

**VALIDACIÓN DEL BODY SHAPE QUESTIONNAIRE
(CUESTIONARIO DE LA FIGURA CORPORAL)
BSQ PARA LA POBLACIÓN COLOMBIANA**

DIEGO CASTRILLÓN MORENO*, IRIS LUNA MONTAÑO, GERARDO AVENDAÑO PRIETO
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA

ANDRÉS M. PÉREZ-ACOSTA
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO (BOGOTÁ, COLOMBIA)

Recibido, noviembre 10/2006

Concepto evaluación, abril 9/2007

Aceptado, abril 16/2007

Resumen

Se realizó la estandarización de la prueba *Body Shape Questionnaire* en población normal colombiana, al elegir un grupo de 1939 niñas, preadolescentes y adolescentes escolarizadas en siete colegios (cuatro públicos y tres privados), con edades comprendidas entre los 9 y 19 años, elegidas de forma aleatoria en la ciudad de Popayán (Departamento del Cauca, Colombia). El promedio de edad fue de 14 años con una desviación estándar de 1.83 años. La elección se hizo por un muestreo estratificado por bloques, mediante el cual se seleccionó el 10% de las instituciones públicas y privadas de la población, y se tomó la muestra disponible en su totalidad. En este estudio se encontró que la prueba se divide en dos factores con una alta coherencia teórica que se podría esperar de un constructo en donde no sólo se habla de insatisfacción corporal en general, sino asociado la ganancia de peso corporal. No se estaría explorando, entonces, una característica dismórfica generalizada, sino aquella asociada a la preocupación que causa el tener sobrepeso u obesidad. El primer factor se llamó Insatisfacción Corporal y el segundo Preocupación por el Peso. El método de estandarización usado fue el de validación de constructo a través del análisis factorial con rotación *Varimax*, que permitió obtener, altamente diferenciados, los dos factores mencionados anteriormente; es decir, se obtuvo un KMO (Kayser Meyer Olkin) de 0,98 y con una varianza de 52,3%. La consistencia interna se calculó por medio de un alfa de Cronbach, con coeficiente de correlación intraclase, con el que se obtuvo una medida de 0,95 para el instrumento en general, 0,95 para el primer factor y 0,92 para el segundo factor. Las puntuaciones se tipificaron en percentiles, estableciendo como punto de corte el percentil 85 que equivale a una puntuación directa de 59 para el factor de Insatisfacción Corporal, de 54 para el factor de Preocupación por el Peso y de 112 para la puntuación general.

Palabras clave: insatisfacción corporal, preocupación por el peso, anorexia, bulimia, imagen corporal.

**VALIDATION OF THE BODY SHAPE QUESTIONNAIRE
(BSQ) FOR COLOMBIAN POPULATION**

Abstract

The standardization of the *Body Shape Questionnaire* test was performed on a typical Colombian population, consisting of a group of 1939 pre-teenager and teenager girls, aged between 9 and 19. The average age was 14, with a standard deviation of 1.83 years. The sample was randomly chosen from 7 schools (4 public and 3 private institutions), located in the city of Popayán (Cauca, Colombia). The study group was selected with the use of a stratified sampling method by blocks, choosing the 10% of the public and private institutions from the entire population and taking the total available sample. The findings of the study show that the test is divided into two factors that have high theoretical coherence. This could be expected from a construct which refers not only to corporal dissatisfaction in general, but that is associated with corporal weight gain. In consequence, the test would not be searching for a generalized dysmorphic characteristic but for one that is associated with concern about being overweight or obese. The first factor was called Corporal Dissatisfaction and the second, Concern about Weight. The standardization method used was construct validation through factorial analysis with *Varimax* rotation, resulting in a high differentiation between the two above mentioned factors. A KMO (Kayser Meyer Olkin) of 0.98 with a variance of 52.3% was yielded. The internal consistency was calculated by means of Cronbach alpha with intraclass correlation coefficient, yielding a measured value of 0.95 for the whole instrument, 0.95 for the first factor and 0.92 for the second factor. The scores were typified in percentiles, setting 85 as the cutting point, which is equivalent to a direct score of 59 for the Corporal Dissatisfaction factor, 54 for the Concern about Weight factor, and 112 for the general score.

Key words: corporal dissatisfaction, concern about weight, anorexia, bulimia, corporal image.

