a). Análisis Factorial. SPSS para Windows: Programación y análisis estadístico, (421- 435). Madrid: Mc Graw Hill.

Ferrán, A. M. (1996b). Prueba t de Student. SPSS para Windows: Programación y análisis estadístico, (111- 120) Madrid: Mc Graw Hill.

Garduño, D. J. I. & Nieto, G. M. L. (2002). Imagen corporal en mujeres mexicanas pertenecientes a tres grupos de edad: Un estudio exploratorio. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Edo. Mex., México.

Gómez, P. G. (1998). Imagen corporal: ¿Qué es más importante, sentirse atractivo o ser atractivo? Psicología y Ciencia Social, 2 (1), 27- 33.

Guillemot, A. & Laxenaire, M. (1994). La estética femenina en la historia. Anorexia nerviosa y bulimia: El peso de la cultura, (51- 63). España: Masson.

Guthrie, R. S. & Castelnuovo, S. (1994). The significance of body image in psychosocial development and in embodying feminist perspectives. En M. Costa & S. Guthrie (Eds.). Women and sport: Interdisciplinary perspectives. USA: Human Kinetics.

Gutiérrez, G. E. F. (2002). Evaluación de la imagen corporal en adolescentes y su asociación con la influencia de los modelos estéticos corporales. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Edo. Mex., México.

Herriot, P. (1980). Diseño experimental y estadística. México: Continental.

Herscovici, C. & Bay, L. (1990). Anorexia nerviosa y bulimia. Buenos Aires: Paidós.

Jensen, B. J. (1996). Los cuestionarios de autoinforme en la evaluación conductual. En G. Buéla-Casal, V. E. Caballo, & J. C. Sierra (Dir.). Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud, (109- 127). España: Siglo XXI.

Kerlinger, F. N. (1975). La ciencia y el método científico. Investigación del comportamiento, (2- 7). México: Interamericana.

MacRae, S. (1994). Modelos y métodos para las ciencias del comportamiento. Barcelona: Ariel.

Magnusson, D. (1977a). Confiabilidad. Teoría de los tests, (77- 97). México: Trillas.

Magnusson, D. (1977b). Validez. Teoría de los tests, (153- 169). México: Trillas.

Martínez, A. R. (1995a). La medición mediante tests. Psicometría: Teoría de los tests psicológicos y educativos, (21- 44). España: Síntesis.

Martínez, A. R. (1995b). La construcción de un test. Psicometría: Teoría de los tests psicológicos y educativos, (45- 55). España: Síntesis.

Martínez, A. R. (1995c). La fiabilidad de un test en la teoría clásica. Psicometría: Teoría de los tests psicológicos y educativos, (73- 92). España: Síntesis.

McFarland, B. & Baker-Baumann, T. L. (1990). Shame and body image. Shame and body image: Culture and compulsive eater, (77- 105). USA: Health Communications.

Mateo, G. C. (2002). Diferencias entre jóvenes hombres y mujeres en la presencia de trastorno alimentario y sus factores asociados. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Edo. Mex., México.

Morales, M. L. (1993). Psicometría aplicada. México: Trillas.

Muñiz, J. (1998a). Fiabilidad. Teoría clásica de los tests, (33- 130). Madrid: Pirámide.

Muñiz, J. (1998b). Validez. Teoría clásica de los tests, (151- 205). Madrid: Pirámide.

Nunnally, J. C. (1987). Validez. Teoría psicométrica, (99- 129). México: Trillas.

Perpiña, C. (1996). Evaluación de los trastornos alimentarios. En G. Buela-Casal, V. E. Caballo & J. C. Sierra (Dirs.). Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud, (675- 699). España: Siglo XXI.

Raich, E. R. M. (1998). Definición, evolución del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal. Psicología y Ciencia Social, 2 (1), 15- 25.

Raich, E. R. M. (2000). Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo. España: Pirámide.

Raich, E. R. M., Deus, J., Muñoz, M. J., Pérez, O. & Requena, A. (1991). Evaluación de la preocupación por la figura en una muestra de adolescentes catalanas. Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina Barcelona, 18 (5), 210-220.

Raich, E. R. M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I. & Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. Clínica y Salud, 7 (1), 51- 66.

Ricciardelli, L. A. & McCabe, M. P. (2001). Children's body image concerns and eating disturbance: A review of the literature. Clinical Psychology Review, 21 (3), 325 - 344.

Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P. & Banfield, S. (2000). Body Image and body change methods in adolescent boys role of parents, friends, and the media. Journal of Psychosomatic Research, 49, 189- 197.

Román, F. M., Mancilla, D. J. M., Alvarez, R. G. & López, A. X. (1998). Evaluación de la imagen corporal como predictor del trastorno alimentario. Revista Psicología Contemporánea, 5 (2), 22 - 29.

Rosen, J. C. (1992). Body-image disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders. En J. H. Crowther, D. L. Tennenbaum, S. E. Hobfoll & S. M. A. Parris (Eds.). The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context, (157- 177). E.U.A.: Hemisphere.

Rosen, J. C., Jones, A., Ramírez, E. & Waxman, S. (1996). Body Shape Questionnaire: Studies of validity and reliability. International Journal of Eating Disorders, 20, 315- 319.

Silva, R. A. (1992a). Confiabilidad y validez en psicología. Métodos cuantitativos en psicología, (71- 98). México: Trillas.

Silva, R. A. (1992b). Las escalas de actitudes y la sociometría en la práctica psicológica. Métodos Cuantitativos en psicología, (777- 797). México: Trillas.

Stierlin, H. & Weber, G. (1990). ¿Qué hay detrás de la puerta de la familia? España: Gedisa.

Thelen, M.H., Lawrence, C.M. & Powell, A.L. (1992). Body image, weight control, and eating disorders among children. En J. H. Crowther, D. L. Tennenbaum, S. E. Hobfoll & S. M. A. Parris (Eds.). The Etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context, (81- 101). E.U.A.: Hemisphere.

Toro, J. (1996). Cuerpo, peso, alimentación y angustia: El momento actual. El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad, (133- 161). Barcelona: Ariel Ciencia.

Toro, J., Nicolau, R., Luna, M. J., García, M. & Puig, J. (1997). Intervención terapéutica en un caso de anorexia nerviosa. En F. X. Méndez & D. A. Macia (Coords.). Modificación de conducta con niños y adolescentes, (198- 212). Madrid: Pirámide.

Viladrich, M.C., Prat, R., Doval, E. & Vall-Ilovera, M. (1997). Psicometría. Manuscrito no publicado, Universidad Autónoma de Barcelona, España.