



Vasey, M. W. y Daleiden, E. L. (1994). Worry in children. En G. Davey y F. Tallis (Eds.), *Worry: Perspectives on theory, assessment and treatment* (185-207). Nueva York: Wiley.

Wheilan, T. A. y Kirkby, R. J. (1998). Advantages for children and their families of psychological preparation for hospitalization and surgery. *Journal of Family Studies*, 4, 35-51.

Wilkinson, L. (1997). *Systat 7.0*. Evans-ton, I.L.: Systat: Inc.

Wilson, C. J. (1987). Comparison of two methods of preparation for hospitalization. *Children's Health Care*, 16, 24-27.

Zastowny, T. R., Kirschenbaum, D.S. y Meng, A. L. (1986). Coping skills training for children: Effects on distress before, during, and after hospitalization for surgery. *Health Psychology*, 5, 231-247.

Zetterström, R. (1984). Responses of children to hospital. *Acta Paediatrica Scandinava*, 73, 289-295.

ARTICULOS

Imagen corporal y trastornos alimentarios en estudiantes del País Vasco: Un estudio piloto

Body shape and eating disorders in a sample of students in the Basque Country: A pilot study

A. ESPINA*, M. ASUNCION ORTEGO**, I. OCHOA DE ALDA***,

A. ALEMAN**** y M. JUANIZ*****

RESUMEN

Objetivo. Estudiar el grado de insatisfacción con la imagen corporal (IC) y los síntomas de trastornos alimentarios (TA) en estudiantes del país vasco. **Método.** Una muestra intencional formada por 969 estudiantes de 11-18 años, 508 chicas y 461 chicos, cumplimentaron el Body Shape Questionnaire (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987), el Eating Attitudes Test (Garner y Garfinkel, 1979) y la escala de insatisfacción corporal del Eating Disorders Inventor (Garner, Olmstead y Polivy, 1983). **Resultados.** La prevalencia de síntomas de trastornos alimentarios hallada es del 7,1% de las chicas y el 2,4% de los chicos. La preocupación por la imagen corporal aparece en el 32,5% de las chicas, aumentando con la edad, y el 8,9% de los chicos. En ambos sexos la relación entre la preocupación por la IC y el índice de masa corporal (IMC) es positiva. **Discusión.** Estos resultados confirman estudios anteriores y reafirman la necesidad de evaluar sistemáticamente estos aspectos en la población preadolescente y adolescente, cara a realizar campañas de prevención.

* Psiquiatra. Psicoterapeuta. Profesor titular y director del Master de Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad del País Vasco. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco. Avda. Tolosa, N° 70. 20018 San Sebastián. Telf.: 943018317.

** Pedagoga. Terapeuta familiar, Jefa de Organización y docente del Master de Terapia y de Pareja de la Universidad del País Vasco.

*** Psicólogo. Terapeuta familiar, Jefe de estudios y del Master de Terapia familiar y de Pareja de la Universidad del País Vasco.

**** Psicóloga. Terapeuta familiar.

***** Psicóloga.

ABSTRACT

The goal of this study is to look into the relationship between dissatisfaction with one's body shape and symptoms of eating disorders in a sample of students in the Basque Country. A sample of 969 students, aged 11 to 18, of which 508 were female and 461 males, was administered the Body Shape Questionnaire (Cooper, Taylor, Cooper and Fairburn, 1987), the Eating Attitudes Test (Garner and Garfinkel, 1979), and the Body Dissatisfaction Scale of the Eating Disorders Inventory (Garner, Olmstead and Poolivy, 1983).

Results show that prevalence of eating disorders symptoms is 7.1% in females and 2.4% in males. Concern about body shape appears in 32 percent of females, increasing with age, and 8.9 percent of males. There is a positive relationship between body shape concern and body weight irrespective of gender. Results confirm previous research and reassert the need to systematically assess these features both in pre-adolescent and adolescent population in order to stage prevention campaigns.

PALABRAS CLAVE

Actitudes alimentarias, imagen corporal, epidemiología.

KEY WORDS

Eating Attitudes, Body Shape, Epidemiology.

INTRODUCCIÓN

Schilder (1958) definió la imagen corporal como "la representación mental tridimensional que cada uno tiene de sí mismo"; esta imagen se construye continuamente y configura una gestalt física, psicológica y social. Slade (1988) define la imagen corporal como "el retrato que tenemos en nuestra mente del tamaño, figura y forma de nuestro cuerpo y los sentimientos hacia esas características y partes que lo componen". La imagen corporal incluye los siguientes componentes: cognitivo (pensamientos y creencias sobre el cuerpo), perceptivo (táctil, kinestésico, propioceptivo, visual, olfativo, auditivo), afectivo (sentimientos sobre el propio cuerpo), conductual y social. El desarrollo de la imagen corporal está influenciado por los sucesos que inciden en el cuerpo (accidentes, enfermedades, abuso sexual), la relación con los demás, la autoestima y la socialización.

Según Gardner (1996) la imagen corporal incluye dos componentes: uno perceptivo que hace referencia a la estimación del tamaño y apariencia y otro actitudinal que recoge los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Cash (1994) distingue tres dimensiones en las actitudes hacia el cuerpo: a) evaluación (por Ej. satisfacción corporal, apreciación cognitiva y pensamientos

evaluativos que derivan de discrepancias con el self ideal; b) inversión cognitivo-conductual (por Ej. esquemas sobre la apariencia, fuerza de las ideas internalizadas sobre el físico; c) afecto (por Ej. disforia situacional sobre la imagen corporal).

