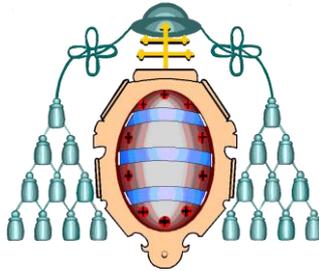


UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

CURSO ACADÉMICO 2015-2016

**Flexibilidad con la imagen corporal y conductas de riesgo
alimentario en adolescentes**

Trabajo empírico

María José Medrano Ramos

Tutora: Ana González Menéndez

Oviedo, enero de 2016

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	5
INTRODUCCIÓN	6
MÉTODO	9
Diseño	9
Participantes	9
Instrumentos	9
Procedimiento	10
Variables	11
Análisis de los datos	11
RESULTADOS	12
DISCUSIÓN	18
CONCLUSIONES	22
REFERENCIAS	23
ANEXO I (S-EDE-Q)	32
ANEXO II (BI-AAQ-12).	35
ANEXO III (SCS).	36
ANEXO IV (IRI).	37

RESUMEN

Recientes investigaciones sobre procesos transdiagnósticos implicados en los trastornos psicopatológicos, consideran los trastornos de la alimentación (TCA) como ejemplos de inflexibilidad psicológica y, en concreto, de inflexibilidad con la imagen corporal. Esta línea de investigación apunta también que la auto-ocultación de información considerada embarazosa se relaciona con el desarrollo de los TCA.

Para probar el poder predictivo de estas variables, el estudio analiza, en una muestra de 230 adolescentes, las conductas de riesgo alimentario, la flexibilidad con la imagen corporal, la auto-ocultación y la reactividad interpersonal.

Se realizaron análisis descriptivos, correlacionales e inferenciales con las variables de interés. Los resultados informaron de diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en conductas de riesgo alimentario, inflexibilidad con la imagen corporal y reactividad interpersonal. También se observaron correlaciones positivas entre las variables analizadas, y el análisis predictivo demostró que la inflexibilidad con la imagen, y en menor medida, la auto-ocultación, explicaron el 52% de la varianza de TCA.

Los resultados presentados se alinean con los de investigaciones anteriores para señalar el papel que los procesos psicológicos subyacentes, como la inflexibilidad psicológica, juegan en el desarrollo de los TCA.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, flexibilidad con la imagen corporal, auto-ocultación, empatía.

ABSTRACT

Recent researches on transdiagnostic processes involved in psychopathology, consider eating disorders (ED) as examples of psychological inflexibility and, in particular, of inflexibility with body image. This line of research also suggests that self-concealment of embarrassing personal information is also related to the development of ED

To test the predictive power of these variables, behaviors and attitudes of health risks, flexibility, body image, self-concealment and interpersonal reactivity were analyzed in a non-clinical sample of 230 adolescents.

Descriptive, correlational and inferential analyses with the variables of interest were made. The results showed statistically significant differences by gender in dietary risk behaviors, inflexibility with body image and interpersonal reactivity. Positive correlations between variables analyzed were also observed, and predictive analysis demonstrated that inflexibility with body image and, to a lesser extent, self-concealment, accounted for 52% of the variance in the risk of ED.

Overall, the presented results align with previous research and point out the important role that the underlying psychological processes play in the development of eating disorders.

Key words: eating disorders, body image satisfaction, self-concealment, empathy.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

BIF	Flexibilidad con la imagen corporal (del inglés <i>body image flexibility</i>)
BI-AAQ-12	<i>Body Image-Acceptance and Action Questionnaire</i>
DE	Desviación estándar
FS	Fantasía
IMC	Índice de Masa Corporal
PD	Malestar personal
EC	Preocupación Empática
EC	Preocupación por comer
E.S.O.	Enseñanza Secundaria Obligatoria
R	Restricción
SC	Preocupación por la imagen
SCS	Escala de Auto-Ocultación
S-EDE-Q	<i>Eating Disorders Examination Questionnaire</i>
TCA	Trastornos de la conducta alimentaria
PT	Toma de perspectiva
TFM	Trabajo Fin de Máster

1. Introducción

El estudio de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) ha alcanzado una gran relevancia en las últimas tres décadas, tanto por el incesante aumento de casos, como por el elevado riesgo de mortalidad asociada y su resistencia al tratamiento (Grabe, Ward, & Hyde, 2008; Peláez, Labrador & Raich 2004; Striegel-Moore & Bulik, 2007; Vohs, Heatherton, & Herrin, 2001).

Entre las numerosas circunstancias vinculadas al desarrollo inicial de los TCA, varias líneas de investigación han apuntado a la preocupación por la figura y al seguimiento de dietas de adelgazamiento como los principales factores de riesgo (Raich, 1998; Toro, 1999). Y es que en nuestro contexto, la mayoría de las personas respaldan ideas y opiniones relacionadas con la comida que tienen mucho que ver con el desarrollo de los TCA, tal y como se ha venido demostrando en muestras clínicas y no-clínicas (e.g., Bohn et al., 2008; Masuda, Price, Anderson, & Wendell, 2010; Stice, Killen, Hayward, & Taylor, 1998). Tales ideas o cogniciones se refieren a la importancia de un ideal de peso y de imagen corporal como forma de auto-aceptación, a la importancia del auto-control sobre la dieta y el peso, y a la necesidad de aceptación por parte de los demás (Cooper, Cohen-Tovee, Todd, Wells, & Tovee, 1997; Fairburn, 2008; Mizes, Christiano, Madison, Post, Seime & Varnado, 2000).

Concordantes con estas ideas, los modelos cognitivo-conductuales atribuyen un papel etiológico central a las cogniciones disfuncionales que se observan en todos los trastornos de la alimentación (Fairburn, 2008). Por un lado, porque diferentes investigaciones han señalado que ciertos rasgos de personalidad evitativa están presentes en la mayoría de los TCA (Diaz-Marsá, Carrasco, y Saiz, 2000), llegando a sugerirse que no sólo anticipan el comienzo de un TCA, sino que contribuyen al mantenimiento de los patrones de ingesta anormales (Lyubomirski, Tucker & Kasri, 2001; Troop and Treasure, 1997).

Sin negar la importancia de estos eventos privados disfuncionales relacionados con el peso/imagen, parte de la literatura reciente subraya la importancia de otros procesos cognitivos y de comportamiento relacionados con la forma en la que la persona responde o relata esos eventos (Segal, Teasdale, & Williams, 2004). Parece que los patrones de alimentación desadaptados se encuentran vinculados a la supresión de

tales pensamientos molestos, y funcionan, por tanto, como formas de regulación emocional. A este respecto, cabe mencionar el interesante trabajo de Smart & Wegner (1999) en el que se demuestra que las mujeres con TCA que adoptaban el papel de no tener un TCA (supresoras) experimentan más pensamientos intrusos y necesitan mayores esfuerzos para suprimir de nuevo, que las que responden con sinceridad a preguntas sobre su imagen corporal, su peso y sus hábitos dietéticos.

