

# Trastornos de la conducta alimentaria, práctica deportiva y autoconcepto físico en adolescentes

A. Goñi Grandmontagne y A. Rodríguez Fernández

Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. San Sebastián

## *Eating disorders, sport practice and physical self-concept in adolescents*

### Resumen

**Introducción.** La expansión en nuestra sociedad de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) exige, junto a las labores de detección de casos, precisar en lo posible la relación de este fenómeno, tanto con determinados rasgos de la personalidad de los sujetos como con sus hábitos de conducta, como puede ser la práctica deportiva.

**Método.** Setecientos cuarenta estudiantes de entre 12 y 16 años, cuya actividad deportiva se indagó, cumplieron el inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI). A una parte de esa muestra, en concreto a 180 sujetos, se les pasó además un Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) de reciente construcción.

**Resultados.** Aparecen unos índices de prevalencia de TCA superiores a los hallados en estudios previos; el riesgo de TCA guarda relación inversa con la práctica deportiva y directa con puntuaciones bajas en el CAF.

**Conclusiones.** La educación física y deportiva está llamada a cubrir un decisivo papel en la prevención de los TCA; urge proporcionar a los educadores pautas y recursos que les ayuden en esta labor.

**Palabras clave:** Autoconcepto físico. Trastornos de la conducta alimentaria. Escolares. Preadolescencia. Deporte.

### Summary

**Introduction.** The expansion of eating behavior disorders (EBD) has made it necessary to carry out the work of detecting cases as well as explaining this phenomenon as much as possible with certain features of the subjects and the behavior habits, for example, the practice of sports.

**Method.** A total of 740 students between 12 and 16 years old, whose sport's activity was investigated, filled out the Eating Disorders Inventory (EDI). Part of this sample, specifically 180 subjects, also answered the recently made Physical Self-concept Questionnaire (PSQ).

**Results.** Prevalence rates of EBD greater than those found in previous studies are found; the risk of EBD has an inverse relationship with the practice of sports and a direct one with low score on the PSQ.

**Conclusions.** Physical and sport education should have a decisive role in the prevention of EBD; educators must be provided guidelines and resources that can help them in this task.

**Key words:** Physical self-concept. Eating disorders. Pupils. Preadolescence. Sport.

## INTRODUCCIÓN

Genera preocupación social el alarmante incremento que en los últimos 30 años ha experimentado la incidencia y prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). No es de extrañar que se vengán realizando estudios epidemiológicos sobre el alcance del problema, que se trate de identificar sus vinculaciones con determinadas características de la personalidad o con hábitos de comportamiento y que se intenten desarrollar es-

trategias de prevención primaria empezando por detectar con precocidad sus síntomas en colectivos cada vez más amplios y jóvenes de nuestra sociedad. Ofrecemos a continuación una visión del estado de la cuestión para luego presentar el propósito de nuestro trabajo.

Los TCA aparecen de forma característica en los países económicamente desarrollados de Europa y de América del Norte. Afectan en particular a las mujeres en una proporción de más de 9 a 1 respecto a los hombres, si bien se está constatando recientemente<sup>1</sup> un incremento de casos diagnosticados en la población masculina. Y están perfectamente documentados desde la preadolescencia, época en la que tienen lugar altos índices de insatisfacción corporal y conductas de dieta<sup>2,3</sup>, así como la aspiración a perder peso y a alcanzar el ideal de la delgadez<sup>4</sup>. Incluso en edades de entre los 8 y los 13 años algunos niños ya creen que es mejor pesar menos, a pesar de que no por ello crean necesario intentar perder peso<sup>5</sup>.

### Correspondencia:

Alfredo Goñi Grandmontagne  
Facultad de Psicología  
Avda. de Tolosa, 70  
20009 San Sebastián  
Correo electrónico: aralfredo@euskalnet.net

Los estudios epidemiológicos realizados en España ofrecen una valiosa información de las tasas de prevalencia de los TCA, aunque dicha información sea aún fragmentaria y limitada<sup>6,7</sup> y no se haya obtenido siempre con muestreo adecuado y amplio<sup>8,9</sup>.

En una investigación llevada a cabo con una muestra de estudiantes de secundaria de Langreo (Asturias) utilizando el inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI, *Eating Disorders Inventory*)<sup>10</sup> como instrumento de cribado se halló que el 7,7% de las mujeres y el 1,1 % de los hombres encuestados presentaba un riesgo potencial de desarrollar un TCA<sup>11</sup>.

La prevalencia global de los TCA en mujeres fue del 4,7% en un estudio realizado en la Comunidad de Madrid<sup>9</sup>. Los datos se obtuvieron a partir de una muestra de 1.200 estudiantes de cuatro de los 17 centros escolares del municipio de Móstoles. Se estableció para el cribado un punto de corte mayor de 50 en el EDI, aun cuando la mayor parte de esos casos correspondía a síndromes parciales.

Pérez-Gaspar et al. en 2000<sup>6</sup> sitúan la prevalencia global en la población femenina adolescente de Navarra en el 4,1%, advirtiendo, no obstante, que de contabilizarse las formas parciales o subclínicas de TCA la cifra de las tasas sería bastante superior.