La distorsión corporal hace referencia a la discrepancia entre la percepción y creencias sobre la talla o figura y la realidad observable. La insatisfacción corporal se refiere al disgusto con el propio cuerpo. Garner y Garfinkel (1981) señalan que las alteraciones de la imagen corporal incluyen dos aspectos relacionados pero diferentes: distorsión perceptiva de la talla que conlleva una sobreestimación de partes del cuerpo y la alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura.

El trastorno de la imagen corporal incluye aspectos perceptivos, afectivos y cognitivos y se define como una preocupación exagerada por algún defecto imaginario o sobreestimado de la apariencia física. Lo cual lleva a devaluar la apariencia, a preocuparse en exceso por la opinión de los demás y a pensar que no se vale, ni se puede ser querido debido a la apariencia física; por ello las personas con trastornos de la imagen corporal ocultarán su cuerpo, lo someterán a dietas y ejercicio y evitarán las

relaciones sociales. Como señala Hutchinson (1982) la imagen corporal se refiere a la descripción corporal donde cuerpo-mente-cultura se relacionan, es el espacio donde confluyen los pensamientos, sensaciones, percepciones, actitudes, valores y juicios sobre nuestro cuerpo.

La preocupación por el peso en la población femenina no debe valorarse como un trastorno de la imagen corporal, puesto que en la cultura occidental se favorece que la mujer se sienta incómoda con su talla, lo cual provoca el desarrollo de una imagen corporal desacreditada en un porcentaje muy elevado de mujeres, algunas de las cuales tendrán un trastorno de la imagen corporal. Cash y Henry (1995) encontraron que un 48% de mujeres adultas evaluaban negativamente su apariencia, un 63% estaban insatisfechas con su peso y un 49% estaban preocupadas con el sobrepeso. La distorsión de la talla corporal solo es un síntoma del trastorno corporal que es un problema multidimensional en el que confluyen alteraciones perceptivas, actitudinales y conductuales (Garfinkel y Garner, 1982; Cash y Brown, 1987).

La magnitud de la disparidad entre autopercepción del físico y las ideas internalizadas sobre el mismo están asociadas a la insatisfacción corporal y a los trastornos alimentarios (TA) (Jacobi y Cash, 1994;

Strauman y Glemberg, 1994; Cash y Szymanski, 1995). Bruch (1962) destacó que en los pacientes con trastornos alimentarios, la percepción que tienen sobre su cuerpo y la realidad no concuerdan. Cash y Brown (1987) y Cooper y Taylor (1988) encontraron una sobreestimación de la talla en pacientes con TA, especialmente con BN, aunque también se daba, en menor medida, en el grupo control, lo cual es atribuido por Rodin, Silberstein y Striegel-Moore (1985) al peso de la cultura. Los pacientes con TA tienen mayores discrepancias en el self ideal que los controles y ponen excesivo énfasis en el peso y apariencia para autoevaluarse (Cash y Deagle, 1997). En nuestro país varios estudios muestran la incidencia de los trastornos alimentarios y la insatisfacción corporal en los jóvenes (Toro, Castro, García, Pérez y Cuesta, 1989; Raich, Deus, Muñoz, Pérez y Requena, 1991a, 1991b; Raich et al, 1992; Martínez, Toro, Salámero y Blecua, 1993; Rodríguez, 1997; De Gracia, Marcó, Fernández y Juan, 1999; Toledo et al, 1999).

El objetivo de este estudio es detectar el grado de insatisfacción en relación con la imagen corporal y los síntomas de trastornos alimentarios en una muestra no representativa de estudiantes del País Vasco. El presente trabajo es un estudio epidemiológico de exploración, sin significación estadística, que forma

parte de un estudio más amplio actualmente en fase de realización.

METODO

Muestra

La muestra fue de tipo intencional no probabilístico y recogida en poblaciones de Guipúzcoa (San Sebastián, Hernani, Lasarte y Zarauz). La elección de las poblaciones fue incidental y la muestra se obtuvo por el método de muestreo por conglomerados. El número de centros en los que se recogió la muestra fue de 5, de los cuales 4 eran públicos y 1 privado (el de San Sebastián), en todos se estudiaba bachiller. En dos centros se rellenaron las pruebas en castellano (San Sebastián y Lasarte) y en 3 en euskera (los 2 centros de Hernani y el de Zarauz). La muestra total recogida estaba constituida por 1023 sujetos y la definitiva, después de eliminar a los sujetos que no habían rellenado todos los ítems de los cuestionarios, estaba constituida por 969 sujetos: 508 chicas y 461 chicos. La muestra que rellenó el cuestionario INC (EDI-2) y fue valorada de una forma fiable en el IMC está constituida por 330 chicas y 336 chicos.

Instrumentos

- Variables sociodemográficas: recogidas con una escala "ad hoc" que incluía las siguientes variables: edad, sexo, curso,

idioma, centro, estudios, población, peso, altura. Se obtuvo el índice de masa corporal (peso en kgs/altura en m²) (IMC) clasificado en 4 categorías: normal (20-25), peso bajo (<19,9; >17), severo infrapeso (< 17), sobrepeso (> 25-30), obesidad moderada (>30-40), obesidad grave (>40). Aunque en sujetos menores de 13 años el IMC no tiene el mismo valor que en sujetos mayores, hemos consultado con endocrinólogos y dietistas del País Vasco y nos recomendaron usar ese criterio también en sujetos menores, como hacen ellos en su práctica clínica, pues las tablas sobre peso-edad ofrecidas por algunos laboratorios farmacéuticos son muy antiguas y no se adecuan a la población actual.