* Psicólogo especialista en psicología clínica y magíster en psicología. Correspondencia: Postgrados Facultad de Psicología, Universidad Católica de Colombia, Av. Caracas 46-72, Piso 7°, Bogotá, Colombia. dcastrillon@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas más acuciantes para las disciplinas de la salud mental es de la relación alterada entre la imagen corporal, el peso y las presiones culturales en occidente. Los estándares de belleza han cambiado y se han hecho más exigentes para las personas de diferentes edades, lo cual ha generado un incremento en las intervenciones quirúrgicas para el mejoramiento de la imagen corporal. Según la Sociedad Estadounidense de Cirugía Plástica, se reportaron 1.515.222 procedimientos quirúrgicos, incluyendo los datos de intervenciones reconstructivas en 1992. En el año 2004 se registraron 14.785.814 procedimientos de cirugía plástica, de los cuales 9.210.627 fueron cosméticos (cirugías y procedimientos poco invasivos, v. g. aplicación de “botox”) y 5.575.187 correspondieron a procedimientos reconstructivos (American Society of Plastic Surgeons, 2005). Estas estadísticas invitan a revalorar un cambio en la concepción del cuerpo, sobre todo en las mujeres.

La insatisfacción con el cuerpo puede deberse a la búsqueda de ganancias socialmente deseables, tales como la de utilizar la belleza como estrategia para conseguir aceptación social, obtener trabajo, evitar conflictos étnicos, y mejorar las relaciones de pareja, entre otras (Luna, 2001). También puede estar incentivada por motivaciones internas tales como la modificación de imperfecciones o deformidades, la búsqueda de resolución en crisis de edad o cambios vitales (divorcios, abandono o muerte del cónyuge), preocupación e insatisfacción marcada o excesiva referente a uno o más aspectos de la apariencia física por elementos o cambios normales en el cuerpo (v. g. dismorfia corporal, trastorno de la imagen corporal y trastorno dismórfico corporal: Bittle, 1975; Sarwer, Wadden, Pertschuck & Whitaker, 1998; Thompson, 1992; Luna, 2005; Phillips, 1998 y 2001; Glaser & Kaminer, 2005; Hodgkinson, 2005), vigorexia (con sus cirugías para aumentar músculos: Pope, Phillips & Olivardia, 2000; Cafri, Thompson, Ricciardelli, McCabe, Smolak & Yesalis, 2005; Leit, Gray & Pope, 2002; McIntosh, Britt, & Bulik, 1994; Cordas, 2005), presentar una depresión de alto contenido cognitivo con esquemas de minusvalía en autoimagen (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983; Riso, 1996, 2006), trastornos de la personalidad (Cash & Pruzinsky, 2002; Beck & Freeman, 1995) o transexualismo (Luna, 2003; Trombetta, Liguori, Pascone, Bucci, Guaschino, Papa & Belgrano, 2002).

Los individuos con este trastorno devalúan su apariencia intensamente, imaginan que la otra gente se fija y se interesa por su defecto, ponen mucho énfasis en el defecto de su apariencia y cuando hacen una jerarquía de valores personales, lo suelen colocar en primer lugar, con

lo que tienden a subestimarse. Creen que su defecto es una prueba fehaciente de la imposibilidad de ser queridos o apreciados y una muestra de debilidad, pereza o de algún defecto de carácter. Aunque esta preocupación puede presentarse en cualquier momento del día, es aun más intensa en situaciones sociales en las que la persona se siente autoconsciente y espera ser escudriñada por la otra gente. Esta ideación sobrevalorada representa el aspecto cognitivo de este trastorno (Raich, 2004).

La imagen corporal tiene múltiples factores intervinientes que pueden generar mayor impacto dependiendo de las vulnerabilidades de las personas. Cash y Pruzinsky (2002) proponen un modelo con variables internas y externas en permanente relación. Las emociones, la cognición y el comportamiento tienen una relación con la cultura y los procesos de adaptación al ambiente, pero no se puede soslayar la importancia del tinte negativo en la percepción del propio cuerpo con eje transversal de esta relación.

El esquema corporal negativo tiene un papel preponderante en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la imagen corporal, ya que este esquema contiene la información y procesa información concordante con las experiencias relacionadas con la belleza (Cash & Pruzinsky, 2002; Kearney, 2002). Según Pruzinsky y Cash (1990), la imagen corporal que cada persona tiene de sí es subjetiva y no siempre es fiel al reflejo de la realidad social del sujeto. Cuenta con ciertas características:

1. Es asumida como un concepto multifacético.
2. Se interrelaciona por los llamados sentimientos de autoconciencia.
3. Está determinada social y culturalmente.
4. Es un constructo siempre en movimiento (varía durante la vida en función de las experiencias personales e influencias sociales y culturales).
5. Influye en los procesos de información.
6. Interviene definitivamente en la conducta.