Este breve repaso al estado actual de la cuestión permite establecer algunas conclusiones útiles para nuestros propósitos: *a)* suele fijarse en 50 el punto de corte en las respuestas al EDI a partir del cual se infiere que existe un riesgo potencial de desarrollar algún tipo de patología alimentaria<sup>7,6</sup>; *b)* los porcentajes de casos de riesgo se amplían cuando se incluyen formas parciales y subclínicas; *c)* falta clarificar cuáles son los primeros síntomas que, ya desde la niñez y la preadolescencia, pronostican la aparición de los TCA, y *d)* es preciso continuar realizando estudios que radiografien la evolución epidemiológica que va experimentando este fenómeno.

Los TCA guardan relación con determinadas características de la personalidad entre las que destaca el autoconcepto. Desde hace años<sup>12</sup> se viene indicando que el principal síntoma de la anorexia es la insatisfacción con la imagen corporal propia, el autoconcepto físico negativo.

El peso corporal tiene que ver con el comienzo de síntomas de TCA<sup>13</sup>. Un elevado índice de masa corporal tiende a aparecer asociado con el deseo de perder peso y conseguir un cuerpo más delgado<sup>5,14,15</sup>. Además, la insatisfacción corporal ha sido identificada en chicas preadolescentes y no únicamente en las que muestran altos niveles de índice de masa corporal (IMC), sino también en chicas con un peso normal<sup>16</sup>.

Pero importa mucho más aún que el peso, la percepción del propio cuerpo, la insatisfacción con la imagen corporal propia es fundamental en la génesis de los TCA. La insatisfacción corporal aparece como causa directa de los TCA<sup>17</sup>; tener sentimientos negativos hacia el propio cuerpo llega incluso a resultar el único predictor significativo de la aparición de los TCA 2 años después<sup>18</sup>.

La internalización de la presión social en pro de la delgadez es una clara causa de la insatisfacción corporal<sup>19</sup>. La percepción del propio cuerpo, la insatisfacción, tiene

su origen en las actitudes y creencias que la actual cultura occidental fomenta respecto al ideal de belleza y, más en concreto, respecto a la importancia de la delgadez<sup>16,20,21</sup>. Esta presión, muy fuerte sobre la población en general, se ejerce en especial sobre la población femenina<sup>22</sup>. Quienes encarnan las características del modelo tienen razones para autovalorarse positivamente, y quienes se apartan de él tienen mayor riesgo de que descienda su autoestima. Es tal la importancia de la delgadez en la sociedad actual que resulta difícil distinguir a quienes realmente padecen un TCA de los que no lo padecen<sup>23,24</sup>.

Respecto a la relación entre la edad y la insatisfacción corporal, los datos de las investigaciones realizadas hasta ahora no son concluyentes. Mientras que en algunos estudios se han identificado casos a la edad de 9 años<sup>25</sup>, y hasta a partir de los 6-7 años<sup>26</sup>, la investigación llevada a cabo por Sands y Wardle en 2003 no confirma tal precocidad<sup>16</sup>.

En definitiva, la insatisfacción con el propio cuerpo suele asociarse con un bajo grado de autoestima. Y uno de los corolarios de la relación entre baja autoestima y actitudes negativas con respecto a las conductas alimentarias es que los índices de autoconcepto físico pueden servir como indicadores de posibles trastornos alimentarios.

Las relaciones entre los TCA y la práctica deportiva merecen atención, siendo previsible que se interconexionen de varias maneras.

De un lado es conocida la influencia bidireccional positiva que se produce entre la práctica deportiva y el autoconcepto físico.

Por otra parte, la hiperactividad física figura (junto a los vómitos autoprovocados, las purgas intestinales autoprovocadas y el consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos) como uno de los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para diagnosticar un TCA cuando se produce en compañía de una pérdida significativa de peso (IMC 17,5) originada por el propio enfermo mediante evitación de consumo de alimentos que engordan<sup>27</sup>.

Recurrir al ejercicio físico y deportivo para regular el peso corporal puede derivar en prácticas inadecuadas, como la de una ejercitación excesiva, o muy selectivas en búsqueda de aquellos ejercicios que desgastan zonas corporales o que reducen áreas específicas evitando o rechazando deportes que desarrollen musculatura<sup>28</sup>. Pero no disponemos de datos concluyentes sobre cuándo la relación entre la práctica deportiva habitual y las alteraciones de la imagen corporal es positiva o negativa<sup>29,30</sup>. Mientras que los hombres que hacen mucho ejercicio ofrecen altos niveles de satisfacción corporal, no sucede lo mismo con las mujeres. Posiblemente ello sea debido a que la mujeres hacen ejercicio para perder peso o mantenerlo en tanto que los hombres se ejercitan para competir o para muscularse<sup>31</sup>.

Con esta revisión teórica como trasfondo nuestra investigación tiene por objetivos: *a)* aportar nueva información sobre el alcance demográfico de los TCA en la adolescencia; *b)* comprobar si existen correlaciones entre las escalas del EDI y las respuestas al Cuestionario de

Autoconcepto Físico (CAF); *c*) verificar si hay diferencias en las variables medidas por estos cuestionarios en función del índice de masa corporal, y *d*) identificar posibles asociaciones entre las conductas alimentarias, el autoconcepto físico y la práctica deportiva.