- Eating Attitudes Test (EAT) (Garner y Garfinkel, 1979) prueba autoaplicada de 40 ítems que evalúa las actitudes, sensaciones y preocupaciones en relación con la comida, peso y ejercicio. El punto de corte utilizado es 30. Al comparar chicos y chicas hemos eliminado el ítem 23 porque hace referencia a la regla y distorsionaría los resultados. Al comparar los casos positivos hemos utilizado dos puntos de corte, 30 y 29, siguiendo las dos opciones encontradas en la literatura. Como no hemos hallado

consenso entre los autores sobre qué punto de corte utilizar en los chicos, hemos utilizado dos criterios para categorizar los casos positivos: 30 y 27 (al eliminar la puntuación máxima del ítem que hace referencia a la regla) con vistas a facilitar la comparación de nuestros resultados con otros estudios.

- Body Shape Questionnaire (BSQ) (Cooper, Taylor, Cooper y Faiburn, 1987). Cuestionario autoaplicado, consta de 34 ítems. Sirve para evaluar el miedo a engordar, los sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia, el deseo de perder peso y la insatisfacción corporal. Siguiendo a Cooper y Taylor (1988), hemos clasificado las puntuaciones en 4 categorías: no preocupada por la IC < 81, leve preocupación = 81-110, moderada = 111-140, extrema >140. Esta escala está diseñada para aplicarla a mujeres, para este estudio hemos realizado una adaptación para aplicarla también a varones.

- Escala de insatisfacción corporal (InC) del Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) (Garner, 1998). Consta de 9 ítems. En esta escala no hemos usado punto de corte.

Procedimiento

En primer lugar se contactó con los centros y se informó de la finali-

dad del estudio. Después de obtener la autorización de centro, padres y alumnos se concertó la cita. Los cuestionarios fueron repartidos individualmente en las aulas por miembros del equipo investigador, después de dar una explicación sobre su contenido y aclarar dudas. Los investigadores permanecieron en el aula, aclararon las dudas que pudieran surgir al rellenar los cuestionarios y revisaron si estaban cumplimentados adecuadamente a la hora de entregarlos. El orden en el que se aplicaron los cuestionarios fue: variables sociodemográficas, EAT, BSQ, escala de insatisfacción corporal del EDI.

Análisis estadísticos

En primer lugar se realizaron análisis descriptivos de algunas variables sociodemográficas y puntuaciones en las pruebas utilizadas, se estudió la consistencia interna de cada prueba y las correlaciones entre ellas. Posteriormente se realizaron análisis de la varianza, covarianza, chi cuadrado, correlaciones y t-test para comparar diferentes agrupaciones de la muestra.

RESULTADOS

Fiabilidad de los cuestionarios.

El índice de consistencia interna del BSQ, obtenido mediante el coeficiente alfa de Cronbach para

las mujeres es $\alpha = .97$, y para los varones $\alpha = .96$, igual que el hallado por Mora y Raich (1993) con estudiantes y semejante (.93) al de los autores del instrumento (Cooper et al., 1987). En cuanto al EAT, el coeficiente alfa de Cronbach obtenido para las mujeres es $\alpha = .87$ y para los varones $\alpha = .79$. El coeficiente alfa de Cronbach obtenido con la escala de insatisfacción corporal del EDI-2 para las mujeres es $\alpha = .89$, y para los varones $\alpha = .87$. La validez convergente fue estudiada correlacionando las puntuaciones totales del BSQ con las del EAT obteniendo una correlación para las mujeres de $r = .67$ ($p = .000$) y para los varones de $r = .58$ ($p = .000$) (los autores del cuestionario obtuvieron .61 con estudiantes y .35 con bulímicas y Mora y Raich hallaron .71). También correlacionamos el BSQ con la subescala de insatisfacción corporal del EDI-2, obteniendo una correlación

para las mujeres de $r = .64$ ($p = .000$) y para los varones de $r = .44$ ($p = .000$), Cooper et al. (1987) obtuvieron .66 con bulímicas y Mora y Raich (1993) obtuvieron .78. Finalmente al correlacionar el EAT con la escala de insatisfacción corporal del EDI-2 hallamos en las mujeres una $r = .35$ ($p = .000$) y en los varones una $r = .44$ ($p = .000$), Gross, Rosen, Leitenberg y Willmuth (1986) hallaron .50.

Descriptivos

La distribución de la muestra por centros y edades puede verse en las tablas 1 y 2.

Respecto a los porcentajes de casos patológicos en el EAT y las diferentes categorías en el BSQ, podemos ver en la tabla 3 que el 7,1% de la chicas y el 2,4% de los chicos padecen síntomas de TA, pero si bajamos el punto de corte a 27 en los chicos, debido la eliminación del ítem 23, hallamos 20

TABLA 1
Distribución de la muestra por centros

	chicas		chicos	
	n	%	n	%
San Sebastián	196	38,6	218	47,3
Hernani 1	49	9,6	48	10,4
Hernani 2	63	12,4	39	8,5
Zarauz	22	4,3	32	6,9
Lasarte	178	35,0	124	26,9
Total	508	100,0	461	100,0

TABLA 2
Distribución de la muestra por edades

	chicas		chicos	
	n	%	n	%
11	35	6,9	44	7,5
12	54	10,6	52	11,3
13	49	9,6	53	11,5
14	62	12,2	60	13,0
15	82	16,1	84	18,2
16	120	23,6	103	22,3
17	90	17,7	53	11,5
18	22	4,3	18	3,9
Total	508	100,0	461	100,0

TABLA 3
Porcentaje de casos en categorías del EAT

EAT	chicas		chicos	
	n	%	n	%
<31	472	92,9	450	97,6
>30	36	7,1	11	2,4
>27			20	4,3
Total	508	100,0	461	100,0

EAT = eating attitude test.