Como Masuda, Boone & Timko (2011) han afirmado recientemente, es clarificador apreciar la manera en que diversas conductas que tienen que ver con la inanición voluntaria o con los hábitos purgativos, expresan malestar, disgusto o inconformidad con uno mismo. De hecho, los estudios sobre estrategias de regulación emocional en los TCA muestran que síntomas como la restricción o el vómito purgativo, funcionan como esfuerzos desadaptados por modular o escapar de estados emocionales juzgados negativamente (Christiano & Mizes, 1997; Ghaderi, 2003; Lavender, Young & Anderson, 2010; Stice, Nemeroff, & Shaw, 1996). Se trata, en definitiva, de conductas que, inevitablemente, generan más estados emocionales adversos, lo que precipita, a la larga, más conducta desordenada.

De ahí que los TCA puedan considerarse problemas caracterizados por la incapacidad para manejar con flexibilidad las sensaciones y pensamientos negativos o, más específicamente, como formas de inflexibilidad con la propia imagen corporal (Merwin et al., 2011). Por eso la mera presencia de factores como la insatisfacción corporal (e.g., Stice, Marti, & Durant, 2011), o las comparaciones sociales desfavorables (e.g., Troop, Allan, Treasure, & Katzman, 2003) no parecen variables suficientes para explicar el desarrollo de los TCA. Por decirlo de otro modo, la clave etiológica se encontraría más bien en el estilo personal de responder a esas cogniciones.

Otra de las variables relacionadas con los TCA que está generando más investigación actualmente es la auto-ocultación. Definida como la tendencia estable a ocultar información personal, angustiante y potencialmente embarazosa (Larson & Chastain, 1990), el constructo auto-ocultación sugiere una forma deliberada y consciente de auto-presentación ante los demás, un modo de manejar la imagen personal cuya función es no revelar información evaluada negativamente (Schlenker, 1980). Aunque las evidencias disponibles en TCA son aún limitadas, se han observado

relaciones positivas entre la auto-ocultación y síntomas de distintos trastornos de la alimentación. Por ejemplo, un estudio mostró que la auto-revelación (la antítesis de la auto-ocultación) estaba inversamente relacionada con los síntomas de los TCA y se asociaba a factores como la insatisfacción con el cuerpo, el seguimiento de dietas y la percepción de la presión social por estar delgado (Basile, 2004).

Como vemos, todas las variables mencionadas se alinean con el modelo de inflexibilidad psicológica (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006), el cual establece que el seguimiento de reglas contraproducentes (o fusión cognitiva), la evitación, y la supresión, se encuentran en el corazón de todos los trastornos psicopatológicos, cualquiera que sea la forma que adopten. Aunque las evidencias disponibles en TCA son aún limitadas, se ha encontrado que la flexibilidad psicológica es inversamente proporcional a la auto-ocultación (Masuda, Anderson et al., 2009; Masuda et al., 2011), a otros aspectos cognitivos y síntomas propios de los TCA (Masuda, Price, Anderson, & Wendell, 2010; Masuda & Wendell, 2010) y, en general, a las características que definen a los distintos trastornos alimentarios (Rawal, Park, & Williams, 2010).

En definitiva, los novedosos modelos transdiagnósticos que ofrecen las terapias contextuales han arrojado alguna luz sobre el papel de la supresión, la auto-ocultación y la inflexibilidad con la imagen corporal como estrategias desadaptadas de regulación emocional. No obstante, la información empírica disponible sobre el peso de estos procesos en los trastornos alimentarios es escasa y, además, la vinculación existente entre auto-ocultación e inflexibilidad psicológica es aún desconocida, motivo por el que se ha planteado el desarrollo del presente estudio de investigación.

El objetivo principal del estudio es analizar las relaciones entre conductas de riesgo alimentario y distintas variables relacionadas con la dimensión conocida como flexibilidad psicológica. En concreto, se explorarán las relaciones entre síntomas de TCA y aceptación de la imagen corporal, auto-ocultación y problemas de reactividad emocional, para posteriormente, analizar el valor predictivo de la auto-ocultación en el riesgo de TCA.

2. Método

Diseño

Estudio observacional analítico transversal.

Participantes

Se incluyó una muestra no probabilística de 230 estudiantes, de 3º y 4º de E.S.O. y 1º y 2º de Bachiller que participaron de manera voluntaria en la investigación. La edad media total de los estudiantes fue de $15,52 \pm 1,13$ años de edad, con un rango de edad comprendido entre 13 y 19 años. De éstos, 126 eran varones (54,8%) y 104 mujeres (45,2%). La muestra al completo fue extraída del Colegio Marista Auseva (Oviedo). El 40,4% de los participantes cursaba estudios en la E.S.O. y el otro 59,6% bachillerato.

Instrumentos

-*Eating Disorders Examination Questionnaire (S-EDE-Q)* (Fairburn & Beglin, 1994). Adaptación Española de Peláez-Fernández, Labrador y Raich (2012). Se trata de un cuestionario diseñado para identificar la presencia de TCA. El instrumento consta de 36 ítems generales y dos adicionales para el sexo femenino alusivos a aspectos relacionados con la menstruación. Además de ofrecer una puntuación global, el instrumento permite una valoración específica de Actitudes sobre patrones de *Restricción (R)*, *Preocupación por comer (EC)*, *Preocupación por la Imagen (SC)* y *Preocupación por el peso (WC)* y de Conductas problemáticas. La posible puntuación en esta escala va de 0 a 6 y se reflejaría significación clínica con una puntuación de 4 o más en cada subescala. El instrumento tiene diferentes índices de fiabilidad para cada una de las subescalas, siendo el coeficiente alfa de 0,86 para R, de 0,75 para EC, 0,93 para SC y de 0,74 para WC (Peláez-Fernández, Labrador y Raich, 2013).

- *Body Image-Acceptance and Action Questionnaire (BI-AAQ-12)* (Sandoz et al., 2013). Es un instrumento que evalúa la flexibilidad con la imagen corporal. Específicamente, evalúa formas flexibles de responder a los pensamientos relacionados con el cuerpo. Consta de 12 ítems con siete opciones de respuesta (1-Nunca de acuerdo, 7-Totalmente de acuerdo). El instrumento fue traducido al castellano por la autora de este TFM y tiene una posible puntuación entre 12 y 84 en la cual se asocia una mayor puntuación a una mayor inflexibilidad con la imagen corporal. El instrumento tiene un

elevado índice de concordancia (Coeficiente alfa de Cronbach de 0,92) (Sandoz, Wilson, Merwin & Kellum, 2013).

- *Escala de Auto-ocultación (SCS)* (Larson & Chastain, 1990). Se trata de un inventario de auto-informe que mide la tendencia a ocultar información personal angustiante o evaluada negativamente (por ejemplo: “*Hay muchas cosas sobre mí que me guardo para mí mismo*”). El cuestionario contiene 10 ítems que se responden en una escala tipo Likert entre 1 y 5, de manera que a mayor puntuación mayor auto-ocultación. La posible puntuación en este cuestionario va de 10-50 y la puntuación total se deriva de la suma de las respuestas a los 10 ítems. En cuanto a los datos de fiabilidad, el alfa de Cronbach es de 0,81. El instrumento fue traducido al castellano por la autora de este TFM y cuenta con un Coeficiente alfa de Cronbach de 0,81 (Masuda, Anderson, Wendell, Price & Feinstein, 2011).