## MÉTODOS

### Muestra

En la primera fase de este estudio participaron 740 estudiantes de entre 12 y 16 años cumplimentando el cuestionario EDI. De ellos, 343 estudiaban en dos centros escolares de la provincia de Burgos (uno situado en Miranda de Ebro y el otro en Burgos capital), mientras que los otros 393 cursaban estudios en dos colegios de Irún (provincia de Guipúzcoa). La representación masculina ( $n = 366$ ) y femenina ( $n = 374$ ) resultó equilibrada, así como la distribución en tres grupos de edad (12-13, 14-15 y 16 años o más).

A una parte de esa muestra, en concreto a 180 sujetos, se les pasó además un Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) de reciente construcción.

### Instrumentos

El EDI es un cuestionario autoaplicable que evalúa los comportamientos y características psicológicas de los TCA. Consta de 64 ítems que se agrupan en ocho escalas: impulso para adelgazar, bulimia, insatisfacción corporal, autoevaluación negativa, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva y miedo a la madurez. Las tres primeras analizan la preocupación por el cuerpo y los alimentos, en tanto que las otras cinco miden rasgos psicológicos más generales relacionados con lo social y el propio autoconcepto.

El CAF es un instrumento original en castellano construido recientemente por Goñi, Liberal y Ruiz de Azúa (en prensa)<sup>32</sup> que en su actual fase de experimentación ofrece índices psicométricos satisfactorios. Consta de 36 ítems distribuidos en seis subescalas, de las que cuatro (habilidad física, condición física, atractivo físico y fuerza) se consideran subdimensiones del autoconcepto físico. Las otras dos escalas miden el autoconcepto físico general y el autoconcepto general.

El IMC, también conocido como índice de Quételet, se define como el cociente obtenido al dividir el peso en kilogramos (kg) por la talla al cuadrado ( $m^2$ ). En función del IMC se establecieron tres categorías: bajo peso ( $IMC < 20$ ), normopeso ( $IMC 20-25$ ) y sobrepeso ( $IMC > 25$ ).

## RESULTADOS

### Diferencias en las respuestas a las escalas del EDI

Los datos de prevalencia de los TCA obtenidos en este estudio (tabla 1) resultan muy superiores (21,21%) a

**TABLA 1. Prevalencia de trastornos alimenticios según el punto de corte en la puntuación**

	<i>EDI total</i> $\geq 64$	<i>EDI total</i> $\geq 50$	<i>EDI total</i> $\geq 50$ e <i>IMC</i> $\leq 17,5$
Hombres	3,38% (n=25)	11,89% (n=88)	4,73% (n=35)
Mujeres	2,97% (n=22)	9,32% (n=69)	5,67% (n=42)
Total	6,35% (n=47)	21,21% (n=157)	10,40% (n=77)

los identificados en la investigación previa cuando se mantiene como punto de cribado la puntuación de 50 en el EDI. Se aproximan, en cambio, a los de otros estudios si se toma como criterio contabilizar tan sólo aquellas puntuaciones que superan en dos *sigmas* a la media, lo que en este caso equivaldría a situar el punto de cribado en 64: el porcentaje quedaría en 6,35. Como tercera opción se ofrecen los datos resultantes cuando concurren las dos siguientes referencias: *a*) una puntuación de 50 o más en el EDI, y *b*) un índice de masa corporal 17,5. No existen, por otro lado, diferencias estadísticamente significativas entre el número de casos de los hombres y el de las mujeres.

Se han obtenido las medidas de tendencia central (media y desviación típica) en las diferentes escalas del EDI. Y se han realizado análisis para comprobar si se producen diferencias significativas en función del género y el ciclo escolar (T-test), así como en función de la edad (Anova). Los resultados se exponen en la tabla 2.

Los datos obtenidos en función de la variable género revelan diferencias significativas en todas las escalas del EDI, excepto en desconfianza interpersonal y en identificación de la interocepción, en las cuales tanto hombres como mujeres ofrecen índices similares. Las chicas presentan mayor motivación para adelgazar ( $t = -4,201$ ;  $p < 0,001$ ), así como mayor insatisfacción corporal ( $t = -5,661$ ;  $p < 0,001$ ) y autoevaluación negativa ( $t = -2,255$ ;  $p < 0,05$ ). Por otra parte, tanto en la escala de bulimia ( $t = 2,776$ ;  $p < 0,01$ ) como en la de perfeccionismo ( $t = 4,687$ ;  $p < 0,001$ ) y en miedo a madurar ( $t = 2,790$ ;  $p < 0,01$ ) los hombres puntuaron más alto que las mujeres. No se producen diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas en la escala EDI-total ( $t = -1,626$ ;  $p = -0,104$ ).

Respecto a la edad hay dos variables en las que las diferencias no son significativas: motivación para adelgazar ( $F = 1,027$ ;  $p = 0,359$ ) y miedo a madurar ( $F = 0,897$ ;  $p = 0,408$ ). En cambio se observa un aumento significativo asociado con la edad en bulimia ( $F = 21,289$ ;  $p > 0,001$ ), insatisfacción corporal ( $F = 15,292$ ;  $p < 0,001$ ), autoevaluación negativa ( $F = 17,363$ ;  $p < 0,001$ ), desconfianza interpersonal ( $F = 7,943$ ;  $p < 0,001$ ) e identificación de la interocepción ( $F = 7,970$ ;  $p < 0,001$ ). El perfeccionismo decrece con la edad ( $F = 5,341$ ;  $p < 0,01$ ). La escala EDI-total presenta puntuaciones más altas a mayor edad ( $F = 12,541$ ;  $p < 0,001$ ).