TABLA 4
Porcentaje de casos en categorías del BSQ

BSQ	chicas		chicos	
	n	%	n	%
<81	343	67,5	419	90,9
81-110	80	15,7	21	4,6
111-140	47	9,3	15	3,3
>140	38	7,5	5	1,1
Total	508	100	460	99,8

BSQ = body shape questionnaire.

(4,3%) casos con síntomas de TA. En la tabla 4 observamos que el 32,5% de las chicas y el 8,9% de los chicos muestran preocupación por la imagen corporal (BSQ > 80), siendo esta moderada o extrema en el 16,8% de las chicas y el 4,4% de los chicos.

Comparaciones por sexos

Las diferencias en las categorías de BSQ y EAT entre chicos y chicas son estadísticamente significativas: EAT, con el punto de corte en 30, chi cuadrado = 11.570, g.l. 1, $p = .001$, con el punto de corte en 29 los resultados no difieren, y BSQ, chi cuadrado = 81.708, g.l. 3, $p = .000$. Al comparar los sexos en dos categorías del BSQ (<111/>110), no preocupación, o leve, frente a moderada y extrema, hallamos también una diferencia significativa entre los sexos, chi cuadrado = 38.29, g.l. 1, $p = .000$. Lo mismo observamos al comparar ambos grupos en las medias (eliminando el

ítem 23), como se muestra en la tabla 5. El EAT con los 40 ítems muestra en las chicas una media de 13,39 (dt. = 12,13).

Al comparar por sexos los posibles "ítems criterio" de anorexia y bulimia nerviosa, encontramos diferencias significativas, con mayor puntuación en las chicas, en los ítems: 4 ("me da mucho miedo pesar demasiado"), 15 ("Me preocupa el deseo de estar más delgado/a"), 25 ("me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo"), 28 ("tomo laxantes"), 37 ("me comprometo a hacer régimen") y no hay diferencias significativas en el 7 ("a veces me he atracado de comida"), 13 ("vomito después de comer"), 30 ("como cosas de régimen) y 40 ("tengo ganas de vomitar después de comer"). No hay diferencias en los ítems que se refieren a atracones y vómitos, mientras que los que tienen que ver con la preocupación con el peso y el uso de

TABLA 5
Comparación entre los sexos en EAT, BSQ e InC (EDI-2)

	Sexo	n	Media	D. t.	E. t.	t	gl	Sig.
EAT	chica	508	12.41	11.95	.53			
	chico	461	11.06	8.85	.41	2.014	930.600	.044
BSQ	chica	508	73.46	35.63	1.58			
	chico	460	48.80	23.87	1.11	12.759	892.005	.000
InC (EDI-2)	chica	330	9.08	7.75	.43			
	chico	336	4.68	6.18	.34	8.091	627.968	.000

EAT = eating attitude test; BSQ = body shape questionnaire; IC (EDI) = escala de insatisfacción corporal del eating disorders inventory

laxantes diferencia a los sexos, teniendo puntuaciones más altas las chicas.

prueba de Scheffé hallamos que en el BSQ existen diferencias significativas entre el grupo de peso nor-

TABLA 6
Comparación por sexos de «items criterio» de anorexia y bulimia nerviosa del EAT

	Sexo	n	Media	D. t.	E. t.	t	gl	Sig.
EAT04	chica	508	.67	1.09	.48	7.458	883.16	.000
	chico	461	.23	.72	.33			
EAT15	chica	508	.40	.91	.40	5.665	842.33	.000
	chico	461	.13	.54	.25			
EAT25	chica	508	.61	1.06	.47	6.394	905.25	.000
	chico	461	.24	.73	.34			
EAT28	chica	508	.09	.09	.43	-2.518	967	.012
	chico	461	.05	.36	.16			
EAT37	chica	508	.17	.58	.25	3.338	832.53	.001
	chico	461	.06	.34	.15			
EAT07	chica	508	.17	.56	.24	-.334	967	.738
	chico	461	.18	.61	.28			
EAT40	chica	508	.05	.29	.12	.936	967	.350
	chico	461	.03	.32	.14			
EAT13	chica	508	.01	.18	.80	-1.666	682.03	.096
	chico	461	.04	.35	.16			
EAT 30	Chica	508	.12	.49	.21	1.738	950.84	.083
	chico	461	.06	.39	.18			

EAT = eating attitude test.

Comparación según el índice de masa muscular (IMC).