- *Índice de Reactividad Interpersonal (IRI)* (Davis, 1980, 1983). Es una de las medidas de autoinforme más utilizadas para evaluar la empatía. Contiene 28 ítems distribuidos en cuatro subescalas que miden cuatro dimensiones del concepto global de empatía: *Toma de perspectiva (PT)*, *Fantasía (FS)*, *Preocupación empática (EC)* y *Malestar personal (PD)*, con siete ítems para cada dimensión. Utiliza una escala Likert de 1 a 5 (1-No me describe bien, 5- Me describe muy bien) con una posible puntuación en estas escalas va de 0 a 28, asociándose una mayor puntuación con una menor empatía y por tanto, una mayor reactividad en las relaciones interpersonales. La fiabilidad del cuestionario es diferente para cada una de las subescalas, siendo el coeficiente alfa de 0,56 para el dominio PT, de 0,70 para FS, de 0,65 para EC y de 0,64 para PD (Mestre, Frías y Samper, 2004).

Procedimiento

En primer lugar, la autora del TFM realizó una traducción de los instrumentos BI-AA-12 y SCS que, posteriormente, fue revisada de forma independiente por tres profesionales de la psicología con conocimientos avanzados de inglés.

Todos los instrumentos fueron administrados en el Colegio Marista Auseva en periodo lectivo del curso académico 2015-2016, en concreto en el mes de noviembre. Para la administración en el Colegio, la autora de este TFM se puso en contacto con el Director del Centro y explicó de manera detallada la finalidad y objetivos del estudio.

Debido a la incompatibilidad de horarios entre las prácticas del Máster y las clases de los alumnos, el director fue el responsable de identificar a los probandos de la muestra, determinar el momento de la evaluación y administrar los cuestionarios. Todos los participantes tras el preceptivo consentimiento parental aceptaron colaborar voluntariamente en la investigación. El orden de administración de los instrumentos fue el siguiente: IRI, BI-AAQ, S-EDE-Q y SCS. La duración total de la administración de todas las pruebas fue de aproximadamente 20 minutos y se garantizó el anonimato de las respuestas.

Variables de estudio

- Variables socio-demográficas: edad (años), sexo, nivel académico.

- **Variables clínicas:** restricción, preocupación por comer, preocupación por la imagen, preocupación por el peso, puntuación total del cuestionario (TCA, escala S-EDE-Q), flexibilidad con la imagen corporal (escala BI-AAQ-12), auto-ocultación (cuestionario SCS), toma de perspectiva, fantasía, preocupación empática, malestar personal (empatía, cuestionario IRI).

Análisis de los datos

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo. Las variables cualitativas se expresaron mediante su distribución de frecuencias y las variables cuantitativas mediante la media aritmética y la desviación estándar (DE).

Posteriormente se realizó un análisis multivariante con un modelo lineal general para evaluar la proporción de la varianza que justificaban las diferentes variables clínicas de los cuestionarios según grupos de edad, que incluyó un análisis discriminante utilizando el estadístico lambda de Wilks.

Con el propósito de analizar si la variable sexo se trataba de una variable estadísticamente significativa, se realizó la prueba de Levene en relación a las puntuaciones de los sujetos en las escalas utilizadas. Tras verificar el supuesto de normalidad y la igualdad de varianzas, se procedió a realizar la prueba T de Student para muestras independientes con el fin de comparar las variables de nuestro estudio en función del sexo.

A continuación se analizó la posible asociación entre las variables clínicas del estudio mediante el cálculo de coeficientes de correlación de Pearson.

Finalmente, se realizó un análisis de regresión lineal para evaluar la capacidad predictiva de la variable flexibilidad con la imagen corporal respecto a los estilos desadaptados en la conducta alimentaria. Para ello se utilizó un modelo de regresión lineal con el método de pasos sucesivos, considerando las puntuaciones de actitudes hacia la alimentación (escala S-EDE-Q) como variable criterio, y las medidas de flexibilidad con la imagen corporal (escala BI-AAQ-12), auto-ocultación(escala SCS), y la empatía (escala IRI) como variables predictoras. El nivel de significación estadística se estableció para un valor de $p < 0,05$.

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el paquete estadístico IBM SPSS versión 22.0.

3. Resultados

El 54,8% de los participantes fueron hombres y el 45,2% mujeres con una edad media de 15,52 años (rango 13 a 19 años). En cuanto al nivel académico, el 23% cursaba estudios en 3° de E.S.O., el 17,4% 4° de E.S.O., el 42,2% 1° de Bachiller y el 17,4% 2° de Bachiller (tabla 1)

Tabla 1. Variables demográficas de la muestra de estudio.

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	126	54,8%
	Mujer	104	45,2%
	Total	230	
Nivel académico	3° E.S.O.	53	23%
	4° E.S.O.	40	17,4%
	1° Bachiller	97	42,2%
	2° Bachiller	40	17,4%
	Total	230	100%
Edad	Media: 15,52 D.E.:1,13		

D.E., desviación estándar.

Tabla 2. Puntuaciones de las diferentes variables clínicas (escalas S-EDE-Q, BI-AAQ-12, SCS e IRI) en la muestra de estudio.

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
Restricción*	230	6	0	6	1,03	1,32
Preocupación por comer*	230	4,6	0	4,6	0,65	0,95
Preocupación por la imagen*	230	6	0	6	1,18	1,36
Preocupación por el peso*	230	5,6	0	5,6	1,07	1,31
Puntuación total S-EDE-Q*	230	5,4	0	5,4	0,99	1,12
Flexibilidad con la imagen corporal**	230	63	12	75	30,60	15,61
Auto-ocultación¶	230	40	10	50	23,57	9,62
Toma de perspectiva§	230	19	12	31	23,73	4,04
Fantasía§	230	20	11	31	21,53	4,77
Preocupación empática§	230	16	15	31	23,63	2,9
Malestar Personal§	230	20	11	31	21,13	3,55

*S-EDE-Q, *Eating Disorders Examination Questionnaire*; ** BI-AAQ 12, *Body Image-Acceptance and Action Questionnaire*; ¶SCS, *Escala de Auto-Ocultación (SCS)*; §IRI, *Indice de Reactividad Interpersonal*.

La puntuación media obtenida en la escala puntuación total sobre la actitud hacia la alimentación(S-EDE-Q), fue de 0,99 (D.E.: 1,12). Las medias en las escalas restricción, preocupación por comer, preocupación por la imagen y preocupación por el peso fueron individualmente de 1,03 (D.E: 1,32), 0,65 (D.E: 0,95), 1,18 (D.E: 1,36) 1,07(D.E: 1,31).

La evaluación de la variable flexibilidad (aceptación) con la imagen corporal (BI-AAQ-12), arrojó una puntuación media de 30,60 (D.E: 15,61).

La puntuación media obtenida en la escala de auto-ocultación (SCS) fue de 23,57 (D.E: 9,62).

Finalmente, las puntuaciones medias obtenidas en las escalas de empatía tales como toma de perspectiva, fantasía, preocupación empática y malestar personal fueron de 23,73 (D.E: 4,04), 21,53 (D.E: 4,77), 23,63 (D.E: 2,9) y 21,13 (D.E: 3,55) respectivamente.

En cuanto a la relación existente entre la edad y las diferentes variables clínicas, el modelo lineal y el análisis discriminante indicaron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de conductas de riesgo de TCA y los diferentes grupos de edad.