Slade (1994) propone que la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo. Bemis y Hollon (1990) advierten la diferencia entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él. Una representación corporal puede ser más o menos realista pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos de indudable influencia en el autoconcepto y la autoimagen.

Por otra parte, Rosen y colaboradores (1990) proponen que el trastorno de la imagen corporal se debe definir como una preocupación exagerada, que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o exagerado de la apariencia física.

El trastorno dismórfico corporal aparece en el DSM-III-R, en el DSM-IV y en el DSM-IV-TR. (American Psychiatric Association, 1987, 1994, 2000) y está incluido en los trastornos somatomorfos. Los criterios diagnósticos son:

1. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico en una persona aparentemente normal. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.

2. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

3. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ej. Insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa) (American Psychiatric Association, 1994).

Aunque el diagnóstico del trastorno dismórfico debe incluir todos estos criterios, es necesario observarlo, no de manera puramente categorial, sino dimensional. Desde la insatisfacción corporal tan frecuente en las mujeres de nuestra sociedad, hasta un grado de inhabilitación absoluto (Raich, 2004). Es necesario recordar que las personas que tienen este tipo de manifestaciones piensan que son realmente defectuosos o feos y que eso trae consecuencias sociales negativas como rechazos, burlas, comparaciones y, lo más importante, la imposibilidad de ser amados. También piensan que deben evaluar las partes de su cuerpo de manera distinta a los estilos de evaluación de los demás (Klonoff & Landrine, 1993). Las creencias y pensamientos existentes en las personas con trastorno de la imagen corporal se han catalogado como obsesiones, ideas sobrevaloradas o delirios (De Leon, Bott & Simpson, 1989; Hollander & Aronowitz, 1999). Phillips y McElroy (1993) evidenciaron diferentes manifestaciones del mismo problema pues había sujetos que no dudaban de lo irracional de su presupuesto alterado en su cuerpo, hasta aquéllos convencidos de tener un defecto tan grave que saltaba a la vista pero que otros no veían y además no aceptaban, por lo que temían socializar sus ideas para no ser considerados locos.

Según Hollander y Aronovitz (1999), se puede encontrar comorbilidad de este trastorno con fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, y a los trastornos alimentarios. También se ha encontrado comorbilidad con trastornos de personalidad en un 57% de los sujetos, siendo el más común el trastorno de personalidad por evitación (43%), el de personalidad dependiente (15%), el trastorno obsesivo compulsivo (14%) y el paranoide (14%) (Phillips & McElroy, 2000). También se ha asociado con depresión y con problemas sexuales (Otto, Wilhelm, Cohen & Harlow, 2001).

Se puede afirmar que la preocupación sobre el peso y la imagen corporal está presente de forma permanente en la población general; un exceso de preocupación, en este sentido, se asocia a un riesgo mayor de padecer algún tipo de trastorno del comportamiento alimentario

Desde hace más de dos décadas se ha tratado de encontrar un sistema integral de evaluación de la alteración en la figura corporal, pero siendo como es un modelo multidimensional (Sands, 2000), se han propuesto múltiples formas de abordarlo. Un modelo más integral es aquel que propone una evaluación de las creencias cognitivas acerca de sí mismo y su relación con el mundo (Cash & Deagle, 1997), con las variables conductuales asociadas o resultantes.

Entre los instrumentos con los que se cuentan para evaluar las variables cognitivo-actitudinales y comportamentales para evaluar la insatisfacción corporal, están la entrevista semiestructurada BDDE (*Body Dysmorphic Disorder Examination*: Rosen & Reiter, 1995) y la escala Yale-Brown de medición de Trastorno Obsesivo-Compulsivo adaptada para el Trastorno Dismórfico (Phillips, 1998). Entre los cuestionarios cabe citar la subescala de imagen corporal del EDI (*Eating Disorders Inventory*: Garner, Olmstead & Polivy, 1983), los cuestionarios: MBSRQ (*Multidimensional Body Self Relations Questionnaire*: Cash, 1990), BSQ (*Body Shape Questionnaire*: Cooper, Tylor, Cooper y Fairburn, 1987), BIAQ (*Body Image Avoidance Questionnaire*: Rosen, Salzberg, Srenick y Went, 1990) y CIMEC (Cuestionario de Influencias del Modelo Estético-Corporal: Toro, Salamero & Martínez, 1994).

El BSQ representa una medida objetiva de la preocupación sobre el peso y la imagen corporal, por lo que puede ser usado para evaluar trastornos de la imagen corporal en puntuaciones elevadas. También puede ser una herramienta útil para el estudio exploratorio de individuos en riesgo de desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario, teniendo en cuenta que el trastorno del esquema corporal es sólo uno de los síntomas de esta patología y que individuos obesos o con dietas severas pueden también puntuar alto en el BSQ (aunque puede haber dificultades para discriminar insatisfacción en este tipo de personas). Este cuestionario puede ser utilizado para monitorizar la respuesta al tratamiento en los trastornos del comportamiento alimentario.