Al comparar las medias en el BSQ entre los grupos constituidos por la categoría de IMC (peso normal, bajo, severo infrapeso y sobrepeso), encontramos en las chicas diferencias significativas entre los grupos (ver tabla 7). Al realizar comparaciones múltiples con la

mal comparado con los de peso bajo ($p = .000$), severo infrapeso ($p = .000$) y sobrepeso ($p = .000$), la puntuación más alta es en sobrepeso seguida de peso normal. También aparecen diferencias significativas entre peso bajo y sobrepeso ($p = .033$), y entre sobrepeso e infrapeso ($p = .002$). En los chicos también hallamos diferencias significativas entre los grupos (ver tabla

7), las diferencias significativas se dan entre IMC normal y peso bajo ($p = .021$), entre peso bajo y sobre peso ($p = .024$) y entre sobrepeso e infrapeso ($p = .043$). Tanto en chicos como en chicas a mayor IMC mayor insatisfacción corporal.

entre peso normal y bajo ($p = .002$), normal e infrapeso ($p = .000$) y sobrepeso e infrapeso ($p = .003$). En los chicos entre peso normal y bajo ($p = .002$), bajo y sobrepeso ($p = .019$). En ambos sexos hallamos que a mayor IMC, mayor insa-

TABLA 7
Comparación en el BSQ por categorías de índice de masa corporal en las chicas

chicas	n	M	D. t.	gl	F	Sig.
IMC						
Normal (>20<25)	137	84.55	38.14	3	16.022	.000
Peso bajo (17-19.9)	164	64.53	30.23			
Sobrepeso (>25<30)	6	105.50	20.75			
Infrapeso <17	23	46.30	19.05			
Total	330	72.32	35.28			
chicos	n	M	D. t.	gl	F	Sig.
IMC						
Normal (>20<25)	173	51.66	23.60	3	6.033	.001
Peso bajo (17-19.9)	108	43.48	15.80			
Sobrepeso (>25<30)	26	57.88	31.49			
Infrapeso <17	29	41.38	10.83			
Total	336	48.63	21.77			

BSQ = body shape questionnaire

Al analizar la relación entre IMC e insatisfacción con la imagen corporal evaluada con el InC (EDI-2) encontramos resultados semejantes a los hallados con el BSQ. En las chicas $F(3, 329) = 11.79, p = .000$ y chicos $F(3, 332) = 6.935, p = .000$. Las diferencias son entre los siguientes grupos: En las chicas:

tisfacción. Al realizar los mismos análisis con el EAT encontramos que no existe asociación entre el IMC y la puntuación en el EAT.

Para estudiar si el IMC influía en el EAT, BSQ e InC (EDI-2) hemos realizado análisis de covarianza separadamente para cada escala (EAT, BSQ, InC del EDI-2), con el

sexo como variable independiente y el IMC como covariable. Comprobando que el efecto de la interacción entre sexo X covariable es no significativa y tras eliminar el término interacción, el IMC mostró una relación significativa con el BSQ y el InC (EDI-2). Después de ajustar por la covariable IMC, hallamos que no existen diferencias significativas en el EAT entre los sexos. En el BSQ e InC (EDI-2) una vez controlado el IMC seguimos encontrando diferencias significativas entre los sexos: BSQ, $F(1, 662) = 158.84, p = .000$ y un tamaño del efecto = .194. InC (EDI) $F(1, 662) = 96.09, p = .000$ y el tamaño del efecto = .127. También hemos realizado correlaciones entre BSQ, EAT e InC (EDI-2) con el IMC y encontramos una correlación positiva entre IMC y BSQ ($r = .21, p = .000$) y entre IMC y la escala de insatisfacción corporal del EDI-2 ($r = .21, p = .000$).

Comparación por centros.

Al comparar las puntuaciones en EAT, BSQ e InC (EDI-2) entre los diferentes centros, hallamos que en los chicos existen diferencias significativas entre los centros, $F(3, 332) = 11.181, p = .000$, la insatisfacción corporal es significativamente mayor en los centros de Hernani frente al de San Sebastián ($p = .000$ y $p = .003$), en el centro de Lasarte no se pasó este cuestionario. En las chicas

en BSQ hallamos también diferencias significativas, $F(4, 503) = 3.256, p = .012$, pero al hacer la prueba post hoc de Scheffé solo hallamos una tendencia a la significación ($p = .063$) entre los centros de San Sebastián (con menor puntuación en el BSQ) y un centro de Hernani.

Comparación por edades.

Comparando las medias de EAT, BSQ e InC (EDI-2) entre las edades, separando los sexos, hemos hallado que en las chicas existen diferencias estadísticamente significativas en el BSQ, $F(7, 500) = 7.313, p = .000$, al hacer la prueba post hoc de Scheffé encontramos que dichas diferencias se dan entre los 11 años con los 15 ($p = .03$), 16 ($p = .001$), 17 ($p = .001$) y 18 años ($p = .02$) y entre los 12 con los 16 ($p = .01$) y 17 ($p = .01$). a mayor edad, mayor preocupación por la apariencia. En el InC (EDI-2) hallamos también diferencias estadísticamente significativas $F(7, 322) = 3.599, p = .001$, al hacer la prueba post hoc de Scheffé encontramos únicamente una tendencia a la significación entre los 11 y 18 años ($p = .055$) con mayor preocupación a los 18 años. En los chicos encontramos diferencias estadísticamente significativas en el InC (EDI-2) $F(7, 328) = 2.530, p = .01$, pero al hacer la prueba post hoc de Scheffé no encontramos diferencias significativas.

Al estudiar las puntuaciones en las tres pruebas separando los sexos y comparando las diferentes edades por pares y siguiendo un orden cronológico, (10-11, 11-12, 12-13 etc.), encontramos que en los chicos, aparecen diferencias significativas entre los 13 y 14 años con puntuaciones más altas a los 13 años en el EAT, BSQ e InC (EDI-2). Mientras que en las chicas solo aparece una diferencia significativa en el EAT, puntúan más alto a los 14 años (la media más alta de todas las edades) que a los 13 (la media más baja de todas la edades), y una tendencia a la significación en el BSQ. (ver tabla 8).