Cuando se toma como referencia el ciclo escolar los datos revelan que la motivación para adelgazar se man-

**TABLA 2. Puntuaciones en las escalas del EDI en función del género, la edad y el ciclo escolar**

		Género		Edad			Ciclo escolar	
		Hombre	Mujer	12-13	14-15	≥16	Primer	Segundo
Motivación para adelgazar	X	3,03 (3,28)	4,23 (4,43)	3,61 (3,64)	3,51 (4,15)	4,17 (4,14)	3,65 (3,77)	3,62 (4,11)
	Sig.		0,000***		0,359		0,921	
Bulimia	X	1,87 (2,53)	1,39 (2,23)	1,00 (1,98)	1,95 (2,60)	2,54 (2,40)	1,19 (2,15)	2,15 (2,53)
	Sig.		0,006**		0,000***		0,000***	
Insatisfacción corporal	X	5,64 (5,32)	8,13 (6,56)	5,68 (5,76)	7,31 (6,33)	9,41 (5,46)	5,95 (5,99)	7,69 (6,14)
	Sig.		0,000***		0,000***		0,000***	
Autoevaluación negativa	X	4,26 (4,19)	5,01 (4,84)	3,77 (4,04)	4,82 (4,74)	6,83 (4,63)	4,04 (4,37)	5,14 (4,63)
	Sig.		0,24*		0,000***		0,001**	
Perfeccionismo	X	5,55 (3,45)	4,43 (3,03)	5,42 (3,24)	4,79 (3,25)	4,30 (3,45)	5,32 (3,23)	4,70 (3,32)
	Sig.		0,000***		0,005**		0,011**	
Desconfianza interpersonal	X	3,86 (3,51)	3,64 (3,64)	3,33 (3,45)	3,76 (3,60)	5,02 (3,67)	3,48 (3,58)	3,96 (3,56)
	Sig.		0,406		0,000***		0,70	
Identificación interocepción	X	4,27 (3,96)	4,64 (4,84)	3,97 (4,22)	4,46 (4,33)	6,05 (5,08)	4,12 (4,43)	4,74 (4,40)
	Sig.		0,259		0,000***		0,57	
Miedo a madurar	X	7,50 (3,57)	6,78 (3,47)	7,33 (3,90)	6,96 (3,30)	7,12 (3,05)	7,35 (3,83)	6,95 (3,26)
	Sig.		0,005**		0,408		0,125	
EDI total	X	35,97 (17,43)	38,30 (21,20)	34,12 (17,45)	37,62 (20,49)	45,43 (19,53)	35,12 (18,71)	38,84 (19,90)
	Sig.		0,104		0,000***		0,009**	
N	Grupo	366	374	309	339	92	337	403
	Total		740		740		740	

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

tiene constante en los dos ciclos, así como la desconfianza interpersonal, la identificación de la interocepción y el miedo a madurar. La bulimia ( $t = -4,616$ ;  $p < 0,001$ ), la insatisfacción corporal ( $t = -3,899$ ;  $p < 0,001$ ) y la autoevaluación negativa ( $t = -3,294$ ;  $p < 0,001$ ) son mayores en el segundo ciclo que en el primero. Sin embargo, el perfeccionismo es mayor en los de primer ciclo ( $t = 2,556$ ;  $p < 0,05$ ). La suma total de las escalas del EDI es significativamente mayor en los alumnos de segundo ciclo ( $t = -2,605$ ;  $p < 0,01$ ).

En la **tabla 3** se reflejan las diferencias encontradas al relacionar las respuestas al EDI con la práctica deportiva.

Se observan diferencias significativas en todas las escalas del EDI, a excepción de la dimensión miedo a madurar, donde practicar deporte, bien de forma habitual o bien esporádicamente, no guarda relación con la disposición psicológica a madurar. Aquellas personas que practican deporte esporádicamente presentan una mayor motivación para adelgazar ( $t = 3,164$ ;  $p < 0,01$ ), mayor bulimia ( $t = 2,091$ ;  $p < 0,05$ ), mayor insatisfacción corporal ( $t = 6,578$ ;  $p < 0,001$ ), mayor autoevaluación negativa ( $t = 7,317$ ;  $p < 0,001$ ), mayor desconfianza interpersonal ( $t = 5,515$ ;  $p < 0,001$ ) y mayor identificación de la interocepción ( $t = 4,836$ ;  $p < 0,001$ ). Sin embargo, el perfeccionismo es menor en quienes no realizan deporte de forma habitual ( $t = -6,583$ ;  $p < 0,001$ ). En lo que se refiere a la escala EDI-total, los índices son mayores cuando se practica deporte esporádicamente ( $t = 5,591$ ;  $p < 0,001$ ).

Por otro lado, el tipo de deporte que se practica también se asocia con las respuestas al cuestionario EDI, ya que los sujetos que realizan deporte libre (o quienes no

realizan deporte) presentan mayores índices de motivación para adelgazar ( $t = 3,639$ ;  $p < 0,001$ ), de bulimia ( $t = 2,846$ ;  $p < 0,01$ ), de insatisfacción corporal ( $t = 6,803$ ;  $p < 0,001$ ), de autoevaluación negativa ( $t = 7,944$ ;  $p < 0,001$ ), de desconfianza interpersonal ( $t = 5,863$ ;  $p < 0,001$ ) y de identificación de la interocepción ( $t = 5,118$ ;  $p < 0,001$ ). Asimismo, el EDI-total es mayor en este grupo ( $t = 6,549$ ;  $p < 0,001$ ). También se aprecian diferencias significativas en el perfeccionismo: concretamente los que realizan deporte federado son más perfeccionistas que aquellos que prefieren realizarlo de forma libre ( $t = -4,968$ ;  $p < 0,001$ ). No se comprueban diferencias significativas en lo que respecta al miedo a madurar.