Tabla 3. Relación de la edad con diferentes variables clínicas en la muestra de estudio (modelo lineal general y análisis discriminante).

Efecto Edad	Valor	F	Gl de error	Sig.
<i>Lambda de Wilks</i>	,706	1,165	1145,187	,177

Al comparar las puntuaciones obtenidas por la muestra en función de la variable sexo, y tras comprobar la igualdad de varianzas, hemos documentado la presencia de diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en todas las medidas analizadas, a excepción de la variable auto-ocultación. Estos datos pueden observarse en la Tabla 4.

Tabla 4. Relación del sexo con diferentes variables clínicas en la muestra de estudio (prueba t para muestras independientes).

	Sexo	Media	Sig. bilateral
Restricción	Hombre	,7325±1,12270	,000
	Mujer	1,3981±1,46665	
Preocupación por comer	Hombre	,4651±,76224	,001
	Mujer	,8839±1,10390	
Preocupación por la imagen	Hombre	,7765±1,16309	,000
	Mujer	1,6843±1,43134	
Preocupación por el peso	Hombre	,7381±1,06297	,000
	Mujer	1,4933±1,46327	
Puntuación Total	Hombre	,6907±,91875	,000
	Mujer	1,3697±1,24508	
Flexibilidad con la Imagen Corporal	Hombre	27,40±14,218	,001
	Mujer	34,49±16,390	
Auto-ocultación	Hombre	23,37±9,890	,724
	Mujer	23,82±9,341	
Toma de Perspectiva	Hombre	23,10±4,064	,008
	Mujer	24,51±3,899	
Fantasía	Hombre	20,41±4,351	,000
	Mujer	22,89±4,930	
Preocupación Empática	Hombre	22,89±2,781	,000
	Mujer	24,52±2,815	
Malestar Personal	Hombre	20,36±3,554	,000
	Mujer	22,07±3,342	

Los resultados obtenidos en el estudio correlacional se muestran en la Tabla 5. Como puede observarse, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre las conductas de riesgo alimentario y la mayoría de las variables clínicas analizadas. En concreto, correlaciones positivas fueron observadas entre TCA y flexibilidad con la imagen corporal ($r=.714$; $p=.000$) y entre TCA y auto-ocultación ($r=.302$; $p=.000$). Respecto al instrumento IRI, los resultados también informan de correlaciones estadísticamente significativas entre conductas de riesgo alimentario y fantasía ($r=.136$; $p=.039$) y con malestar personal ($r=.159$; $p=.015$).

Respecto a las subescalas del instrumento que evalúa problemas alimenticios, el análisis correlacional también informó de correlaciones positivas y significativas entre

todas las subescalas del S-EDE-Q y las variables flexibilidad con la imagen corporal y auto-ocultación.

Por último, el análisis correlacional informó de una correlación positiva y estadísticamente significativa entre las variables flexibilidad con la imagen corporal y auto-ocultación ($r= .249$; $p=.000$).

Tabla 5. Coeficientes de correlación entre las diferentes variables clínicas del estudio.

		Restricción	Preocupación por comer	Preocupación por la imagen	Preocupación por el peso	Puntuación total (S-EDE-Q)	Flexibilidad con la imagen corporal	Auto-ocultación	Toma de perspectiva	Fantasía	Preocupación empática	Malestar personal
Restricción	Correlación de Pearson		,628**	,722**	,689**	,843**	,514**	,227**				
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	,000	,000	,001				
Preocupación por comer	Correlación de Pearson			,761**	,732**	,846**	,606**	,256**				,141*
	Sig. (bilateral)			,000	,000	,000	,000	,000				,032
Preocupación por la imagen	Correlación de Pearson				,899**	,944**	,725**	,325**		,186**		,185**
	Sig. (bilateral)				,000	,000	,000	,000		,005		,005
Preocupación por el peso	Correlación de Pearson					,925**	,714**	,271**				,147*
	Sig. (bilateral)					,000	,000	,000				,026
Puntuación total (S-EDE-Q)	Correlación de Pearson						,714**	,302**		,136*		,159*
	Sig. (bilateral)						,000	,000		,039		,015
Flexibilidad con la imagen corporal	Correlación de Pearson							,249**				,200**
	Sig. (bilateral)							,000				,002
Auto-ocultación	Correlación de Pearson											
	Sig. (bilateral)											
Toma de perspectiva	Correlación de Pearson										,319**	
	Sig. (bilateral)										,000	
Fantasía	Correlación de Pearson										,172**	
	Sig. (bilateral)										,009	
Preocupación empática	Correlación de Pearson											
	Sig. (bilateral)											
Malestar personal	Correlación de Pearson											
	Sig. (bilateral)											

* Correlación significativa con $p < 0,05$ (coeficientes de correlación mostrados en la tabla en negrilla y subrayados); ** Correlación significativa con $p < 0,01$ (coeficientes de correlación mostrados en la tabla en negrilla). No se muestran los valores de las variables no correlacionadas.

En la Tabla 6 podemos observar los coeficientes de las variables que resultaron estadísticamente significativas para el modelo mejor ajustado. El análisis realizado permite observar que las variables flexibilidad con la imagen corporal y auto-

ocultación entran en la ecuación de regresión, y que la proporción de varianza estimada por el modelo es del 52%.

Tabla 6. Variables predictoras del riesgo de TCA.

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.	$R_{Y\hat{\mu}}^2$	$\tilde{R}_{Y\hat{\mu}}^2$
	B	Error tip.	Beta				
(Constante)	-876	,154		-5,687	.000		
Flexibilidad imagen	.049	.003	.681	14,440	.000	,526	,522
Auto-ocultación	.016	.006	.133	2,824	.005		

Variable dependiente: Puntuación Global en el S-EDE-Q

La ecuación de regresión, sería, por tanto:

Riesgo alimentario = (-876) + (0.49 Flexibilidad con la imagen corporal) + (0.16 auto-ocultación).

4. Discusión

El objetivo principal de esta investigación era estudiar, en una muestra no clínica de estudiantes de ambos sexos, las relaciones entre las conductas de riesgo alimentario y las formas desadaptadas de regulación emocional, como la inflexibilidad con la imagen corporal y la auto-ocultación de información personal.

Globalmente, los resultados del estudio informan que los adolescentes de la muestra no presentan conductas de riesgo alimentario dignas de preocupación. De hecho, se sitúan en conjunto en una puntuación que podríamos considerar baja en comparación con lo informado en estudios que emplean muestras de mujeres jóvenes similares a la nuestra (Fairburn & Beglin, 1994; Ferreira, Palmeira & Trindade, 2014; Luce, Crowther, & Pole, 2008). Una de las razones que probablemente explique esta

diferencia es que en nuestro estudio hemos incluido tanto a hombres como a mujeres, en contraste con los trabajos mencionados. De hecho, los marcadores medios globales en el S-EDE-Q difirieron significativamente entre hombres y mujeres de nuestra muestra (hombres: $0,69 \pm 0,91$ vs mujeres: $1,36 \pm 1,24$; $p=,000$), lo que indica que no son en absoluto discrepantes de lo informado en los trabajos precedentes.