Al comparar los chicos de 14 años y 15 años, aparecen diferen-

cias significativas en el InC (EDI-2) ($t = -2.600, gl, 50.03, p = .012$), la media más baja de todas la edades es a los 14 años y la más alta a los 15. En las chicas aparece la diferencia entre los 11 y 12 años, las de 12 años puntúan más alto en el BSQ que las de 11 ($t = 2.184, gl, 81, p = .032$). En el resto de pares de edades no aparecen diferencias significativas.

Finalmente hemos realizado correlaciones entre edad y EAT, BSQ e InC (EDI-2) y en las chicas hemos hallado correlaciones positivas entre edad y BSQ ($r = 2.94, p = .000$) y entre edad e InC (EDI-2) ($r = 2.63, p = .000$), es decir a mayor edad, mayor preocupación por la

TABLA 8
Comparación en EAT, BSQ e InC (EDI-2) entre 13 y 14 años en ambos sexos

chicas	edad	n	Media	E. t.	t	gl	Sig.
EAT	14	62	15.84	1.31	2.781	102.239	.006
	13	49	11.43	0.89			
BSQ	14	62	73.21	4.01	1.966	109	.052
	13	49	62.31	3.63			
chicos	edad	n	Media	E. t.	t	gl	Sig.
EAT	14	60	10.03	0.67	-2.549	88.766	.013
	13	53	13.23	1.06			
BSQ	14	60	43.42	2.13	-2.634	75.523	.010
	13	53	56.28	4.40			
IC (EDI)	14	44	2.25	0.49	-2.719	81.245	.008
	13	53	4.94	0.86			

EAT = eating attitude test; BSQ = body shape questionnaire; InC (EDI-2) = escala de insatisfacción corporal del eating disorders inventory-2.

apariciencia física. Mientras que en los chicos únicamente hallamos una correlación negativa entre edad y EAT ($r = -1.47$, $p = .002$), a menor edad, peor conducta alimentaria.

DISCUSIÓN

La fiabilidad y validez de las escalas obtenida, semejante a la de otros estudios, muestra que son instrumentos adecuados para realizar estudios transculturales, aunque la disparidad en los puntos de corte dificulta la comparación entre ellos.

Los resultados de este estudio muestran un porcentaje de casos con conductas alimentarias anómalas, susceptibles de constituir un TA, (7,1% de las chicas y 2,4% de los chicos) semejante al hallado por Raich et al. (1991b) e inferior a los hallados por Carbajo, Canals, Fernández-Ballart y Doménech (1995), y Santonastaso et al. (1996) (11%). Toro et al. (1989) encontraron un porcentaje superior al nuestro en las chicas (9,8%) e inferior en los chicos (1,2%). Los síntomas de TA son más frecuentes en las chicas, al igual que lo hallado en estudios realizados en España (Toro et al., 1989; Raich et al., 1991b; Carbajo et al., 1995; Toledo et al. 1999) y en otros países (Rosen, Silberg y Gross, 1988; Ledoux, Choquet y Flament, 1991; Raich et al. 1992; Wood, Waler, Miller y Slade, 1992;

Buddeberg-Fisher, Bernet, Sieber, Schmid y Buddeberg, 1996). Igualmente las puntuaciones medias en el EAT en nuestro estudio son más altas en las chicas que en los chicos.

Las medias halladas por nosotros en el EAT (12,41 (dt. = 11,95) en las chicas y 11,06 (dt. = 8,85) en los chicos) son inferiores a las de otros estudios (Garner y Garfinkel, 1979; Leichner, Arnett, Rallo, Srikameswaran y Vulcano, 1986; Raich et al., 1991b; Carbajo et al. 1995; Santonastaso et al., 1996). Pero son algo superiores al estudio de Gross et al. (1986) que hallaron una media de 11,5 (dt. = 7,5) en chicas. En el estudio de Toro et al. (1989) la media en las chicas (16,1) es superior a nuestro estudio, pero semejante en los chicos (11,4). Las edades de los estudios de Toro et al. (1989) y Leichner et al. (1986) son semejantes a las de nuestra muestra por lo que las diferencias se deben probablemente a factores culturales.

La chicas puntúan significativamente más alto que los chicos en los ítems del EAT que hacen referencia a la preocupación por el peso y figura, lo cual influye en las conductas alimentarias inadecuadas. Estos resultados son semejantes a los de Raich et al. (1991b) aunque estos autores encuentran diferencia significativas entre los sexos en todos los "ítems criterio" menos en el 28 (uso de laxantes).

Por edades, las puntuaciones medias en el EAT son más elevadas a los 14 años en las chicas y a los 11 en los chicos. En porcentajes de EAT positivos, en las chicas es más elevado a los 16 años (10,8%) y en los chicos a los 11 años (5,3%). Estos datos muestran que la edad en la que hay más posibilidades de mostrar un trastorno alimentario es más temprana en los chicos, lo cual debería tenerse en cuenta en los programas preventivos.

En el BSQ nuestras medias (73,46; d.t. = 35,63) en las chicas son inferiores a las de los estudios de Cooper et al., (1987) (media = 81,5; dt. = 28,4) y Bunnell, Cooper, Hertz y Shenker (1992) (media = 91,8; d.t. = 36,2) y muy semejantes a las del estudio de Munford, Withehouse y Platts (1991) con estudiantes asiáticas (media = 73,3; d.t. = 34,2) y caucásicas (media = 70,5; d.t. 31,6), la comparación con los resultados de Raich et al. (1991a) no es fiable pues utilizan menos ítems, aunque es muy probable que a pesar de ese sesgo, nuestras medias sean inferiores. Respecto al InC (EDI-2) nuestras medias son semejantes a las halladas por Garner (1998) en jóvenes españoles.