La **tabla 4** refleja las relaciones identificadas entre las respuestas al EDI y el IMC.

Las relaciones son notables; concretamente aquellos sujetos que presentan una mayor masa corporal ofrecen valores más altos en motivación para adelgazar ( $F = 7,782$ ;  $p < 0,001$ ), así como en insatisfacción corporal ( $F = 11,425$ ;  $p < 0,001$ ), autoevaluación negativa ( $F = 4,498$ ;  $p < 0,05$ ) y en desconfianza interpersonal ( $F = 6,193$ ;  $p < 0,01$ ). Respecto al perfeccionismo, es mayor en los más delgados y disminuye en los sujetos que tienen mayor IMC ( $F = 9,535$ ;  $p < 0,001$ ).

### El autoconcepto físico, el índice de masa corporal y las respuestas al EDI

El autoconcepto físico, medido mediante el CAF, guarda clara asociación con el IMC (**tabla 5**).

**TABLA 3. Puntuaciones en las escalas del EDI en función de la práctica deportiva y el tipo de deporte**

		Práctica deportiva		Tipo de deporte	
		Esporádica	Habitual	Libre	Organizado
Motivación para adelgazar	X( ) Sig.	4,30 (4,08)	3,32 (3,84)	4,26 (4,09)	3,19 (3,79)
Bulimia	X( ) Sig.	1,89 (2,43)	1,49 (2,37)	1,93 (2,46)	1,42 (2,34)
Insatisfacción corporal	X( ) Sig.	8,96 (6,30)	5,87 (5,75)	8,67 (6,00)	5,66 (4,80)
Autoevaluación negativa	X( ) Sig.	6,34 (4,88)	3,79 (4,11)	6,15 (4,82)	3,56 (4,01)
Perfeccionismo	X( ) Sig.	3,91 (2,69)	5,54 (3,43)	4,29 (2,94)	5,49 (3,44)
Desconfianza interpersonal	X( ) Sig.	4,77 (3,86)	3,24 (3,32)	4,63 (3,77)	3,10 (3,28)
Identificación interocepción	X( ) Sig.	5,58 (5,05)	3,90 (3,97)	5,41 (4,95)	3,75 (3,85)
Miedo a madurar	X( ) Sig.	7,10 (3,43)	7,16 (3,58)	7,21 (3,48)	7,07 (3,58)
EDI total	X( ) Sig.	42,84 (21,98)	34,34 (17,41)	42,53 (21,04)	33,26 (17,26)
N	Grupo Total	248 740	492	307 740	433

\* p &lt; 0,05; \*\* p &lt; 0,01; \*\*\* p &lt; 0,001.

**TABLA 4. Puntuaciones en las escalas del EDI en función del índice de masa corporal (IMC)**

	IMC	N	X	$\sigma$	F	Sig.
Motivación para adelgazar	Bajopeso	358	3,02	3,60	7,782	0,000***
	Normopeso	324	3,95	4,04		
	Sobrepeso	58	5,03	3,94		
Bulimia	Bajopeso	358	1,44	2,31	3,949	0,020*
	Normopeso	324	1,98	2,61		
	Sobrepeso	58	1,74	1,70		
Insatisfacción corporal	Bajopeso	358	5,81	5,59	11,425	0,000***
	Normopeso	324	7,77	6,30		
	Sobrepeso	58	8,95	5,05		
Autoevaluación negativa	Bajopeso	358	4,31	4,37	4,498	0,011*
	Normopeso	324	4,97	4,82		
	Sobrepeso	58	6,41	4,40		
Perfeccionismo	Bajopeso	358	5,33	3,26	9,535	0,000***
	Normopeso	324	4,86	3,36		
	Sobrepeso	58	2,97	2,31		
Desconfianza interpersonal	Bajopeso	358	3,52	3,42	6,193	0,002**
	Normopeso	324	3,89	3,75		
	Sobrepeso	58	5,64	4,03		
Identificación interocepción	Bajopeso	358	4,27	4,26	1,457	0,234
	Normopeso	324	4,83	4,74		
	Sobrepeso	58	4,95	3,55		
Miedo a madurar	Bajopeso	358	7,26	3,67	1,191	0,305
	Normopeso	324	7,05	3,38		
	Sobrepeso	58	7,95	3,77		
EDI total	Bajopeso	358	35,01	18,67	6,077	0,002**
	Normopeso	324	39,29	20,52		
	Sobrepeso	58	43,64	14,87		

\* p &lt; 0,05; \*\* p &lt; 0,01; \*\*\* p &lt; 0,001.