Las mismas diferencias entre sexos fueron observadas también en el resto de variables empleadas en la investigación, a excepción del auto-ocultamiento. Es decir, el hecho de observar que las mujeres puntúan significativamente más alto que los hombres en flexibilidad con la imagen corporal, preocupación por el peso, por la imagen, e incluso en empatía, no sólo concuerda con los estudios previos (e.g., Masuda et al., 2011) sino que recalca la influencia de la presión social en el logro de un supuesto ideal de belleza femenino (Ferreira et al., 2014; Kanazawa & Kovar, 2004). Sin embargo, a diferencia de lo observado por el grupo de Masuda (Masuda et al., 2011) en nuestra investigación el auto-ocultamiento no se asoció al hecho de ser mujer. Las puntuaciones medias encontradas fueron muy similares en hombres y mujeres (hombres: $23,37 \pm 9,89$ vs mujeres $23,82 \pm 9,34$), lo que indica que este constructo puede ser revelador de trastornos alimentarios no sólo en el subgrupo de mujeres como mencionó Masuda en sus estudios (Masuda & Latzman, 2012).

Por otra parte, en el presente estudio no se observaron relaciones de interés entre edad y conductas alimentarias desadaptadas. Algo que no nos ha sorprendido dadas las características de la muestra evaluada, en la que se incluyeron probandos con un rango etario (13 a 19 años) que coincide con el periodo de mayor incidencia de los TCA. Así, los estudios epidemiológicos indican que la edad de inicio de estos trastornos alimentarios se sitúa entre los 13 y 18 años para la anorexia y próximo a los 20 años para la bulimia (Guerro-Prado, Barjau & Chiquilla, 2001).

De acuerdo con nuestra hipótesis, e igual a lo encontrado en estudios anteriores (e.g., Ferreira et al., 2014), en esta investigación se han observado relaciones robustas entre inflexibilidad con la imagen corporal (un tipo específico de evitación experiencial) y conductas de restricción y de preocupación por la comida, la imagen y el peso, así como con empatía, lo cual se alinea con otros hallazgos de investigación que consideran los TCA como problemas de inflexibilidad psicológica o como intentos fracasados de

regulación de emociones, pensamientos o sentimientos negativos (Merwin et al., 2011). Se confirman asimismo los resultados de las investigaciones que demuestran que la auto-ocultación correlaciona positivamente con síntomas de TCA y negativamente con flexibilidad psicológica (Lavender & Anderson, 2010; Masuda, Anderson, et al., 2009; Masuda, Wendell, Chou, & Feinstein, 2010; Masuda et al., 2011). Y con respecto a las relaciones entre flexibilidad psicológica y empatía, Masuda et al., (2010) ya habían anticipado que la flexibilidad psicológica correlacionaba negativamente con empatía y con la mala salud psicológica general, hallazgos enteramente concordantes con la correlación observada en nuestro estudio entre flexibilidad con la imagen corporal y trastornos de la reactividad interpersonal.

Los resultados del estudio predictivo son también reveladores. Las variables auto-ocultación, y muy especialmente la inflexibilidad con la imagen corporal, explicaron el 52% de la varianza de las conductas de riesgo alimentario. Aunque ambas variables entraron en la ecuación de regresión, el coeficiente β aportado por cada una de ellas es bien diferente, (0,681 para Flexibilidad con la imagen corporal frente a ,133 para auto-ocultación). Por un lado, los resultados de este trabajo extienden la literatura sobre personas con TCA que tienden a mantener en secreto estos problemas, hasta el punto de negar el trastorno (Vandereycken & Van Humbeeck, 2008), y certifican asimismo que la intolerancia con los pensamientos y emociones negativas relacionadas con el cuerpo, conduce a la ocultación de los contenidos psicológicos molestos ante los demás y supone una forma desadaptada de regular el afecto negativo. Esta intolerancia, es característica del proceso conocido como inflexibilidad psicológica (Hayes et al., 2006).

Entonces, dados los resultados del análisis de regresión, y más concretamente del elevado poder predictivo de la inflexibilidad o evitación de la imagen corporal, estamos en condiciones de concluir que las relaciones entre auto-ocultación y las conductas de riesgo alimentario se explican, al menos parcialmente, a través del proceso conocido como inflexibilidad psicológica. Dicho de otro modo, nuestros resultados sugieren que los vínculos entre auto-ocultación y síntomas de TCA se establecen a través de rasgos compartidos de flexibilidad psicológica disminuida.

Parece que son los procesos subyacentes de regulación emocional los que juegan un papel determinante en las condiciones patológicas, más que la mera insatisfacción

con la imagen corporal o las comparaciones sociales desfavorables que se dice caracterizan los TCA. Aunque muchas personas se muestran insatisfechas con su imagen y peso, especialmente cuando se comparan con modelos ideales de belleza, sólo una minoría desarrolla un trastorno alimentario. Dicho de otra forma, la mera presencia de pensamientos molestos no es algo inherentemente tóxico. La toxicidad está, más bien, en la manera de responder a esos pensamientos. Por esa razón el instrumento diseñado para evaluar las conductas de evitación en TCA (el BIF) no se focaliza en el contexto de la insatisfacción corporal, sino en el de la fusión con los pensamientos negativos sobre el cuerpo y en el rechazo o evitación de los mismos. Como señalan Sandoz et al., (2013), no es la insatisfacción con el propio cuerpo lo que desencadena un TCA. Son los estilos de respuesta, flexibles o inflexibles, los que pueden precipitarlo.

Las evidencias presentadas aquí sobre inflexibilidad psicológica y conductas de riesgo alimentario se unen a las encontradas en estudios anteriores que documentan el valor predictivo de la evitación de los eventos molestos en el desarrollo de muchos trastornos psicopatológicos (e.g., Bond & Bunce, 2000, en depresión; Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006, en ansiedad). Por decirlo de otro modo, los resultados de nuestro estudio indican que la inflexibilidad psicológica funciona con una diátesis generalizada capaz de asociarse a un rango amplísimo de resultados negativos en salud psicológica (Kashdan et al., 2006), incluidos los trastornos de la alimentación.

Deben tenerse en cuenta algunas limitaciones del estudio. La más importante se refiere a que los hallazgos presentados se refieren a una muestra no clínica de jóvenes estudiantes, por lo que la generalización a muestras con TCA puede ser limitada. En segundo lugar, no se ha determinado, el tamaño muestral necesario para la ejecución del estudio en la fase de diseño. Sin embargo, aunque son numerosos los estudios publicados que emplean tamaños muestrales similares a este, nuestro propósito era realizar un estudio exploratorio sobre las relaciones entre riesgo de TCA y algunas de las variables que la literatura sobre modelos transdiagnósticos comienza a estudiar con empeño.

En cualquier caso y, a la luz de los hallazgos, el trabajo presentado confirma los planteamientos de las aún escasas investigaciones que han abierto puertas al estudio de los procesos transdiagnósticos subyacentes al desarrollo de problemas psicológicos.

5. Conclusiones

El presente estudio, realizado en una muestra no clínica de adolescentes, demuestra que la auto-ocultación, y especialmente, la inflexibilidad con la imagen corporal, son capaces de predecir las conductas de riesgo alimentario.

En nuestro grupo de estudio no se observó asociación entre la edad y las diferentes actitudes desadaptadas con la alimentación.

Se observa una fuerte influencia del sexo en el logro de un supuesto ideal de belleza. En concreto, son las mujeres las que presentan en mayor medida, niveles superiores de conductas de riesgo alimentario, evitación de la imagen corporal y reactividad interpersonal.