El Cuestionario de la Figura Corporal (Cooper, Tylor, Cooper y Fairburn, 1987) tiene 34 preguntas que evalúan un solo concepto psicológico que puede dividirse en dos versiones del mismo problema: insatisfacción corporal y preocupación por el peso. El cuestionario es autoadministrado y tiene una escala tipo *Likert* de 6 puntos que va

desde Nunca hasta Siempre. La persona responde según su autopercepción y el grado de identificación sobre cada ítem en las últimas cuatro semanas. El objetivo central de la prueba es evaluar las alteraciones actitudinales de la imagen corporal.

La muestra original para su validación inicial fue de 573 mujeres, distribuidas de la siguiente forma: 38 pacientes diagnosticadas con bulimia nerviosa, 331 mujeres asistentes a una clínica de planificación familiar, 119 mujeres en terapia ocupacional y 85 estudiantes universitarias de diversas carreras. Las diferencias entre el grupo clínico y los tres grupos no clínicos fueron significativas (media bulímicas = 136,9; $ds = 22,5$; media no bulímicas = 81,5; $ds = 28,4$; $t = 11,7$; $gl = 571$, $p < 0,0001$).

Los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos en la prueba de validez convergente con las escalas *Body Dysmorphic Disorder Examination* - BDDE, *Body Self-Relations Questionnaire* y la subescala *Body Dissatisfaction* de la escala *Eating Disorder Examination* -EDE, se comportaron entre 0,61 a 0,81 (Rosen, Jones, Ramírez y Waxman, 1996). El cuestionario mostró un adecuado poder discriminante, estadísticamente significativo, entre pacientes con bulimia nerviosa, con posible bulimia nerviosa y sin trastorno del comportamiento alimentario.

El coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenido para el BSQ en una muestra no clínica de 342 mujeres fue de 0,97. El coeficiente de correlación intraclase (CCI) obtenido en la prueba test-retest, administrada con 21 días de diferencia, fue de 0,88.

Con base en los antecedentes, el objetivo del presente estudio es describir la validez estructural y calcular la confiabilidad del *Body Shape Questionnaire*, instrumento para evaluar la insatisfacción corporal y la preocupación por el peso (Cooper, Tylor, Cooper & Fairburn, 1987), en la población colombiana.

MÉTODO

Participantes

La población de estudio es un grupo de 1939 niñas, preadolescentes y adolescentes escolarizadas en siete colegios (4 públicos y 3 privados) en edades comprendidas entre los 9 y 19 años, elegidos de forma aleatoria en la ciudad de Popayán (Cauca). El promedio de edad es de 14 años con una desviación estándar de 1,83 años.

Tipo de estudio

La presente investigación corresponde a un estudio empírico, el cual alcanza un nivel descriptivo-explicativo

a partir de las propiedades psicométricas y la validación estructural de la prueba *Body Shape Questionnaire*.

Procedimiento

Se tomó el 100% de las instituciones de educación media de Popayán (Colombia) y se extrajo el 10% de ellas, tanto públicas como privadas, a través de un muestreo estratificado por bloques, tomando la muestra disponible de las instituciones elegidas en su totalidad. La prueba está realizada en lápiz-papel, y está diseñada para ser autoadministrada. Se replicó el procedimiento seguido por Cooper y colaboradores (1987) con respecto a calcular la estructura factorial de la prueba y luego extraer su confiabilidad por alfa de Cronbach. También se calcularon la media, desviación estándar y los percentiles. Todos los análisis se hicieron en SPSS, versión 13.0.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra el análisis factorial exploratorio con el método de los componentes principales con rotación Varimax. Se puede observar que los factores se agruparon en dos áreas específicas (véase tabla 2). Sin embargo, en los estudios de Cooper y cols. (1987), Rosen, Jones, Ramírez y Waxman (1996), Raich (2004), Ghaderi y Scout (2004) y Sclafani *et al.* (2005) sólo se reporta un factor, excepto en Rousseau, Knotter, Barbe, Raich, y Chabrol (2005) quienes hallaron cuatro factores con un alfa de 0,95.

Evans y Dolan (1993), por un lado, y Dowson y Henderson (2001), posteriormente, propusieron un BSQ más corto pues encontraron que había redundancia debido al número de preguntas para un sólo factor. En el actual artículo se reportan dos factores claramente diferenciados que se discriminan así: el primer factor evalúa insatisfacción corporal a través de 20 preguntas; el segundo factor se refiere a preocupación por el peso a través de 14 preguntas.