El autoconcepto físico es más bajo a medida que la masa corporal aumenta. Sucede así en todas las escalas del CAF, excepto en la percepción de la fuerza, la cual se incrementa con el aumento del IMC. Cuanto menor es el IMC, mejor percepción se tiene de la habilidad física (F = 5,068; p < 0,01), de la condición física (F = 14,145; p < 0,001) y del atractivo físico (F = 5,910; p < 0,01); así-

**TABLA 5. Relación entre las escalas del CAF y la masa corporal**

Escalas	IMC	N	Media	$\sigma$	F	Sig.
Competencia atlética y deportiva	Bajopeso	163	25,60	5,90	5,068	0,007**
	Normopeso	152	24,47	5,98		
	Sobrepeso	30	22,00	5,87		
Condición física	Bajopeso	163	26,04	6,33	14,145	0,000***
	Normopeso	152	24,05	6,42		
	Sobrepeso	30	19,57	6,14		
Atractivo físico	Bajopeso	163	24,94	7,08	5,910	0,003**
	Normopeso	152	24,35	6,65		
	Sobrepeso	30	20,17	8,18		
Fuerza	Bajopeso	163	21,61	6,00	4,075	0,018*
	Normopeso	152	23,19	6,26		
	Sobrepeso	30	24,40	6,39		
Valoración física general	Bajopeso	163	27,74	6,05	6,711	0,001**
	Normopeso	152	26,30	6,66		
	Sobrepeso	30	23,27	7,14		
Valoración general	Bajopeso	163	29,08	5,65	3,652	0,027*
	Normopeso	152	27,91	5,55		
	Sobrepeso	30	26,40	5,65		

\* p &lt; 0,05; \*\* p &lt; 0,01; \*\*\* p &lt; 0,001.

mismo, el autoconcepto físico general ( $F = 6,711$ ;  $p = 0,001$ ) y el autoconcepto general ( $F = 3,652$ ;  $p < 0,05$ ) son significativamente superiores.

Y, por último, se presentan (tabla 6) las correlaciones obtenidas al correlacionar las respuestas a los dos cuestionarios utilizados: el EDI y el CAF.

Se produce una alta correlación entre las respuestas al cuestionario CAF y las respuestas a aquellas escalas del EDI más directamente relacionadas con los TCA. En efecto, es alta la relación entre insatisfacción corporal y las escalas condición física, atractivo físico, autoconcepto físico general y autoconcepto general ( $r = -0,389$  a  $-0,555$ ;  $p < 0,01$ ) del CAF. La menor correlación se produce con la escala de habilidad física ( $r = -0,179$ ;  $p < 0,05$ ). Asimismo se han obtenido unas correlaciones similares de la escala bulimia con las escalas autoconcepto físico general, atractivo físico y autoconcepto general ( $r = -0,205$  a  $-0,321$ ;  $p < 0,01$ ). Con estas mismas escalas del CAF ha correlacionado la escala autoevaluación negativa del EDI ( $r = -0,274$  a  $-0,385$ ;  $p < 0,01$ ); a éstas hay que añadir la relación con la condición física ( $r = -0,155$ ;  $p < 0,05$ ). También el impulso para adelgazar muestra relación con el CAF, aunque en un menor número de escalas, concretamente en atractivo físico ( $r = -0,264$ ;  $p < 0,01$ ) y en autoconcepto general ( $r = -0,229$ ;  $p < 0,01$ ). Finalmente la escala EDI-total se ha correlacionado con atractivo físico ( $r = -0,294$ ;  $p < 0,01$ ), autoconcepto físico general ( $r = -0,229$ ;  $p < 0,01$ ) y autoconcepto general ( $r = -0,397$ ;  $p < 0,01$ ).

Estos datos indican que a mayor puntuación del EDI menor puntuación del CAF, o, dicho de otro modo, a mayor riesgo de TCA, menor autoconcepto físico. El hecho de que ninguna escala del EDI se haya correlacionado significativamente con la escala fuerza del CAF da a entender que los TCA no guardan ningún tipo de relación con el nivel de fuerza percibida del sujeto.

## CONCLUSIONES

Para poder realizar adecuadamente labores de prevención de los problemas de la alimentación se necesita disponer de una información actualizada sobre la frecuencia y evolución de los mismos en muestras representativas de la población. La población escolar adolescente resulta, por razones obvias, uno de los segmentos sociales que demanda mayor atención al respecto. Los sujetos

que participaron en esta investigación eran escolares que estaban cursando la etapa de la educación secundaria. Y una de las principales preocupaciones del estudio se centraba en contrastar criterios diagnósticos e instrumentos de medida en orden a detectar este tipo de problemas de la forma más eficiente, económica y ajustada al contexto escolar.

Los datos obtenidos acerca de la prevalencia de los TCA no resultan tranquilizadores: más de un 20% de los sujetos de este estudio ofrecen puntuaciones iguales o superiores a 50 en la escala EDI-total, siendo así que por lo general en otros estudios esta cifra no llega al 10%. ¿Cómo explicar estos resultados? Aceptando que los datos son irrefutables y tercos sugerimos una interpretación de los mismos en la siguiente dirección.

Nos resistimos a aceptar que se haya producido un repentino y alarmante incremento epidemiológico; no creemos que nuestra población escolar adolescente sufra patologías alimentarias en un porcentaje superior al 20%. Creemos, más bien, que la explicación se encuentra en otras claves, siendo la principal de ellas las limitaciones del propio instrumento de medida aplicado a este tipo de población y en las condiciones en que se cumplimentó. De un lado, la actitud ante las preguntas del cuestionario EDI de los adolescentes de una población escolarizada resulta evidentemente más desinhibida y menos defensiva que la de la población clínica. De otro lado, en varias aulas se expresaron manifestaciones de cierto cansancio y apatía ante la extensión del cuestionario.