La preocupación por la apariencia aparece en el 32,5% de las chicas y el 8,9% de los chicos, siendo moderada o extrema en el 16,8% de las chicas y el 4,4% de los chicos. Este porcentaje es inferior al

hallado por Cash y Henry (1995), en cuyo estudio el 48% de las mujeres evaluaban negativamente su apariencia global, el 46% estaban insatisfechas o preocupadas con el peso y el 51% con la forma corporal. De Gracia et al. (1999) encuentran que el 53,8% de las adolescentes expresaban preocupación por su imagen corporal. Encontramos una menor preocupación en los jóvenes del país vasco comparado con otras muestras, de todas maneras estos resultados no permiten aventurar diferencias significativas entre culturas, pues la variable edad no es igual en todas las muestras y a veces los puntos de corte varían de un estudio a otro.

Las chicas están más preocupadas e insatisfechas con la apariencia corporal que los chicos, lo cual confirma que la presión social por un modelo de cuerpo delgado sigue incidiendo de una forma más poderosa en las chicas y puede reflejar la relación positiva hallada en nuestro país entre publicidad, modelo estético femenino centrado en la delgadez y la insatisfacción con la imagen corporal (Toro et al., 1989; De gracia et al., 1999).

En ambos sexos hemos encontrado que a mayor peso más insatisfacción corporal, lo cual puede deberse al modelo de delgadez culturalmente impuesto e indica que es un factor de riesgo para a la

insatisfacción corporal y posiblemente a la aparición de TA.

El que las puntuaciones medias en el BSQ en las chicas vayan ascendiendo a lo largo de los años y acaben siendo más elevadas a los 18 años, parece indicar que la presión social sobre la apariencia física va aumentando en ellas con los años, estos resultados coinciden, en las chicas, con los de Toro et al. (1989) y estudios anteriores (Crisp, 1984; Davies y Furhan, 1986). En los chicos, por el contrario, no hallamos relación entre edad y preocupación por la apariencia, aunque la edad de más preocupación es a los 13 años y luego decrece, coincidiendo posiblemente con el cambio físico de la pubertad. Es posible que, en los chicos, el desarrollo muscular y la importancia dada al deporte en nuestro medio quite importancia a la apariencia física y a la preocupación por la comida. Estas diferencias vuelven a mostrar que en los chicos es necesario estudiar edades más tempranas que en las chicas, para programas de prevención.

Un aspecto a tener en cuenta es la edad en la que hay aumentos significativos en las puntuaciones de los cuestionarios, los chicos a los 13 años tienen puntuaciones significativamente más elevadas que a los 14 años en los 3 cuestionarios. Mientras que las chicas puntúan significativamente más alto en el EAT a los

14 años frente a los 13, pero la preocupación por la imagen corporal ya daba un salto estadísticamente significativo a los 12 años, con mayor preocupación que a los 11 años. Algunos autores han señalado que la preocupación por la imagen corporal podía ser un rasgo premórbido de la aparición de TA, ya que esta preocupación favorece las conductas alimentarias anómalas (Striegel-Moore, Silberstein y Rodin, 1986). Por otro lado, Cooper et al. (1987) afirmaban que el BSQ no debía ser utilizado como una medida de detección de casos de TA, sino para evaluar un aspecto de la patología alimentaria. En nuestro estudio, al utilizar el BSQ y el EAT, podemos observar que en las chicas, primero aumenta la preocupación por la apariencia y luego se incrementan las conductas alimentarias anómalas, probablemente para intentar modificar esa apariencia física insatisfactoria, aunque debemos ser cautos con esta interpretación, pues por otro lado, no hallamos relación entre edad y EAT. En los chicos encontramos que las conductas alimentarias inadecuadas se dan a edades más tempranas, mientras que la preocupación por la apariencia no está asociada a la edad.

Respecto a los centros, el que la insatisfacción con la imagen corporal sea significativamente mayor en los chicos de los 2 centros públicos de Hernani (euskera), frente al cole-

gio privado de San Sebastián (castellano), parece sugerir que la clase social y otros factores culturales pueden estar influyendo en la imagen corporal, quizás cuando esté finalizado el estudio epidemiológico podamos matizar estas diferencias, si se siguen hallando con una muestra más amplia.

Nuestro resultados reafirman la importancia de estudiar sistemáticamente las conductas alimentarias y la actitud hacia la imagen corporal en los preadolescentes y adolescentes, para la prevención de unas patologías cuya prevalencia alcanza porcentajes importantes en nuestra sociedad.