Confiabilidad del Body Shape Questionnaire

La confiabilidad se midió a través de la consistencia interna utilizando el alfa de Cronbach. La consistencia interna fue alta: alfa = 0.96, I. C. 95% (0.961-0.966). El factor 1 tuvo un alfa = 0.95, I. C. = 95% (0.94-0.95). El factor 2 tuvo un alfa = 0.92, I. C. 95% (0.92-0.93).

Tal y como se reporta en los estudios iniciales (Cooper *et al.*, 1987), la prueba fue diseñada para evaluar un constructo que se podría traducir como insatisfacción corporal, lo cual es corroborado en otros estudios (Rosen, Jones, Ramírez y Waxman, 1996; Raich, 2004; Ghaderi y

Tabla 1
Estructura factorial del Body Shape Questionnaire (BQS).

Preguntas	Factor 1	Factor 2
	Insatisfacción Corporal	Preocupación por el Peso
18. ¿No asistí a “rumbas” o reuniones sociales porque me sentí mal con mi figura?	0,742	
20. ¿Me he sentido avergonzada de mi cuerpo?	0,728	
7. ¿Me he sentido tan mal en relación a mi figura corporal que tuve que gritar o llorar?	0,688	
27. ¿En compañía de otras personas, me siento preocupada por el hecho de ocupar demasiado espacio (estar entada en el sofá o asiento del autobús)?	0,687	
19. ¿Me he sentido excesivamente gruesa y rechoncha?	0,687	0,446
11. El hecho de comer incluso pequeñas cantidades de comida ¿me hizo sentir gorda?	0,670	
8. ¿Evité trotar a causa de que mi carne podía tambalearse o moverse como gelatina?	0,670	
13. El hecho de pensar en mi figura ¿hace que me sea difícil concentrarme en otras cosas? (por ejemplo mientras veía la televisión, leía o estudiaba)	0,662	
32. ¿Tomo laxantes buscando sentirme más liviana?	0,620	
14. El estar desnuda (por ejemplo al darme un baño) ¿me hizo sentir gorda o pasada de peso?	0,611	0,510
26. ¿He vomitado con la intención de sentirme más liviana?	0,610	
29. ¿Al ver mi imagen en el espejo me sentí mal con el estado de mi figura?	0,596	0,550
25. ¿Siento que no es justo que otras mujeres sean más delgadas que yo?	0,567	0,430
1. ¿Me siento molesta o enfadada al hacer un examen de mi aspecto físico?	0,566	
17. ¿El comer pastel, dulces u otras cosas con muchas calorías me hizo sentir gorda?	0,563	0,540
12. El hecho de ver detalladamente la figura de otra mujer o mujeres, ¿me hizo compararme con ella o ellas y sentirme en desventaja por mi aspecto físico?	0,552	0,539
3. ¿Pensé que mis nalgas, caderas, cintura o muslos eran demasiado “grandes” gordos en relación al resto de mi cuerpo?	0,539	0,492
31. ¿Evito situaciones en donde otras personas puedan detallar mi cuerpo? (piscinas, playas, gimnasios)	0,493	0,487
10. ¿Me he sentido preocupada por la parte de mis muslos que quedan visibles al sentarme?	0,462	
15. Evito utilizar ropas que resalten mi figura corporal? (escote, minifalda, descaderado)	0,424	
34. ¿La preocupación acerca de mi figura me hizo sentir que debería hacer ejercicio?		0,754
4. ¿Sentí temor a volverme gorda o a empezar a aumentar de peso?		0,740
24. ¿Me siento preocupada si otras personas me ven gorditos o “llantas” en mi cintura, caderas o estómago?		0,725
16. ¿He imaginado modificar algunas zonas de mi cuerpo? (barriga, muslos, nariz)		0,688
5. ¿Me he sentido preocupada al sentir que mi piel o mi carne no era suficientemente firme y tonificada?		0,663
2. ¿Me sentí tan preocupada por mi aspecto físico que pensé que debería hacer dieta?	0,472	0,661
28. ¿Me siento preocupada porque se me formen hoyuelos en la piel (piel de naranja) o por tener celulitis?		0,648
6. La sensación de “llenura” (por ejemplo después de una comida abundante)¿me ha hecho sentir gorda?		0,643
9. ¿El hecho de estar junto a una mujer delgada me ha hecho tomar conciencia del estado de mi figura corporal? (comparación)	0,516	0,586