En vista de lo cual, y para responder al compromiso adquirido con los colegios de indicar posibles casos que precisarían de una atención diagnóstica individualizada, nos pareció oportuno considerar no únicamente las respuestas al cuestionario EDI, así aplicado, sino también, de forma complementaria, el IMC de los sujetos. Y resultaron ser 77 de entre los 740 escolares de la muestra quienes sumaban ambas condiciones, un doble criterio: la puntuación: 50 en el EDI+IMC 17,5.

Ahora bien, nuestra búsqueda de un instrumento recomendable para su uso en el contexto escolar orientaba a identificar convergencias en los resultados obtenidos en el CAF y en el EDI. En ciertos contextos importa mucho utilizar con parsimonia el empleo de cuestionarios; no pueden convertirse las aulas o los vestuarios deportivos en salas de diagnóstico. De ahí el interés por comprobar si un cuestionario relativamente breve como es el CAF,

**TABLA 6. Correlaciones entre cinco escalas del EDI y las escalas del CAF**

	<i>Habilidad física</i>	<i>Condición física</i>	<i>Atractivo físico</i>	<i>Fuerza</i>	<i>Autoconcepto físico general</i>	<i>Autoconcepto general</i>
Impulso para adelgazar	0,151*	-0,026	-0,264**	0,058	-0,133	-0,229**
Bulimia	-0,065	-0,106	-0,207	-0,032	-0,205	-0,321**
Insatisfacción corporal	-0,179*	-0,389**	-0,454**	-0,108	-0,522**	-0,555**
Autoevaluación negativa	0,010	-0,155*	-0,301	-0,024	-0,274**	-0,385
EDI-total	0,105	-0,083	-0,294**	0,033	-0,229**	-0,397**

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

de utilidad para la toma de decisiones directamente relacionadas con la actividad educativa, pudiera, además, ofrecer algunas pistas exploratorias en orden a detectar eventuales casos clínicos. De confirmarse coincidencias entre el CAF y el EDI, la utilización del primero de estos cuestionarios fuera del ámbito clínico pudiera convertirse en una forma rápida y económica de detectar sujetos que presentan TCA o, tal vez, indicios de la misma. Se trataba, en definitiva, de calibrar la utilidad de uso del CAF con fines preventivos.

Los resultados obtenidos a este respecto pueden considerarse esperanzadores, pero no son definitivos. Se han encontrado altas correlaciones entre las respuestas al cuestionario CAF y las respuestas a aquellas escalas del EDI más directamente relacionadas con los TCA. Y esto confirma que existe una directa asociación entre un bajo autoconcepto físico y el riesgo de padecer TCA, con lo que queda autorizada la utilización del primer índice (pobre autopercepción física) en clave preventiva de TCA. Ahora bien, con los datos disponibles no nos ha resultado posible precisar, a pesar de nuestro interés, a partir de qué corte se corresponden las respuestas al CAF con puntuaciones del EDI identificativas de posibles casos problemáticos. Ésta es una de las cuestiones que quedan a expensas de futuras investigaciones.

En todo caso, la información que proporcionan las respuestas al cuestionario EDI es valiosa y consistente con los datos de la investigación previa en cuanto a las variaciones asociadas con la edad y el género. Se corrobora el hecho de que las preadolescentes tienden a puntuar más alto que los chicos en las diversas escalas del cuestionario o, lo que es lo mismo, la propensión a que los TCA sigan siendo un rasgo predominantemente femenino. Pudiera sorprender tal vez un dato particular: los hombres puntúan más alto que las mujeres en la escala de bulimia, aunque conviene no perder de vista que probablemente los hombres comen de hecho más compulsivamente y en mayor cantidad que las mujeres. Por lo que respecta a la asociación con la edad, los datos de este estudio confirman que los trastornos de conducta alimentaria, entendiéndolo como indicio de los mismos las altas puntuaciones en el EDI, tienden a aumentar conforme avanza la adolescencia, lo que reclama para esta etapa una particular atención.

Las relaciones entre la práctica deportiva y las respuestas al EDI aportan interesantes elementos de clarificación sobre el debate acerca de las relaciones entre el ejercicio físico y los TCA. Los mejores datos en el cuestionario los ofrecen quienes practican deporte de manera sistemática frente a quienes no lo practican o lo hacen sólo de forma ocasional. Ésta sería la conclusión más general, la cual no queda descalificada por comprobaciones como las que a continuación se comentan: *a)* quienes practican deporte de forma esporádica identifican la interocepción mejor que quienes realizan práctica deportiva habitual; la explicación puede residir en que la práctica habitual permite una liberación de ciertas sensaciones corporales desagradables que, sin embargo, persisten en quienes se ejercitan de forma menos siste-

mática; *b)* la motivación para adelgazar es menor en quienes practican deporte organizado, y *c)* puede entenderse que ese grupo poblacional goza de una forma física más adecuada y no está tan necesitado de perder peso como otros grupos.

La práctica deportiva no sólo aparece asociada con una menor propensión a los TCA (puntuaciones más bajas en el cuestionario EDI), sino también con un mejor autoconcepto físico (puntuaciones más altas en el CAF). Los datos a este respecto son esclarecedores y contundentes. Conviene no perder de vista, en todo caso, que estas observaciones se realizan en una población escolar no clínica; puede que no se correspondan con los obtenidos con otro tipo de población.