Finalmente, parece ser que son los procesos subyacentes de regulación emocional los que juegan un papel determinante en el desarrollo de condiciones psicopatológicas, más que la insatisfacción con la imagen corporal.

6. Referencias

- Barnes R. D. & Tantleff-Dunn S. (2010). Food for thought: Examining the relationship between food thought suppression and weight-related outcomes. *Eating Behaviors, 11*, 175-179.
- Basile, B. (2004). Self-disclosure in eating disorders. *Eating and Wight Disorders, 9*(3), 217-223.
- Bohn, K., Doll, H. A., Cooper, Z., O'Connor, M., Palmer, R. L. & Fairburn, C. G. (2008). The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 1105-1110.
- Bond, F.W., & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*, 156-163.
- Christiano, B. & Mizes, J. (1997). Appraisal and coping deficits associated with eating disorders: Implications for treatment. *Cognitive and Behavioral Practice, 4*(2), 263-290.
- Cooper, M., Cohen-Tovee, E., Todd, G., Wells, A. & Tovee, M. (1997). The eating disorder belief questionnaire: preliminary development. *Behavior Research & Therapy, 35*(4), 381-388.
- Davis, M.H. (1980). A multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology, 10*, 85.

- Davis, M.H. (1983). Measuring Individual Differences in Empathy: Evidence for a Multidimensional Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 113-126.
- Diaz-Marsá, M., Carrasco, J. L. & Saiz, J. (2000). A Study of Temperament and Personality in Anorexia and Bulimia Nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 12, 352-359.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). The eating disorders examination. In C. G. Fairburn, & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (12th ed.). New York: Guilford Press.
- Ferreira, C., Palmeira, L. & Trindade, I. A. (2014). Turning eating psychopathology risk factors into action. The pervasive effect of body image-related cognitive fusion. *Appetite* 80, 137-142.
- Ferreira C., Pinto-Gouveia J. & Duarte C. (2011). The validation of the Body Image Acceptance and Action Questionnaire: Exploring the Moderator Effect of Acceptance on Disordered Eating. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(3), 327-345.
- Ghaderi, A. (2003). Structural modeling analysis of prospective risk factors for eating disorder. *Eating behaviors*, 3(4), 387-396.

Grabe, S. Ward, L. M. & Hyde, J. S. (2008). The Role of the Media in Body Image Concerns Among Women: A Meta-Analysis of Experimental and Correlational Studies. *Psychological bulletin*, 134(3), 460-476.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.

Guerro-Prado, D., Barjau, J. M. & Chinchilla, A. (2001). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. *Actas Esp Psiquiatr*, 2(6), 403-410.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy. Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 4, 1-25.

Kanazawa, S. & Kovar, J.L.(2004). Why beautiful people are more intelligent. *Intelligence*, 32, 227-243.

Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J.P., & Steger, M.F.(2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotional dysregulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1301–1320.

- Larson, D. G. & R. L. Chastain (1990). Self-Concealment: Conceptualization, Measurement, and Health Implications. *Journal of Social and Clinical Psychology* 9(4), 439-455.
- Larson, D. G., Chastain R. L., Hoyt W. T. & Ayzenberg R. (2015). Self-concealment: Integrative review and working model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 34(8), 705-774.
- Lavender, J. M., Anderson, D. A., & Gratz, K. L. (2012). Examining the association between thought suppression and eating disorder symptoms in men. *Cognitive therapy and research*, 36(6), 788-795.
- Lavender, J. M., Young, K. & Anderson, D. (2010). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): norms for undergraduate men. *Behaviors* 11(2), 119-121.
- López M. y Diéguez M. (2007). No pienses en un oso blanco. Sobre un caso de trastorno de la conducta alimentaria de larga evolución. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 25(1) 85-89.
- Luce, K. H., Crowther, J. H., & Pole, M. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): norms for undergraduate women. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 273-276.
- Lyubomirski, S., Tucker K. L. & Kasri, F. (2001). Responses to hedonically conflicting social comparisons: Comparing happy and unhappy people. *European Journal of Social Psychology*, 31, 511-535.

- Masuda, A., Anderson, P. L. & Sheehan, S. (2009). Mindfulness and mental health among African American college students. *Complementary Health Practice Review, 14*, 115-127.
- Masuda, A., Anderson, P. L., Wendell, J. W., Chou, Y. Y., Price, M., & Feinstein, A. B. (2011). Psychological flexibility mediates the relations between self-concealment and negative psychological outcomes. *Personality and Individual Differences, 50*(2), 243-247.
- Masuda A., Anderson P. L., Wendell J. W., Price M. & Feinstein A. B. (2011). Psychological flexibility mediates the relation between self-concealment and negative psychological outcomes. *Personality and Individual Differences, 50*(2), 243-247.
- Masuda A., Boone M. S. & Timko C. A. (2011). The role of psychological flexibility in the relationship between self-concealment and disordered eating symptoms. *Eating Behaviors, 12*, 131-135.
- Masuda A., Price M., Anderson P. L. & Wendell J. W. (2010). Disordered eating-related cognition and psychological flexibility as predictors of psychological health among college students. *Behavior Modification, 34*(1), 3-15.
- Masuda A. & Latzman R. D. (2012). Psychological flexibility and self-concealment as predictors of disordered eating symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science, 1*, 49-54.
- Masuda, A. & Wendell J.W. (2010). Mindfulness mediates the relation between disordered eating-related cognitions and psychological distress. *Eating Behaviors, 11*, 293-296

- Merwin R. M., Timko C. A., Moskovivh A. A., Ingle K. K., Bulik C. M. & Zucker N. I. (2011). Psychological Inflexibility and Symptoms Expression in Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*, 19, 62-82.
- Mestre V., Frías M. D. y Samper P. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16(2), 255-260.
- Mizes, J. S., Christiano, B., Madison, J., Post, G., Seime R. & Varnado, P. (2000). Development of the Mizes Anoretic Cognitions Questionnaire-Revised: Psychometric properties and factor structure in a large sample of eating disorder patients. *International Journal of Eating Disorder*, 28, 415-421.
- Peláez-Fernández M. A. (2003). Estudio epidemiológico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en población escolarizada de la comunidad de Madrid. (Doctorado). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Peláez-Fernández M. A., Labrador F. J. y Raich R. M. (2004). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 71, 33-41.
- Peláez-Fernández M. A., Labrador F. J. y Raich R. M. (2012). Validation of the Spanish Version of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) for the screening of eating disorders in community samples. *Spanish Journal of Psychology*, 15(2), 817-824.
- Peláez-Fernández M. A., Labrador F. J. y Raich R. M. (2013). Norms for the Spanish version of the Eating Disorders examination Questionnaire (S-EDE-Q). *Psicothema*, 25(1), 107-114.

- Raich, R.M. (1998). *Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Rawal, A., Park, R. J. & Williams, M. G. (2010). Rumination experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 851-859.
- Sandoz E. K., Wilson K. G., Merwin R. M. & Kellum K. K. (2013). Assesment of body image flexibility: The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2, 39-48.
- Schlenker, B. L. (1980). *Impression management: The self-concept, social identity, and interpersonal relations*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D. & Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status. In S. C. Hayes, V. M. Follette & M. M. Linehan (Eds.), *Minfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 45-65). New York: Guilford Press.
- Smart, L. & Wegner, D. M. (1999). Covering up what can't be seen: Conceable stigma and mental control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 3474-3486.
- Stice, E., Killen, J. D., Hayward, C. & Taylor, C. B. (1998). Support for the continuity hypothesis of bulimic pathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 784-790.
- Stice, E., Marti, C. N., & Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour research and therapy*, 49(10), 622-627.