Tabla 1

Continuación

30. ¿He pellizado zonas de mi cuerpo para ver cuánta grasa contienen?		0,578
23. ¿Pensé que la causa del estado de mi figura era debido a que no era capaz de controlarme a la hora de comer?	0,421	0,565
21. ¿La preocupación acerca de mi figura me hizo ponerme a dieta?	0,500	0,550
22. ¿Me siento más feliz con mi figura cuando mi estómago está vacío?		0,507
33. ¿Tomé especial conciencia de mi figura estando en compañía de otras personas?	0,418	0,455

KMO = 0,98; prueba de esfericidad de Bartlett, $X^2 = 39821$; $gl = 561$ $p = 0,000$; porcentaje de varianza explicada total = 52,3%.

Tabla 2

Descripción de los factores

Factor	Descripción	Preguntas número
Factor 1	Insatisfacción Corporal	1, 3, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 25, 26, 27, 29, 31 y 32
Factor 2	Preocupación por el Peso	2, 4, 5, 6, 9, 16, 21, 22, 23, 24, 28, 30, 33 y 34

Tabla 3

Baremos propuestos para mujeres por factor y puntuación total.

Muestra	Datos	Factor 1: Insatisfacción Corporal (alfa = 0,95)	Factor 2: Preocupación por el Peso (alfa = 0,92)	Puntuación total (alfa = 0,96)
Mujeres	Válidos	1.939	1.939	1.939
	Media	39,06	36,67	75,74
	Desviación típica	17,10	14,19	29,96
	Mínimo	20	14	34
	Máximo	100	70	170
	Percentiles			
	1	20	14	34
	2	20	15	36
	3	20	16	37
	4	20	16	38
	5	21	17	38
	6	21	17	39
	7	21	18	40
	8	21	18	41
	9	21	19	42
	10	22	19	42
	15	23	21	45
	20	24	23	48
	25	25	25	52
	30	27	27	55

Scout (2004), Sclafani *et al.*, 2005). Sin embargo, Rousseau, Knotter, Barbe y colaboradores (2005) reportan cuatro factores. En este estudio se puede observar que la separación en dos factores tiene la coherencia teórica que se podría esperar de un constructo en donde no sólo se habla de insatisfacción corporal en general, sino asociado la ganancia de peso corporal. No se estaría explorando entonces una característica dismórfica generalizada, sino aquella que se asocia a la preocupación que causa el tener sobrepeso u obesidad. Al separarse los constructos no pierde su esencia la prueba, sino, por el contrario, gana en capacidad discriminativa de los componentes al permitir evaluar por separado la posible alteración de la imagen corporal en sus dos constructos.

La confiabilidad del *Body Shape Questionnaire* se calculó usando el alfa de Cronbach con coeficiente de correlación intraclase. Los resultados confirman la estabilidad y coherencia de los presupuestos teóricos pues su alpha general fue de 0,96 con un intervalo de confianza del 95% y que tuvo un límite inferior de 0,961 y un límite superior de 0,966. El factor que evalúa insatisfacción corporal tuvo un alfa de 0,95 con un intervalo de confianza del 95% y un límite inferior de 0,94 junto a un límite superior de 0,95. El factor 2, que mide preocupación por el peso, tuvo un alfa de 0,92 con un intervalo de confianza del 95% y un límite inferior de 0,92 en conjunto con un límite superior de 0,93. Estos resultados muestran el grado de correlación inter-ítem que se obtiene al aplicar la prueba en población femenina colombiana, los cuales dan una medida aceptable (Lizasoain y Joaristi, 2003).

Con respecto a otras medidas se puede observar que las correlaciones parciales entre las variables evaluadas a través del método KMO (Kayser Meyer Olkin) fue de 0,98; la prueba de esfericidad de Bartlett para medir la correlación entre la variable identidad fue de 39821, con un grado de libertad de 561, para una $p = 0.000$; Estos puntajes proponen que la base de datos no es una matriz de identidad (Visauta, 2003). El porcentaje de varianza explicada para dos factores fue de 52,3%. El punto de corte en el factor 1 de Insatisfacción Corporal es de 59 puntos, en el factor 2 de Preocupación por el Peso se da en 54 puntos. El punto de corte general se da en 112 puntos. Todos ellos equivalen al percentil 85 (véase tabla 3).