Interesante es también la relación observada entre el IMC y el autoconcepto físico: las personas más delgadas son las que ofrecen la percepción corporal más alta, mientras que las personas con sobrepeso manifiestan un menor autoconcepto físico que las de peso normal y las de peso bajo. Aun cuando este dato no resulte particularmente novedoso, sí que lo es haberlo obtenido con un nuevo instrumento de medida en castellano (el CAF) de asequible aplicación y que gustosamente pondremos a disposición de quien nos lo solicite.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Velilla JM. Los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes varones. *Aula Med Psiquiatr* 2001;2:126-38.
2. Koff E, Rierdan, J. Perceptions of weight and attitudes toward eating in early adolescent girls. *J Adolesc Health* 1991; 12:307-12.
3. Koff E, Rierdan J. Advanced pubertal development and eating disturbance in early adolescent girls. *J Adolesc Health* 1993;14:433-9.
4. Maloney MJ, McGuire J, Daniels SR. Reliability testing of a children's version of the Eating Attitudes Test. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1988;27:541-3.
5. Schur EA, Sanders M, Steiner H. Body dissatisfaction and dieting in young children. *Int J Eat Disord* 2000;27:74-82.
6. Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med Clin* 2000;114(13):481-6.
7. Ballester D, de Gracia M, Patiño J, Suñol C, Ferrer M. Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: un estudio de prevalencia. *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 30(4):207-12.
8. Canals J, Doménech E, Carbajo G, Bladé J. Prevalence of DSM-III-R and ICD-10 psychiatric disorders in a Spanish population of 18-years olds. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96:287-94.
9. Morandé G, Celada J, Casals JJ. Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *J Adolesc Health* 1999; 24:215-9.
10. Garner DM. EDI. Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. Manual. Madrid: TEA, 1998.
11. Saiz PA, González MP, Bascarán MT, Fernández JM, Bousño M, Bobes J. Prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en jóvenes de enseñanza secundaria: un estudio preliminar. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;17(6):367-74.

12. Bruch H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosom Med* 1962;24:187-94.
13. Killen JD, Taylor CB, Hayward C, Wilson DE, Haydel KE, Hammer LD, et al. Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: a three-year prospective analysis. *Int J Eat Disord* 1994; 16:227-38.
14. Fox KR, Page A, Peters DM, Armstrong N, Kirby B. Dietary restraint and fatness in early adolescent girls and boys. *J Adolesc* 1994;17:149-61.
15. Hill AJ, Draper E, Tack J. A weight on children's minds: body shape dissatisfaction at 9 years. *Int J Obesity* 1994; 18:383-9.
16. Sands ER, Wardle J. Internalization of ideal body shapes in 9-12-year-old girl. *Int J Eat Disord* 2003;33(2):193-204.
17. Richard KJ, Thompson JK, Coovert M. Development of body image and eating disturbance. Manuscrito no publicado, 1990.
18. Attie I, Brooks-Gunn J. Development of eating problems in adolescent girls: a longitudinal study. *Developmental Psychology* 1989;25:70-9.
19. Stice E, Shaw HE. Adverse effects of the media portrayed thin-ideal on women and linkages to bulimic symptomatology. *J Soc Clin Psychol* 1994;13:288-308.
20. Feldman W, Feldman E, Goodman JT. Culture versus biology: children's attitudes toward thinness and fatness. *Pediatrics* 1988;81:190-4.
21. Field AE, Cheung L, Wolf AM, Herzog DB, Gortmaker SL, Colditz GA. Exposure to the mass media and weight concerns among girls. *Pediatrics* 1999;103:36-44.
22. Levine MP, Smolak L. Media as a context for the development of disordered eating. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1996.
23. Perpiñá C. Hábitos alimenticios, peso e imagen corporal. *Revista de la Facultad de Medicina de Barcelona* 1989;6: 303-12.
24. Mora M, Raich RM. Diferentes aproximaciones teóricas a las alternaciones de la imagen corporal. *Cuadernos de Medicina Psicosomática* 1992;23:55-64.
25. Gardner RM, Sorter RG, Friedman BN. Developmental changes in children's body images. *J Soc Behav Person* 1997;12:1019-36.
26. Flanneryschroeder EC, Chrisler JC. Body esteem, eating attitudes and gender role orientation in three age groups of children. *Curr Psychol* 1996;15:235-48.
27. Organización Mundial de la Salud. The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Madrid: Meditor, 1992.
28. Mansfield A, McGinn B. Pumping irony: the muscular and the feminine. En: Scott S y Morgan D, editores. *Body matters* London: Falmer, 1993; p. 49-68.
29. Davis C. Weight and diet preoccupation and addictiveness. The role of exercise. *Personality and Individual Differences* 1990;11:823-7.
30. Loland NW. The aging body: Attitudes toward bodily appearance among physically active and inactive women and men of different ages. *Journal of Aging and Physical Activity* 2000;8:197-213.
31. Hausenblas HA, Fallon EA. Relationship among body image, exercise behavior, and exercise dependence symptoms. *Int J Eat Disord* 2002;32(2):179-85.
32. Goñi A, Liberal I, Ruiz de Azúa S. El autoconcepto físico y su medida. Las propiedades psicométricas de un nuevo cuestionario. *Revista de Psicología del Deporte* (en prensa).