REFERENCIAS

- Bruch, H. (1962). Perceptual and Conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Buddeberg-Fisher, B., Bernet, R., Sieber, M., Schmid, J. y Buddeberg, C. (1996). Epidemiology of eating behaviour and weight distribution in 14- to 19-year-old Swiss students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 296-304.
- Bunnell, D. W., Cooper, P. J., Hertz, S. y Shenker, I. R. (1992). Body Shape Concerns Among Adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 11(1), 79-83.
- Carbajo, G., Canals, J., Fernández-Ballart, J. y Doménech, E. (1995). Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: dos años de seguimiento. *Psiquis*, 16(4):139, 21-26.
- Cash, T. F. (1994). Body-image attitudes: Evaluation, investment, and affect. *Perceptual and Motor Skills*, 78, 1168-1170.
- Cash, T. F. y Brown, T. A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of the literature. *Behavior Modification*, 11, 487-521.
- Cash, T. F. y Szymanski, M. L. (1995). The development and validation of the Body-Image Ideals Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 65, 466-477.
- Cash, T. F. y Henry, P. E. (1995). Women's body images. The results of a national survey in the U.S.A. *Sex roles*, 33, 19-28.
- Cash, T. F. y Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of Body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
- Cooper, P. J. y Taylor, M. J. (1988). Body image disturbance in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153(2), 32-36.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. y Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of eating disorders*, 6, 485-494.
- Crisp, A. (1984). Psychopathology of anorexia nervosa. En A. J. Stunkard y E. Stellar (eds). *Eating and its Disorders*. New York: Raven Press.

Davjes, E. y Furham, A. (1986). Body satisfaction in adolescent girls. *British Journal of Medical Psychology*, 59, 279-287.

De Gracia, M., Marcó, M., Fernández, M. J. y Juan, J. (1999). Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes. *Psiquis*, 20(1), 15-26.

Gardner, R. M. (1996). Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. *British Journal of Psychology*, 87, 327-337.

Garner, D. M. (1998). Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2). Madrid: TEA.

Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.

Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 2 (11), 263-284.

Garner, D. M., Olmsted, M. P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-33.

Garfinkel, P. E. y Garner, D. M. (1982). *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Bruner-Mazel.

Gross, J., Rosen, J. C., Leitenberg, H. y Willimuth, M. E. (1986). Validity of the attitudes test and the eating disorders inventory in bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 875-876.

Hutchinson, M. G. (1982). Transforming body-image: Your body, friend or foe?. *Women and Therapy*, 1, 59-67.

Jacobi, L. y Cash, T. F. (1994). In pursuit of the perfect appearance: Discrepancies among self and ideal percepts of multiple physical attributes. *Journal of Applied Social Psychology*, 4, 379-396.

Ledoux, S., Choquet, M. y Flamet, M. (1991). Disorders among Adolescents in a unselected french population. *International Journal of Eating Disorders*, 10(1), 81-89.

Leichner, P., Arnett, J., Rallo, J. S., Srikanmeswaran, S. y Vulcano, B. (1986). An epidemiologic study of maladaptive eating attitudes in a Canadian school age population. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 969-982.

Martínez, E., Toro, J., Salamero, M. y Blecua, M. J. (1993). Influencias sociales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. *Revista psiquiátrica de la facultad de Barcelona*, 20, 55-65.

Mora, M. y Raich, R. M. (1993). Adaptación del bulimia test i BSQ en una muestra universitaria. Comunicación presentada en la VIII Jornada de Terapia del Comportamiento y Medicina Conductual en la Práctica Clínica. Barcelona.

Munford, D. B., Whitehouse, A. M. y Platts, M. (1991). Sociocultural correlates of eating disorders among Asian schoolgirls in Bradford. *British Journal of Psychiatry*, 158, 229-233.

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

Raich, R. M., Deus, J., Muñoz, M. J., Pérez, O. y Requena, A. (1991b). Estudio de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes catalanas. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 18 (7), 305-315.

Raich, R. M., Rosen, J. C., Deus, J., Pérez, O., Requena, A. y Gross, J. (1992). Eating disorder symptoms among adolescents in the United States and Spain: a comparative study. *International Journal of Eating Disorders*, 11(1), 63-72.

Rodin, J., Silberstein, L. R. y Striegel-Moore, R. H. (1985). Women and weight: A normative discontent. En T. B. Sonderegger (Ed.), *Nebraska symposium on motivation: psychology and gender* (pp. 267-307). Lincoln: University of Nebraska Press.

Rodríguez, M. C. (1997). Distorsión de la imagen corporal como factor de riesgo para la anorexia nervosa: un estudio comparativo. *Anales de Psiquiatría*, 13 (8), 327-331.

Rosen, J. C., Silberg, N. y Gross, J. (1988). Eating Attitudes Test and Eating Disorders Inventory: Norms for adolescent girls and boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 305-308.

Santoanastaso, P., Zanetti, T., Sala, J., Favaretto, G., Vidotto, G. y Favaro, A. (1996). Prevalence of eating disorders in Italy: A survey on a sample of 16-year-old female students. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 158-162.

Schilder, P. (1958). *The image and appearance of the human body*. New York: International universities press.

Slade, P. P. (1988). Body image in anore-

xia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153 (2), 20-22.

Strauman, T. J. y Glenberg, A. M. (1994). Self-concept and body image disturbance: Which self-beliefs predict body size overestimation?. *Cognitive research and Therapy*, 18, 105-125.

Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R. y Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors in bulimia. *American Psychologist*, 41, 246-263.

Toledo, M., Ferrero, J., Capote, J., Roger, L., Sánchez, M., Donet, E. y Tormo, E. (1999). Incidencia de comportamientos anoréxicos y bulímicos en la comunidad valenciana. *Cuadernos de Medicina Psicósomática y Psiquiatría de Enlace*, 51/52, 38-48.

Toro, J., Castro, J., García, M., Pérez, P. y Cuesta, L. (1989). Eating attitudes sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 61-70.

Wood, A., Waller, G., Miller, J. y Slade, P. (1992). The development of Eating Attitudes Test scores in adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 279-282.