DISCUSIÓN

La insatisfacción corporal está altamente influenciada por presiones sociales, debido a la masificación de los estándares de belleza en occidente, obteniéndose con ello beneficios altamente adictivos como son la acepta-

ción por los grupos sociales determinados sobre todo en la adolescencia, para hacerse más atractivo a la hora de conseguir pareja o para mejorar las relaciones ya existentes al posibilitar la corrección de defectos reales o imaginarios, para conseguir mejores trabajos sin necesidad de realizar costosos y largos procesos académicos y muchas otras ganancias (Luna, 2001). También se ha conocido que la insatisfacción corporal tiene una relativa comorbilidad con trastornos alimentarios en mujeres jóvenes. Se pudo observar que los sujetos que tenían una insatisfacción que podía diagnosticarse como un Trastorno Dismórfico Corporal con un trastorno alimentario comórbido se diferenciaron en varias variables demográficas: tenían mayor comorbilidad y alteraciones de la imagen corporal, eran de razas distintas a la afroamericana y habían recibido más tratamiento para la salud mental que los sujetos sin un trastorno alimentario comórbido (Ruffolo, Phillips, Menard, Fay & Weisberg, 2006). Se hace necesario contar con una batería de pruebas que evalúe el nivel de insatisfacción corporal y preocupación por el peso para la discriminación temprana de una dismorfia asociada a un Trastorno de la Conducta Alimentaria. En el medio colombiano se han adaptado varios instrumentos con el mismo fin, entre ellos, el *Abbreviated Eating Attitudes Test - 26* (Castrillón, Luna & Aguirre-Acevedo, en prensa). Este instrumento evalúa problemáticas asociadas a las que se discriminan con el instrumento *Body Shape Questionnaire* (BSQ), el cual mide dos constructos altamente correlacionados y discriminadores de la Insatisfacción Corporal y Preocupación por el Peso, lo que permite proponerlo como una herramienta de alto valor investigativo y de utilidad clínica para la exploración de este tipo de problemáticas. Esta prueba puede ser una puerta de entrada para que los clínicos e investigadores hagan una detección temprana de casos susceptibles de ser estudiados en detalle para su posible inclusión en programas de profilaxis o de atención clínica.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III-R*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR*. Arlington, VA: American Psychiatric Press.
- American Society of Plastic Surgeons (2005). *National Plastic Surgery Statistics*. Arlington Heights, IL: Author.

- Beck, A. T. y Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Beck, T. A., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bemis, K. V. & Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 191-214.
- Bittle, R. M. (1975) Psychiatric evaluation of patients seeking rhinoplasty. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 8 (3), 689-704.
- Cafri, G., Thompson, J. K., Ricciardelli, L., McCabe, M., Smolak, L. & Yesalis, C. (2005). Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clinical Psychology Review*, 25 (2), 215-239.
- Cash, T. F. (1990). *Body image enhancement: A program for overcoming a negative body image*. New York: Guilford.
- Cash, T. F. & 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.
- Cash, T. & Pruzinsky, T. (Eds.) (2002). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: The Guilford Press.
- Castrillón, D., Luna, I. & Aguirre-Acevedo, D. (En prensa). Validación del *Abbreviated Eating Attitudes Test* (escala abreviada y modificada de las actitudes alimentarias) EAT-26-M para la población colombiana. En: A. Ferrer, Y. Gómez, D. Castrillón, J. Cardona, L. Chaves, M. Velásquez, J. Restrepo, D. Arias, A. Gómez, M. Yepes, N. Aleiza, L. Velásquez, I. Luna & D. Aguirre-Acevedo, *Evaluación e intervención cognitiva conductual en niños y adolescentes: conceptualización e investigación*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Cooper, P. J.; Taylor, M. J.; Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Cordas, T. A. (2005). Plastic surgery and eating disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (4), 347.
- De Leon, J., Bott, A. & Simpson, G. M. (1989). Dismorphophobia: Body dysmorphic disorder of delusional disorder somatic subtype? *Comprehensive Psychiatry*, 30, 457-472.
- Dowson, J. & Henderson, L. (2001). The validity of a short version of the Body Shape Questionnaire. *Psychiatry Research*, 102 (3), 263-271.
- Evans, C. & Dolan, B. (1993). Body Shape Questionnaire: derivation of shortened "alternate forms". *International Journal of Eating Disorders*, 13 (3), 315-321.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorders Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Ghaderi, A. & Scout, B. (2004). The reliability and validity of the Swedish version of the Body Shape Questionnaire. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45 (4), 319-324.
- Glaser, D. A. & Kaminer, M. S. (2005). Body dysmorphic disorder and the liposuction patient. *Dermatologic Surgery*, 31 (5), 559-561.
- Hodgkinson, D. J. (2005). Identifying the body-dysmorphic patient in aesthetic surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 29 (6), 503-509.
- Hollander, E. & Aronowitz, B. R. (1999). Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder: Managing the complicated patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (Suppl 9), 27-31.
- Kearney, A. (2002). Familial influences on body image development. En: Cash, T. & Pruzinsky, T. (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice*. New York: The Guilford Press.
- Klonoff, E. A. & Landrine, H. (1993). Cognitive representations of bodily parts and products: Implications for health behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 497-508.
- Leit, R. A., Gray, J. J. & Pope, H. G., Jr. (2002). The media's representation of the ideal male body: a cause for muscle dysmorphia? *International Journal of Eating Disorders*, 31 (3), 334-338.
- Lizasoain, L y Joaristi, L. (2003). *Gestión y análisis de datos con SPSS*. Madrid: Thomson.
- Luna, I. (2001). Mujer, belleza y psicopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 30 (4), 385-388.
- Luna, I. (2003). Androginia y postmodernismo. Una aproximación desde la psiquiatria. IV Congreso Virtual de Psiquiatria, Interpsiquis, expuesto el 20 de febrero de 2003 en: <http://www.interpsiquis.com/2003/index.shtml>.
- Luna, I. (2005). Belleza, mujer y psicopatología. En E. Correa y E. Jadresic (Eds.), *Psicopatología de la mujer* (pp. 60-61). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- McIntosh, V. V., Britt, E. & Bulik, C. M. (1994). Cosmetic breast augmentation and eating disorders. *New Zealand Medical Journal*, 107, 151-152.
- Otto, M. W., Wilhelm, S. Cohen, L. S. & Harlow, B. L. (2001). Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *American Journal of Psychiatry*, 158, 2061-2063.
- Phillips, K. A. (1998). *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Phillips, K. A. (2001). Somatoform and factitious disorders; En J. Oldham & M. Riba M (Eds.), *Review of Psychiatry Series*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Phillips, K. A. & McElroy, S. L. (1993). Insight, overvalued ideation and delusional thinking in body dysmorphic disorder: Theoretical and treatment implications. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 699-702.
- Phillips, K. A. & McElroy, S. L. (2000). Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 229-236.
- Pope, G. H., Phillips, A. K. & Olivardia, R. (2000). *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. New York: Free Press.
- Pruzinski, T. & Cash, T. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change. En: T. Cash &