- Stice, E., Nemeroff, C. & Shaw, H. (1996). Test of the dual pathway model of bulimia nervosa: *Evidence for dietary restraint and affect regulation mechanisms. Journal of Social and Clinical Psychology, 15*(3), 340-363.
- Striegel-Moore, R. & Bulik, C. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist 62*(3), 181-198.
- Timko C. A., Juarascio A. S. & Martin L. M. (2014). Body image avoidance: An under-explored yet important factor in the relationship between body image dissatisfaction and disordered eating. *Journal of Contextual Behavioral Science, Journal of Contextual Behavioral Science, 3*(3), 203-211.
- Trindade I. A. & Ferreira C. (2013). The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology. *Eating Behaviors, 15*, 72-75.
- Troop, N.A., Allan, S., Treasure, J. L. & Katzman, M. (2003). Social comparison and submissive behavior in eating disorder patients. *Psychol Psychother, 76*(3), 237-249.
- Troop, N. A. & Treasure, J. L. (1997). Psychological factors in the onset of eating disorders. *British Journal of Medical Psychology, 70*, 273-385.
- Toro, J. (1999). El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel.
- Vandereycken, W., & Van Humbeeck, I. (2008). Denial and concealment of eating disorders: A retrospective survey. *European Eating Disorders Review, 16*(2), 109-114.

Vohs, K. D., Heatherton, T. F. & Herrin, M. (2001). Disordered eating and the transition to college: A prospective study International. *Journal of Eating Disorders*, 29, 280-288.

Wendell J. W. (2011). Psychological Flexibility and Eating Disorder Spectrum Problems. (Thesis). Georgia State University, Georgia.

Wendell J. W., Masuda A. & Le J. K. (2012). The role of body image flexibility in the relationship between disordered eating cognitions and disordered eating symptoms among non-clinical college students. *Eating Behaviors*, 13, 240-245.

ANEXO I: CUESTIONARIO DE EXAMEN SOBRE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS.

CUESTIONARIO S-EDE-Q

Instrucciones:

Este cuestionario evalúa los hábitos y estilos de alimentación. Las siguientes preguntas se refieren al ÚLTIMO MES O A LOS ÚLTIMOS TRES MESES. Lee cada pregunta con atención y rodea con un círculo el número que corresponda. Es importante que contestes a todas las preguntas. No hay respuestas buenas ni malas, sino que es tu propia respuesta la que cuenta.

Cuántos días en los pasados 28 días..	Ningún día	1-5 días	6-12 días	13-15 días	16-22 días	23-27 días	Todos los días
1. ¿Has intentado limitar deliberadamente la cantidad de comida que comes para que influya en tu silueta o peso?	0	1	2	3	4	5	6
2. ¿Has pasado por periodos de 8 o más horas de vigilia sin comer nada para que influya en tu silueta o peso?	0	1	2	3	4	5	6
3. ¿Has intentado evitar comer algunos alimentos que te gustan para que influya en tu silueta o peso?	0	1	2	3	4	5	6
4. ¿Has intentado seguir reglas determinadas en tu alimentación destinadas a influir en tu silueta o peso; por ejemplo, limitar calorías, la cantidad total de ingesta, o normas como cuánto o cuándo comer?	0	1	2	3	4	5	6
5. ¿Has deseado que tu estómago esté vacío?	0	1	2	3	4	5	6
6. ¿Pensar en alimentos o su contenido calórico ha interferido con tu capacidad de concentrarte en cosas en las que estás interesado como, por ejemplo, leer, ver la TV o seguir una conversación?	0	1	2	3	4	5	6
7. ¿Has tenido miedo de perder el control sobre la comida?	0	1	2	3	4	5	6
8. ¿Has tenido episodios de atracones?	0	1	2	3	4	5	6
9. ¿Has comido en secreto (exceptuando atracones)?	0	1	2	3	4	5	6
10. ¿Has tenido un claro deseo de tener el vientre plano?	0	1	2	3	4	5	6
11. ¿Pensar en la silueta o el peso ha interferido con tu capacidad de concentrarte en cosas en las que estás interesado, como, por ejemplo, leer, ver la TV o seguir una conversación?	0	1	2	3	4	5	6

Cuántos días en los pasados 28 días..	Ningún día	1-5 días	6-12 días	13-15 días	16-22 días	23-27 días	Todos los días
12. ¿Has sentido un claro temor de engordar o de convertirte en obeso/a?	0	1	2	3	4	5	6
13. ¿Te has sentido gordo/a?	0	1	2	3	4	5	6
14. ¿Has sentido un fuerte deseo de perder peso?	0	1	2	3	4	5	6

EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES:

- 15 ¿Cuántas veces te has sentido culpable después de comer por el efecto que pueda tener en tu silueta y peso (exceptuando atracones)
- 0 - Ninguna vez
1 - Alguna vez
2 - Menos de la mitad de las veces
3 - La mitad de las veces
4 - Más de la mitad de las veces
5 - La mayoría de las veces
6 - Siempre
- 16 ¿Ha habido veces en las que has sentido que has comido lo que para otras personas es una cantidad anormalmente grande de comida en esas circunstancias? 0 - No 1 - Si
- En caso afirmativo:
- 17 ¿Cuántas veces a la semana han tenido lugar como promedio estos episodios de sobreingesta?

- 18 ¿Durante cuántos de estos episodios de sobreingesta has tenido la sensación de perder el control sobre lo que comías? _____
- 19 ¿Ha habido otros episodios en los que has tenido la sensación de perder el control y comer demasiado, sin que haya sido una cantidad anormalmente grande en esas circunstancias? 0 - No 1 - Si
- En caso afirmativo:
- 20 ¿Cuántas veces han tenido lugar estos episodios? _____
- 21 ¿Te has provocado el vómito para controlar tu figura o tu peso? 0 - No 1 - Si
- En caso afirmativo:
- 22 ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio? _____
- 23 ¿Has tomado laxantes para controlar tu figura o tu peso? 0 - No 1 - Si
- En caso afirmativo:
- 24 ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio? _____

25 ¿Has tomado diuréticos para controlar tu figura o tu peso? 0 – No 1 – Si

En caso afirmativo:

26 ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio? _____

27 ¿Has realizado ejercicio energético para controlar tu figura o tu peso? 0 – No 1 – Si

En caso afirmativo:

28 ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio? _____

En los últimos 3 meses...	Nada en absoluto	Levemente	Moderadamente	Marcadamente			
29. ¿Ha influido tu peso en cómo te has juzgado a ti mismo/a como persona?	0	1	2	3	4	5	6
30. ¿Ha influido tu figura en cómo te has juzgado a ti mismo/a como persona?	0	1	2	3	4	5	6
31. ¿En qué medida te molestaría si tuvieras que pesarte una vez por semana durante los próximos tres meses?	0	1	2	3	4	5	6
32. ¿En qué grado has sentido insatisfacción por tu peso?	0	1	2	3	4	5	6
33. ¿En qué grado has sentido insatisfacción por tu figura?	0	1	2	3	4	5	6
34. ¿En qué grado te ha preocupado que otra gente te vea comer?	0	1	2	3	4	5	6
35. ¿En qué grado te has sentido incómodo/a al ver tu cuerpo, por ejemplo, en el espejo, reflejado de un escaparate, cuando te desvistes o te duchas?	0	1	2	3	4	5	6
36. ¿En qué grado te has sentido incómodo/a cuando otros ven tu cuerpo, por ejemplo, en los vestuarios, nadando o llevando ropas ajustadas?	0	1	2	3	4	5	6

CONTESTAR SÓLO SI ERES MUJER:

37 ¿Has tenido alteraciones en la menstruación en los últimos 3 meses? 0 – No 1 - Si

En caso afirmativo:

38 ¿Cuántos meses consecutivos te ha faltado la menstruación?