- T. Pruzinsky (Eds.), *Body images. Development, deviance, and change*. New York: Guilford Press.
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Riso, W. (1996). *La terapia cognitivo-informacional. Crítica a las terapias tradicionales e implicaciones clínicas*. Medellín: Editorial CEAPC.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: principios teóricos y formulación del caso clínico*. Bogotá: Norma.
- Rosen, J. C., Jones, A., Ramirez, E. & Waxman, S. (1996). Body Shape Questionnaire: studies of validity and reliability. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 315-319.
- Rosen, J. C. & Reiter, J. T. (1995). Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE). Documento no publicado. University of Vermont.
- Rosen, J. C.; Salzberg, E.; Srebnik, D. & Went, S. (1990). Development of Body Image Avoidance Questionnaire. Documento no publicado.
- Rousseau, A., Knotter, A., Barbe, P., Raich, R. & Chabrol, H. (2005). Validation of the French version of the Body Shape Questionnaire. *Encephale*, 31 (2), 162-173.
- Ruffolo, J., Phillips, K., Menard, W., Fay, C. & Weisberg, R. (2006). Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: Severity of psychopathology and body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 11-19.
- Sands, R. (2000). Reconceptualization of body image and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 397-407.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Pertschuck, M. J., & Whitaker, L. A. (1998). The psychology of cosmetic surgery: A review and reconceptualization. *Clinical Psychology Review*, 18, 1-22.
- Sclafani, A. P., Kyle, S. & Choe, M. D. (2005). Psychological aspects of plastic surgery. Recuperado el 29 de junio de 2005 de <http://www.emedicine.com/ent/topic36.htm>
- Slade, P. (1994). What is body image? Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: Cross-sectional and longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 3, 188-199.
- Thompson, J. (1992). Body image extent of disturbance, associated features, theoretical models, assessment methodologies, intervention strategies, and a proposal for a new DSM IV diagnostic category-body image disorder. En M. Hersen, R. Eislser & P. Miller (Eds.), *Progress in Behavior Modification*. Sycamore, IL: Sycamore Publishing.
- Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147-151.
- Trombetta, C., Liguori, G., Pascone, M., Bucci, S., Guaschino, S., Papa, G. & Belgrano, E. (2002). Total sex-reassignment surgery in female-to-male transsexuals: a one-stage technique. *British Journal of Urology International*, 90 (7), 754-757.
- Visauta, B. (2003). *Análisis estadístico con SPSS para Windows. Volumen I*. Madrid: McGraw-Hill.