- 1 mes
- 2 meses
- 3 meses
- Más de 3 meses

ANEXO II: CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL (BI-AAQ-12).

BI-AAQ

Directrices: A continuación encontrará una lista de ítems. Por favor señale la verdad de cada ítem tal y como lo piense. Usa las siguientes puntuaciones de la escala para tu elección. Para cada ítem, si considera que una afirmación es “Totalmente cierta”, deberías escribir un 7 en el ítem.

Nunca de acuerdo	Muy raramente de acuerdo	Raramente de acuerdo	A veces de acuerdo	Frecuente mente de acuerdo	Casi siempre de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

- __1 Preocuparme por mi peso me dificulta vivir una vida que yo quiero.
- __2 Me preocupo demasiado por mi peso e imagen corporal.
- __3 Me cierro en banda cuando me siento mal con la forma de mi cuerpo o mi peso.
- __4 Antes de dar pasos importantes en mi vida, tengo que cambiar mis pensamientos y sentimientos sobre mi peso e imagen corporal.
- __5 Las preocupaciones sobre mi cuerpo me ocupan demasiado tiempo.
- __6 Si empiezo a sentirme gordo/a, intento pensar en otra cosa.
- __7 Tengo que sentirme mejor con mi cuerpo antes de poder hacer algunos planes serios.
- __8 Tendré un mejor control sobre mi vida si puedo controlar mis pensamientos negativos sobre mi cuerpo.
- __9 Para tener el control de mi vida, necesito tener el control de mi peso.
- __10 Sentirme gordo/a causa problemas en mi vida.
- __11 Cuando empiezo a pensar sobre mi talla e imagen corporal, me resulta duro hacer algo más.
- __12 Mis relaciones podrían ser mejores si mi peso y/o la forma de mi cuerpo no me molestasen.

ANEXO III: CUESTIONARIO DE AUTO-OCULTACIÓN (SCS).

(SCS)

Esta escala mide el auto-ocultación, que se define como una tendencia a ocultar a los demás la información personal que se percibe como estresante o negativa. Por favor, marca la casilla, a la derecha de cada uno de los siguientes 10 ítems, el que mejor describe cuánto de acuerdo o en desacuerdo tiene para ti.	1 = Muy en desacuerdo	2 = Moderadamente en desacuerdo	3 = Ni en desacuerdo ni de acuerdo	4 = Moderadamente de acuerdo	5 = Muy de acuerdo
1. Tengo un secreto importante que no he compartido con nadie.					
2. Si compartiese todos mis secretos con mis amigos, ellos podrían gustarme menos.					
3. Hay muchas cosas sobre mí que me guardo para mí mismo.					
4. Algunos de mis secretos me han atormentado realmente.					
5. Cuando algo malo me pasa, tiendo a guardármelos para mí mismo.					
6. A menudo temo que voy a revelar algo que no quiero.					
7. Contar un secreto a menudo me resulta contraproducente y deseo no haberlo contado.					
8. Tengo un secreto que es tan privado que mentiría si alguien me preguntase al respecto.					
9. Mis secretos son demasiado embarazosos para compartirlos con los demás.					
10. Tengo pensamientos negativos sobre mí mismo que no comparto con nadie.					

ANEXO IV: CUESTIONARIO DE INDICE DE REACTIVIDAD INTERPERSONAL (IRI).

IRI

Edad Curso Sexo: V M

Las siguientes frases se refieren a vuestros pensamientos y sentimientos en una variedad de situaciones. Para cada cuestión indica cómo te describe **eligiendo la puntuación de 1 a 5 (1= no me describe bien; 2= me describe un poco; 3= me describe bastante bien; 4= me describe bien y 5= me describe muy bien)**. Cuando hayas elegido tu respuesta, marca con una cruz la casilla correspondiente. **Lee cada frase cuidadosamente antes de responder.** Contesta honestamente. GRACIAS.

	1	2	3	4	5
1. Sueño y fantaseo, bastante a menudo, acerca de las cosas que me podrían suceder.					
2. A menudo tengo sentimientos tiernos y de preocupación hacia la gente menos afortunada que yo.					
3. A menudo encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otra persona.					
4. A veces no me siento muy preocupado por otras personas cuando tienen problemas.					
5. Verdaderamente me identifico con los sentimientos de los personajes de una novela.					
6. En situaciones de emergencia me siento aprensivo e incómodo.					
7. Soy normalmente objetivo cuando veo una película u obra de teatro y no me involucro completamente.					
8. Intento tener en cuenta cada una de las partes (opiniones) en un conflicto antes de tomar una decisión.					
9. Cuando veo que a alguien se le toma el pelo tiendo a protegerlo.					
10. Normalmente siento desesperanza cuando estoy en medio de una situación muy emotiva.					
11. A menudo intento comprender mejor a mis amigos imaginándome cómo ven ellos las cosas (poniéndome en su lugar).					
12. Resulta raro para mí implicarme completamente en un buen libro o película.					
13. Cuando veo a alguien herido tiendo a permanecer calmado.					
14. Las desgracias de otros normalmente no me molestan mucho.					
15. Si estoy seguro que tengo la razón en algo no pierdo tiempo escuchando los argumentos de los demás.					
16. Después de ver una obra de teatro o cine me he sentido como si fuera uno de los personajes.					
17. Cuando estoy en una situación emocionalmente tensa me asusto.					
18. Cuando veo a alguien que está siendo tratado injustamente a veces no siento ninguna compasión por él.					
19. Normalmente soy bastante eficaz al ocuparme de emergencias.					
20. A menudo estoy bastante afectado emocionalmente por cosas que veo que ocurren.					
21. Pienso que hay dos partes para cada cuestión e intento tener en cuenta ambas partes.					
22. Me describiría como una persona bastante sensible.					
23. Cuando veo una buena película puedo muy fácilmente situarme en el lugar del protagonista.					
24. Tiendo a perder el control durante las emergencias.					
25. Cuando estoy disgustado con alguien normalmente intento ponerme en su lugar por un momento.					
26. Cuando estoy leyendo una historia interesante o una novela imagino cómo me sentiría si los acontecimientos de la historia me sucedieran a mí.					
27. Cuando veo a alguien que necesita urgentemente ayuda en una emergencia me derrumbo.					
28. Antes de criticar a alguien intento imaginar cómo me sentiría si estuviera en su lugar.					